



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA LINGUAGEM  
CURSO DE DOUTORADO**

**DESVENDANDO TRAMAS E ENTRELACES DO EMERGIR DA  
COMUNICAÇÃO DE CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO  
*ZIKA VÍRUS***

**Recife  
2020**

Sueli Fernandes da Silva Rached

**DESVENDANDO TRAMAS E ENTRELACES DO EMERGIR DA  
COMUNICAÇÃO DE CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO  
*ZIKA VÍRUS***

Tese de Doutorado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Linguagem da Universidade Católica de Pernambuco, tendo como coparticipante a Fundação Altino Ventura, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Linguagem, tendo como orientadora a Prof.<sup>a</sup> Dra. Wanilda Maria Alves Cavalcanti.

**Recife  
2020**

R119d

Rached, Sueli..

Desvendando tramas e entrelaces do emergir da comunicação de crianças com a Síndrome Congênita do Zica vírus / Sueli Rached, 2020.

244 f. : il.

Orientadora: Wanilda Maria Alves Cavalcanti.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem. Doutorado em Ciências da Linguagem, 2020.

1. Crianças - Linguagem. 2. Aquisição da linguagem.  
3. Surdos - Linguagem. 4. Cegos - Linguagem.  
5. Zica vírus. 6. Crianças - Comunicação. I Título.

CDU 801

Pollyanna Alves - CRB-4/1002

SUELI FERNANDES DA SILVA RACHED

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Linguagem da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Linguagem.

Data de Aprovação: Recife, 27 de abril de 2020.

BANCA EXAMINADORA

*Waniilda Maria Alves Cavalcanti*

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Waniilda Maria Alves Cavalcanti

*Maria de Piedade Resende da Costa*

1º Avaliadora: Maria Piedade Resende da Costa – UFSCar

*M Cavalcante*

2º Avaliadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marianne Carvalho Bezerra Cavalcante - UFPB

*Glória M. Carvalho*

3º Avaliadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Glória Maria Monteiro de Carvalho - UNICAP

*N. Gonçaves*

4º Avaliadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Nadia Pereira Gonçalves de Azevedo – UNICAP

## DEDICATÓRIA

Dedico este poema de Clarice Lispector, bem como o estudo que aqui se apresenta, a todas as crianças com a Síndrome Congênita do Zika vírus e suas mães e/ou cuidadores:

Mães:

Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir. Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança suficiente para fazê-la.

Clarice Lispector

Crianças:

A vida me fez de vez em quando pertencer, como se fosse para me dar a medida do que eu perco não pertencendo. E então eu soube: pertencer é viver.

Clarice Lispector

Nesta frase, ela demonstra a importância em “achar o seu lugar no mundo”, em buscar lugares, pessoas, hábitos que possam te acolher como pessoa e dar um sentido maior à sua vida.

## AGRADECIMENTOS

**Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Linguagem da UNICAP:** por todo o apoio de cada coordenador, professor, funcionário que direta ou indiretamente contribuiu para que este momento fosse possível;

**À instituição financiadora CAPES/CNPQ:** por todo apoio financeiro ao longo deste último ano, bem como durante toda a pesquisa com informações científicas que contribuíram para um estudo novo e ainda pouco conhecido pudesse se concretizar e contribuir para a nossa sociedade em geral;

**Aos professores:** na verdade gostaria de me referir aos queridos doutores e mestres da UNICAP que com carinho e dedicação, realizaram com louvor orientações para que atingíssemos uma reflexão crítica, uma escrita consciente e com profundidade, enfim pudéssemos admirar grandes mentes que durante quatro anos dormiram e acordaram conosco e agora passam a fazer parte de nossos pensamentos. Um agradecimento especial aos professores que me receberam na UFPel no intercâmbio pelo PROCAD.

**Aos Colegas:** da turma 2016 e também aqueles que se tornaram amigos nessa pequena grande jornada, em que vibramos, ficamos tensos, preocupados, nos unimos em vozes e mãos, mas principalmente em ideais e valores, sejam mestrandos ou doutorandos, obrigada por tudo.

**À instituição coparticipante da pesquisa:** meu agradecimento a Fundação Altino Ventura, especialmente ao Centro de Reabilitação CER-IV “Menina dos Olhos”, que gentilmente abriu suas portas para este estudo. Agradeço Dra. Liana Ventura E Dra. Camila Ventura por todo o apoio e carinho que sempre fui recebida pela casa que muito me orgulha Ms. Fga. Pollyanna Bezerra, coordenadora terapêutica das crianças com SCZv. Agradeço ainda a cada terapeuta pelo apoio durante a coleta de dados.

**Aos familiares:** agradeço ao meu marido Naim Rached, minha filha Mary e meus filhos Naim e Thiago, e minha nora Klécia, por toda a paciência ao longo destes

quatro anos, recebi o acolhimento de cada um com muita alegria em meu coração, bem como de minha neta Valentina.

***Às famílias e às crianças com SCZv:*** neste momento me sinto sem palavras para agradecer como cada mãe e cada família realmente merece: vocês são exemplo de amor incondicional, luta, e conquistas. Admiro cada uma de vocês que, direta ou indiretamente contribuiu visto que esta pesquisa realmente não é para mim e sim para vocês e por vocês. Enorme gratidão para com cada participante (criança) da pesquisa e por todas as crianças com SCZv com quem tive contato direto em atendimento ou indiretamente. Que possamos nos entrelaçar no dia a dia com grandes conquistas, admiração e amor.

## POEMA

### Corrida da Vida

“Na corrida dessa vida é preciso entender que você vai rastejar, que vai cair, vai sofrer e a vida vai lhe ensinar que **se aprende a caminhar e só depois vai correr.**

A vida... a vida é uma corrida, que não se corre sozinho. Que Vencer não é chegar é aproveitar o caminho. Sentindo o cheiro das flores e **aprendendo com as dores causadas por cada espinho.**

Aprenda com cada dor, com cada decepção, com cada vez que alguém lhe partir o coração. O futuro é obscuro e **às vezes é no escuro que se enxerga a direção.**

Aprenda quando chorar e quando sentir saudade. Aprenda até quando alguém lhe faltar com a verdade. Aprender é um grande dom! **Aprenda que até o bom vai aprender com a maldade.**

Aprender a desviar das pedras da ingratidão, dos buracos da inveja, das curvas da solidão... expandindo o pensamento, fazendo do sofrimento a sua maior lição, sem parar... sem parar de aprender, aproveite cada flor, cada cheiro no cangote, cada gesto de amor, cada música dançada e também cada risada silenciando o rancor.

Experimente o mundo, prove de todo sabor, sinta o mal, o céu e a terra, sinta o frio e o calor. **Sinta a sua caminhada e dê sempre uma parada, pelo caminho que for.**

Pare! Pare, não tenha pressa! Não carece acelerar. A vida já é tão curta! É preciso aproveitar essa estranha corrida, que **a chegada é a partida... e ninguém pode evitar.**

Por isso é que o caminho tem que ser aproveitado deixando pela estrada, algo bom para ser lembrado. **Vivendo uma vida plena, fazendo valer a pena, cada passo que foi dado.**

Aí sim... aí sim, lá na chegada onde o fim é evidente, é que a gente percebe que foi tudo de repente e **aprende na despedida, que o sentido dessa vida é sempre seguir em frente.”**

Bráulio Bessa

## RESUMO

No final do ano de 2015, surgem os primeiros casos de recém-nascidos com microcefalia relacionada ao vírus da *Zika*, em Pernambuco. Diante da forma severa, do baixo volume encefálico e do potencial destrutivo do vírus, especialistas sugerem o termo Síndrome Congênita do *Zika vírus*. Nesse cenário, desenvolvemos o presente estudo com o objetivo de analisar formas de comunicação de crianças com a Síndrome Congênita do *Zika vírus*, que apresentem precocemente microcefalia e déficit motor, como também aquelas que além desses comprometimentos, apresentem perdas visuais e auditivas, concomitantemente. Nesse caso, os participantes trouxeram demandas de diversas ordens devido às intercorrências que aconteceram na aquisição da linguagem e, para tal não temos um teórico que as explique, integralmente. Desse modo, apoiamo-nos nos estudos de Vygotsky e Wallon, cada um oferecendo algum esclarecimento que nos ajudaram a entender melhor o processo de comunicação dessas crianças. Trouxemos a abordagem de Jan Van Dijk através do movimento coativo destacando que as experiências motoras podem beneficiar o desenvolvimento, a comunicação e a aprendizagem de crianças como as que estudamos. A pesquisa adotou a abordagem qualitativa/quantitativa, longitudinal, sendo que do ponto de vista dos objetivos se apresenta como descritiva, explicativa e analítica, com procedimentos técnicos de estudo de caso coletivo, no qual empregamos a análise de conteúdo de Bardin, para tratamento dos dados. Utilizamos como instrumentos: entrevista semiestruturada, mapa de comunicação, protocolo de observação comportamental e observação direta com filmagem na instituição e no domicílio, sendo estas últimas analisadas com o auxílio do Programa ELAN. A investigação teve duração de oito meses, em três fases, com 16 crianças atendidas no Centro de Reabilitação Menina dos Olhos - CER-IV da Fundação Altino Ventura; diagnosticadas e confirmadas pela infecção do *Zika*, e divididas em dois grupos: grupo A, constituído de crianças que apresentavam microcefalia e déficit motor; e grupo B, aquelas que além destes comprometimentos, também apresentavam perdas visuais e auditivas, concomitantemente. O trabalho pode contribuir cientificamente para esta temática que se encontra na fase inicial de estudos. Através das análises pudemos afirmar que os dois grupos de crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*, apresentaram um desenvolvimento atípico para a idade, mas que a partir das interações com as mães, familiares e terapeutas passaram a demonstrar suas potencialidades em várias áreas do desenvolvimento. Os achados mostraram evolução quantitativa e qualitativa em todas as crianças, no conjunto das avaliações. A maioria das crianças do grupo A apresentou comunicação não verbal, embora um número menor mostrou-se capaz de comunicar-se verbalmente. No Grupo B, identificamos as maiores evoluções na comunicação não verbal, embora sendo as mais comprometidas física e sensorialmente. Pudemos constatar que mesmo diante de grupos com comprometimentos distintos, as formas de comunicação chegam a se assemelhar entre algumas delas. A caracterização desses achados poderá orientar o planejamento e as condutas terapêuticas multidisciplinares adotadas pelos profissionais envolvidos, possibilitando sugerir algumas orientações para pais e cuidadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Múltipla Deficiência; Surdocegueira; Síndrome Congênita do *Zika vírus*; Comunicação; Aquisição da Linguagem.

## ABSTRACT

At the end of 2015, the first cases of newborns with microcephaly related to the Zika virus appear in Pernambuco. In view of the severe form, the low brain volume and the destructive potential of the virus, experts suggest the term Congenital Zika Virus Syndrome. In this scenario, we developed the present study with the objective of analyzing forms of communication of children with Congenital Zika Virus Syndrome, who present early microcephaly and motor deficit, as well as those who, in addition to these impairments, also present visual and hearing losses, concomitantly. In this case, the participants brought demands of different orders due to the complications that occurred in the acquisition of language and, for this, we do not have a theorist who fully explains them. In this way, we rely on the studies of Vygotsky and Wallon, each offering some clarification that helped us to better understand the communication process of these children. We brought Jan Van Dijk's approach through the coercive movement, highlighting that motor experiences can benefit the development, communication and learning of children like the ones we study. The research adopted a qualitative / quantitative, longitudinal approach, and from the point of view of the objectives it is presented as descriptive, explanatory and analytical, with technical procedures of collective case study, in which we use Bardin's content analysis, for the treatment of data. We used as instruments: semi-structured interview, communication map, behavioral observation protocol and direct observation with filming at the institution and at home, the latter being analyzed with the help of the ELAN Program. The investigation lasted eight months, in three phases, with 16 children treated at the Menina dos Olhos Rehabilitation Center - CER-IV of the Altino Ventura Foundation; diagnosed and confirmed by Zika infection, and divided into two groups: group A, consisting of children who had microcephaly and motor deficit; and group B, those who, in addition to these impairments, also had visual and hearing losses, concomitantly. The work can contribute scientifically to this theme that is in the initial phase of studies. Through the analyzes we were able to affirm that the two groups of children with Congenital Zika Virus Syndrome, presented an atypical development for the age, but that from the interactions with the mothers, family and therapists started to demonstrate their potentialities in several areas of development. The findings showed quantitative and qualitative progress in all children, in the set of assessments. Most children in group A had non-verbal communication, although a smaller number were able to communicate verbally. In Group B, we identified the biggest developments in non-verbal communication, although they were the most physically and sensorially compromised. We could see that even in the face of groups with different commitments, the forms of communication are similar among some of them. The characterization of these findings may guide the planning and multidisciplinary therapeutic approaches adopted by the professionals involved, making it possible to suggest some guidelines for parents and caregivers.

**KEY-WORDS:** Multiple Disability; Deafblindness; Congenital Zika virus syndrome; Communication; Language acquisition.

## RESUMEN

A finales de 2015, los primeros casos de recién nacidos con microcefalia relacionada con el virus Zika aparecen en Pernambuco. En vista de la forma grave, el bajo volumen cerebral y el potencial destructivo del virus, los expertos sugieren el término Síndrome del virus del Zika congénito. En este escenario, desarrollamos el presente estudio con el objetivo de analizar las formas de comunicación de los niños con Síndrome de Virus del Zika Congénito, que presentan microcefalia temprana y déficit motor, así como aquellos que, además de estos impedimentos, también presentan pérdidas visuales y auditivas, concomitantemente. En este caso, los participantes presentaron demandas de diferentes órdenes debido a las complicaciones que ocurrieron en la adquisición del lenguaje y, para esto, no tenemos un teórico que las explique completamente. De esta manera, adoptamos la perspectiva interaccionista como la base para el estudio de la adquisición del lenguaje basado en Vygotsky y Wallon, cada uno de los cuales ofrece algunas aclaraciones que nos ayudaron a comprender mejor el proceso de comunicación de estos niños. Trajimos el enfoque de Jan van Dijk a través del movimiento coercitivo, destacando que las experiencias motoras pueden beneficiar el desarrollo, la comunicación y el aprendizaje de niños como los que estudiamos. La investigación adoptó el enfoque cualitativo / cuantitativo, longitudinal, y desde el punto de vista de los objetivos se presenta como descriptivo, explicativo y analítico, con procedimientos técnicos de estudio de caso colectivo, en el que utilizamos el análisis de contenido de Bardin, para el tratamiento de datos Utilizamos como instrumentos: entrevista semiestructurada, mapa de comunicación, protocolo de observación del comportamiento y observación directa con filmación en la institución y en el hogar, este último analizado con la ayuda del programa ELAN. La investigación duró ocho meses, en tres fases, con 16 niños atendidos en el Centro de Rehabilitación Menina dos Olhos - CER-IV de la Fundación Altino Ventura; diagnosticada y confirmada por infección por Zika, y dividida en dos grupos: grupo A, formado por niños con microcefalia y déficit motor; y el grupo B, aquellos que, además de estos impedimentos, también tenían pérdidas visuales y auditivas, concomitantemente. El trabajo puede contribuir científicamente a este tema que se encuentra en la fase inicial de los estudios. A través de los análisis pudimos afirmar que los dos grupos de niños con SCZv presentaron un desarrollo atípico para la edad, pero que a partir de las interacciones con las madres, familiares y terapeutas comenzaron a demostrar sus potencialidades en varias áreas del desarrollo. Los resultados mostraron un progreso cuantitativo y cualitativo en todos los niños, en el conjunto de evaluaciones. La mayoría de los niños en el grupo A tenían comunicación no verbal, aunque un número más pequeño podía comunicarse verbalmente. En el Grupo B, identificamos los mayores desarrollos en la comunicación no verbal, aunque fueron los más comprometidos física y sensorialmente. Podríamos ver que incluso frente a grupos con diferentes compromisos, las formas de comunicación son similares entre algunos de ellos. La caracterización de estos hallazgos puede guiar la planificación y los enfoques terapéuticos multidisciplinarios adoptados por los profesionales involucrados, lo que permite sugerir algunas pautas para padres y cuidadores.

**PALABRAS CLAVE:** Discapacidad múltiple; Sordoceguera; Síndrome congénito del virus del Zika; Comunicación; Adquisición del lenguaje.

## LISTA DE TABELA

Tabela 1	– Informações da Avaliação Visual do Grupo A na Fase Inicial e Final	112
Tabela 2	– Informações da Avaliação Visual do Grupo B na Fase Inicial	112
Tabela 3	– Informações da Avaliação Visual do Grupo B na Fase Final	112
Tabela 4	– Informações da Avaliação Auditiva do Grupo A na Fase Inicial e Final	113
Tabela 5	– Informações da Avaliação Auditiva do Grupo B na fase inicial e final	113
Tabela 6	– Informações da Avaliação Neuromotora do Grupo A na Fase Inicial e Final	114
Tabela 7	– Informações da Avaliação Neuromotora do Grupo B na Fase Inicial e Final	114
Tabela 8	– Informações das Terapias do Grupo A na Fase Inicial	115
Tabela 9	– Informações das Terapias do Grupo A na Fase Final	115
Tabela 10	– Informações das Terapias do Grupo B na Fase Inicial	115
Tabela 11	– Informações das Terapias do Grupo B na Fase Final	115

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Níveis de Desenvolvimento na Perspectiva da Zona de Desenvolvimento Proximal	68
Figura 2	Zona de Desenvolvimento Proximal	69
Figura 3	Zona de Desenvolvimento Proximal após a ocorrência de aprendizagem	70
Figura 4	Desenho do Mapa de Comunicação dos participantes do Grupo A	134
Figura 5	Desenho do Mapa de Comunicação dos participantes do Grupo B	136

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Primeiros casos de surdocegueira na história	34
Quadro 2	Causas da surdocegueira	41
Quadro 3	Tipos de Perdas dos surdocegos	41
Quadro 4	Comportamento hipoativo e hiperativo dos surdocegos	42
Quadro 5	Características das crianças com Múltipla Deficiência	45
Quadro 6	Comunicação Receptiva	94
Quadro 7	Comunicação Expressiva	97
Quadro 8	Modelo do Mapa de Comunicação	108
Quadro 9	Inventário e Classificação das Entrevistas com as mães	122
Quadro 10	Pontuação do PROC do Grupo A Fase Inicial e Final	125
Quadro 11	Pontuação do PROC do Grupo B Fase Inicial e Final	126
Quadro 12	Características da Comunicação do Grupo A – PROC Fase Inicial e Final	128
Quadro 13	Características da Comunicação do Grupo B – PROC Fase Inicial e Final	131
Quadro 14	Mapa de Comunicação de PA4 do Grupo A	138
Quadro 15	Mapa de Comunicação de PB2 do Grupo B	139
Quadro 16	Necessidades e Potencialidades do Grupo A	140
Quadro 17	Necessidades e Potencialidades do Grupo B	141
Quadro 18	Informações das Observações Diretas na Instituição – Grupo A	142
Quadro 19	Informações das Observações Diretas na Instituição – Grupo B	143
Quadro 20	Trilha 2 de PA2 – Fase Inicial na Instituição	145
Quadro 21	Trilha 6 de PA2 – Fase Inicial na Instituição	145
Quadro 22	Trilha 1 de PA2 – Fase Inicial na Instituição	145
Quadro 23	Trilha 4 de PA2 – Fase Inicial na Instituição	145
Quadro 24	Trilha 3 de PA2 – Fase Inicial na Instituição	146
Quadro 25	Trilha 5 de PA2 – Fase Inicial na Instituição	146
Quadro 26	Trilha 1 de T1 – Fase Inicial na Instituição	146
Quadro 27	Trilha 2 de T1 – Fase Inicial na Instituição	146
Quadro 28	Trilha 3 de T1 – Fase Inicial na Instituição	147
Quadro 29	Trilha 8 de T1 – Fase Inicial na Instituição	147
Quadro 30	Trilha 4 de T1 – Fase Inicial na Instituição	147
Quadro 31	Trilha 6 de T1 – Fase Inicial na Instituição	147
Quadro 32	Trilha 9 de T1 – Fase Inicial na Instituição	148
Quadro 33	Trilha 5 de T1 – Fase Inicial na Instituição	148
Quadro 34	Trilha 7 de T1 – Fase Inicial na Instituição	148
Quadro 35	Trilha 3 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição	149
Quadro 36	Trilha 4 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição	149
Quadro 37	Trilha 6 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição	149
Quadro 38	Trilha 1 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição	149
Quadro 39	Trilha 2 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição	150
Quadro 40	Trilha 5 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição	150
Quadro 41	Trilha 1 de T7 – Fase Intermediária na Instituição	150
Quadro 42	Trilha 2 de T7 – Fase Intermediária na Instituição	151
Quadro 43	Trilha 3 de T7 – Fase Intermediária na Instituição	151
Quadro 44	Trilha 4 de T7 – Fase Intermediária na Instituição	151

Quadro 45	Trilha 3 de PA2 – Fase Final na Instituição	152
Quadro 46	Trilha 2 de PA2 – Fase Final na Instituição	152
Quadro 47	Trilha 1 de PA2 – Fase Final na Instituição	152
Quadro 48	Trilha 4 de PA2 – Fase Final na Instituição	152
Quadro 49	Trilha 1 de T7 – Fase Final na Instituição	153
Quadro 50	Trilha 2 de T7 – Fase Final na Instituição	153
Quadro 51	Trilha 4 de T7 – Fase Final na Instituição	153
Quadro 52	Trilha 3 de T7 – Fase Final na Instituição	153
Quadro 53	Formas de Comunicação Expressiva de PA2 na Instituição	154
Quadro 54	Trilha 1 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	155
Quadro 55	Trilha 5 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	156
Quadro 56	Trilha 10 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	156
Quadro 57	Trilha 12 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	156
Quadro 58	Trilha 6 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	156
Quadro 59	Trilha 8 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	156
Quadro 60	Trilha 11 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	157
Quadro 61	Trilha 2 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	157
Quadro 62	Trilha 3 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	157
Quadro 63	Trilha 4 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	157
Quadro 64	Trilha 7 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	157
Quadro 65	Trilha 9 de PB2 – Fase Inicial na Instituição	158
Quadro 66	Trilha 1 de T3 – Fase Inicial na Instituição	158
Quadro 67	Trilha 6 de T3 – Fase Inicial na Instituição	158
Quadro 68	Trilha 6 de MB2 – Fase Inicial na Instituição	158
Quadro 69	Trilha 2 de T3 – Fase Inicial na Instituição	159
Quadro 70	Trilha 3 de T3 – Fase Inicial na Instituição	159
Quadro 71	Trilha 4 de T3 – Fase Inicial na Instituição	159
Quadro 72	Trilha 5 de T3 – Fase Inicial na Instituição	159
Quadro 73	Trilha 1 de MB2 – Fase Inicial na Instituição	159
Quadro 74	Trilha 5 de MB2 – Fase Inicial na Instituição	159
Quadro 75	Trilha 7 de MB2 – Fase Inicial na Instituição	160
Quadro 76	Trilha 2 de MB2 – Fase Inicial na Instituição	160
Quadro 77	Trilha 3 de MB2 – Fase Inicial na Instituição	160
Quadro 78	Trilha 4 de MB2 – Fase Inicial na Instituição	160
Quadro 79	Trilha 5 de PB2 – Fase Intermediária na Instituição	161
Quadro 80	Trilha 1 de PB2 – Fase Intermediária na Instituição	161
Quadro 81	Trilha 2 de PB2 – Fase Intermediária na Instituição	161
Quadro 82	Trilha 3 de PB2 – Fase Intermediária na Instituição	162
Quadro 83	Trilha 4 de PB2 – Fase Intermediária na Instituição	162
Quadro 84	Trilha 1 de T3 – Fase Intermediária na Instituição	162
Quadro 85	Trilha 6 de MB2 – Fase Intermediária na Instituição	162
Quadro 86	Trilha 2 de T3 – Fase Intermediária na Instituição	163
Quadro 87	Trilha 2 de MB2 – Fase Intermediária na Instituição	163
Quadro 88	Trilha 3 de MB2 – Fase Intermediária na Instituição	163
Quadro 89	Trilha 1 de MB2 – Fase Intermediária na Instituição	163
Quadro 90	Trilha 4 de MB2 – Fase Intermediária na Instituição	163
Quadro 91	Trilha 5 de MB2 – Fase Intermediária na Instituição	164
Quadro 92	Trilha 6 de PB2 – Fase Final na Instituição	164
Quadro 93	Trilha 1 de PB2 – Fase Final na Instituição	165
Quadro 94	Trilha 2 de PB2 – Fase Final na Instituição	165

Quadro 95	Trilha 3 de PB2 – Fase Final na Instituição	165
Quadro 96	Trilha 4 de PB2 – Fase Final na Instituição	165
Quadro 97	Trilha 5 de PB2 – Fase Final na Instituição	165
Quadro 98	Trilha 7 de PB2 – Fase Final na Instituição	165
Quadro 99	Trilha 1 de T3 – Fase Final na Instituição	166
Quadro 100	Trilha 9 de T3 – Fase Final na Instituição	166
Quadro 101	Trilha 3 de T3 – Fase Final na Instituição	166
Quadro 102	Trilha 4 de T3 – Fase Final na Instituição	167
Quadro 103	Trilha 5 de T3 – Fase Final na Instituição	167
Quadro 104	Trilha 7 de T3 – Fase Final na Instituição	167
Quadro 105	Trilha 8 de T3 – Fase Final na Instituição	167
Quadro 106	Trilha 1 de MB2 – Fase Final na Instituição	167
Quadro 107	Trilha 2 de MB2 – Fase Final na Instituição	167
Quadro 108	Trilha 4 de MB2 – Fase Final na Instituição	168
Quadro 109	Trilha 6 de MB2 – Fase Final na Instituição	168
Quadro 110	Trilha 2 de T3 – Fase Final na Instituição	168
Quadro 111	Trilha 6 de T3 – Fase Final na Instituição	168
Quadro 112	Trilha 3 de MB2 – Fase Final na Instituição	168
Quadro 113	Trilha 5 de MB2 – Fase Final na Instituição	169
Quadro 114	Formas de Comunicação Expressiva de PB2 na Instituição	169
Quadro 115	Informações das Observações Diretas no Domicílio Grupo A	171
Quadro 116	Informações das Observações Diretas no Domicílio Grupo B	171
Quadro 117	Trilha 2 de PA2 – Fase Inicial no Domicílio	173
Quadro 118	Trilha 1 de PA2 – Fase Inicial no Domicílio	173
Quadro 119	Trilha 4 de PA2 – Fase Inicial no Domicílio	173
Quadro 120	Trilha 3 de PA2 – Fase Inicial no Domicílio	173
Quadro 121	Trilha 5 de PA2 – Fase Inicial no Domicílio	174
Quadro 122	Trilha 1 de MA2 – Fase Inicial no Domicílio	174
Quadro 123	Trilha 5 de MA2 – Fase Inicial no Domicílio	174
Quadro 124	Trilha 2 de MA2 – Fase Inicial no Domicílio	174
Quadro 125	Trilha 3 de MA2 – Fase Inicial no Domicílio	175
Quadro 126	Trilha 4 de MA2 – Fase Inicial no Domicílio	175
Quadro 127	Trilha 1 de PA2 – Fase Final no Domicílio	175
Quadro 128	Trilha 5 de PA2 – Fase Final no Domicílio	176
Quadro 129	Trilha 6 de PA2 – Fase Final no Domicílio	176
Quadro 130	Trilha 4 de PA2 – Fase Final no Domicílio	176
Quadro 131	Trilha 2 de PA2 – Fase Final no Domicílio	176
Quadro 132	Trilha 7 de PA2 – Fase Final no Domicílio	176
Quadro 133	Trilha 3 de PA2 – Fase Final no Domicílio	177
Quadro 134	Trilha 1 de IA2 – Fase Final no Domicílio	177
Quadro 135	Formas de Comunicação Expressiva de PA2 no Domicílio	178
Quadro 136	Trilha 1 de PB2 – Fase Inicial no Domicílio	179
Quadro 137	Trilha 2 de PB2 – Fase Inicial no Domicílio	179
Quadro 138	Trilha 3 de PB2 – Fase Inicial no Domicílio	179
Quadro 139	Trilha 4 de PB2 – Fase Inicial no Domicílio	179
Quadro 140	Trilha 5 de PB2 – Fase Inicial no Domicílio	180
Quadro 141	Trilha 1 de MB2 – Fase Inicial no Domicílio	180
Quadro 142	Trilha 3 de MB2 – Fase Inicial no Domicílio	180
Quadro 143	Trilha 4 de MB2 – Fase Inicial no Domicílio	180
Quadro 144	Trilha 5 de MB2 – Fase Inicial no Domicílio	181

Quadro 145	Trilha 6 de MB2 – Fase Inicial no Domicílio	181
Quadro 146	Trilha 2 de MB2 – Fase Inicial no Domicílio	181
Quadro 147	Trilha 1 de PB2 – Fase Final no Domicílio	182
Quadro 148	Trilha 2 de PB2 – Fase Final no Domicílio	182
Quadro 149	Trilha 3 de PB2 – Fase Final no Domicílio	182
Quadro 150	Trilha 4 de PB2 – Fase Final no Domicílio	182
Quadro 151	Trilha 1 de MB2 – Fase Final no Domicílio	183
Quadro 152	Trilha 2 de MB2 – Fase Final no Domicílio	183
Quadro 153	Trilha 3 de MB2 – Fase Final no Domicílio	183
Quadro 154	Formas de Comunicação Expressiva de PB2 no Domicílio	184
Quadro 155	Formas de Comunicação Expressiva na Instituição Grupo A	189
Quadro 156	Formas de Comunicação Expressiva no Domicílio Grupo A	191
Quadro 157	Formas de Comunicação Expressiva na Instituição e no Domicílio Grupo B	199

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ADEFAV</b>	<b>Associação para Deficientes da Audiovisão</b>
<b>AEE</b>	<b>Atendimento Educacional Especializado</b>
<b>AHIMSA</b>	<b>Associação Educacional para Múltiplos Deficientes</b>
<b>AIDS</b>	<b>Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</b>
<b>AVC</b>	<b>Acidente Vascular Cerebral</b>
<b>BPC</b>	<b>Benefício de Prestação Continuada</b>
<b>CEB</b>	<b>Câmara de Educação Básica</b>
<b>CENTRAU</b>	<b>Centro de Reabilitação de Audição</b>
<b>CNE</b>	<b>Conselho Nacional de Educação</b>
<b>CIF</b>	<b>Código Internacional de Funcionalidade</b>
<b>DBI</b>	<b>International for the Education of the Deaf-blind</b>
<b>DNA</b>	<b>Ácido Desoxirribonucleico</b>
<b>ELAN</b>	<b>The Language Archive</b>
<b>EUA</b>	<b>Estados Unidos da América</b>
<b>FAV</b>	<b>Fundação Altino Ventura</b>
<b>FENEIS</b>	<b>Federação Nacional de Integração dos Surdos</b>
<b>GTT</b>	<b>Sonda de Gastrostomia</b>
<b>IAEDB</b>	<b>International Association for the Education of the Deaf-blind Persons</b>
<b>LCR</b>	<b>Líquido cefalorraquidiano</b>
<b>LDBN</b>	<b>Lei de Diretrizes e Base Nacional</b>
<b>MEC</b>	<b>Ministério da Educação e Cultura</b>
<b>MS</b>	<b>Ministério da Saúde</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial de Saúde</b>
<b>ONCE</b>	<b>Organización de Ciegos de Espanha</b>
<b>ONU</b>	<b>Organização das Nações Unidas</b>
<b>OPAS</b>	<b>Organização Pan Americana de Saúde</b>
<b>PCN</b>	<b>Perímetro Cefálico ao Nascer</b>
<b>PNE</b>	<b>Plano Nacional de Educação</b>
<b>PNEE</b>	<b>Plano Nacional de Educação Especial</b>
<b>PROC</b>	<b>Protocolo de Observação Comportamental</b>

<b>RNs</b>	<b>Recém Nascidos</b>
<b>SCZv</b>	<b>Síndrome Congênita do Zika vírus</b>
<b>SECADI</b>	<b>Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão</b>
<b>SEESP</b>	<b>Secretaria de Educação Especial</b>
<b>SNC</b>	<b>Sistema Nervoso Central</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
<b>TDA</b>	<b>Transtorno do Déficit de Atenção</b>
<b>TEA</b>	<b>Transtorno de Espectro Autista</b>
<b>TORSCH</b>	<b>Toxoplasmose, Outras infecções, Rubéola, Sífilis, Citomegalovírus, Herpes</b>
<b>ULAC</b>	<b>Unión Latinoamericana de Ciegos</b>
<b>UNESCO</b>	<b>Organização das Nações Unidas para Educação. Ciências e Cultura</b>
<b>UNICAP</b>	<b>Universidade Católica de Pernambuco</b>
<b>UNICEF</b>	<b>Fundo das Nações Unidas para a Infância</b>
<b>ZDP</b>	<b>Zona de Desenvolvimento Proximal</b>

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO I - AS TRAMAS DA SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E DESDOBRAMENTOS</b>	<b>26</b>
1.1 A infecção pelo Zika vírus e possíveis desdobramentos	26
1.2 Microcefalia e Deficiência Motora: conceito e características	30
1.3 Surdocegueira e Múltipla Deficiência: conceito e características	34
1.4 Acessibilidade e Inclusão social e escolar: a procura da qualidade de vida	47
1.5 Marcos legais: leis e decretos que devem orientar os planejamentos de ações que definem a atenção às pessoas com múltipla deficiência	50
<b>CAPÍTULO II - OS ENTRELACES DAS TEORIAS DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM E POSSIBILIDADES DE COMUNICAÇÃO</b>	<b>61</b>
2.1 Perspectivas teóricas que se entrelaçam para que possamos entender a aquisição da linguagem	61
2.1.1 O sócio interacionismo de Lev. S. Vygotsky	62
2.1.2 O interacionismo de Henry Wallon	71
2.1.3 Jan van Dijk e a abordagem Coativa para a Comunicação	81
2.2 Comunicação das crianças com Múltipla Deficiência	87
<b>CAPÍTULO III - TECENDO O PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>98</b>
3.1 Tipo de pesquisa	98
3.2 Local da coleta de dados	100
3.3 Seleção e caracterização dos participantes	100
3.4 Instrumentos empregados na pesquisa	102
3.5 Procedimentos de coleta dos dados	107
3.6 Procedimentos de análise dos dados	116
<b>CAPÍTULO IV - TRAMAS QUE MARCAM A ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM</b>	<b>121</b>
4.1 Análise dos Dados	121

4.1.1 Entrevistas	122
4.1.2 Protocolo de Observação Comportamental - PROC	124
4.1.3 Mapa de Comunicação	134
4.1.4 Observação Direta na Instituição	141
4.1.5 Observação Direta no Domicílio	170
4.2 Conclusão das Análises	184
4.2.1 Perfil do Grupo A	184
4.2.2 Perfil do Grupo B	194
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>203</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>210</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>220</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>235</b>

## PORQUE TRAMAS E ENTRELACES

Hoje em meio a tantos desafios e desastros, deparamo-nos com uma trama iniciada em 2015 que ainda mostra lacunas e dúvidas para a sociedade.

Um vírus e um mosquito encontram a junção (im)perfeita, assustadora como grandes tramas, desenrolam-se como acontecimentos que parecem de uma produção artística e fictícia, um complô que atenta contra a vida e a segurança de crianças e suas famílias e que se repetiu em 2019 e 2020.

Desafios para médicos, terapeutas e pesquisadores.

Prefiro aqui, adotar, o sentido da trama de um tecido, o que significa um conjunto de fios, sem cor ou brilho, que se cruzam no sentido transversal de um tear. Esta trama vem com a junção de um *vírus Zika* e um mosquito *Aedes aegypti*, que resolvem se apresentar no tear das vidas de famílias e chegam a nós através das crianças com a Síndrome Congênita do *Zika vírus*.

Mas, neste tear, a urdidura surge com o conjunto de fios coloridos e cheios de vida, que se entrelaçam e são dispostos longitudinalmente pelos quais o fio da trama passa. E quiçá, traga: resposta, esperança, expectativa e diferentes olhares para enfrentar as tramas de algo tão incerto no tear de nossas vidas.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Minha jornada de trabalho e estudos com a surdocegueira e a múltipla deficiência se iniciou em 1989, através da capacitação realizada pela parceria do Programa Hilton/Perkins, Unión Latino-americana de Ciegos – ULAC e Organización de Ciegos de Espanha – ONCE. Esta capacitação aconteceu em cinco etapas ao longo de dois anos, nas cidades Santa Rosa (Argentina), Florianópolis (Brasil), Montevideu (Uruguai), São Paulo (Brasil) e Buenos Aires (Argentina).

No ano de 2010, atuava como pedagoga em uma instituição da Cidade do Recife – PE, para atendimento de criança surdocega e múltiplo deficiente. Valendo-me dessa experiência e na pretensão de buscar compreender as formas de comunicação do surdocego pré-verbal e, conseqüentemente, sua aquisição da linguagem, defendo minha dissertação de Mestrado em Ciências da Linguagem no Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP; com o título “Ver e ouvir a surdocegueira: o emergir da comunicação”.

A surdocegueira apresenta uma condição na qual as perdas visual e auditiva funcionam como uma única deficiência, podendo estar associadas a outras condições de desenvolvimento e comunicação. Portanto, no caso da múltipla deficiência não só visão e audição são afetadas, mas também outros sistemas podem estar comprometidos como o tátil, vestibular, proprioceptivo, olfativo e gustativo, podendo também ser incluídos déficits intelectuais, motores, etc.

O marco fundamental do desenvolvimento cognitivo e social de uma criança é marcado pelo surgimento das primeiras palavras, iniciando sua trajetória como um membro ativo na sociedade, pois esta atribui à linguagem grande valor como expressão do pensamento e da comunicação.

A criança surdocega apresenta necessidades especiais de comunicação pouco conhecidas e entendidas pela sociedade em geral. O processo de aprendizagem destas crianças geralmente é mais lento, as informações do meio ambiente são processadas através do tato, olfato, paladar, sensações proprioceptivas, sinestésicas e vestibulares, bem como através dos resíduos dos sentidos mais prejudicados.

No final do ano de 2015, surgem os primeiros casos de microcefalia relacionados ao vírus da *Zika*, em Pernambuco e na Paraíba. O Ministério da Saúde (MS) (2016) relata que aproximadamente em 90% dos casos, a microcefalia está associada a alterações neurológicas. Os casos analisados, através de exames de tomografia computadorizada e ultrassom de transfontanela, demonstraram alterações semelhantes com calcificações espalhadas pelo cérebro, principalmente nas regiões periventricular, parinqumal e talâmica e na ganglia basal. Tais alterações podem repercutir significativamente no desenvolvimento desses recém-nascidos (RNs).

Diante dos dados apresentados, surgem nossas inquietações com as seguintes perguntas:

- Como a aquisição da linguagem ocorre em crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus* (SCZv)?
- Como se comunicam caso apresentem microcefalia e deficiência motora?
- Como se comunicam aquelas que além destes comprometimentos podem apresentar também perdas visuais e auditivas concomitantemente?
- Será possível identificar se existe deficiência intelectual nessas crianças?

A partir destes questionamentos delineamos nossa pesquisa a fim de obter, analisar e discutir os dados pretendidos. Para responder às perguntas diretrizes, propomos os objetivos que seguem:

**Objetivo Primário:**

- Analisar as formas de comunicação de crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*, que apresentem precocemente microcefalia e déficit motor, como também aquelas que além destes comprometimentos, apresentem também perdas visuais e auditivas, concomitantemente.

**Objetivos Secundários:**

- Analisar os dados iniciais e finais contidos nos prontuários dos participantes;
- Compreender o que está expresso no Mapa de Comunicação de cada participante no início e final da coleta de dados com as informações dos pais a respeito da criança e as expectativas da família;

- Verificar o que ocorre na instituição e no domicílio em relação à aquisição da linguagem dos participantes;
- Avaliar a comunicação receptiva e expressiva dos participantes através de protocolo nos períodos inicial e final da coleta;
- Identificar as formas de comunicação apresentadas nos períodos de coleta para descrever as características da comunicação dos participantes da pesquisa.

Esperamos que através dos dados sobre a aquisição da linguagem dos participantes com a Síndrome Congênita do *Zika vírus*, que apresentem precocemente microcefalia e déficit motor, como também aqueles que além destes comprometimentos, apresentem perdas visuais e auditivas, concomitantemente, contribuir cientificamente para esta temática que ainda se encontra na fase inicial de seus estudos. Para tal, o texto apresenta:

O Capítulo 1 apresenta o que vem a ser a infecção pelo *Zika vírus* desde a sua origem geográfica, sua chegada ao Brasil, bem como sua associação ao mosquito *Aedes aegypti* e finalmente seus desdobramentos ao infectar gestantes e seus bebês. Para tal, trazemos na sequência as questões que envolvem estes fatos com a surdocegueira e a múltipla deficiência, por se apresentarem como parte da síndrome aqui estudada. Com isto posto, seguimos com a história, definição e caracterização destas deficiências.

No Capítulo 2, abordamos as questões de acessibilidade e inclusão social e escolar que viabilizam a qualidade de vida das crianças, bem como as políticas públicas cuja meta é assegurar os direitos das pessoas com deficiência, para então, apresentar as perspectivas teóricas que se entrelaçam, com o fito de traçar o perfil da aquisição da linguagem das crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*.

O nosso percurso metodológico está delineado no Capítulo 3, através da pesquisa de abordagem qualitativo-quantitativa, longitudinal sendo que do ponto de vista dos objetivos se apresenta como descritiva explicativa e analítica com procedimentos técnicos de Estudo de Caso, no qual empregamos para análise dos dados a inspiração na Análise de Conteúdo de Bardin.

No capítulo 4, apresentamos a análise e discussão das informações coletadas de cada grupo participante, objetivando traçar as características da comunicação, para, a partir delas, delinear cada grupo.

As Considerações Finais sintetizam os achados do perfil da comunicação dessas crianças, que permitirão adequações do planejamento e das condutas terapêuticas multidisciplinares com estes dois grupos, com possibilidades de sugerir algumas orientações para pais e cuidadores.

Trazemos também a proposta de um guia preliminar de orientações para os pais e cuidadores lidarem com a comunicação de seus filhos, que será finalizado ainda em 2020, sendo entregue para todas as mães de crianças com a SCZv, atendidas na instituição coparticipante, e demais interessados no tema.

## CAPÍTULO I - TRAMAS DA SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E DESDOBRAMENTOS

O presente capítulo apresenta inicialmente o que vem a ser a infecção pelo *Zika vírus* desde a sua origem geográfica, sua chegada ao Brasil, bem como sua associação ao mosquito *Aedes aegypti* e finalmente seus desdobramentos ao infectar gestantes e seus bebês. Para tal, trazemos na sequência questões que envolvem estes fatos como a surdocegueira e a múltipla deficiência, bem como a microcefalia e problemas motores por se apresentarem como parte da síndrome aqui estudada. Abordamos também, questões da acessibilidade, inclusão social e escolar que viabilizam a qualidade de vida, dessas pessoas. Apresentamos as políticas públicas que asseguram os direitos das pessoas com deficiência bem como reflexões do contexto, no qual esses problemas ocorreram. Posto isso, seguimos com a história, definição e caracterização destas deficiências.

### 1.1 A INFECÇÃO PELO ZIKA VÍRUS E POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS

Em abril do ano de 2015, surgem as primeiras notícias relacionadas à infecção pelo *Zika vírus* através da identificação do agente etiológico da doença exantemática aguda no Brasil (CANGUSSU, 2016). Em outubro do mesmo ano, na cidade do Recife – PE, neuropediatras deram o sinal de alerta sobre a epidemia durante a gestação com ocorrência de microcefalia em recém-nascidos (RNs), sugestivas de infecção congênita tendo sido afastadas as principais causas de infecções congênitas que causam calcificações cerebrais. Em face desta sequela neurológica, este projeto de pesquisa tem como tema o estudo da aquisição da linguagem e comunicação dessas crianças. Afinal, o que é este vírus e qual a sua trajetória?

Salge et al. (2016) refere que o vírus Zika é um *arbovírus* do gênero *Flavivírus*, isolado em 1947, na Floresta Zika em Uganda. Seu principal vetor no Brasil é o mosquito *Aedes aegypti*. Diniz (2016) acrescenta que o termo “Zika” no idioma bantu significa “coberto de ervas” ou “muito crescido”

Segundo Henry (2014) e Salge et al. (2016) o vírus da *Zika* foi descrito pela primeira vez no mundo em 1952, a partir do material coletado de um macaco que foi

colocado em uma floresta denominada Zika (que significa crescimento exacerbado), localizada em Uganda, sendo que este animal apresentou um quadro febril. A partir de 1954, o vírus foi relatado em infecções humanas na Nigéria e posteriormente de forma esporádica no continente africano e asiático.

Duffy et al. (2009) e Salge et al. (2016) relatam que no ano de 2007 ocorreu a primeira epidemia causada pelo vírus da *Zika* fora destes continentes, sendo na Ilha Yap, localizada nos Estados Federados da Micronésia, no Pacífico Sul. Estima-se que 73% dos habitantes da ilha tinham sido expostos ao vírus. Desde então, a infecção se espalhou para outras ilhas do Pacífico, chegando ao Brasil e Colômbia.

No final de 2013, o vírus chegou à Polinésia, onde foram relatados 70 casos com envolvimento neurológico e evolução para a Síndrome de *Guillain-Barré* ou meningoencefalite (Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, 2015). Já no Brasil, o primeiro relato ocorreu em março de 2014, com pacientes apresentando sintomas similares ao da dengue, na cidade de Camaçari, na Bahia. Somente em maio de 2015 foi constatada a presença de material genético do vírus da *Zika*, que apresentou 99% de similaridade com os encontrados na Polinésia.

Diante de tal constatação, existem duas hipóteses para explicar a chegada deste vírus no Brasil. A primeira defende a chegada através de turistas infectados durante a Copa do Mundo, porém nenhum país do Pacífico Sul participou do evento. A segunda hipótese parece mais provável, porque defende que tenha sido trazido por participantes de competição de canoagem ocorrida no Rio de Janeiro em agosto de 2014. Esta competição contou com a presença de representantes da Polinésia Francesa e algumas regiões com elevada incidência desta *arbovirose* (CANGUSSU, 2016).

Segundo Diniz (2016), com a chegada do *Zika* no Brasil, pesquisadores sequenciaram o DNA (ácido desoxirribonucleico) do vírus. Descobriram que não era o mesmo da linhagem africana, mas sim da família asiática, sendo, desse modo, que a linhagem brasileira tem 99% do genótipo asiático.

Para um breve esclarecimento, a palavra *arbovírus* é um termo criado em 1942 que descreve os vírus transmitidos por artrópodes. O vírus Zika é um *arbovírus* do gênero *flavírus*, por conseguinte todos os *flavírus* são *arbovírus*.

Em maio de 2015, tão logo constatada a sua existência no país, foi lançado um alerta epidemiológico, pela OPAS, conclamando os países deste continente sobre a presença confirmada do mosquito do gênero *Aedes*, para criarem as

condições técnicas necessárias para detectarem e confirmarem os casos suspeitos de infecção pelo vírus da *Zika*, proporcionando o atendimento médico de suporte para implantarem estratégias fundamentais à redução da densidade do mosquito vetor nas comunidades.

De acordo com Diniz (2016), não haveria uma epidemia como tivemos se o Brasil “não fosse um território convidativo à disseminação rápida: mosquito, saneamento precário e uma frágil política de saúde para enfrentamento da nossa doença” (DINIZ, 2016, p.38).

A Sociedade Brasileira de Infectologia, no ano de 2015, já referia que até novembro deste mesmo ano 739 casos foram notificados em todo Brasil. A Região Nordeste, atingiu 160 cidades, sendo Pernambuco o detentor do maior número de casos - 487.

Feitosa, Faccini e Sanseverino (2016) expõem que o Ministério da Saúde (MS) promoveu diversas reuniões entre diferentes especialistas para discutirem os critérios diagnósticos e parâmetros do perímetro cefálico das crianças, conforme surgiam novas evidências.

O MS recomenda, então, a realização da coleta de amostras de sangue do cordão umbilical, líquido cefalorraquidiano (LCR) e urina dos RNs no momento do nascimento para realização de sorologias específicas para *arboviroses* e outras doenças do protocolo de investigação de toxoplasmose, outras infecções, rubéola, sífilis, *citomegalovírus* e herpes simples (TORSCH) (CAMPOS, 2016; SALGE et al., 2016).

Eickmann et al. (2016) explanam que a incidência dos casos de microcefalia aumentou no Brasil no período de 2015, principalmente no segundo semestre daquele ano. Informando também que a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a definir a microcefalia para meninos quando o perímetro cefálico ao nascer (PCN) for igual ou inferior a 31,9 cm e, para meninas, igual ou inferior a 31,5 cm, para crianças nascidas a termo.

Os autores anteriormente citados também alegam que a microcefalia congênita pode causar alterações como deficiência intelectual, paralisia cerebral, epilepsia, dificuldade de deglutição, anomalias dos sistemas visual e auditivo, além de distúrbios de comportamento com Transtorno do Déficit de Atenção (TDA) por hiperatividade e Transtorno do Espectro Autista (TEA). Relatam, ainda, que ao exame físico dos RNs por esta síndrome, o que chama à atenção além da

microcefalia é a protuberância óssea occipital, fontanelas fechadas ao nascer, excesso de pele e ou dobras de pele no escalpo, hipertonia global grave com hiperflexia, irritabilidade, hiperexcitabilidade, choro excessivo, crises convulsivas, atrofia de tronco e cerebelo.

Diniz (2016) relata em seu livro que diante do consenso de neurologistas brasileiros e americanos, ao examinarem as imagens, que estas crianças apresentam uma forma severa de microcefalia que vai além da redução de volume encefálico revelando o potencial destrutivo da infecção pelo *vírus da Zika* para o Sistema Nervoso Central (SNC) do feto. Por esta razão, os especialistas sugerem o termo “**Síndrome Congênita do Zika vírus**” (SCZv) (DINIZ, 2016).

Feitosa, Faccini e Sanseverino (2016), quanto ao termo síndrome, referem-se aos resultados preliminares dos estudos epidemiológicos e experimentais; e aos achados clínicos que culminaram com os estudos publicados, comprovando a teratogenicidade<sup>1</sup> do Zika vírus.

Nesse mesmo ano, começam a surgir na literatura artigos que relatam as lesões oftalmológicas em neonatos com microcefalia provavelmente associadas à infecção congênita pelo *vírus da Zika*. O primeiro estudo foi conduzido em três neonatos com microcefalia por Ventura et al. (2016a; 2016b). Atualmente estudos estão sendo conduzidos pelos mesmos autores para verificar até que ponto as lesões do nervo ótico, encontradas comprometeram a acuidade visual e as funções visuais. Outras complicações neurológicas já relatadas em pacientes infectados pelo vírus da *Zika* são a redução de percepção auditiva bilateral e atraso entre a emissão e a percepção de um som.

Eickmann et al. (2016) faz uma reflexão muito importante quanto à complexidade dos casos e a necessidade de assistências aos bebês por equipe multidisciplinar, com avaliações iniciais e reavaliações periódicas. E que, diante do impacto familiar, recomendam apoio psicológico, de assistência social e a garantia dessa assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) é o desafio do momento.

---

<sup>1</sup> Um teratogêno é qualquer agente - incluindo fatores ambientais - que causa um anormal desenvolvimento pré-natal (O termo, terato, vem da palavra grega que significa monstro.). Um termo mais preciso para defeitos de nascimento é "malformação congênita". Uma concepção equivocada comum sobre teratogenicidade e de que ela envolve apenas defeitos físicos. Na verdade, muitos efeitos teratogênicos são funcionais e comportamentais, haja vista não se tornam evidentes até que a criança tenha a idade na qual essas funções ou comportamentos normalmente se desenvolvem. Um termo mais abrangente para defeitos de nascimento que leva em conta defeitos funcionais ou comportamentais é "anomalias congênitas".

## 1.2 MICROCEFALIA E DEFICIÊNCIA MOTORA: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

Apresentamos a seguir uma breve conceituação da deficiência motora e da microcefalia, com o objetivo de esclarecermos o conceito e a classificação de cada uma delas, e conseqüentemente, adequar nosso panorama da surdocegueira e da múltipla deficiência, bem como auxiliar na compreensão das características dos dois grupos participantes desta pesquisa.

### 1.2.1 Microcefalia

O MS (2016) define a microcefalia como sendo uma má formação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, sendo um efeito de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e infecciosas, além de bactérias, vírus e radiação. A OMS determina os níveis de microcefalia: **microcefalia** - recém-nascidos com um perímetro cefálico inferior a dois desvios-padrão, ou seja, mais de dois desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo; **microcefalia grave** – recém-nascidos com um perímetro cefálico inferior a três desvios-padrão, ou seja, mais de três desvios-padrão abaixo da média para a idade gestacional e sexo.

Torre e Tapia (2017) definem a microcefalia como uma condição na qual o bebê nasce com o crânio do tamanho menor que o normal. Lembrando que a cabeça da criança com microcefalia cresce ao longo da infância, porém, menos que a medida típica. A medida mais confiável para avaliar se um bebê tem microcefalia é medir a circunferência da cabeça, ou seja, o perímetro cefálico no momento do nascimento e, novamente, 24 horas após o nascimento. Associado a esta verificação, com o exame neurológico já se podem observar algumas alterações de desenvolvimento.

O MS e a OMS referem que maioria dos casos, estima-se 90%, das microcefalias estão associadas a um atraso no desenvolvimento neurológico, psíquico ou motor; irá depender da área cerebral acometida. Alguns exemplos de déficits associados são: cognitivo, visual, motor e epilepsia.

De acordo com Albuquerque (2018), a “epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes da ocorrência de eventos de saúde e doenças em populações humanas”. No caso de epidemia pelo *Zika*, era preciso definir o que

seria “um caso de microcefalia”, o critério iniciou-se na mensuração do Perímetro Cefálico, bem como alterações de imagem cerebral associada. Em março de 2016, o MS alinhado com as recomendações da OMS adotou para crianças nascidas a termo, as medidas de 31,5 cm para meninas e 31,9 cm para meninos.

O autor acima citado ressalta ainda que as crianças com a SCZv apresentavam acentuada microcefalia ao nascer com PC menor que 29 cm, além de características como calcificações cerebrais nos exames de imagem. Estas crianças precisam de estimulação precoce para redução do comprometimento no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente da má formação. O período mais importante para essa estimulação vai de 0 a 3 anos de idade, época de maior resposta aos estímulos.

### **1.2.2 Deficiência motora**

Iniciamos, abordando primeiro a definição de deficiência, a qual auxiliará na compreensão deste e do próximo capítulo.

Em 1999, a Lei 7.853/89 foi regulamentada, na qual podemos verificar a definição de deficiência, deficiência permanente e incapacidade. Como podemos ver a seguir:

I – deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; II – deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos, e; III – incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamento, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Em 2004, as Leis 10.048 e 10.098/2000 define pessoa “portadora” de deficiência como:

§1º Considera-se, para efeitos deste Decreto: I- pessoa “portadora” de deficiência: que possui limitação ou incapacidade para desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias: [deficiência física, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência mental]

Em 2008, a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência define “pessoas com deficiência” e não mais portadoras de deficiência:

Art.1 – Propósito – O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente. Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Portanto, a deficiência é conceituada como a repercussão imediata da doença sobre o corpo, impondo uma alteração estrutural ou funcional a nível tecidual ou orgânico. A desvantagem representa uma dificuldade resultante de uma deficiência que limita o desempenho de uma atividade levando em consideração a idade, sexo e fatores sócios culturais para o indivíduo.

Diante destas definições, passemos a compreender o que vem a ser a deficiência motora. Durante o primeiro ano de vida, as funções reflexas aparecem e desaparecem de acordo com a evolução do SNC, gradativamente passam a ser mais complexos e voluntários (CAVALCANTE, 2012). A maturação cortical associada às experiências sensório-motoras contribui para o desenvolvimento das habilidades motoras e reorganização de sinapses e formação das redes neurais.

Como vemos, o desenvolvimento motor é gradativo e organizado, sendo que as aquisições precedentes são importantes para as próximas fases. Destarte, equilibrar a cabeça, posteriormente, o tronco, sentar-se, ficar em pé e andar. Alterações na sequência podem ocorrer como andar antes de engatinhar, todavia as aquisições são interdependentes e hierárquicas.

A deficiência motora, de acordo com Cavalcante (2012, p.10):

Caracteriza-se pelos impedimentos nos movimentos e na coordenação de membros e/ou da cabeça, em que a pessoa necessitará de adaptações que garantam a acessibilidade motora, ou seja, o seu acesso a todos os espaços, serviços e instituições... garantindo a autonomia e independência da pessoa.

O MS (2016) ressalta que as anormalidades do tônus são consideradas como sendo um dos sinais mais evidentes de alterações do desenvolvimento neuro sensório motor. Estas se caracterizam pela diminuição da tensão em que se encontra permanentemente um músculo em repouso e diminuição da resistência ao

movimento passivo (hipotonia); aumento da tensão em repouso e/ou da resistência ao movimento passivo (hipertonia) ou, a variação entre diminuição e aumento da tensão ao movimento passivo (flutuação tônica).

O MS (2016) ressalta, ainda, que crianças com a SCZv podem apresentar alteração de tônus, com variabilidade na manifestação motora. Refere ainda que comumente apresentam atraso motor, hipertonia ou flutuação tônica, desenvolvem ainda, formas adaptativas de movimento. Conhecer as potencialidades da criança e estabelecer metas são aspectos importantes no programa de reabilitação.

Podemos salientar, de acordo com o MEC (2006), a importância de algumas modificações no ambiente físico, nos materiais e equipamentos para as atividades escolares, tais como: revisão de currículo para que não seja rígido, mas que resulte em soluções satisfatórias para a aprendizagem; a finalidade da educação é a mesma para alunos com e sem deficiência; uso de degraus inclinados e rampas, corrimões, promoverem a passagem de cadeira de rodas; tapetes antiderrapantes, prender o papel com fita adesiva na mesa para facilitar a escrita diante da dificuldade motora ou a espasticidade; suportes de livros, facilitar a preensão de lápis, entre outras.

O uso funcional das mãos é importante na realização de várias atividades cotidianas. A criança em seu desenvolvimento realiza o uso unimanual e bimanual de forma eficiente. Essa ação se inicia com a descoberta das mãos pelo bebê, que passa a ser percebido no campo visual e dá início às habilidades óculo-manuais. Durante o primeiro ano de vida, é frequente o contato involuntário e gradativamente se torna voluntário, com o corpo, objetos e pessoas.

A observação da manipulação espontânea deve ser associada às atividades dirigidas. Em crianças com alterações neurológicas, o resultado dessa atividade pode ser diferente. Em certas situações podem demonstrar uma dada habilidade, mas na vida cotidiana pode não ser assim, embora nas brincadeiras livres possam usar as mãos. O importante é dar tempo para a criança, respeitando seu ritmo, valorizando as soluções naturais que a criança utiliza para adequar seu desempenho.

Cavalcante (2012) refere que a criança com deficiência motora pode ser discriminada e excluída no ambiente educacional, pois alguns professores concebem que não há possibilidades de aprendizagem atrelada à deficiência motora, motivo pelo qual também existe a deficiência cognitiva, o que não podemos

considerar como verdadeiro. A segregação torna-se mais grave nos casos em que a deficiência motora acomete a fala e o uso da comunicação oral de forma fluente.

### 1.3 SURDOCEGUEIRA E MÚLTIPLA DEFICIÊNCIA: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

#### 1.3.1 Surdocegueira

Diante das deficiências oriundas da SCZv, a surdocegueira é uma delas, a qual nos remete ao estudo detalhado sobre a sua história no mundo e principalmente no Brasil. No Quadro 1, a seguir, podemos verificar em ordem cronológica alguns casos descritos que marcam o início dessa história.

**Quadro 1 - Primeiros casos de surdocegueira na história**

ANO	SURDOCEGO (A)	DESCRIÇÃO
1829	Laura Bridgman	Conhecida como primeira surdocega educada com sucesso. Sua deficiência começou aos 2 anos de idade ingressando para o Instituto Perkins em 1837 onde foi educada.
1859	Bertha Galeron de Calonne	Nasceu em Paris e aos 6 anos de idade perdeu a visão por uma pancada na cabeça e aos 30 anos perdeu a audição.
1873	Ragnhild Kaata	Nasceu na Noruega e aos 4 anos foi acometida por uma enfermidade. Como consequência perdeu a visão, audição, olfato e paladar.
1880	Hellen Keller	A mais conhecida surdocega, com a inestimável ajuda de sua professora Anne Sullivan, mostrou as imensas possibilidades do ser humano. Hellen perdeu a visão e audição com 1 ano e meio de idade. Aos 24 anos recebeu seu diploma de Filosofia.
1885	Eugenio Malossi	Nasceu na Itália e perdeu a visão e audição aos 2 anos de idade devido à meningite. Iniciou sua educação sendo artesão e professor de mecânica. Aprendeu vários idiomas.
1914	Olga Ivanova Skorojodova	Nasceu na Ucrânia e aos 5 anos teve meningite e ficou surdocega e parálitica. Conseguiu voltar a andar. E suas conquistas foram auxiliando em seu doutorado em Psicologia e Ciências Pedagógicas. Trabalhou no Colégio Zargosk e no Instituto de Defectologia da Academia de Ciências Pedagógicas de URSS.
1917	Cesar Torres Coronel	Nasceu em Madri, com quase 2 anos fica surdocego por varíola. Obteve o título de Bacharel, sendo nomeado bibliotecário do Colégio Nacional de Cegos.
1925	Dr. Robert J. Smithdas	Nasceu na Pensilvânia, ficou cego e posteriormente surdo em consequência de uma meningite aos 4 anos de idade. Aos 25 anos recebeu o diploma de Bacharel em Artes. Foi agraciado com graus honorários de doutor em Letras e em Humanidades
1927	Leonard C Doudy	Nasceu no Missouri, perdeu a visão e audição com 1 ano e meio de idade. Estudou na Perkins School. Casado com uma surdocega também.
1944	Valise Amadescu	Nasceu na Romênia, perdeu a visão e audição em consequência de meningite aos 2 anos e meio de idade. Iniciou sua educação aos 11 anos e aprendeu a falar. Formou em Psicopedagogia

Fonte: elaborado pela pesquisadora, tendo como referência MONTEIRO, 1996.

Observando o quadro acima, são muitos casos e relatos de pessoas com surdocegueira que desenvolveram suas potencialidades, conseguindo atingir patamares pouco esperados. Consideramos um objetivo similar para os participantes dessa pesquisa, sendo importante apresentar as possibilidades e o quanto é fundamental a oportunidade, atenção e respeito a cada uma delas nos diferentes programas educacionais. Mas onde e quantos são os surdocegos?

Cormedi (2011) refere uma pesquisa do censo dos Estados Unidos, no ano de 2006, no qual revela existirem 50.000 pessoas surdocegas. No mesmo ano, o censo educacional brasileiro apontava 2.718 crianças matriculadas na rede regular de ensino. A Agência Câmara de Notícias, em 2017, refere que de acordo com informações da Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS), estimava a existência de 40 mil surdocegos no Brasil.

Dessa maneira, os números se mostram com certa discrepância, porém, de acordo com Cormedi (2011), a realidade muitas vezes apresenta a surdocegueira classificada como deficiência múltipla pelo censo educacional brasileiro. O diagnóstico é pouco frequente e muitas vezes são classificados como “deficientes visuais”, ou “deficientes auditivos”, ou ainda “deficientes intelectuais”. Muitos profissionais de saúde desconhecem a surdocegueira e suas características.

Mas o que é a surdocegueira?

Definir é algo muito importante frente ao fato de não se tratar apenas da ausência ou limitação visual ou auditiva, mas sim por se referir a perdas simultâneas.

De acordo com a ONCE (1991), a visão e a audição são os principais canais sensoriais com os quais uma pessoa percebe e experimenta tudo ao seu redor; qualquer alteração ou enfermidade nestes canais poderá restringir as experiências desta pessoa. Estas alterações serão mais ou menos complexas e distintas, variando com a idade em que aparece a deficiência, tendo-se em conta que uma deficiência é mais simples do que a combinação de duas, o que constitui um problema para a educação e reabilitação.

A surdocegueira é o termo que se utiliza para definir que são duas deficiências que funcionam como uma só e podem apresentar-se em diversos graus que vão desde a deficiência visual e auditiva com lesões parciais até a surdez e cegueira completas. A partir destas perdas, o conhecimento imediato é afetado e estas pessoas passam a apresentar limitações nas interações emocionais,

intelectual e física com o seu entorno. Fato este, que implica uma série de necessidades, passando a ser importante a avaliação individualizada, consoante podemos observar na citação da ONCE:

Cada surdocego é antes de tudo uma personalidade individual e depois uma pessoa com graves problemas de visão e audição que tem suas próprias necessidades, anseios e frustrações e sua própria capacidade e potencial para alcançar as metas que lhe são propostas (ONCE, 1991, p.12).

Gleason (1997) apresenta uma perspectiva desde o berço para as crianças surdocegas. Para esta autora, um bebê com visão e audição pode antecipar rotinas diárias ao associar as imagens e sons; e assim, preparar-se para a atividade. Já o bebê surdocego não recebe estes avisos ou os recebe com alterações, o que pode ocasionar um momento imprevisível e confuso, e, por essa razão, pode causar medo a ele em muitas situações.

Concordamos que, o bebê irá se beneficiar com a ajuda de outras pessoas para entender o mundo. O que significa a perda de visão e audição pela perspectiva do bebê? São momentos em que muitas coisas ocorrem, como: surpresas que podem ser desagradáveis; dificuldade para entender ou antecipar o que está acontecendo; tentar se comunicar e não ser entendido, assim como não compreender o que os pais tentam comunicar.

Sabemos que cada criança é diferente da outra, assim também acontece com a criança surdocega. A quantidade de informações que uma criança aprende não depende somente da quantidade e tipo de visão ou audição que tenha, mas de como realiza o uso funcional de cada uma delas, integrando com outros sentidos e habilidades.

Devemos levar sempre em consideração que algumas crianças utilizam mais o tato, enquanto outras se apoiam nos restos de visão ou audição, e ainda outras realizam a combinação destes sentidos. Outro grupo ainda não pode utilizar os resíduos de visão, audição ou tato juntos, podendo escolher basear-se somente em um sentido. Algumas nos surpreendem ao utilizar a visão e audição de forma inconstante, o que confunde muitas vezes os pais e educadores.

À primeira vista, pode parecer que a surdocegueira se refere à impossibilidade total de duas perdas sensoriais distintas, ou seja, ver e ouvir. Sem dúvida, a realidade é que a surdocegueira é uma condição em que se combinam

perdas visuais e auditivas que produzem graves problemas de comunicação e outras necessidades de desenvolvimento e aprendizagem (SERPA, 2002).

A criança que é surdocega tem uma experiência de mundo única. Para nós, que podemos ver e ouvir, o mundo se estende tão longe quanto alcançamos ver os nossos olhos e ouvir nossos ouvidos. Para a criança surdocega, no caso de perdas graves desses dois sentidos (visão e audição) suas experiências de mundo se estendem até onde podem alcançar seus dedos e/ou os resíduos auditivos e visuais que possa ter. Seu conceito de mundo depende da oportunidade que tenha de tocar fisicamente seu entorno (MILES, 1995).

Se a criança surdocega tem algum resíduo visual e/ou auditivo, como a maioria delas seu mundo se ampliará, caso estimulada a empregá-lo. Muitas dessas crianças têm visão suficiente para locomover-se no ambiente, reconhecer pessoas familiares, distinguir a língua de sinais a uma pequena distância, sons familiares, entender algumas expressões (MILES, 1995).

Essa autora (1995) enfatiza a natureza da surdocegueira como sendo única, ao relatar que a definição do Governo Federal Americano, observa a grafia “deaf-blind” (surdo-cegueira), mas que em 1991 a International Association for the Education of the Deafblind (DBI) adotou a grafia deafblind (surdocegueira), em uma só palavra para reforçar a natureza única desta deficiência e a compreende como não sendo uma somatória e sim uma só deficiência. Nas publicações brasileiras, também encontramos a grafia “surdocegueira” com o intuito de reforçar a unicidade do termo.

A aceitação dos termos surdocego e surdocegueira, sem hífen, foi proposta por Salvatori Lagati na *IX Conferência da International Association for the Education of Deaf-Blind Persons (IAEDB)* em Örebro (Suécia), como forma de defender como uma deficiência única (MAIA, 2004, apud. MASINI, 2007)<sup>2</sup>.

Watanabe (2017) refere que no Brasil, a surdocegueira foi reconhecida como área de estudo no ano de 2000, sendo uma condição única, que vem sendo defendida e foi ratificada pelo Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009.

Ainda podemos verificar a necessidade de reconhecimento em várias esferas, para garantir os direitos, principalmente no que diz respeito ao acesso ao trabalho

---

<sup>2</sup> Adotaremos o termo surdocego e surdocegueira sem hífen em todo trabalho, por entendermos se tratar de uma condição única.

do guia-intérprete<sup>3</sup> e do instrutor-mediador<sup>4</sup>, conforme o nível de autonomia do surdocego.

A seguir, apresentamos algumas definições de surdocegueira de diferentes países e que durante alguns anos circularam no Brasil, pois a literatura desta temática advinha da Europa ou Estados Unidos. Todavia, elas não diferem muito, consideramos que algumas se complementam e demonstram o período que vivíamos diante do olhar para o deficiente.

A Deafblind International Word Conference em Lisboa (1999, p.1) definiu:

Surdocegueira é a combinação de deficiência visual e auditiva. Tal reconhecimento deve ser escrito na legislação e deve referir-se às necessidades particulares das pessoas surdocegas, que são diferentes das necessidades das pessoas com uma deficiência sensorial única. (tradução nossa)

Amaral (2002) refere que a Deafblind Service Liaison Group do Reino Unido apresenta a seguinte definição:

Considera-se que pessoas são surdocegas quando apresentam graves deficiências visuais e auditivas que resultam em problemas de comunicação, informação e mobilidade. O grupo deverá incluir pessoas com dificuldades severas visuais e auditivas de nascença ou adquiridas na tenra infância, e as que desenvolveram a deficiência na vida adulta. Deve igualmente incluir pessoas, que, sofrendo de deficiência de um sentido, estão nos estágios iniciais de uma dificuldade secundária com prognóstico de deterioração com o tempo. Deve ainda incluir aquelas pessoas cujo grau de dificuldade de visão ou audição é difícil de avaliar, mas que funciona como deficientes visuais e auditivos (AMARAL, 2002, p.123).

A ONCE (1991) apresenta a definição de surdocegueira com base na Conferência da DBI de 1999, a qual diz:

---

<sup>3</sup> O guia-intérprete é o profissional que domina diversas formas de comunicação utilizadas pelas pessoas com surdocegueira. Sua formação específica de guia-intérprete pode realizar um trabalho de transliteração ou interpretação. No caso da transliteração, o guia-intérprete recebe a mensagem em determinada língua e transmite à pessoa com surdocegueira na mesma língua, porém usando a forma de comunicação acessível a essa pessoa. Nesses casos, o guia-intérprete ouve a mensagem em língua portuguesa e a transmite em Braille tátil, por exemplo. Diferentemente da situação de interpretação, quando o guia-intérprete recebe a mensagem em uma língua e deve transmiti-las em outra língua, como, por exemplo, ele ouve a mensagem em língua inglesa e a transmite em língua portuguesa por meio de Libras tátil ou da fala ampliada. Cabe também ao guia-intérprete guiar conforme as técnicas de orientação e mobilidade utilizadas com as pessoas com cegueira e baixa visão e fazer audiodescrição (FIGUEIRA; LOURENÇO; WATANABE, 2009).

<sup>4</sup> O instrutor-mediador é o profissional que promove a intervenção para pessoa com surdocegueira ou para a pessoa com deficiência múltipla sensorial. Ele faz a mediação entre a pessoa com surdocegueira e/ou com a pessoa com deficiência múltipla sensorial e o seu ambiente para capacitá-la a se comunicar com ele efetivamente e receber informações não distorcidas do mundo ao seu redor (MAIA, 2007)

[...] duas deficiências sensoriais (visual e auditiva) são combinadas que se manifestam em maior ou menor grau, gerando problemas únicos de comunicação e necessidades especiais derivadas da dificuldade para perceber globalmente, conectar-se e, portanto estar interessado e desenvolver em seu ambiente. Como consequência da não comunicação e desconexão com o mundo que a privação sensorial gera em pessoas surdocegas, estas apresentam uma série de dificuldades, que se manifestarão de acordo com suas características na comunicação; no acesso à informação; à educação; a formação profissional; trabalho; vida social e atividades culturais” (ONCE, 1991, s.n., tradução nossa).

Cader-Nascimento e Costa (2005) referem que a surdocegueira foi conceituada em 1969 pelo *Bureau of Education for the Handicapped* – Departamento de Educação Especial Americano – como:

[...] deficiência auditiva e visual, cuja combinação causa problemas tão graves de comunicação e outros problemas de desenvolvimento da educação, que não podem ser adequadamente acomodada nos programas de educação especial somente para crianças surdas ou para criança deficiente visual (DANTONA, 1976, p.172, apud CADER-NASCIMENTO; COSTA, 2005, p.19).

A Associação Nacional de Surdocegueira do Canadá apresenta:

Uma pessoa é considerada como surdocega se a sua visão e deficiência auditiva, combinadas causam dificuldades com a comunicação, o acesso à informação e à mobilidade. Isto inclui as pessoas com perda visual e de audição progressivas<sup>5</sup>. (CDBA, 2006, s.n., tradução nossa).

Segundo Cader-Nascimento e Costa (BRASIL, 2006) a criança surdocega apresenta características únicas, que resultam do efeito conjunto da deficiência visual e auditiva. As características que definem a criança, do ponto de vista oftalmológico e audiológico, são insuficientes para prever o quanto poderá se desenvolver quando imersa num ambiente que proporcione uma estimulação adequada às suas necessidades.

Estas autoras concluem que, enquanto o surdo utiliza o campo visual-espacial como principal via de acesso às informações e ao estabelecimento de interações com o meio, o cego utiliza o campo auditivo temporal (CADER-NASCIMENTO; COSTA, 1999 apud BRASIL, 2006). Porém, o surdocego necessitará aprender a utilizar os sentidos remanescentes e/ou os resíduos auditivos e visuais para o

---

<sup>5</sup> A person is regarded as deafblind if their combined sight and hearing impairment cause difficulties with communication, access to information and mobility. This includes people with a progressive sight and hearing loss (CBDA, 2006, p.04)

estabelecimento de trocas significativas e necessárias à sua participação efetiva no ambiente.

No Brasil, foi construída a seguinte definição de acordo com Masini et al.:

Surdocegueira é uma deficiência singular que apresenta perdas auditivas e visuais concomitantemente em diferentes graus, levando a pessoa surdocega a desenvolver diferentes formas de comunicação para entender, interagir com as pessoas e o meio ambiente, proporcionando-lhe o acesso à informação, uma vida social com qualidade, orientação, mobilidade, educação e trabalho (MASINI et al., 2007, p.588).

As definições de surdocegueira procuram abordar diferentes aspectos para definir essa população de deficientes. No entanto, devido à variedade de combinações das perdas visuais e auditivas, que acarretam diferentes desempenhos, torna-se tarefa difícil de definir, pois acabam não abordando todos os aspectos que ela possibilita.

Watanabe (2017) refere que a surdocegueira pode ter outras deficiências associadas e essa condição foi definida como “surdocegueira plus” por Mônaco (2004), logo, pessoas que nascem ou adquirem essa deficiência e apresentam associações com deficiência intelectual ou físico-motora. As necessidades básicas continuam sendo as mesmas das que não têm associação fica evidenciada a importância de profissionais que mediam a comunicação com esta população por conhecerem diferentes formas para interagir e promover o acesso à comunicação. Exigindo, em síntese, que o profissional tenha uma formação específica.

Lewis (1998) apresentou que diante dessas associações com outras síndromes, poderá ocorrer a interferência no desenvolvimento da comunicação, portanto, necessitarão de um mediador para apoiá-la.

Freeman (1995) refere que a surdocegueira pode apresentar diferentes graus e inúmeras possibilidades de deficiência visual e outras associações, o que gera quadros distintos de comportamentos, necessitando de atendimento que responda à especificidade apresentada por cada surdocego. Ressalta ainda, o fato no qual após a aquisição de um sistema de comunicação este poderá ser inserido em grupos de educação especial para cegos ou para surdos. Mas esta autora é muito incisiva ao afirmar que crianças com surdez profunda e cegueira apresentaram dificuldades para o trabalho com ela, já que necessitam de atendimento muito específico.

Mas quais são as etiologias da surdocegueira?

Masini et al. (2007), referem-se à etiologia da surdocegueira, afirmam que são várias as causas, podendo ser pré, pós ou neonatais; além de algumas causas vinculadas às anomalias de desenvolvimento, às infecções transplacentárias, às infecções neonatais, aos erros inatos de metabolismo, transtornos ou síndromes. Como vemos no Quadro 2, que se segue:

**Quadro 2 – Causas da Surdocegueira<sup>6</sup>**

Pré-natais	Peri natal	Pós-natais	Anomalias Congênicas
Rubéola	Prematuridade	Meningite	Associação Charge
Citomegalovírus		AVC	
Toxoplasmose	Icterícia	Medicação Ototóxica	Abuso de Drogas
Herpes		Otite Média Crônica	
AIDS	Falta de Oxigênio	Acidentes	Síndrome de Alcoolismo Fetal
Fator Rh	Medicação Ototóxica	Encefalite	Hidrocefalia
Sífilis Congênita		Sarampo	Microcefalia
		Diabetes	Síndromes
		Caxumba	Consanguinidade
	Asfixia		

Fonte: Masini, et al. (2007)

Como já foi mencionada, a surdocegueira pode acontecer de várias formas e pode ser classificada pelo período do surgimento, tipos de perdas e funcionamento na comunicação. Alsop (2002) e Reys (2004) apresentam quatro tipos de surdocegos, que descrevemos no Quadro 3 a seguir:

**Quadro 3 - Tipos de perdas dos surdocegos**

TIPOS DE PERDAS	PERÍODO DA SUDOCEGUEIRA
1 Surdocegos congênitos	Nascem com perdas simultâneas de visão e audição
2 Surdos congênitos com cegueira adquirida	Nascem com deficiência auditiva e surdez e adquirem a deficiência visual ou cegueira mais tarde
3 Cegos congênitos com surdez adquirida	Nascem cegos ou com deficiência visual e adquirem a surdez ou deficiência auditiva mais tarde
4 Surdocegos adquiridos	Nascem com visão e audição e adquirem perdas visuais e auditivas em diferentes graus e idades

Fonte: (ALSOP, 2002; REYS, 2004)

O período de surgimento da surdocegueira irá influenciar na aquisição e desenvolvimento da linguagem. Como podemos verificar no quadro acima, caso ocorra a surdocegueira o período em que a criança ainda não tem uma língua materna constituída poderá dificultar sua comunicação, diferente de quem a adquire em diferentes idades e após a aquisição de linguagem.

<sup>6</sup> Salientamos que, como causas de Anomalias Congênicas Múltiplas, atualmente acrescentaríamos às síndromes, a Síndrome Congênita do *Zika vírus*

Observa-se, dessa maneira que, pessoas denominadas surdocegas podem apresentar visão suficiente para se locomoverem no ambiente e visualizar a língua de sinais, ou audição suficiente para reconhecerem sons familiares e até desenvolverem a fala.

O surdocego que não adquiriu linguagem terá dificuldade em ter uma imagem real do mundo em que vive; aprender de imediato com as pessoas quando estas falam ou fazem alguma coisa. Não consegue entender seu entorno, precisam superar essa condição de isolamento e distanciamento. Na ausência destes, a criança necessita da mediação para compreender e adquirir a consciência da linguagem (SERPA, 2002).

McInnes e Treffy (1982, p.502) afirmam que crianças surdocegas que nascem ou adquirem a surdocegueira antes de se apropriarem da linguagem são também classificadas como crianças com comportamento hipoativo e com comportamento hiperativo, segundo descrito no Quadro 4 a seguir.

**Quadro 4 - Comportamento hipoativo e hiperativo dos surdocegos**

TIPO DE COMPORTAMENTO	CARACTERÍSTICAS
<b>HIPOATIVO</b>	Distanciam-se do ambiente através de movimentos estereotipados de mãos e dedos; Balanceio rítmico do corpo; Isolam-se do contato de pessoas e do ambiente; Apresentam desinteresse pela forma convencional de comunicação, manipulação de objetos, brinquedos e pessoas; Indiferença por sons e vibrações; Evitam comunicar-se com outras pessoas; Distúrbios de alimentação; Rejeitam alimentos sólidos
<b>HIPERATIVO</b>	Atraídos por locais com claridade intensa como janelas, luz solas, lâmpada, objetos luminosos; Movimentam-se constantemente, apesar de ter dificuldade de locomoção; Evitam o contato visual, mas aproximam os objetos dos olhos; Apresentam defesas táteis, ou seja, dificuldade em aceitar toques no corpo; Contraem as pálpebras na tentativa de enxergar melhor; Comportamento de auto e hetero-agressão; Utilizam os sentidos remanescentes; Levam tudo a boca; Dificuldade em discriminar sinais realizados por outras pessoas

Fonte: McInnes e Treffy (1988)

A educação de surdocegos teve maior impulso e mudou suas características a partir dos anos de 1964 e 1965, com o nascimento de aproximadamente cinco mil

crianças surdocegas em decorrência de uma epidemia de rubéola nos Estados Unidos. (FREEMAN, 1995; MILES; RIGGIO, 1999).

Jan van Dijk, na década de 60, na Holanda, iniciou um programa para crianças surdocegas com etiologia de rubéola congênita. Esse programa baseava-se no movimento para desenvolver a comunicação (AMARAL, 2002).

A população de surdocegos tem aumentado e Miles e Riggio (1999) apontam duas razões para este crescimento: o avanço tecnológico da medicina que tem melhorado as condições dos bebês prematuros e também com relação às anomalias congênitas, sendo este avanço demarcado pelo diagnóstico da medicina que tem detectado anomalias genéticas de baixa incidência.

A literatura sobre a surdocegueira produzida nos Estados Unidos e Europa foi trazida para o Brasil para uso interno, com subsídio da Fundação Hilton/Perkins, através dos programas de atendimento na Escola de educação Anne Sullivan, Associação para Deficientes da Audiovisão (ADEFÁV), Associação Educacional para Múltiplas Deficiências (AHIMSA), todas em São Paulo; e o Centro de Reabilitação de Audição (CENTRAU), em Curitiba, e a Fundação Catarinense de Educação Especial (ARÁOZ; COSTA, 2003).

Nos últimos anos, a surdocegueira está presente nos cursos de capacitação organizados pelo GRUPO BRASIL, em parceria com a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI/MEC), num esforço conjunto pela divulgação da surdocegueira em todas as regiões do país.

### **1.3.2 Múltipla Deficiência**

Buscamos na nossa pesquisa tratar a múltipla deficiência após a conceituação da surdocegueira, diante da diversidade de síndromes relacionadas ao fator causal de crianças nascidas com perdas visuais e auditivas associadas a outros problemas. Marcamos aqui, nossa pretensão em apresentar a condição única da dupla perda sensorial na população com surdocegueira em relação à múltipla deficiência.

Concordamos com Gomes (2006) ao afirmar que a expressão deficiência múltipla é usada para caracterizar pessoas com duas ou mais deficiências associadas. Esta mesma expressão pode variar entre pesquisadores da área, pois a associação dessas produz condições bastante heterogêneas.

O MEC, junto com a Secretaria de Educação Especial (MEC/SEESP) em 2002, elaborou um *kit* de nove fascículos contendo documentos de “Estratégias e Orientações Pedagógicas para o atendimento de crianças com necessidades educativas especiais do nascimento aos seis anos de idade”. No fascículo sobre Dificuldades Acentuadas de Aprendizagem – Deficiência Múltipla apresenta a seguinte conceituação com ênfase no aspecto funcional para comunicação e interação social:

O termo deficiência múltipla tem sido utilizado, com frequência, para caracterizar o conjunto de duas ou mais deficiências associadas, de ordem física, sensorial, mental, emocional ou de comportamento social. No entanto, não é o somatório dessas alterações que caracterizam a múltipla deficiência, mas sim o nível de desenvolvimento, as possibilidades funcionais, de comunicação, interação social e de aprendizagem que determinam as necessidades educacionais dessas pessoas (BRASIL, 2002, p.11).

Outro fascículo da mesma publicação intitulado “Dificuldade de Comunicação e Sinalização – Surdocegueira e Deficiência Múltipla” apresenta uma distinção entre a surdocegueira e a múltipla deficiência sensorial:

Considera-se uma criança com múltipla deficiência sensorial aquela que apresenta deficiência visual e auditiva associadas a outras condições de comportamento e comprometimento, sejam eles na área física, intelectual ou emocional, e dificuldades de aprendizagem. Quase sempre, os canais de visão e audição não são os únicos afetados, mas também outros sistemas como o sistema tátil (toque), vestibular (equilíbrio), proprioceptivo (posição corporal), olfativo (aromas e odores) ou gustativo (sabor) (BRASIL, 2002, p. 11).

A definição tem um enfoque sensorial e não com o aspecto funcional e também não apresenta a questão educacional, bem como não faz referência à comunicação e à interação social, que são privações sensoriais dos dois sentidos distais.

A múltipla deficiência caracteriza um grupo crescente de indivíduos, pois esta condição é resultado de acidentes genéticos e de anomalias congênitas que a despeito dos problemas de saúde, a medicina tem conseguido trazer perspectiva de vida para eles. Orelove e Sobsey (1996) referem que são crianças com duas ou mais das seguintes características que estão no Quadro 5:

**Quadro 5 - Características das crianças com múltiplas deficiências**

		DESCRIÇÃO	AUTOR
		Restrições dos movimentos	A constatação orgânica mais frequente identificada nas múltiplas incapacidades é a paralisia cerebral. A marca da paralisia cerebral está nos movimentos desordenados e postura [...] Muitas dessas crianças, na verdade, têm movimento voluntário que é limitado tanto na qualidade quanto na quantidade, tornando-os com dificuldades ou impossível de caminhar livremente em seus ambientes ou mudar de posição [...]
Deformidades ósseas	Muitas crianças com deformidades físicas nascem com uma ou mais comumente, desenvolvem incapacidades físicas secundárias às suas incapacidades primárias como resultado do dano cerebral [...]		
Desordens Sensoriais	Além de experimentar dificuldades no movimento, estudantes considerados com múltiplas incapacidades têm maior probabilidade de apresentar perda visual e auditiva que outras pessoas com severas incapacidades [...]		
CARACTERÍSTICA	Convulsões	[...] a prevalência de desordens de ataque é de 16% em crianças com retardo mental e de 25% em crianças com paralisia cerebral. Embora os ataques sejam frequentemente controlados por medicação [...] podem resultar, em contrário, efeitos colaterais tanto psicológicos quanto comportamentais.	WALLACE, 1990; citados por Orelove e Sobsey, 1996
	Pulmão e Controle de Respiração	Em grande parte devido às deformações musculares e no esqueleto, crianças com múltiplas incapacidades tem grande risco de problemas respiratórios e de pulmão. Tais problemas ocorrem frequentemente durante as refeições, quando os estudantes têm problemas com os alimentos na boca e de deglutição. Outras crianças podem acumular excessivo muco ou outras secreções na via aérea e pulmão, obstruindo a respiração normal. Outros, podem ainda apresentar sistema respiratório subdesenvolvido [...]	CAMPBELL, 1987, citado por Orelove e Sobsey, 1996
	Outros Problemas de Saúde	Em geral, crianças com múltiplas incapacidades são menos saudáveis que outras crianças [...]	Thompson e Guess; citados por Orelove e Sobsey, 1996

Fonte: Elaborado pela pesquisadora tendo como fonte Orelove e Sobsey (1996).

Diante das definições de surdocegueira e múltipla deficiência, aqui apresentadas, podemos verificar que se assemelham pela presença de duas ou mais deficiências. Todavia, no primeiro grupo pode estar contida a deficiência múltipla se tiver a alteração multissensorial associada a outros problemas, tornando a comunicação e interação social, difíceis. Já os múltiplos deficientes, nos quais a perda auditiva não for primária, poderão desenvolver a linguagem por meios de métodos alternativos.

Nas crianças que apresentam surdocegueira congênita, o desenvolvimento da linguagem estará seriamente comprometido. Segundo van Dijk (in: Writer, 1987, p.3)

“algumas crianças nunca chegam a ser conscientes dos valores simbólicos da língua”. Porém, poderão se comunicar se forem desenvolvidas formas de comunicação tanto expressivas quanto receptivas e elas as vivenciarem. A ausência destas formas limita a capacidade de interação dos surdocegos e dos múltiplos deficientes nas atividades do dia a dia, o que faz com que seu acesso à informação e ao conhecimento seja reduzido. Portanto, é necessário estabelecer metas e objetivos específicos de acordo com as potencialidades e necessidades comunicativas de cada criança.

Bravo e Dugnani (in: COSTA, 2009) referem que o Ministério da Educação e Cultura (BRASIL, 2006) define a pessoa com deficiência múltipla como sendo aquela que apresenta duas ou mais deficiências de base associadas; e ressaltam que as pessoas com deficiência visual e auditiva (surdocegueira), não apresentam a deficiência múltipla e sim a deficiência múltipla sensorial.

Santos & Evaristo (in: COSTA; RANGNI, 2015) salientam que comparar o significado da surdocegueira com a múltipla deficiência sensorial é algo inadequado. Acrescentam que os canais sensoriais visão e audição não são os únicos afetados, no caso da múltipla deficiência sensorial, pois também envolve outros sentidos como o tátil, vestibular, proprioceptivo, olfativo e gustativo. Assim, concordamos com os autores acima que a múltipla deficiência sensorial apresenta necessidades semelhantes às da surdocegueira, mas que apresentam significados e associações de deficiências que são diferentes.

Considera-se que as crianças com múltiplas deficiências sensoriais têm dificuldades na obtenção de informações do seu entorno e no estado de alerta, que ocasiona um estado de isolamento colocando as crianças menos receptivas às estimulações, dificultando sua interação com o meio.

Diante do que foi exposto até o momento, no qual deixamos claro nosso posicionamento quanto às definições da surdocegueira, surdocegueira *plus* e da múltipla deficiência, bem como a deficiência motora e microcefalia, cabe a partir de agora compreender as questões da acessibilidade e da inclusão social e escolar das crianças com a SCZv.

#### 1.4 ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO SOCIAL E ESCOLAR: A PROCURA DA QUALIDADE DE VIDA

Para iniciar os entrelaces das teorias da aquisição da linguagem e as possibilidades de comunicação do múltiplo deficiente, faz-se necessário voltar o olhar para as questões da acessibilidade e da inclusão. Lima (2006) apresenta dois princípios muito interessantes para a compreensão da deficiência e a inclusão. Este autor salienta que, todos os seres humanos são iguais, contudo, ao mesmo tempo, são todos diferentes numa sociedade. Diante disto, podemos refletir que estamos incluídos na sociedade pelo princípio da identidade, mas ao mesmo tempo podemos ser excluídos pelo princípio da diversidade.

Em acordo com este autor, faz-se necessário discutir a inclusão, porque estamos em uma sociedade que dicotomiza - identidade e diversidade. No século XX, emerge, em nível mundial, a defesa da concepção de uma sociedade inclusiva.

Observamos que a sociedade ao longo dos tempos tem demonstrado diferentes formas de lidar com as deficiências dos indivíduos. Inicialmente as causas para que essas deficiências surgissem foram atribuídas às divindades, ou até um castigo de Deus, ou ainda, considerando estas pessoas como incapazes, inválidas, inferiores, antes que fossem vistas como cidadãos com direitos e deveres. Desse modo, a sociedade demonstra sua forma de interagir com a deficiência e como vem sendo transformada ao longo da história.

Ações institucionais que garantem a inclusão de pessoas com deficiência à vida acadêmica, eliminando barreiras pedagógicas, arquitetônicas, atitudinais e na comunicação e informação, promovem o cumprimento dos requisitos legais de acessibilidade.

Este período histórico fortaleceu a crítica às práticas de categorização e segregação de alunos encaminhados para ambientes especiais, que conduzem ao questionamento dos modelos homogeneizadores de ensino e de aprendizagem geradores de exclusão nos espaços escolares. A citação da Conferência Mundial de Educação para Todos, em Jomtien, 1999, alertou para os altos índices de crianças sem escolarização e buscou ações para transformação do sistema de ensino para assegurar o acesso e permanência do aluno na escola.

Os principais referenciais que enfatizam a educação de qualidade para todos reforça a necessidade de elaboração e implementação de ações voltadas para

ensino fundamental e oferta de educação nas redes públicas de ensino. No contexto do movimento político para alcançar as metas de educação para todos, conferência realizada pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciências e Cultura (UNESCO) em 1994 propõe aprofundar a discussão da acessibilidade para todos os alunos.

No paradigma da inclusão, as escolas promovem respostas às diferenças individuais dos alunos impulsionando os projetos de mudanças nas políticas públicas repensando o espaço escolar. O debate sobre os rumos da educação especial conduz para a construção de políticas de formação docente, financiamento, gestão, condições de acesso, participação e aprendizagem, concebendo a escola como espaço que reconhece e valoriza as diferenças.

De uma forma paradoxal ao crescente movimento mundial pela inclusão, em 1994, o Brasil publica o documento Política Nacional de Educação Especial (PNEE), baseado no paradigma integracionista, tendo como princípio a normalização, com foco no modelo clínico para a deficiência atribuindo o caráter incapacitante que se constitui em impedimento para a inclusão educacional e social.

Este documento define as modalidades de atendimento: escolas e classes especiais, domiciliar, classe hospitalar, sala de recursos, ensino itinerante, oficinas pedagógicas, estimulação essencial e classe comum. Manteve-se assim a estrutura paralela e substitutiva da educação especial. Ao invés de promover a mudança e avançar no processo de inclusão escolar, essa política demonstrou fragilidade, pois conservou o modelo de organização e classificação dos alunos, estabelecendo o antagonismo entre o discurso inovador de inclusão e o conservadorismo das ações que não atingem a escola comum no sentido da sua resignificação e mantém a escola especial como espaço de acolhimento dos alunos incapacitados.

No início do século XXI, a proposta inclusiva passa a ser percebida na sua dimensão histórica, como processo de reflexão e prática, que possibilita efetivar mudanças conceituais, políticas e pedagógicas coerentes com o propósito de tornar efetivo o direito de todos à educação, preconizado pela Constituição Federal de 1988.

As desigualdades sociais e o desrespeito às diferenças são banalizados em nosso cotidiano, refletindo-se na escola. De acordo com Ribeiro (2013), a igualdade de condições de acesso, que é um dos fundamentos da Educação Inclusiva, não é tornar igual. Incluir não é nivelar e nem tão pouco uniformizar o discurso e a prática,

mas ao contrário, as diferenças devem ser valorizadas. “Portanto, ‘aluno padrão’ não existe; cada criança deve ser valorizada como é, e todo processo de ensino-aprendizagem deve levar em conta estas diferenças” (RIBEIRO, 2013, p.40).

A partir das premissas acima, e de acordo com os comportamentos característicos das crianças surdocegas, surdocegos *plus* e/ou múltiplas deficiências, já mencionadas anteriormente, apresentam diversas dificuldades e diferentes níveis nos quais as perdas sensoriais podem incidir no desenvolvimento geral da criança, como por exemplo, os diferentes graus de deficiência visual ou auditiva.

Ressaltamos, ainda, que para a inclusão social e escolar destas crianças faz-se necessário que sejam revistas nas escolas as possibilidades de desenvolvimento, desde que sejam utilizadas as medidas necessárias para que isso aconteça.

Lima et.al (2017) realizou um estudo realizado em três escolas públicas e três privadas, sendo que entrevistou 12 professores, sobre a inclusão de crianças com microcefalia pela SCZv em suas escolas da Região Metropolitana do Recife e constatou que apesar das leis que regem a educação inclusiva, na verdade nas escolas constata-se que os padrões pré-estabelecidos apresentam um trabalho insatisfatório para atender as crianças, em vista disso necessitam de infraestrutura e de capacitação para professores, consideram que receber os alunos em sala de aula não significa inclusão.

As pessoas com surdocegueira e/ou múltipla deficiência apresentam características e limitações que geram insegurança e atraso no desenvolvimento motor e afetivo, entretanto ao inseri-las com crianças que possuem desenvolvimento “normal”, seria uma forma de incentivar seu crescimento pessoal e intelectual. Para tal, torna-se necessário que o professor conheça as limitações deste seu aluno para que encontre a melhor forma de trabalhar com ele.

Galvão e Miranda (2013) ressalta que, no Brasil, existem algumas barreiras para o desenvolvimento da educação do surdocego, que se dá pela falta de profissionais mediadores com formação específica sobre a surdocegueira e/ou múltipla deficiência.

Os espaços escolares ou clínicos devem ser pensados como instâncias fundamentais para o desenvolvimento social. Por isso, faz-se necessário ressignificar os sistemas e as políticas educacionais para o atendimento aos alunos com deficiência, porém as diferenças e especificidades do surdocego devem ser

repensadas, a fim de que aconteça sua acessibilidade, independente das suas condições físicas e sensoriais, e, portanto, se efetive o contato com o mundo.

No processo de inclusão, tão importante quanto às leis e decretos, são as abordagens utilizadas no processo de habilitação/reabilitação do surdocego e do múltiplo deficiente, seja na escola ou em ambientes sociais diversos. Em decorrência disso, a família deve ser o ponto central, visto que através de todos os seus membros podemos atender às necessidades da criança, o seu contexto diário, características, dificuldades e potencialidades.

Em 2016, nas Diretrizes de Estimulação Precoce para microcefalia, o MS refere que quando uma família tem um bebê com comprometimentos graves, ocorre um impacto significativo na vida de todos seus membros. Enfrentam angústias e muitos sentimentos ambíguos, nos quais surgem questionamentos sobre o futuro da criança, sentimento de culpa, ansiedade e estresse.

Os cuidados com estas crianças requerem a aquisição de habilidades e competências por parte do cuidador. Ocorre uma sobrecarga de trabalho e a família precisa mudar e se adaptar às novas demandas. Nesse sentido, a inserção da criança num Programa de Estimulação Precoce é fundamental para a assistência dessa família, que será amparada e capacitada para lidar com a ela.

#### 1.5 MARCOS LEGAIS: LEIS E DECRETOS QUE DEVEM ORIENTAR OS PLANEJAMENTOS DE AÇÕES E DEFINEM A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM MÚLTIPLA DEFICIÊNCIA

Na história do Brasil, podemos encontrar leis e documentos sobre a educação de alunos com deficiência. De acordo com Santos (2016), na sociedade contemporânea, o reconhecimento e a valorização do desenvolvimento integral do ser humano pressupõem a garantia do direito à diferença, como fundamento do direito de todos à educação. Nossos olhares agora se voltam para alguns destes documentos.

Diante do contexto da SCZv, verificamos que estas crianças apresentam uma condição clínica na qual estão suscetíveis a atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, intelectual, dificuldades visuais, auditivas e de comunicação; bem como apresentam convulsões, epilepsia, paralisia cerebral. Essas alterações poderão acarretar dificuldades nas atividades cotidianas quando chegarem à fase escolar. Partindo destes aspectos, surge a necessidade de políticas e serviços de

apoio à educação inclusiva que favoreçam a escolarização das crianças com a SCZv em creches e escolas. Tendo em consideração estes aspectos passamos a seguir a uma análise sobre a inclusão dessas crianças.

Realizamos uma revisão bibliográfica sobre a inclusão destas crianças. A maioria dos artigos encontrados trata do tema relacionado à área de saúde e poucos sobre a educação, apresentando assim, uma incipiente discussão sobre a inclusão destas crianças nas creches e na educação infantil.

Tendo em conta o direito de todas as pessoas à educação, o Ministério da Educação (MEC, 2016) ressalta os marcos legais, políticos e pedagógicos da educação brasileira. A PNEE na Perspectiva da Educação Inclusiva orienta os estados e municípios para transformação dos sistemas educacionais em sistemas educacionais inclusivos. Seriam estes suficientes para a inclusão de crianças com a SCZv?

Com o objetivo de subsidiar esse processo de mudança, o MEC, elaborou no ano de 2016, um conjunto de documentos, com notas técnicas, pareceres, decretos e resoluções, que foram publicadas para subsidiar ações e o controle social das políticas públicas voltadas para a inclusão escolar das pessoas com deficiências, transtornos de desenvolvimento e altas habilidades.

Faz-se necessário, neste momento, resgatar, de forma breve, um pouco da história das práticas educacionais que ocorreram no Brasil a partir da Declaração de Salamanca (1994). A perspectiva do paradigma da inclusão conduz ao debate sobre os rumos da educação especial, tornando essencial a construção de políticas de formação, financiamento e gestão, importantes para a transformação da estrutura educacional, concebendo a escola como um espaço que reconhece e valoriza as diferenças.

Paradoxalmente, o Brasil publica o documento Política Nacional de Educação Especial (1994) baseado no paradigma integracionista, fundamentado no princípio de normalização, com foco no modelo clínico de deficiência, no qual o caráter incapacitante se constitui em impedimento para sua inclusão educacional e social. De acordo com o MEC (2016), esse documento define como modalidade de atendimento em educação especial no Brasil, entre outras, as escolas especiais, salas de recursos e ensino itinerante, a estimulação essencial e as classes comuns. Com isso, vemos que a estrutura paralela e substitutiva da educação especial,

sendo o acesso de estudantes com deficiência ao ensino regular condicionado quanto a matrícula em classe comum:

Ambiente dito regular de ensino/aprendizagem, no qual também, são matriculados, em processo de integração institucional, os portadores de necessidades especiais que possuem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas do ensino comum, no mesmo ritmo que os alunos ditos normais (BRASIL, 1994, p.19).

A Portaria nº 1.793/1994 do MEC recomenda a inclusão da disciplina “Aspectos éticos, políticos e educacionais de normalização e integração da pessoa portadora de necessidades especiais”, sendo esta prioritariamente nos cursos de Pedagogia, Psicologia e em todas as licenciaturas. Com a recomendação da disciplina, inicia-se, junto aos cursos de graduação, a proposta para que os futuros profissionais compreendam a integração da pessoa com deficiência.

A PNEE/1994 que orientou a “integração instrucional”, condicionando o acesso às classes comuns do ensino regular àqueles que “possuem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares de ensino comum, no mesmo ritmo que os alunos ditos normais” (BRASIL, 1994, p.19). Essa política fortaleceu o modelo de integração e representou um passo atrás no que se refere à inclusão, pois apenas os que acompanham os ditos “normais” poderiam estar na classe regular.

A Lei nº 9.394/1996 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBN) no Capítulo V estabeleceu como dever do Estado garantir atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular, e ressaltamos o artigo 59º que diz: “os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais: (I) currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica para atender às suas necessidades” (BRASIL, 1996, s.n.).

Essa Lei (1996) denota quanto à educação especial e a escola comum deve ter um contexto inclusivo. Define a educação especial como uma modalidade que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, no qual se realiza o atendimento educacional especializado, sendo disponibilizados os recursos e serviços para a utilização no processo de ensino aprendizagem nas turmas do ensino regular. Orienta a matrícula de estudantes público-alvo da educação especial nas escolas comuns de rede regular de ensino e mantém o atendimento educacional

especializado no turno inverso da escolarização de forma complementar ou suplementar com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela.

O Decreto nº 3.298/1999 dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, sendo que esta norma regulamenta a Lei nº 7.852 de maio de 1989, consolidando as normas de proteção e definindo a educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular.

O Parecer CNE/CEB nº 17/2000 apresenta as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Especial que trataram de forma específica quanto ao atendimento dos alunos, cujas necessidades educacionais especiais estão associadas à grave deficiência mental ou múltipla, à necessidade de apoios e ajudas intensos e contínuos, bem como de adaptações curriculares significativas. Esse documento sugere que não deve significar uma escolarização sem horizonte definido, seja em termos de tempo ou em termos de competências e habilidades desenvolvidas.

A Resolução do MEC CNE/CEB nº 2/2001 institui as Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica. Destacamos aqui que a política de inclusão de alunos com necessidades especiais na rede regular de ensino não consistia apenas na permanência física desses alunos junto aos demais educandos, mas representa a ousadia de rever concepções e paradigmas, bem como desenvolver o potencial dessas pessoas.

As escolas passaram a adotar procedimentos de avaliação pedagógica, certificação e encaminhamento para alternativas educacionais que ampliem as possibilidades de inclusão social e produtiva dessa pessoa. Quando os alunos com necessidades educacionais especiais, ainda que com os apoios e adaptações necessárias, não alcançarem os resultados de escolarização previstos no artigo 32, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, as escolas devem fornecer-lhes uma certificação de conclusão da escolaridade fundamentada em avaliação pedagógica, com histórico escolar que apresente, de forma descritiva, as habilidades e competências atingidas pelos educandos com grave deficiência mental ou múltipla. É o caso dos alunos cujas necessidades educacionais especiais não possibilitarem alcançar o nível de conhecimento exigido para a conclusão do ensino fundamental,

respeitada a legislação existente e de acordo com o regimento e o projeto pedagógico da escola.

A Lei nº 10.436/2002 dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais, reconhecendo-a como meio legal de comunicação e expressão. Esta lei representou um grande avanço para a educação de surdos e deficientes auditivos.

A Portaria do MEC nº 2.678/2002 aprovou o projeto da grafia Braille para a língua portuguesa e recomendou seu uso em todo território nacional. Aprovou também diretriz e normas para o uso, o ensino, a produção e a difusão do sistema Braille e em todas as modalidades de ensino.

O MEC (BRASIL, 2002) apresenta algumas considerações para o desenvolvimento de um currículo, no qual temos que levar em conta uma questão importante: como trabalhar em equipe. Para a criança com múltiplas deficiências sensoriais, a abordagem multidisciplinar de abrangência transdisciplinar vem auxiliar a elaboração do currículo, por meio dos momentos de partilha de conhecimento sobre as respectivas áreas e especialidades. Na transdisciplinaridade, um profissional se torna o facilitador, recebendo orientações dos demais profissionais.

A Resolução do MEC CNE/CP nº 1/2002 das Diretrizes Curriculares para a Formação de Professores da Educação Básica estabeleceu que a formação de docentes das instituições de ensino superior considere a diversidade e apresente conhecimentos sobre as especificidades dos estudantes com necessidades educacionais especiais em sua organização curricular. Esta resolução vem contribuir para a capacitação dos professores para a inclusão.

Em 2003, é implementado pelo MEC o Programa de Educação Inclusiva com a finalidade de apoiar a transformação dos sistemas de ensino em sistemas educacionais inclusivos. Para atingir esse objetivo, promoveu um amplo programa de formação de gestores e educadores para garantir o direito de acesso de todos à escolarização e atendimento educacional especializado e à garantia de acessibilidade.

Ainda o Decreto 5.626/2005 regulamenta a Lei 10.436/2002 através da disposição da inclusão de Libras como disciplina curricular, formação de professor e intérprete de Libras, uso e difusão de Libras e da Língua Portuguesa para acesso das pessoas surdas à educação, a formação do tradutor e intérprete de Libras e a garantia à educação e saúde para pessoas surdas ou com deficiência auditiva.

No ano de 2006, acontece a aprovação da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência que é ratificada pelo Brasil em 2008 e 2009, por meio da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva e pelo Decreto-Lei nº 6.949, respectivamente.

O Decreto nº 6.049/2007 dispõe sobre a implementação do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, que estabelece a garantia de acesso e permanência no ensino regular e no atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, fortalecendo a inclusão educacional nas escolas públicas, como parte das diretrizes do plano.

O Plano de Desenvolvimento de Educação, instituído pelo Decreto nº 6.094/2007, ampliou a formação de professores na perspectiva inclusiva, a implementação de salas de recursos multifuncionais, a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, acesso e a permanência de pessoas com deficiência na educação básica e superior e o monitoramento de acesso à escola dos favorecidos pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O teor dessas ações, segundo Farias e Maia (2007, p.27), diz que devemos respeitar a diversidade e valorizar a singularidade do aprendiz. As autoras comentaram ainda que “a pessoa com deficiência é uma catalizadora de práticas pedagógicas diferenciadas e de valores novos”, pois contribuem para a melhora acadêmica.

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva/2008 é um documento elaborado pelo Grupo de Trabalho constituído de professores, pesquisadores da área de educação especial, coordenados pelo Ministério da Educação/ Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (MEC/SECADI). Tem como objetivo o acesso, a participação e a aprendizagem dos estudantes com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais, garantindo: transversalidade da educação especial desde a educação infantil até o ensino superior; atendimento educacional especializado; continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino; formação de professores; participação da família e da comunidade; acessibilidade e articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

O Decreto-Lei nº 6.949/2009 promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York no ano de 2007. Este Decreto observa que as pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional, que elas possam ter acesso ao Ensino Fundamental inclusivo, de qualidade e gratuito, que seja assegurado o apoio individualizado e em ambiente que maximize o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena.

Como vemos, ao invés de promover o avanço no processo de inclusão escolar, a PNEE demonstra uma fragilidade, ao estabelecer o antagonismo entre o discurso inovador de inclusão e o conservadorismo das ações que mantém a escola especial como espaço de acolhimento daqueles estudantes considerados “incapacitados” para os objetivos educacionais propostos.

No paradigma de inclusão, cabe à sociedade promover as condições para que a pessoa com deficiência possa viver de forma independente e participe de todos os aspectos da vida. A educação inclusiva torna-se um direito inquestionável e incondicional. Vemos aqui a construção de uma nova política de educação especial que busca construir uma modalidade transversal desde a educação infantil ao ensino superior.

O BRASIL (MEC, 2009) institui as Diretrizes do Atendimento Educacional Especializado (AEE) que integra o Projeto Político Pedagógico da escola, no qual passa a envolver a participação da família, prevenção, organização e implementação da sala de recursos multifuncionais.

O AEE busca identificar, elaborar e organizar os recursos pedagógicos e de acessibilidade que auxiliam a eliminação de barreiras para que ocorra a participação dos estudantes em suas especificidades. As atividades desenvolvidas no atendimento educacional especializado são diferentes das realizadas na sala de aula comum, não são substitutivas, mas complementares e/ou suplementares, e objetiva-se, portanto, a autonomia e a independência na escola e fora dela.

Lei 13.146/2015 consolidou as premissas trazidas pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, representando um avanço para a proteção da dignidade da pessoa, pois deixa de declarar o deficiente como absolutamente incapaz, ou seja, abre as portas para a autonomia e o direito civil. As inovações buscam e retratam a evolução pela inclusão social e ao direito à cidadania plena e efetiva

Segundo MEC/SECADI (BRASIL, 2016), do nascimento aos três anos de idade, o atendimento educacional especializado se dá por meio da estimulação precoce, que objetiva aperfeiçoar o processo de desenvolvimento e aprendizagem em interface com os serviços de saúde e assistência social, constituindo-se como oferta obrigatória dos sistemas de ensino, sendo realizado no turno inverso da classe comum, na própria escola ou centro especializado que realize esse serviço educacional.

Por conseguinte, a PNEE, na perspectiva da educação inclusiva representa, como refere MEC/SECADI (BRASIL, 2016), um novo marco teórico e político da educação brasileira, em que fica delineada a educação especial como modalidade não substitutiva à escolarização e o conceito de atendimento educacional especializado complementar ou suplementar à formação de estudantes.

O ideal seria buscar a interdisciplinaridade e a utilização de recursos tecnológicos e o envolvimento participativo e empoderamento destas famílias, que são descritos na Política Nacional de Humanização para boas práticas de humanização, atenção e gestão do SUS.

Diante da SCZV, surge a necessidade de políticas e serviços de apoio à educação inclusiva que favoreçam a escolarização destas crianças em creches e/ou escolas. Trata-se de um público com amplas necessidades que está propenso a apresentar alterações motoras que limitam sua mobilidade, como também alterações auditivas e visuais que acarretam prejuízos nas atividades funcionais desempenhadas na escola. De acordo com as bases das Diretrizes e Estimulação Precoce (BRASIL, 2016a), a criança deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar desde o período neonatal até a fase escolar, com orientações aos pais e à comunidade quanto às possibilidades de escolarização e inclusão no contexto escolar.

Em 2016, a publicação da Nota Técnica nº 25 (BRASIL, 2016b) dispõe sobre a escolarização das crianças com microcefalia. Essa nota enfatiza que a participação desta criança deve ocorrer em diferentes espaços do ambiente educacional e dá ênfase à necessidade de um trabalho Intersetorial. Saliencia a necessidade do atendimento educacional especializado (AEE) nas redes públicas e particulares de ensino, conforme o PNE, que passou a vigorar com a promulgação da Lei nº 13.005/2014.

Portanto, as crianças com SCZv devem ter acesso ao conjunto de cuidados da primeira infância e também àqueles que sua condição específica demanda. Sabemos que essas crianças podem aprender quando estimuladas precocemente, e que as creches devem acolhê-las em ambientes inclusivos, ricos e estimulantes, por meio de ação interdisciplinar para total desenvolvimento integral.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em julho de 2016, junto a Johnson & Johnson, realizou apoio às famílias com bebês com microcefalia e outras deficiências. O projeto piloto foi realizado nas cidades do Recife, em Pernambuco, e em Campina Grande na Paraíba, por serem os municípios com maior número de casos de microcefalia pelo *Zika vírus* no Brasil.

O apoio concretiza-se com o Projeto Redes de Inclusão que é uma ação coordenada com os governos Federal, Estadual e Municipal, organizações da sociedade civil, como a Fundação Altino Ventura (FAV), Conselho Nacional de Secretarias Municipal de Saúde, o Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social, e demais interessados, como a OPAS e OMS, para garantir os direitos dessas crianças e suas famílias.

O projeto foi realizado em três eixos estratégicos: (I) apoio às gestantes, às famílias e aos cuidadores; (II) atenção integral, integrada e atuação em rede; (III) capacitação de profissionais de saúde, educação e assistência social. Esta última é o nosso foco e interesse, pois viabiliza as questões de inclusão.

Segundo dados da UNICEF (2017), o MS informou que de outubro de 2015 até 09 de julho de 2016 foram notificados 8.451 casos suspeitos de microcefalia, destes, 1.687 foram confirmados para microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central. O estado de Pernambuco lidera em relação aos confirmados, foram 369 casos.

Sabemos que os primeiros anos de vida são decisivos para o desenvolvimento das crianças e aquelas com deficiência necessitam de atendimento adequado e a estimulação precoce, haja vista por meio dessas medidas pode-se reduzir o comprometimento no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente das malformações congênitas.

O estado de Pernambuco tem um Comitê Estratégico Intersetorial de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação do Projeto Redes de Inclusão. Uma das primeiras ações da implementação do projeto foi a entrega para as mães das crianças com a SCZv de um *kit* multissensorial para a estimulação da criança em

ambiente domiciliar, composto de dez objetos, como: tapete sensorial, rolo de posicionamento, placas com listras, mamãe sacode, lanterna, bolas e copos coloridos, esponja/escova, chocalhos e latas de encaixe, colher, pulseira e móveis, juntamente com um folder de orientação. Foram distribuídos 380 *kits* nas duas cidades envolvidas no projeto.

De acordo com a UNICEF (2017), o projeto é considerado inovador. A proposta é intersetorial, em que não só o setor da saúde está envolvido, mas a educação e a assistência social, tendo como retaguarda as políticas públicas.

A qualificação dos profissionais realizada visou estabelecer as estratégias de estimulação das crianças em ambiente domiciliar e escolar, sendo elaborado para apoiar os profissionais das áreas envolvidas, no planejamento e acompanhamento de atividades que possam contribuir com as famílias e cuidadores no processo de desenvolvimento das crianças.

O resultado esperado do Projeto Redes de Inclusão vem contribuir para o desenvolvimento de habilidades e competências para apoiar as famílias e cuidadores nas atividades de estimulação da criança no ambiente domiciliar e escolar, além de estratégias de trabalho integrado e em rede.

Muitas das alterações que as crianças apresentam ainda estão sendo estudadas pela área médica e a educação está iniciando o processo de inclusão dessas crianças, embora com muita dificuldade.

A educação infantil tem como finalidade o desenvolvimento e a aprendizagem integral da criança. No caso da SCZv, é fundamental que o Estado garanta todo apoio assegurado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; criar políticas educacionais e garantir o acesso a creches com a oferta do AEE e possibilitar às mães a minimização das desigualdades sociais. Precisamos entender que o processo de inclusão escolar envolve, além do acesso, a permanência e o desenvolvimento das crianças com SCZv, sendo primordiais os programas de formação continuada de professores e profissionais, a reestruturação das instituições de educação infantil.

O Projeto Redes de Inclusão traz uma nova proposta ao envolver saúde, educação, assistência social e, principalmente, famílias ou cuidadores. A capacitação de professores se faz necessária, pois as crianças estão iniciando a inclusão nas redes, ainda de forma tímida, mas muitos questionamentos se fazem

presentes em como lidar com as crianças com alterações neurológicas, visuais, auditivas e motoras, sendo que estas variam quanto à intensidade das perdas.

O percurso da inclusão para crianças com SCZv tem seus direitos assegurados pelas leis e decretos, porém, sabemos que o percurso pode ter trajetórias diferentes do esperado.

Passaremos a seguir ao delineamento da fundamentação teórica que possibilitará a compreensão da aquisição da linguagem e as possibilidades de comunicação das crianças com SCZv.

## CAPÍTULO II - OS ENRELACES DAS TEORIAS DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM E POSSIBILIDADES DE COMUNICAÇÃO

Neste capítulo, trazemos a fundamentação teórica que embasa os estudos sobre a aquisição da linguagem das crianças com SCZv. Para esse fim, apresentamos a teoria sócio-histórico-cultural de Vygotsky, o interacionismo de Wallon e, finalmente, algumas considerações sobre a comunicação e a abordagem de van Dijk para pessoas com surdocegueira ou múltipla deficiência.

### 2.1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS QUE SE ENTRELAM PARA QUE POSSAMOS ENTENDER A AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM

De acordo com Soares (2009), as perspectivas interacionistas que mais contribuíram na elaboração das teorias sobre a aquisição da linguagem são: as de Piaget, Vygotsky e Wallon. O interacionismo ofereceu algumas respostas para as lacunas deixadas pelas teorias comportamentais e inatistas, a partir do pressuposto que o sujeito interage com o meio, seja por relações assimétricas (adulto/criança), seja simétricas (criança/criança).

Compreendemos que a abordagem interacionista não se constitui um todo homogêneo em que todos partilham de uma mesma concepção. Wallon e Vygotsky coincidem quanto ao valor da interação social, mas se diferenciam por certos aspectos do desenvolvimento que são enfocados em cada teoria. Piaget<sup>7</sup> refere-se ao meio, como condição para o desenvolvimento cognitivo, mas centraliza sua explicação nos mecanismos de coordenação entre as ações da criança sobre o mundo.

Nos estudos que investigam a aquisição da linguagem, não existe uma teoria ou abordagem única, com explicações consistentes para todos os aspectos do desenvolvimento linguístico, principalmente, no nosso estudo que abordará a aquisição da linguagem atípica de crianças com múltipla deficiência. As perspectivas teóricas adotadas são aquelas que, no nosso entender, melhor esclarecerão o processo de aquisição da linguagem da criança com Síndrome Congênita do *Zika vírus*. Levaremos em consideração as crianças que apresentam microcefalia,

---

<sup>7</sup> Piaget foi aqui considerado por fazer parte da fundação teórica do Protocolo de Observação Comportamental (PROC) utilizado para avaliação da comunicação dos participantes da pesquisa.

alterações motoras, perdas visuais e auditivas, sendo, portanto, caracterizadas como surdocegas e/ou múltiplas deficientes.

À primeira vista, pode parecer que a surdocegueira e/ou a múltipla deficiência se referem à impossibilidade total de duas perdas sensoriais distintas, ou seja, ver e ouvir. Sem dúvida, a realidade é que ambas são condições nas quais a deficiência visual e auditiva estão associadas a outras condições de comportamento e comprometimento físico, intelectual ou emocional, que produzem graves problemas de comunicação e outras necessidades de desenvolvimento e aprendizagem (SERPA, 2002).

Diante das questões que caracterizam essas duas deficiências, a surdocegueira e a múltipla deficiência, apresentamos, a seguir, a fundamentação teórica que deverá sustentar nossos questionamentos quanto à aquisição da linguagem e ao perfil da comunicação de dois grupos de crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*.

### **2.1.1 O sócio interacionismo de Lev. S. Vygotsky**

Lev Semyonovich Vygotsky nasceu na União Soviética em 1896, era de família judia e o segundo de oito irmãos. A atmosfera em sua casa era intelectualizada com discussões sobre diversos assuntos, e contava com uma grande biblioteca à disposição de todos. Nesse ambiente, interessou-se por várias áreas de conhecimento, aprendeu várias línguas. Sua educação foi em casa e com tutores.

Cursou Direito, História e Filosofia e aprofundou estudos em Psicologia e literatura. Anos mais tarde seu interesse pelos problemas neurológicos para compreender o funcionamento psicológico do homem, estudou Medicina. Foi professor e pesquisador, lia, escrevia e ministrava conferências. Participou da criação do Instituto de Deficiência. Escreveu aproximadamente 200 trabalhos científicos. Morreu aos 37 anos. Segundo Oliveira (1993, p.21) e Rego (2014) referem que o percurso acadêmico de Vygotsky foi marcado pela interdisciplinaridade e descrevem que a atuação profissional foi eclética, sempre permeada de intenso trabalho intelectual.

Seus textos são densos e cheios de ideias, reflexões, sendo que sua produção escrita não chega a construir um sistema explicativo completo. Auxiliado

pelos seus colaboradores: Luria e Leontiev; os três jovens intelectuais da época de uma Rússia Pós-Revolução e efervescência intelectual. Buscavam a construção do que chamaram “uma nova psicologia” que consistia numa síntese entre duas tendências presentes na época: a psicologia como ciência natural e a psicologia como ciência mental (OLIVEIRA, 1993; REGO, 2014).

Enquanto a psicologia do tipo experimental deixava de abordar as funções psicológicas mais complexas do ser humano, a psicologia mentalista não chegava a produzir descrições desses processos complexos em termos aceitáveis para a ciência. Foi justamente na tentativa de superar essa crise da psicologia que Vygotsky e seus colaboradores buscaram uma abordagem alternativa, que possibilitasse uma síntese entre as duas abordagens predominante, naquele momento (OLIVEIRA, 1993, p.23).

A síntese de dois elementos faz emergir algo novo e inexistente, no qual o homem corpo e mente, enquanto ser biológico e social e membro da espécie humana e participante do processo histórico. A nova abordagem explicita as três ideias centrais, ou seja, os pilares do pensamento de Vygotsky:

- ✓ as funções psicológicas têm um suporte biológico, pois são produtos da atividade cerebral;
- ✓ o funcionamento psicológico fundamenta-se nas relações sociais entre o indivíduo e o mundo exterior, as quais se desenvolvem num processo histórico;
- ✓ a relação homem/mundo é uma relação mediada por sistemas simbólicos.

Como vemos os pilares levam em consideração: primeiro o homem enquanto um ser biológico, o cérebro não é um sistema de funções fixas e imutáveis, mas sim aberto e de grande plasticidade que são moldados ao longo da história da espécie e do desenvolvimento individual. O segundo, remete ao fato no qual o homem transforma-se de biológico em sócio histórico através da cultura. Rego (2015, p.25) refere que ele foi o primeiro psicólogo a sugerir que cultura torna-se parte da natureza de cada pessoa. O terceiro pressuposto refere que a relação do homem com o mundo não é direta e sim mediada através de sistemas simbólicos.

Além desses pilares, podem-se verificar em toda a obra de Vygotsky os seguintes pressupostos:

**1º Pressuposto** – Afirma que as características tipicamente humanas não estão presente desde o nascimento, nem tão pouco um resultado do meio externo. Elas

são o resultado da interação dialética, ou seja, o ser humano transfere o meio para atender suas necessidades básicas, transforma-se a si mesmo;

**2º Pressuposto** – Refere à origem cultural das funções psíquicas que se inicia nas relações entre o indivíduo e o conceito cultural e social, isto é, a cultura é parte constitutiva da natureza humana;

**3º Pressuposto** – Apresenta que a base biológica do funcionamento psicológico: o cérebro é o órgão principal da atividade mental, tendo em consideração que este não é um sistema imutável e fixo;

**4º Pressuposto** – A mediação está presente em toda atividade humana, portanto sendo os instrumentos técnicos e os sistemas de signos construídos historicamente que fazem a mediação dos seres humanos entre si e com o mundo. Considera ainda que a linguagem é um signo mediado por excelência, por carregar os conceitos generalizados e elaborados pela cultura;

**5º Pressuposto** – A análise psicológica deve ser capaz de conservar as características básicas dos processos psicológicos, ou melhor, estes são complexos e se diferenciam dos elementares.

Um conceito importante para a compreensão da teoria vygotskyana sobre o funcionamento psicológico é o conceito de mediação. Este pode ser definido como um processo de intervenção de um elemento intermediário em uma relação, que deixa de ser direta e passa a ser mediada por esse elemento. A presença de elementos mediadores introduz um elo a mais nas relações organismo/meio, tornando-as mais complexa. Ao longo do desenvolvimento do indivíduo as relações mediadas passam a predominar sobre as relações diretas.

De acordo com Oliveira (1993), para Vygotsky (2001<sup>8</sup>) a relação do homem com o mundo não é uma relação direta, mas sim entreposto. Para ele, as funções psicológicas superiores apresentam uma estrutura na qual o homem e o mundo são mediados por ferramentas auxiliares. Para tal, distinguiu dois tipos: os instrumentos e os signos, que são análogos, mas têm características diferentes e merecem ser descritos.

Para Vygotsky (2001), é o trabalho que pela ação transformadora do homem sobre a natureza unindo a mesma, criando a cultura e a história humana. O

---

<sup>8</sup> Salientamos que esta edição do ano de 2001 advém do texto original, traduzido do russo “Pensamento e Linguagem”, que foi publicada na URSS em 1934, sendo a obra aqui utilizada uma tradução de Paulo Bezerra, professor livre-docente em Literatura russa pela USP; para a Editora Martins Fontes.

instrumento é um elemento entre o trabalhador e o objeto de seu trabalho, ampliando as possibilidades de transformar a natureza. Em razão disso, o instrumento é um objeto social e mediador da relação entre o indivíduo e o mundo. Os instrumentos são elementos externos ao indivíduo, voltados para fora dele, sua função é provocar mudanças nos objetos, controlar processos da natureza.

Os signos são meios auxiliares para solucionar um problema psicológico, ou melhor, age como um instrumento de atividade psicológica de maneira análoga ao instrumento. Logo, os signos chamados por Vygotsky de instrumentos psicológicos orientados para o próprio sujeito, para dentro do indivíduo.

O signo é uma marca externa que auxilia nas tarefas que necessitam da memória ou da atenção. Por exemplo, uma lista de compras por escrito, mapa, um diagrama, um nó para lembrar um compromisso. Para Vygotsky, na evolução da espécie humana e do indivíduo, ocorrem duas mudanças qualitativamente fundamentais no uso dos signos:

*Processo de internalização* – é a utilização de marcas externas que se transformam em processos internos de mediação;

*Sistemas simbólicos* – são desenvolvidos e organizam os signos em estruturas complexas e articuladas. “O processo de internalização como a utilização dos sistemas simbólicos são essenciais para o desenvolvimento dos processos mentais superiores e evidenciam a importância das relações sociais entre os indivíduos na construção dos processos psicológicos” (OLIVEIRA, 1993, p.34)

A linguagem de acordo Vygotsky (2001) é o sistema básico dos grupos humanos, socialmente dado. É o grupo cultural ao qual o indivíduo pertence que fornece formas de perceber e organizar o real, e vão constituir os instrumentos psicológicos que fazem a mediação entre o indivíduo e o mundo. Estes mediadores são uma espécie de “filtro”, com os quais o indivíduo vê o mundo e opera sobre ele. Assim, a partir de sua experiência com o mundo objetivo e do contato com signos fornecidos pela cultura, que os indivíduos constroem seu sistema de signos, ou seja, um “código”.

Vygotsky, ao se referir à cultura não se reporta apenas ao país onde o indivíduo mora, nível sócio econômico, profissão, mas sim ao grupo cultural no qual todos os elementos são carregados de significados como exemplo Oliveira refere:

Assim, se o bebê é colocado para dormir num berço, numa rede ou numa esteira, se quem alimenta a criança é a mãe ou outro adulto, do sexo masculino ou feminino, se o alimento sólido é levado à boca com a mão, com talheres ou com palitos, se existem ou não escolas ou outras instituições onde as crianças são submetidas a conteúdos culturais considerados importantes, estes são apenas exemplos da multiplicação de fatores que define qual é o mundo em que o indivíduo vai se desenvolver (OLIVEIRA, 1993, p.38).

Devemos também, levar em consideração que a cultura para Vygotsky não é pensada como algo estático, mas sim um local de “negociações” em que seus membros recriam e reinterpretam informações, conceitos e significados, desse modo, cada sujeito é ativo, local no qual acontece a interpretação entre o mundo cultural e o mundo subjetivo. Nesse sentido, podemos compreender a interação entre os planos históricos: história da espécie (filogênese) e a história do grupo cultural (ontogênese) e a sequência singular de processos e experiências de cada indivíduo.

A linguagem é fundamental na comunicação entre os indivíduos que permite a interpretação dos objetos, eventos e situações do mundo real. A seguir realizamos considerações sobre a linguagem e sua relação com o funcionamento psicológico do indivíduo por ocuparem um lugar central na teoria vygotskyana.

Vygotsky (2001) apresenta duas funções básicas da linguagem: a de intercâmbio social e de pensamento generalizante. A primeira refere-se à linguagem tendo como principal função a comunicação do homem com seus semelhantes, sendo visível nos bebês que mesmo ainda aprendendo a falar e não compreendendo o significado preciso das palavras sendo capaz de comunicar seus desejos e estados emocionais através de sons, gestos e expressões. Cada indivíduo vive sua experiência pessoal de modo complexo e particular, que posteriormente é simplificado e generalizado para que possa ser traduzido em um signo e transmitido a outros. Por exemplo: a palavra cachorro denomina certo conjunto de elementos do mundo real (cachorro concreto ou medo dele, ou seja, cada indivíduo tem diferentes experiências).

A esse fenômeno Vygotsky denomina como segunda função, o pensamento generalizante, no qual através da linguagem o indivíduo ordena o real, agrupa e classifica objetos, eventos e situações de acordo com suas categorias. Voltando ao exemplo do cachorro, ao nomeá-lo estamos diferenciando de outros membros das categorias: mesa, veículos, etc.

Ao compreender as relações entre pensamento e linguagem obtivemos também a compreensão do funcionamento psicológico. De acordo com Vygotsky (1998), a análise das relações entre pensamento e linguagem tem lugar central, pois o significado é um componente essencial para a palavra, ao mesmo tempo um ato do pensamento, já que o significado é em si uma generalização. Por isso, no significado da palavra é que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal.

Vygotsky em suas pesquisas sobre o papel da fala no processo de desenvolvimento cognitivo conclui que: “as crianças resolvem suas tarefas práticas com a ajuda da fala, assim como dos olhos e das mãos” (VYGOTSKY, 1998, p.35). Refere que a fala da criança é comunicativa - quando esta interage com os outros, e egocêntrica – quando conversa com si mesma.

Como vemos a fala egocêntrica pode ser descrita como a transição entre o discurso individual e o social, ou seja, de intermental para intramental, que auxilia no desenvolvimento cognitivo da criança.

De acordo com Figueiredo (2019), na teoria vygotskyana observam-se três estágios de desenvolvimento cognitivo: (a) regulação pelo objeto – o ambiente influencia a criança; (b) regulação pelo outro – a criança realiza com o auxílio dos outros; (c) autorregulação – a criança realiza sozinha.

A criança, ao compreender o próprio processo de aquisição do conhecimento e ao exercer controle sobre ele, tem um processo metacognitivo, no qual o sujeito tem autonomia, e regula suas ações e estas se constroem sobre as interações.

Para Vygotsky, a fala egocêntrica não desaparece e sim se transforma em fala interior, sendo esta a produção do indivíduo consigo mesmo em silêncio. Finalmente, o uso da fala privada ou interior tem não só o propósito comunicativo, todavia para planejar, guiar e monitorar o comportamento. Figueiredo (2019) salienta que para Vygotsky as expressões de alívio e prazer são manifestações da fala privada, ou seja, têm uma função cognitiva e também afetiva.

Vygotsky (2001) argumentava que o uso da linguagem como instrumento do pensamento supõe a sua internalização, o chamado discurso interior. Por conseguinte, não é apenas para comunicação com outros, mas também seria uma espécie de dialeto interno e pessoal, fragmentado, abreviado, contendo só núcleos de significados e não todas as palavras usadas num diálogo com os outros.

Em toda a teoria vygotskyana, duas noções são centrais: a mediação e a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), porém ao compreender uma teremos a base para entender a outra.

A mediação é a intervenção de um elemento intermediário em uma relação que o homem tem com o objeto, com outros seres humanos e consigo mesmo, e esse elemento mediador pode ser um instrumento (ou ferramenta), um signo ou outros seres humanos (FIGUEIREDO, 2019, p.37).

Percebe-se que, para Vygotsky, a utilização de instrumentos tem efeitos sobre a mente e o contexto no qual o indivíduo se insere. Os instrumentos são socialmente construídos sendo estes: a linguagem, técnicas mnemônicas, símbolos matemáticos, escrita, diagrama, esquemas. Em vista disso, os instrumentos são voltados para o exterior e o signo para o interior como visto anteriormente.

Oliveira (1993) e Figueiredo (2019) ressaltam a existência de dois tipos de mediação: a metacognitiva e a cognitiva. A primeira se refere à aquisição da criança de instrumentos semióticos de autorregulação, que acontece na interação da criança com outras pessoas. A segunda se refere à aquisição da criança de ferramentas cognitivas para solucionar problemas, ou seja, quando expande seus conhecimentos em várias áreas.

Através das interações assistidas e mediadas, chegamos ao ponto de entender o conceito de ZDP. Para Vygotsky (1998a), existem dois níveis de desenvolvimento da criança: o real – habilidade da criança para realizar certas tarefas, independente de outras pessoas; e o potencial – as funções que a criança desempenha com a ajuda de outra pessoa. A distância entre o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial é a ZDP, conforme ilustrado na Figura 1, a seguir:

**Figura 1** - Níveis de desenvolvimento na perspectiva da ZDP



Fonte: FIGUEIREDO (2019, p.43)

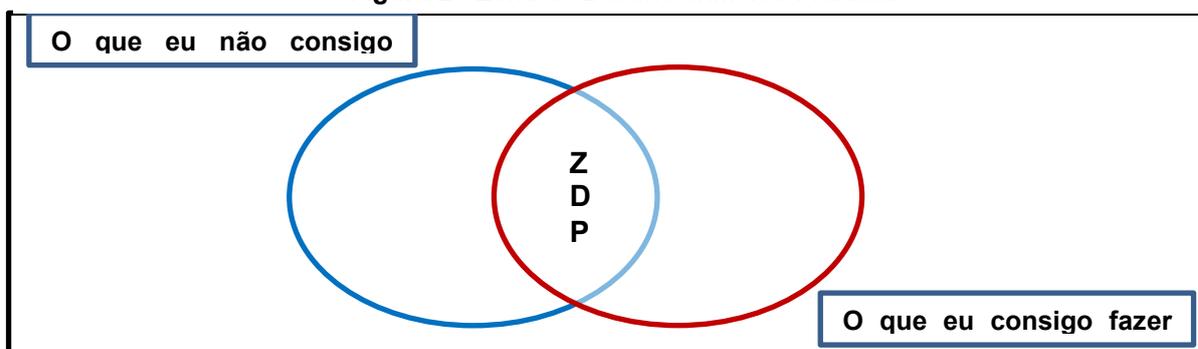
A ZDP, em seu conceito, traz a ideia de transformação por meio do adulto ou de crianças mais experientes por meio do diálogo e a troca de ideias. Figueiredo refere que a transição de estágio de regulação pelo outro para o estágio de autorregulação é favorecida por estruturas de apoio chamadas como *scaffolding* e que esta ocorre na ZDP.

A tradução de *scaffolding* é andaime, sendo uma forma para descrever o apoio fornecido para uma criança durante a execução de alguma tarefa, portanto, é uma estrutura temporária para se chegar a um nível mais elevado, através de técnicas instrucionais usadas que progressivamente diminuem para que a criança realize de forma independente. As crianças precisam expandir a ZDP utilizando o diálogo, participação guiada em que pessoas mais experientes auxiliam o aprendiz, ao diminuir a ZDP aumenta a autorregulação e, à vista disso, seu potencial para realizar tarefa sozinha. Conforme as Figuras 2 e 3, a seguir, a autonomia da criança se constrói nas interações e ações colaborativas, as quais possibilitam a realização com independência.

Vygotsky apresenta em sua teoria como se desenvolvem as funções psicológicas superiores, porém uma de suas contribuições foi sobre o que era denominado na época defectologia. O termo era, então, utilizado para a ciência que estudava crianças com problemas mentais e físicos, chamados defeitos.

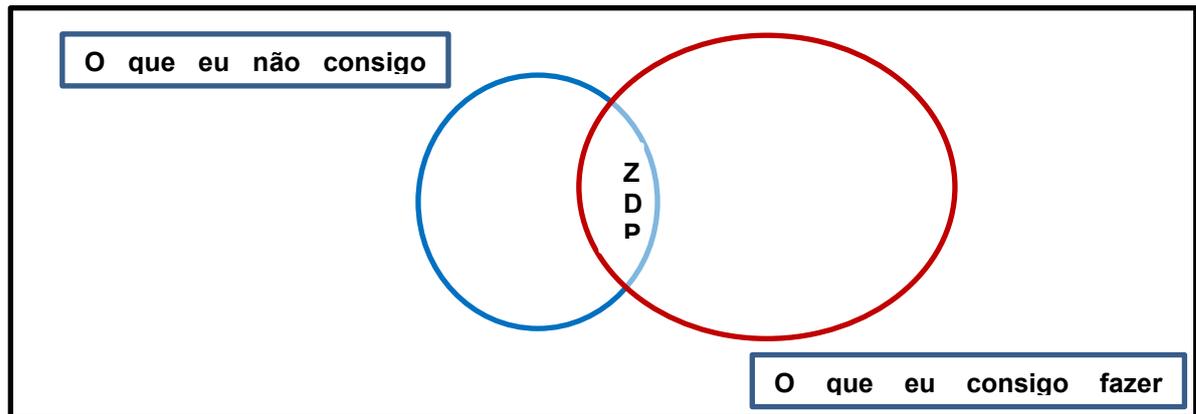
Goes (2002) refere que a perspectiva vygotskyana “atribui ênfase à dimensão semiótica do desenvolvimento humano, à plasticidade de funcionamento do sujeito e ao papel das interações sociais”. Esta autora salienta ainda que, ao considerar crianças com diferentes tipos de incapacidade e deficiência, Vygotsky rejeitava a caracterização descritiva e quantitativa, assumindo um enfoque qualitativo, que tratava de capturar a organização das funções e condutas da criança.

**Figura 2 - Zona de Desenvolvimento Proximal**



Fonte: FIGUEIREDO (2019, p.53)

**Figura 3** - Zona de Desenvolvimento Proximal após a ocorrência da aprendizagem



Fonte: FIGUEIREDO (2019, p.53)

Os primeiros escritos sobre defectologia de Vygotsky concentram-se em crianças surdas, cegas e deficientes intelectuais. De acordo com Veer e Valsiner (2006), a ênfase dos escritos se manteve na educação social de crianças deficientes e no potencial para se desenvolverem, consideravam que as deficiências corporais afetam as relações sociais e não interações diretas com o ambiente físico; devido ao fato de que as pessoas de seu entorno irão tratá-la de modo diferente das outras. Portanto, para Vygotsky era o problema social resultante da deficiência que deveria ser considerado como o problema principal.

A partir dessas premissas, o autor de que estamos trazendo a teoria, considera que a educação social baseada na compensação social dos problemas era a única maneira de proporcionar uma vida satisfatória para as crianças deficientes. As escolas influenciadas pelas ideias religiosas e filantrópicas enfatizavam a situação dessas crianças como infeliz. Vygotsky defendia que não deviam ser isoladas e buscava integrá-las na sociedade devendo receber a oportunidade de viver com pessoas ditas normais (na época).

Vygotsky enfatiza repetidamente o aspecto da participação da vida social, no qual a ideia de alguma compensação biológica para certos defeitos era errada, ou seja, cego tem audição superior, mas que na verdade o desempenho era melhor como resultado de seus treinamentos especiais. Argumentou que a escrita Braille não difere da escrita em tinta, baseia-se na conjugação múltipla de dois estímulos. Para este autor, segundo Veer & Valsiner (2006, p.77), "o olho é nada mais do que um instrumento servindo a determinada atividade, que pode ser substituído por outro instrumento". Consequentemente, a tarefa do defectologista consiste em ligar os

sistemas e signos simbólicos a outros órgãos receptivos. O que importa é o significado, não o signo.

De acordo com Góes (2002), Vygotsky argumenta que as leis gerais do desenvolvimento são iguais para todas as crianças, porém na organização sociopsicológica da criança deficiente requer caminhos alternativos e recursos especiais. As proposições se baseiam na ideia de compensação orgânica, ou seja, um órgão substitui outro ou realiza as funções destes, no entanto, as compensações sociopsicológicas dependem das relações com os outros e das experiências culturais. Assim concebida, a compensação não é complementar a formação da criança deficiente, mas deve ser central.

O déficit em si não traça o destino da criança, mas o “destino” é construído pelo modo como a deficiência é significada pelos cuidadores e educadores, portanto as experiências que são propiciadas. A vida social está organizada para o desenvolvimento humano típico, então o desenvolvimento atípico não está enraizado na cultura de modo direto. Diante destes dados, consideramos que as condições da deficiência necessitam da criação de formas singulares que mobilizem caminhos alternativos de desenvolvimento através de recursos especiais.

### **2.1.2 O interacionismo de Henri Wallon**

Henri Wallon (1879/1962) nasceu e viveu na França, num período em que o mundo foi abalado por duas guerras. Estudou Filosofia, sendo influenciado por Kant chegando até Hegel. Descontente com a sua carreira de professor, inicia seus estudos em medicina e depois, psicologia.

Para Wallon (1995), em sua teoria, considera que não devemos estudar a criança de maneira fragmentada é contra sua natureza; mas sim de forma integral. Saliencia que, existem níveis de desenvolvimento e que em cada estágio ocorrem ações e reações do sujeito e do meio, um em relação ao outro. A teoria constrói uma criança corpórea, concreta, de estados íntimos que nos informam sua eficiência postural, sua tonicidade muscular, a qualidade expressiva e plástica de seus gestos.

Para este teórico, a emoção é a resposta orgânica de que o bebê dispõe para lidar com seu meio. Ela não é apenas instrumental, mas também expressiva e comunicativa. Sua principal função na espécie humana é a ativação do outro. Esta se manifesta por meio de movimentos e de conformações físicas expressivas que

moldam o corpo e traz a possibilidade de ser interpretada e de provocar no outro, alguma resposta. Trata-se, assim, de uma protolinguagem, ou a linguagem anterior à linguagem, esta última entendida como comunicação por material simbólico, signos e símbolos.

A emoção atravessada pelo conteúdo e pelas significações dadas pela cultura torna-se afetividade. Esta perdeu a evidência das alterações orgânicas (proprioceptivas ou interoceptivas<sup>9</sup>), mas integrou-se ao desenvolvimento e construção do eu e do mundo externo, conferindo um “colorido” a essas manifestações.

A afetividade tem lugar central na psicogenética de Wallon para a construção do conhecimento e da pessoa, ou seja, os aspectos emocionais e psicomotores são determinantes para o bom desenvolvimento do ser humano na infância. Conseqüentemente vemos, a formação integral da pessoa humana tem suas bases nas emoções, sendo chamada de psicogênese do homem integral.

Wallon apresenta em sua teoria considerações sobre a formação do símbolo no qual inicia com o gesto. Sua proposição inicia ao apresentar que o bebê ao nascer, dispõe apenas de alguns recursos para conseguir sobreviver; o sistema nervoso autônomo já está desenvolvido para regular a respiração, os ciclos de sono e vigília e o bombeamento sanguíneo. O controle de temperatura e o sistema postural, garantidos pela função tônica, ainda não se encontram totalmente desenvolvidos. Nossa espécie passa por um período de maturação biológica e neurológica após o nascimento (chamada de extero-gestação). Nesse período, a criança age de maneira impulsiva, movimentos limitados, mas que expressam suas emoções.

O bebê age primeiro em direção ao meio humano e só depois para o mundo físico. À medida que os comportamentos se aperfeiçoam, as reações emocionais (choro, raiva, sono, etc.) delimitam-se com mais clareza e mostram a estabilidade. A criança controla seus movimentos, tornando-os intencionais, expressivos e constrói a consciência de si. Para Wallon (1995), o desenvolvimento motor e mental está intimamente correlacionado desde sua origem.

---

<sup>9</sup> **Proprioceptivo** – percepção possibilitada pela ação dos músculos estriados esqueléticos. Ao mover meu braço, ainda que não o veja, posso “perceber” essa mudança corporal. **Interoceptivo** – percepção possibilitada pela ação da musculatura das vísceras. A criança que sente seu estômago mexer, mesmo não sabendo diferenciar essa sensação de outras similares ou próximas. Há, ainda, os mecanismos **Exteroceptivos**, referentes aos cinco sentidos, reações decorrentes dos sistemas sensoriais (tato, olfato, visão, gustação e audição)

Para este autor a consciência não é um dado original, ela não está presente desde o primeiro momento, contudo é o resultado da síntese dialética derivada da maturação, do social e da experiência pessoal dessas suas reações, o que permite ao bebê utilizá-la de forma mais instrumental.

Portanto, não é qualquer ato que se tornará símbolo ou que culminará no símbolo, mas exclusivamente o gesto, ou ato carregado de intenção. O gesto prefigura o símbolo, assim como o grito prenuncia a palavra. A criança terá de desenvolver sua capacidade de controlar os gestos e movimentos para que a representação simbólica apareça. Para que a transição entre o motor e o representacional ocorra, é preciso ainda que surja uma nova função psicológica: a função simbólica.

A representação utiliza-se da função simbólica da linguagem, já a função simbólica tem o poder de buscar para o objeto sua representação e para a representação, um signo.

Nota-se que a função simbólica possibilita a passagem entre um pensamento concreto e outro abstrato ou representativo. Ela é uma decorrência do desenvolvimento orgânico e, nos casos em que estiver ausente, o sujeito não saberá relacionar um objeto com seu respectivo signo ou representante. O surgimento por volta de dois anos de idade não garante que o pensamento representativo esteja em pleno funcionamento. É necessário um último passo: a representação garantida pela função simbólica toma corpo por meio da linguagem, e terá de aprender a configurar-se no espaço-tempo mental.

Inicialmente, a criança parece compreender palavras e frases, antes mesmo de poder enunciá-las, o que mostra a impregnação da linguagem e uma relação com seus aspectos global e afetivo, deixando em segundo plano seus elementos constitutivos: a palavra, a imagem, etc. Num outro momento, a criança enuncia as primeiras palavras-frase. E, finalmente, aprende a distribuir no tempo o que sentiu e pensou.

Para Wallon (1970, p.190), a passagem entre a inteligência sensório motora e o pensamento simbólico se dá pela transformação e complexificação do ato motor, que se vê opondo-se a outra função: a representação. A representação é garantida pela função simbólica, mas só é desenvolvida no contexto social, uma vez que nasceu, no decorrer da filogenia da espécie, justamente como forma de contato

entre os membros de uma comunidade. “As mesmas causas que fizeram do homem o animal social que ele é, deram-lhe também a aptidão para formar representações”.

Como vemos, Wallon opta em sua teoria pelo materialismo dialético como fundamento filosófico e como método de análise. Podemos diante dos dados, compreender por que sua teoria foi rotulada no Brasil e em outros países como “difícil de ser entendida” (BOATO, 2009), justificando sua pouca divulgação.

A origem do comportamento emocional se baseia nas características das etapas psicomotoras. Para Wallon, o desenvolvimento infantil é progressivo e dinâmico, sendo influenciado por fatores orgânicos e sociais, ou seja, o social se amálgama com o orgânico.

*Fatores orgânicos* - responsáveis pela sequência fixa que se verifica entre os estágios do desenvolvimento. A duração de cada um deles e das idades é variável de acordo com características e as condições individuais.

*Fatores biológicos* – são determinantes no início, mas progressivamente concedem espaço aos fatores sociais, que se tornam decisivos na aquisição de condutas psicológicas superiores, como inteligência simbólica.

A psicogenética de Wallon apresenta, como já mencionamos antes, alguns estágios do desenvolvimento infantil, não concordando com as concepções que veem no desenvolvimento uma linearidade. Este autor compreende que a passagem de um estágio para outro não é apenas sua ampliação, mas sim uma reformulação. Os comportamentos de um estágio são alterados, por esta razão condutas típicas de etapas anteriores podem sobreviver nas subsequentes, configurando encavalamentos e sobreposições. De acordo com Boato (2009), este fato se dá em razão do que Wallon chama de “princípio da integração funcional”, no qual funções e comportamentos mais evoluídos não suprimem os conhecimentos anteriores, apesar de comandá-los e controlá-los.

A integração funcional não é definitiva, pode ser provisoriamente desintegrada, o que explica frequentes retrocessos que definem o desenvolvimento como não linear, que precisa voltar atrás para recuperar possibilidades atrofiadas.

Galvão (1998) revela que o desenvolvimento na teoria walloniana é marcado por conflitos de *origem exógeno*, resultantes dos desencontros entre ações da criança e o ambiente exterior estruturado pelos adultos e pela cultura; já os conflitos de *origem endógena*, são advindos dos efeitos da maturação nervosa.

Um conceito importante descrito por Wallon se refere ao princípio da “alternância funcional” que se dá entre as formas de atividades que ora são predominantemente afetivas e voltadas para a construção do “eu”, ora são intelectualizadas, voltadas para o conhecimento do mundo. O importante é que ambos os processos são sociais sendo o primeiro interpessoal e o segundo é cultural.

Wallon refere que a evolução da criança é descontínua, com conflitos, antagonismos e oposições, entre cada estágio. Para este autor, a evolução se dá através do rompimento e não por continuidade ou filiação progressiva e organizada. Boato (2009, p.48) diz: “a criança é um único e mesmo ser em metamorfose”. Passamos a seguir a descrição da psicogênese do homem integral na teoria walloniana através dos estágios.

#### *2.1.2.1 Estágio impulsivo-emocional*

Estágio do nascimento até um ano e meio de idade e contém dois momentos: o da impulsividade motora e o emocional. Ao nascer, a criança depende do meio externo para sobreviver, devido a sua incapacidade, ou seja, necessita do meio para interpretar e dar significado as suas necessidades. As reações da criança se manifestam mediante descargas motoras indiferenciadas, será o adulto ao seu redor que manifestará reações afetivas e responderá as suas necessidades. Com a interação criança-meio externo construirá um campo de comunicação recíproca, portanto, adulto e bebê passam a construir um repertório de significados comuns. (MAHONEY, 2010)

Para Wallon, é um período nebuloso por não haver delimitação entre o eu e o outro, através dessa vivência sincreticossocial antecede na criança a formação da consciência de si, isto é, irá paulatinamente diferenciando o seu eu do outro. O outro que participou da constituição do eu, permanecerá internalizado em uma relação dialética com um parceiro do eu na vida psíquica. O eu busca afirmação de sua identidade, e o outro se resume naquilo que é preciso expulsar dessa identidade para conservá-la. Todo o processo de desenvolvimento tem uma forma dialética, na qual o homem se faz vivendo dois papéis: o de autor da ação, constituindo o meio, e o de objeto da ação sendo constituído pelo meio.

O primeiro momento, chamado impulsividade motora, inicia-se ao nascimento, e dura três meses, período este demarcado por reflexos e movimentos impulsivos. Nas primeiras semanas, a necessidade do bebê são fisiológicas primárias como:

tônico-posturais, alimentares ou de sono. Essas não são mais atendidas como no período fetal, aqui a criança passa por momentos de espera, ansiedade e desconforto, que se manifestam através da impulsividade motora.

Os gestos não intencionais têm um efeito significativo no meio ambiente, pois resultam em respostas de intervenção úteis e desejáveis. Inicia-se uma comunicação entre a criança e o outro. A atividade da criança está voltada para as sensações internas e depois afetivas. O bebê depende absolutamente do meio que o envolve e do adulto, sendo este fato denominado por Wallon *simbiose fisiológica* se caracteriza pela indiferença entre as necessidades fisiológicas e as formas de satisfazê-las. A *simbiose afetiva* se caracteriza pelo período inicial do psiquismo suscitada pela força da emoção “o meio humano será o mediador entre o fator fisiológico e o fator social, iniciando-se a constituição do fator psíquico” (MAHONEY, 2010, p.23).

Para Wallon (2007), o movimento pode ser descrito em três formas, cada uma com sua importância para o desenvolvimento. A primeira forma são os movimentos de equilíbrio que conduzirão a criança a passar da posição deitada para sentada, de joelhos para em pé. A segunda forma são os movimentos de preensão e de locomoção refere-se aos deslocamentos que trarão à criança outra concepção de si e do espaço. A terceira forma são as reações posturais que permitem os deslocamentos dos segmentos corporais, que vão permitir atitudes expressivas e mímicas. Os movimentos impulsivos vão se transformar em meios de expressão e formas de comunicação mais elaboradas. A fase impulsiva cede seu lugar ao emocional.

O segundo momento, chamado emocional, é o período no qual as descargas motoras se transformam em expressão e comunicação. A impulsividade estabelece trocas recíprocas com a criança e o meio e vice-versa. Estas trocas criam um campo emocional, no qual gestos, atitudes, vocalizações e mímicas adquirem características de dor, tristeza, alegria. Estas reações emotivas são consideradas a linguagem primitiva (WALLON, 1968).

O canal de comunicação que se estabelece entre a criança e o meio são afetivos e sem qualquer relação com o intelectual. O movimento corporal, postural, choro e o sorriso estabelece um campo de comunicação, pois o bebê, afeta o meio que o circunda e consegue obter respostas para suas necessidades no início da vida. As trocas permitem ao bebê diversificar e concretizar suas atitudes que

passam a ser mais elaboradas, antecipando as situações de forma mais intencional. A afetividade e a inteligência estão misturadas com o predomínio da primeira.

Wallon refere que existe uma profunda relação entre a emoção e o tônus. As variações das emoções provocam mudanças do tônus que são capazes de comunicar ao meio ambiente, alegria ou sinais de dor, através de movimentos ou gestos.

Na segunda metade do primeiro ano, a criança começa uma série de atividades repetitivas que promovem a aprendizagem, estas são as atividades chamadas circulares, pois levam a criança a conhecer a si mesma e os objetos, provocam uma organização dos diferentes campos sensoriais que proporciona progressos na percepção, manipulação/preensão e constituição da linguagem.

A linguagem é o resultado de duas áreas sensoriais a auditiva e a vocal, sendo que através das vocalizações a criança passa a experimentar o balbucio. Para Wallon (1968), a criança produz sons causais e ao repeti-los, afiná-los e modificá-los desenvolve os fonemas presentes em todas as línguas, e gradativamente seleciona os que fazem parte de sua língua materna.

A atividade circular leva a criança a identificar e conhecer seu corpo através do conhecimento sensório-motor (sugar as mãos, tocar, sentir o corpo) que posteriormente origina a consciência corporal.

Aos doze meses, este estágio afetivo transmite seu lugar a um período mais cognitivo, ocorre uma troca da fase centrípeta e subjetiva para uma centrífuga e objetiva, portanto, a atividade automática e afetiva passa a ser relacional exploratória do mundo externo.

#### *2.1.2.2 Estágio sensório-motor e projetivo*

Após o período anterior, em que se estabeleceu entre o bebê e o outro, uma disposição para entendimento das necessidades está nas relações que passam a demonstrar intencionalidade por parte da criança. Este estágio vai de um ano e meio até os três anos de idade. Fase que se caracteriza pela exploração e investigação da realidade exterior, pela aquisição da aptidão simbólica e pelo início da representação. A criança, ao manipular um objeto, procura repetir os movimentos para provocar as sensações anteriores e obter o mesmo efeito. (BOATO, 2009; MAHONEY, 2010)

A criança organiza suas ações e discrimina diferentes movimentos e efeitos sensoriais, visuais, auditivos, sinestésicos, tornando sua atividade cada vez mais planejada e organizada. As conquistas possibilitam a exploração do espaço, objetos, deslocamentos, nomear objetos, diferenciar e caracterizar significados e a criança insere as informações em um conjunto espacial.

A criança ingressa nos símbolos através do andar e da linguagem. Essa fase inicia a etapa projetiva na qual o funcionamento mental se demarca através do ato mental que se projeta em atos motores. O seu pensamento está no início e necessita do auxílio dos gestos para exteriorizar e expressar seus pensamentos. Wallon refere que o gesto precede a palavra.

Wallon descreve dois movimentos projetivos da atividade mental: a imitação e simulacro. A *imitação* é o ato de um modelo exterior, sendo, portanto, uma atividade que relaciona o movimento e a representação, na qual a criança reproduz - após uma incubação - que podem durar horas, dias ou semanas. Dessa forma, ela consegue imitar, opor-se e distinguir-se do modelo. O *simulacro* também é uma representação que se caracteriza pelo exercício ideomotor, ou seja, o pensamento apoiado em gestos. Sendo assim, a criança simula uma situação utilizando um objeto sem tê-lo presente. O simulacro envolve movimentos de representação que permite lidar com a ficção, desejos de invenção e criação. Nada mais é do que o “faz de conta” que auxiliará na descoberta da realidade e o início da representação.

Wallon diz que nesse momento verificamos a organização do pensamento, no qual a criança confere significado ao símbolo e ao signo, ou seja, encontra para o objeto sua representação e para esta um signo. Para este autor, a linguagem é o instrumento de expressão do mundo das imagens e símbolos, sendo que aliado às relações interpessoais e culturais será um fator constitutivo que conduz à expressão da atividade mental.

A criança, através da representação mental, elabora mentalmente o espaço e os objetos; e lida com gestos simbólicos. Aos dois anos, a criança consegue atribuir a si mesma a imagem refletida no espelho.

### 2.1.2.3 *Estágio do personalismo*

Período no qual o enriquecimento do eu e a construção da personalidade se inicia. Wallon considera que a consciência corporal adquirida juntamente com a capacidade simbólica é fundamental para o desenvolvimento da pessoa, ou seja,

condição para a tomada da consciência de si, para o processo de diferenciação *eu-outro*.

A pessoa psicogenética walloniana deve ser compreendida através da integração da inteligência, afetividade e ato motor. Na passagem deste estágio, verifica-se a alternância de função para que o predomínio da afetividade possa emergir e orientar o processo de constituição da pessoa. Neste processo de constituição, transcorrem momentos de conquistas e conflitos.

A criança, que até então utiliza a terceira pessoa do singular, passa a utilizar a primeira pessoa do singular, demonstrando não apenas a evolução da linguagem, mas também a consciência de si mesma.

Mahoney et al. (2010) apresentam que este estágio possui três fases distintas: oposição, sedução e imitação. Aos três anos, a criança inicia a crise de *oposição* ao outro, pois sente prazer em contradizer e confrontar para experimentar a independência e se impor. Para Wallon, a fase de recusa e reivindicação, na qual a distinção do eu, do outro se inicia com os objetos através do uso do meu e teu.

A criança na disputa pelos objetos e o sentimento de propriedade sobre eles passa a significar não só a apropriação do que é do outro. Ela já reconhece o direito dos outros, na partilha e procura tirar vantagem, por exemplo, oferece seus brinquedos a um coleguinha para se apossar dos brinquedos dele.

Surge também a fase da *sedução*, na qual a criança tem a necessidade de ser admirada, ela gosta de rir e de se ver rindo; demonstra habilidade motora, podendo executar movimentos com perfeição. Ao se exhibir, a criança pode ter sucesso ou fracasso, torna-se competitiva e ciumenta.

A *imitação* busca ampliar e enriquecer as possibilidades pelos movimentos de incorporação do outro. Fato que exige um movimento de interiorização e exteriorização, o que torna possível copiar as qualidades da pessoa-modelo.

#### 2.1.2.4 *Estágio categorial*

A criança compreende e separa sua existência das coisas, entende que um objeto perdido poderá ser reencontrado, mas que, uma experiência vivida é uma relação afetiva de cada momento. Este estágio vai dos seis aos onze anos.

Nesse período, a criança progride no plano motor e no afetivo; porém, no intelectual, ocorre um grande salto. Para Wallon (1989), este estágio depende da influência conjunta do desenvolvimento biológico e da inserção no meio. Uma

característica que marca este estágio é a atenção, pois melhora a acomodação perceptiva, mental e a inibição motora o que possibilita à criança permanecer concentrada em uma ação por mais tempo.

A formação da personalidade se dá com o apoio do meio humano, no qual diferentes grupos auxiliam no início de práticas sociais. Outros aspectos de um meio são a semelhança de interesses, obrigação e costumes de um meio local e um meio funcional, como é o caso da escola.

Neste estágio, existem duas etapas:

- ✓ *Pré-categorial* – pensamento ainda marcado pelo sincretismo, no qual ocorre a formação de categorias intelectuais de classificação;
- ✓ *Categorial* – emerge e, juntamente com o pré-categorial, caracteriza a inteligência discursiva.

Para Wallon, o ponto de partida da inteligência discursiva é o par que sustenta o pensamento sincrético, este por sua vez sucede relações que possibilitará ligações lógicas. Portanto, o sincretismo recua e cede lugar à análise e à síntese, as categorias individuais vão tomando o lugar do pensamento global primitivo.

Este autor ainda diz que surge o pensamento categorial, que se caracteriza pela capacidade de variar as classificações conforme as qualidades das coisas, de definir suas diferentes propriedades e de não mais confundir seus invariantes entre si. Há uma evolução da percepção e conhecimento que possibilita comparações, distinções, assimilações sistemáticas e coerentes. O comportamento da criança vai se aproximando do comportamento objetivo do adulto.

Wallon nos apresenta aspectos importantes para compreender a aquisição da linguagem das crianças com surdocegueira/múltipla deficiência, são eles: (i) os aspectos emocionais para o estabelecimento do circuito interativo entre a criança e as pessoas de seu entorno, e, (ii) os aspectos psicomotores nos quais o ato motor se transforma em gesto instrumental de exploração. Com estes dois aspectos, podem refletir e inter-relacionar com as fases do método coativo de Jan Van Dijk, que será descrito a seguir.

### **2.1.3 Jan Van Dijk e a abordagem Coativa para a Comunicação**

Para ampliar nossa compreensão, trazemos para se juntar aos demais teóricos a abordagem que, de acordo com van Dijk (1965) e Nelson (1998), foi elaborada após a epidemia de rubéola nos Estados Unidos e Europa Ocidental, no início dos anos 60, pois nessa ocasião ocorre uma mudança significativa na abordagem da educação de surdocegos. Ao longo do tempo, várias teorias e práticas evoluíram e foram se adequando às necessidades educativas. Os programas tradicionais para surdocegueira eram voltados para crianças que se considerava ter um bom potencial educativo, porém as que ficaram surdocegas por rubéola congênita apresentavam dificuldades motoras, respiratórias, cardíacas e esqueléticas.

Em 1965, durante a Conferência de Kalundborg, Jan van Dijk apresenta um filme chamado “Desenvolvimento Motor na Educação de Surdocegos”, no qual mostrou os passos iniciais da educação de surdocegos, que atraíram grande atenção. Essas crianças com surdocegueira em decorrência da rubéola congênita eram retiradas de suas atividades e até mesmo eram amarradas, para que não realizassem movimentos estereotipados, mas mesmo assim prestavam pouca atenção a outras pessoas em seu entorno. A abordagem do movimento coativo evocado por van Dijk foi bem aceita, em razão de que o adulto deve “unir-se” à criança e seguir sua atenção e interesse. Trata-se de uma abordagem centrada na criança que incluía a imitação dela e dar-lhe a liderança para aumentar a independência. Em atividades coativas, o educador sente quais são as intenções da criança, ao mover e agir em conjunto com ela.

De acordo com Goetz, Guess e Strenel-Campbell (1987), Amaral (2002) e Brasil (2002), o enfoque baseado no movimento constitui o fundamento de toda a aprendizagem. A educação deverá ser um processo de melhoria da quantidade e qualidade das interações entre o surdocego e as pessoas, objetos e acontecimentos. O elemento central é o movimento da criança surdocega, suas necessidades, desejos e interesses. Nada deve ser imposto, por isso as atividades são realizadas com a criança. Com isso, foram desenvolvidos meios funcionais com os quais o educador e a criança surdocega possa atuar sobre o seu ambiente com atividades e rotinas. O enfoque também é dirigido para crianças com múltipla deficiência sensorial e múltipla deficiência. Van Dijk (1965) defendia a utilização

desse enfoque para melhorar a comunicação funcional e as aptidões sociais das crianças surdocegas.

Goetz, Guess e Strenel-Campbell (1987) salientam ainda que Turiansky e Bove (1975) destacavam que “não é um método nem uma técnica, mas sim uma filosofia, um modo global de considerar cada criança”. Esta participa ativamente do processo educativo com o adulto e gradativamente descobre que o seu corpo é o veículo com o qual explora o mundo.

Para van Dijk (1965), o enfoque baseado no movimento, não propõe uma sequência de atividades, mas sim proporciona uma metodologia para a estruturação de atividades paralelas à rotina diária da criança; sendo assim ressalta a importância de iniciar as atividades em contextos naturais e nos momentos que normalmente acontecem. O enfoque é frequentemente interpretado como uma hierarquia de atividades isoladas, porém na verdade para melhorar as habilidades comunicativas estas devem ocorrer em todos os ambientes que a criança frequenta.

Goetz, Guen e Stremel-Campbell (2002), ainda referem à importância da interação motora e da manipulação dos objetos para o desenvolvimento das habilidades simbólicas, cognitivas e da linguagem. Van Dijk destaca que o movimento é a base do processo que atribui significado aos objetos e, por conseguinte, tornam-se significativos para a criança só quando ela pode fazer algo com eles.

O movimento envolve as relações interpessoais da criança e também é importante no desenvolvimento da personalidade:

O que queremos da criança é que ela mostre interesse, que esteja verdadeiramente disposta a estabelecer contato com as pessoas do seu meio. Desejamos que se comunique que tenha a intenção de deslocar-se para lugares diferentes, que demonstre ser uma pessoa (GOETZ, GUEN, STREMEL-CAMPBELL, 2002, p.3).

As crianças com múltipla deficiência têm dificuldade de movimentar-se eficaz e eficientemente, o que repercute na sua capacidade de interagir adequadamente com seu meio, já que grande parte delas não se sente motivadas para o movimento.

A criança surdocega, que tem pouco contato com o ambiente, encontrará dificuldade para desenvolver o conceito de si mesma como um ser. Van Dijk ressalta que a carência de experiência para o desenvolvimento de autoconceito e de uma imagem corporal apresentaria problemas para distinguir a si mesma das pessoas do seu meio. A consciência da separação do eu e do meio é importante para o

desenvolvimento das aptidões representativas e simbólicas, que são imprescindíveis para a linguagem do surdocego.

Já a criança com uma deficiência motora tem sua capacidade de movimento e de interação com o ambiente limitada, além de restringir a capacidade de resposta ao meio, também produzem alterações no seu modo de perceber o mundo. Quando nos referimos a crianças com limitações motoras com deficiência sensorial concomitante, muitas vezes as coisas são feitas para ela, em lugar de feitas com ela. Com isto, inibimos a capacidade das crianças atribuir significado e atuar sobre o meio.

Van Dijk apresenta que o enfoque foi criado para favorecer o diálogo da criança com o mundo exterior, pois considera que a comunicação com o mundo é interpessoal e evolui a partir das interações com o ambiente, além do que uma comunicação aberta só poderá acontecer numa “relação mútua de movimento e ação”. Para este autor, o desenvolvimento humano é uma tarefa que busca alcançar uma distância maior, ou seja, a criança deve perceber a si mesma como diferente das coisas à sua volta. No início, ela pode precisar de um contato físico com o adulto e mover-se com ele ao mesmo tempo. A distância se refere a duas dimensões: a) proximidade (distância entre a criança e outras pessoas) e b) tempo (período entre o modelo ambiental e a resposta da criança).

Ao conceituar a distância na comunicação, van Dijk demonstra que o processo vai desde as atitudes mais concretas até as mais abstratas; ou seja, concretas são aquelas que a criança pode ver, ouvir e sentir; e as abstratas, desenvolvem-se diante da possibilidade de dialogar fora do contexto imediato. A linguagem simbólica surge quando a criança separa a si mesma do “aqui e agora” e passa a se comunicar em relação a objetos, pessoas e fatos que não estão presentes.

Van Dijk refere que a expressão “não verbal” deve ser utilizada para a comunicação da criança incapaz de utilizar palavras, lembrando que este conceito, é dos anos sessenta. Trata-se, portanto, de uma expressão preferível ao termo “pré-linguístico”, que foi mais habitual nos anos noventa. Para este autor, algumas crianças nunca chegarão a ser conscientes dos valores simbólicos da linguagem. Podemos concluir ainda, que a linguagem oral, nem sempre se desenvolva, mas que todas as crianças podem se comunicar; como é o caso de algumas crianças com

múltiplas deficiências que podem utilizar palavras isoladas, sinais manuais, gestos naturais, movimento de mão ou dedos, olhar, sorriso e choro.

Cader-Nascimento e Costa (2005) referem que a abordagem coativa apresenta seis fases de desenvolvimento para a linguagem simbólica, cujo objetivo é viabilizar condições de aprendizagem de um sistema de comunicação, ampliando suas potencialidades de interação com o ambiente. As fases constituem-se num processo dinâmico, não são excludentes, nem exclusivas, podem ser sequenciais e cumulativas. São elas:

**Nutrição:** O objetivo desta fase é fazer com que a criança aceite um mediador, cooperando com as atividades proposta por ele. Cader-Nascimento e Costa (2005) referem que a nutrição é o desenvolvimento de um vínculo social acolhedor entre a criança e outra pessoa. Esta relação é de cumplicidade, apego, amor, afeto e confiança. Torna-se este vínculo uma motivação para o desenvolvimento da criança, que será gradual e evita o isolamento no ambiente. Wallon (1975) destaca que o vínculo afetivo é importante para a manutenção das primeiras interações da criança com o ambiente, ou seja, o vínculo social será o pré-requisito no desenvolvimento da comunicação e da linguagem. Por isso, a primeira linguagem utilizada pela criança é a emocional. Finalmente esta fase será importante para a introdução das demais fases da comunicação não verbal. (apud FREEMAM, 1991; CHEN et al.,2000).

**Ressonância:** A segunda fase tem seu termo emprestado da física que quer dizer segundo o dicionário Aurélio: “fenômeno pelo qual um corpo sonoro vibra ao ser atingido por vibrações produzidas por outro corpo, quando o período delas coincide com o seu, ou com o de um de seus harmônicos”. Deste conceito foi realizada a leitura pedagógica em que a ressonância consiste na interação de pessoas que atuam e se comunicam e se movimentam na mesma sintonia; consiste, dessa maneira, no movimento corpo a corpo, sendo que a forma do gesto corporal é determinada pela criança, que influencia e coordena as atividades do mediador e vice-versa. Nesta fase, a interação da criança com o outro introduz modalidades alternativas de comunicação, fazendo com que ela perceba a influência e os efeitos de seus movimentos no corpo do outro. Através do vínculo corporal entre o mediador e a criança, este passa a fazer parte do universo dela; permitindo estabelecer um diálogo por meio do movimento, o qual permitirá ao mediador

introduzir sinais indicativos de início e término do movimento, ampliando-o e sistematizando-o. Temos aqui três razões importantes para a participação da criança nas atividades de ressonância: a) desperta a sua atenção e faz com que interaja com outras pessoas; b) desenvolve na criança um conhecimento de como as suas atividades podem modificar o ambiente; e c) favorece o estabelecimento de relações positivas com os demais.

**Movimento coativo:** Conhecido também como mão sobre mão, ocorre à ampliação comunicativa entre o mediador e a criança, em um espaço mais amplo. As ações são realizadas junto com a criança, porém lado a lado e aos poucos a distância física entre eles vai sendo ampliada. Nesta fase, o objetivo é ampliar os recursos de comunicação e a ação motora da criança no espaço, como também possibilitar o desenvolvimento da habilidade de antecipação de acontecimentos em uma área determinada. Cader-Nascimento e Costa (2005) exemplificam esta fase da seguinte forma: o mediador segura na mão da criança e realiza um movimento ascendente para evidenciar que a atividade irá começar, depois leva a criança até o escorregador, por exemplo, para explorar a rampa do brinquedo, percorrendo-a com o tato. Depois, ambos usam o brinquedo e ao final o mediador segura a mão da criança e realiza o movimento descendente, indicando o final da atividade. Os movimentos coativos são a continuação das atividades de ressonância, contudo ocorre o gradual aumento da distância entre a criança e o ambiente. Esta irá desenvolver o interesse pelo ambiente e perceber que suas ações interferem no ambiente. Assim, o mediador poderá introduzir objetos permanentes do espaço físico.

**Referência não representativa:** A quarta fase tem por objetivo propiciar condições para que a criança compreenda alguns símbolos indicativos de atividades, pessoas e situações. Os objetos de referência inicialmente podem não ter significado para a criança, no entanto, precisam ser introduzidos antes da realização da atividade; estabelece-se uma relação entre o objeto real e o contexto. Com o tempo a criança passa a antecipar o que seguirá em termos da atividade em relação à presença do objeto. Nessa etapa, o objetivo é orientar a percepção da criança para a relação entre o objeto e a atividade. Por esse motivo, é importante que os objetos utilizados tenham equivalência simbólica com o real e com a atividade a ser desenvolvida.

Nesta fase, a criança também é orientada a reconhecer as partes do corpo nela e no outro e a partir do reconhecimento por ela, o mediador poderá utilizar representações mais abstratas. Com o tempo e a evolução na compreensão da criança, os objetos podem ser substituídos por desenhos em relevo, fotografias, partes do objeto, letra inicial; passando para representações mais abstratas e complexas.

**Imitação:** Fase que visa estimular as atividades propostas pelo mediador, sendo a continuação do movimento coativo, porém a distinção está no fato de que na imitação a criança realiza a ação após a demonstração do mediador, na presença ou ausência dele, enquanto no movimento coativo a ação é simultânea. Nesta fase, deve-se iniciar com ações simples para as mais complexas, dependendo do desempenho, condições e singularidade da criança. Deve-se estimular a criança a tomar a iniciativa e a buscar situações já vivenciadas. Van Dijk enfatiza a importância de objetos conhecidos nas atividades. Os movimentos motores associados aos objetos devem ser claros.

**Gestos naturais:** Esta fase é definida como uma representação motora do modo como a criança normalmente emprega um objeto ou participa de um acontecimento. Os gestos naturais se desenvolvem a partir de experiências infantis com qualidade motora das coisas. O mediador observa como a criança interage com os objetos do ambiente para determinar os gestos naturais para ela. Van Dijk (1968) ressalta que os gestos naturais, nos quais o movimento manual é quase idêntico à ação objeto, fazem parte do desenvolvimento infantil típico. Van Dijk sugere que o mediador inicie o gesto em primeiro lugar, feito com o objeto presente, de modo que a criança estabeleça uma associação visual ou tátil, por exemplo, se for o caso de um suco. Quando a criança reproduzir o gesto com o objeto, o primeiro (gesto) será realizado sem a presença do segundo (objeto), a fim de induzir uma conduta de solicitação. Goetz, Guess e Strenel-Campbell (2002) referem que se a criança for capaz de utilizar espontaneamente uma série de gestos naturais no contexto de sua rotina, estes podem ser transformados em gestos da língua de sinais (no Brasil – Libras), através de processo de desnaturalização e descontextualização:

A desnaturalização refere uma modificação gradual do gesto natural através de indicações táteis e modelagem sistemática para convertê-lo em sinal padronizado. A descontextualização consiste no desenvolvimento de antecipações e imagens mentais pela criança. Este processo permite que ela peça objetos e ações fora dos seus contextos naturais; por exemplo: pedir comida quando tem fome, e não apenas quando a comida está à vista (GOETZ; GUEN; STREMEL-CAMPBELL, 2002, p.12).

Finalizando as linhas gerais da abordagem coativa de van Dijk, passamos a tecer considerações sobre a comunicação da criança com múltipla deficiência.

## 2.2. COMUNICAÇÃO DA CRIANÇA COM MÚLTIPLA DEFICIÊNCIA

A comunicação está presente em todas as atividades que realizamos, tais como: palavras, entoação, expressão facial, como tocamos e somos tocados, gestos manuais, sinais, objetos e atividades. Todas as crianças têm a capacidade para interpretar e responder às mensagens, porém dependerá da eficácia da transmissão. (GOETZ; GUEN; STREMEL-CAMPBELL, 2002)

Mas afinal, o que é comunicação?

De acordo com Trigueiro (2001, p.4), “a comunicação é uma palavra que vem do latim *communicare*, que tem o significado de trocar opiniões, partilhar, tornar comum, conferenciar”. Ainda ressalta que não existe um consenso para uma definição, mas que no ato de comunicar, os signos e os códigos sempre estarão presente; e que estes são transmitidos e nesse processo de remeter ou receber signos e códigos dá-se no ato de comunicar.

Cambruzzi e Costa (2016) revelam que nos estudos da comunicação existem duas importantes linhas teóricas: a) escola processual – tem como característica a tentativa de aproximar as ciências sociais, da psicologia e da sociologia para compreender os atos da comunicação; b) escola semiótica – que tem como característica a aproximação da linguística com as artes para compreender a produção e elaboração da mensagem.

Roman Jakobson (2008) desenvolveu uma teoria e método conhecido como formalismo; ao transferir esse aparato teórico para o estudo da linguagem, criou o estruturalismo linguístico. Elaborou uma linguística que se aproximava de várias disciplinas, como fonologia, patologia da linguagem, antropologia, teoria da informação, estilística e folclore.

Entre os vários ramos de estudo que influenciaram Jakobson, alguns foram essenciais no desenvolvimento do seu trabalho acerca do processo de comunicação: Saussure, com a linguística estrutural, a qual propunha uma ruptura com a linguística comparativa e apresenta uma abordagem não histórica, descritiva e sistemática.

Para Saussure, a língua é social, um sistema organizado de signos que exprimem ideias que representa o aspecto codificado da linguagem e, portanto, a palavra é individual. Podemos resumir o estruturalismo deste autor em duas dicotomias: (1) *langue* (língua) em oposição a *parole* (fala) e (2) forma em oposição à substância.

Para Jakobson qualquer dado do ato de comunicação verbal é composto de seis fatores: (1) *Emissor*: orador, narrador ou autor; (2) *Receptor*: ouvinte, leitor, telespectador, usuário ou destinatário; (3) *Código*: sistema linguístico ou comunicativo, um conjunto de signos e regras linguísticas; (4) *Mensagem*: texto, discurso, conteúdo ou o que está sendo dito; (5) *Contexto*: o referente ou a situação; e (6) *Canal*: de comunicação, o contato ou conexão psicológica ou física.

Para compreender como realmente a língua funciona, Jakobson (2008), propôs dois eixos de construção da mensagem: a metáfora (a semelhança é seu modo de atuar, que acontece por seleção, a sincronia é relevante) e a metonímia (é por contiguidade, conexão de ideias pela proximidade de sentidos, operando por combinação, implicando diacronia, causa e efeito).

A ciência da linguagem para Jakobson (2008) investiga a fabricação de mensagens verbais e de seus códigos subjacentes. As características estruturais da linguagem são interpretadas à luz das funções. Um dos problemas que Jakobson identifica no estudo da linguística, tanto na Teoria da Comunicação quanto com Saussure, é a eliminação de elementos que ele considera inerentes à linguagem. Com a Teoria informacional da Comunicação, foi a exclusão do significado, e com Saussure, por dar atenção demais somente ao *código (langue)*, esquecendo-se da *mensagem (parole)*. Consequentemente, a principal alteração sugerida por Jakobson ao trabalho de Saussure, e incorporada em seu trabalho, é na dicotomia entre *langue/ língua* e *parole/fala*, que ele substituiu por *código* e *mensagem*, herdados dos conceitos da Teoria da Informação.

No desenvolvimento da comunicação de uma pessoa surdacega ou com múltipla deficiência devemos ponderar alguns aspectos como língua, linguagem, fala

e comunicação, pois elas utilizam diferentes formas. Julgamos importante, portanto neste momento nos posicionarmos quanto a estes aspectos.

**Língua** – Bloch e Trager (1942, p. 5, apud CAMBRUZZI; COSTA, 2016) afirmam que “uma língua é um sistema de símbolos vocais arbitrários por meio do qual um grupo social coopera”. Hall (1968, p. 158 apud CAMBRUZZI; COSTA, 2016) compreende a língua(gem) como “a instituição pela qual os humanos se comunicam e interagem uns com os outros por meio de símbolos arbitrários oral-auditivos habitualmente utilizados”. Quadros (2003, p. 7) afirma que a língua é um “sistema de signos compartilhados por uma comunidade linguística comum [...] A língua é um fato social, ou seja, um sistema coletivo [...] é a expressão linguística que é tecida em meio a trocas sociais, culturais e políticas”. Cader-Nascimento e Costa (2005, p. 27) consideram que a “língua otimiza [...] pois permite a troca de informações do homem com o seu ambiente físico e humano”. Como vemos e podemos concluir, a língua é um sistema vocal ou oral-auditivo, ou escrito ou por língua sinais utilizado por um grupo social que permite a troca de informações sociais, culturais e políticas.

**Fala** – Vygotsky (1999, p.27) refere que “a fala [...] assume um papel organizador do pensamento [...], com isto, exerce uma função instrumental na organização do comportamento”. Rego (2014, p. 62) reforça esta ideia de Vygotsky ao afirmar que “a fala tem um papel fundamental como organizadora da atividade prática e das funções psicológicas humanas”. Ainda acrescenta que uma das funções da fala “é o contato social, a comunicação [...] impulsionado pela necessidade de comunicação”. Considera a fala primitiva: as expressões faciais, balbucios, choro, riso, bem como as primeiras palavras, como alívio emocional e meio de contato com o outro. Concordamos com Cader-Nascimento e Costa (2005) ao afirmarem que a fala envolve mecanismos fisiológicos e linguísticos na produção verbal, e acrescentamos, o seu papel organizador do pensamento e a importância do contato social que impulsiona a comunicação.

**Linguagem** – Rego (2014, p.62) comenta que “o desenvolvimento das funções intelectuais humanas é mediado socialmente pelos signos e pelo outro”. Cambruzzi e Costa (2016) apresentam a mediação como sendo a relação do homem com o mundo e o outro por meio de instrumentos; já o signo é considerado aquilo que representa algo diferente de si mesmo, ou seja, substitui e expressa

eventos, ideias, situações e objetos, auxiliando na memória e atenção. Apresentam as autoras que a linguagem é um signo mediador, por carregar em si conceitos generalizados elaborados pela cultura humana. Apresentam a linguagem como:

o fator primordial de mudança nos processos psíquicos do homem, pois: permite lidar com os objetos do mundo exterior mesmo quando eles estão ausentes; possibilita os processos de abstração e generalização (analisar, abstrair e generalizar as características dos objetos, eventos, situações presentes na realidade), garante o intercâmbio social entre indivíduos ao longo da história por meio da comunicação. Portanto, a linguagem funciona como um mediador, permitindo o estabelecimento de significados compartilhados e a comunicação entre os indivíduos.

Cambruzzi e Costa (2016, p. 27) expõem que a comunicação não verbal não é uma tarefa fácil de definir, sendo associada à expressão facial, gestos, moda, dança, teatro, música e a mímica. Para Kyrillos (2005, p. 274), a comunicação não verbal é a forma mais primitiva de comunicação que inclui corpo, postura, gestos e expressão facial. Na comunicação não verbal, são consideradas as seguintes condutas: agitar as mãos, postura, aparência, tom de voz, olhar, sorriso, gestos, movimentos posturais, respiração, contato corporal, silêncio, comportamento espacial.

As autoras ainda referem que “nenhum movimento ou expressão corporal é destituída de significado no contexto”, assim, devemos considerar para a análise das informações do surdocego, pois diz respeito a uma pessoa. Passamos a seguir a analisar algumas formas de comunicação não verbal as quais serão importantes no desenvolvimento de nossa análise de dados da pesquisa.

**Contato Visual** – estabelece-se tendo como parâmetro a frequência e a duração do contato visual de duas ou mais pessoas. Para as crianças com surdocegueira e baixa visual, ou seja, que o funcionamento visual permita a utilização do olhar, este será importante, por ser uma forma de comunicação às vezes sutil, mas que possibilita a inferência de interesse ou desagrado. Também oferece pistas para uma relação por ser um sinal de que uma tem a atenção da outra.

**Contato Físico** – uma forma que varia de cultura para cultura, podendo ser uma forma de proximidade entre as pessoas ou uma forma de chamar a atenção.

Para uma criança surdocega esta é uma forma fundamental para o desenvolvimento de vínculo com o mediador.

**Expressões Faciais** – desempenha diferentes funções como expressar emoções ou atitudes interpessoais. A face pode expressar estados emocionais com movimentos das sobrancelhas, dos olhos, da testa e das pálpebras. As sobrancelhas indicam diferentes emoções como: surpresa, indiferença, raiva. A boca nos dão pistas importantes como sorriso.

**Postura** – indica a forma como uma pessoa está posicionada: em pé, inclinada, cabeça erguida ou baixa, estas variam de acordo com o estado emocional e apresentam implicações na comunicação. Cada pessoa tem sua maneira de controlar seu corpo. Crianças surdocegas o “repertório de posturas” é diferenciado devido às duas deficiências sensoriais que são imprescindíveis para a aquisição e manutenção da postura.

**Movimentos Corporais** – Os movimentos da cabeça têm diferentes funções semânticas, narrativas, cognitivas e interativas, irá depender e variar de cultura para cultura. Alguns movimentos conferem informações sobre as atitudes e intenções comunicativas.

**Gestos** – Para Miller (1976), os gestos são movimentos realizados com as mãos e os braços, cabeça ou mesmo todo o corpo. Podem ocorrer com e sem a fala. Ferreira (2000/2001) esclarece e caracteriza cinco tipos: gestos simbólicos (sinais com significado específico, dedo indicador na frente da boca para indicar silêncio, usados de maneira consciente, aprendidos de uma determinada cultura), gestos ilustrativos (ou icônicos, apresentam uma relação formal com o conteúdo semântico da fala, e possuem características semânticas dos verbos como: entrar, sair, subir, descer), gestos indicativos (referem o estado emocional da pessoa através dos movimentos realizados como bater na mesa com as mãos), gestos reguladores (ocorre quando existe uma comunicação e tem a função de manter o fluxo de interesse ou de interrupção da conversa) e gestos adaptativos (são não intencionais, associados ao movimento do corpo, também se refere a um suspiro ou grito de dor).

Para expressar os seus desejos, necessidade e sentimentos algumas crianças surdocegas congênitas não podem fazê-lo verbalmente, sendo assim, utilizam procedimentos diferentes da palavra falada, escrita ou expressa com sinais manuais. Utilizam batidas de palmas para indicar alegria, um gesto para expressar que deseja um objeto, alguns utilizam apenas o sorriso ou o choro.

Algumas crianças surdocegas não transmitem resposta comunicativa: não riem, nem choram, não falam, não usam gestos ou sinais. Para tal, o mediador deve aprender a observar a criança com mais atenção para detectar respostas mais sutis com o corpo.

Como podemos verificar, a comunicação é importante na vida de uma pessoa, um processo natural e fácil para a maioria das pessoas, porém poderá ser extremamente difícil para aquelas pessoas com deficiências visuais, auditivas, motoras e intelectuais. A criança com surdocegueira ou múltipla deficiência tem dificuldade em se comunicar para elas o mundo pode parecer caótico, desorganizado e perigoso. Stremel-Campbell (1995) diz que as crianças surdocegas possivelmente nunca aprendam a falar, mas podem se expressar e receber mensagens e expressarem seus desejos e necessidade bem como tomar decisões. No caso da surdocegueira congênita, todo o desenvolvimento dependerá do acesso ao mundo, de conhecer pessoas e ambientes que auxiliem a desenvolver a comunicação permitindo evoluir na capacidade de desempenhar funções cada vez mais elaboradas e neste processo a comunicação receptiva e expressiva será de fundamental importância.

### **2.2.1 Comunicação Receptiva**

De acordo com Wilson (1996), a comunicação receptiva é o processo de receber e compreender uma mensagem. Muitas vezes é difícil determinar como uma criança que é surdocega ou com múltipla deficiência recebe uma mensagem, pois vive em um mundo onde geralmente, não pode ver nem ouvir o que acontece ao seu redor. O mediador deverá prestar maior atenção ao modo em que envia as mensagens objetivando aumentar as possibilidades de que elas sejam recebidas.

Cambruzzi e Costa (2016) referem à importância do uso de objetos de referência e pistas, para permitir a antecipação do fato. Poderão ser pistas simples e concretas que auxiliarão na capacidade de recepção. A antecipação deve ser

compreendida como a expectativa de uma resposta específica antes da atividade acontecer, ou seja, ter a previsibilidade do que virá subsequentemente no ambiente.

A seguir, descrevemos os tipos de pistas que podem ser utilizados de acordo com a capacidade da criança surdocega propostas por Wilson (1996) e Cambruzzi e Costa (2016).

**Pista de Contexto Natural** – Estes eventos acontecem às vezes no decorrer de uma atividade, por exemplo: abrir a boca para comer ao sentir a mamadeira.

**Pista de Movimento ou Gesto Tátil** – Estes movimentos na realidade movem a criança através de uma rotina particular relacionada a uma atividade, por exemplo: mover a mão da criança até a boca para comer.

**Pista Tátil** – Estes sinais apontam uma mensagem simples à criança. A pista se dá ao tocar a criança na área relacionada à mensagem, por exemplo: tocar os lábios da criança para indicar – abrir a boca é comida/bebida.

**Pista de Objetos** – Estes objetos são reais (em miniatura ou associado) permite a criança obter mais informação, por exemplo: colher significa que vai comer. Objetos reais são fáceis de reconhecer porque são usados na atividade. Também podem usar objetos em miniatura ou as representações em escala de um objeto real, porém não se deve deixar de ter em conta as habilidades visuais. O mais difícil de entender pode ser os objetos associados ou os objetos que significam algo diferente (o relógio para tempo e roda para caminhão de brinquedo). O tamanho, a textura e a cor do objeto e onde se apresenta visualmente pode fazer uma grande diferença, tendo-se em conta as dificuldades visuais da criança.

**Pistas de Gestos** – As expressões corporais são muito comuns na comunicação de crianças surdocegas tendo resíduo visual poderão ver as pistas de gestos, por exemplo: fazer tchau com a mão, sacudir a cabeça para dizer não.

**Pistas de imagens/desenhos de linhas/ outros símbolos tangíveis** – Estes se usam para receber mensagens se a criança tem a visão suficiente para tal. A criança deve compreender que a imagem significa um objeto, uma pessoa ou uma

atividade. Também se deve ter em conta suas habilidades visuais no momento de determinar o tamanho de uma imagem ou a necessidade de usar desenhos de linhas. Existem muitos outros tipos de símbolos tangíveis que podem ser usados como com textura, relevo, fotos.

**Sinais visuais e táteis** – Estes símbolos, expressos através de sinais com as mãos se baseiam nos movimentos, localização, configuração e direção. Segundo o tipo e seriedade de seus problemas de visão da criança, os sinais deverão efetuar-se perto do rosto dela, diretamente no centro do seu campo visual ou ao lado. Os gestos ou sinais deverão realmente tocar a criança que não tenha visão ou que tenha ela muito limitada. A modalidade tátil pode usar-se com uma criança que seja totalmente cega, porém que seja cognitivamente capaz de compreender a natureza simbólica da linguagem por sinais e/ou a soletração com os dedos. Os sinais e/ou a soletração dos dedos se recebe ao colocar as mãos da criança sobre as mãos da pessoa que envia a mensagem para que possa sentir o sinal.

**Fala** – Este modo deve acompanhar todos os outros modos de comunicação. Mesmo quando a criança não ouve a palavra falada, pode receber certa informação de nossos gestos e expressões faciais quando falamos.

**Palavras Escritas/ Braille** – Estas são usadas por crianças que tem a capacidade de compreender a linguagem simbólica escrita ou Braille. Há muitos tipos de equipamentos eletrônicos que se expressam em Braille

A seguir, no Quadro 6, uma síntese da Comunicação Receptiva.

**Quadro 6 - Comunicação Receptiva**

<b>COMUNICAÇÃO RECEPTIVA</b>				
Todas as pistas são dadas também através da fala				
Pistas de contexto natural	Pistas de objetos	Pistas de gestos	Objetos em miniatura	Pistas de sinais visuais
Pistas de movimento			Objetos associados	Pistas de sinais táteis
Pistas de tato			Imagens	Fala
			Desenhos de linhas	Palavras escritas
			Outros símbolos tangíveis	Braille
Comunicação básica				Comunicação mais complexa

Fonte: DB-Link (1996) e CAMBRUZZI E COSTA (2016) – elaborado da pesquisadora

Nunes (2001) refere que a comunicação receptiva auxilia a criança a dar sentido ao mundo e passe a compreender o significado das coisas e como funcionam, as pistas auxiliam a criança a antecipar o que vai acontecer.

### 2.2.2 Comunicação Expressiva

Stremel-Campbell (1996) diz que a comunicação expressiva implica enviar uma mensagem à outra pessoa para: fazer que algo ocorra ou deter algo que já está acontecendo. Refere ainda que a criança sem problemas sensoriais, intelectuais e/ou outros apresenta sete níveis de desenvolvimento do nascimento aos vinte e quatro meses, estes se aplicam igualmente às crianças com deficiências sensoriais. Conforme quadro abaixo:

A etapa de transição entre a comunicação pré-simbólica e a simbólica formal é decisiva e difícil para muitas crianças com as duas deficiências sensoriais. As crianças com deficiência sensoriais apresentarão dificuldades em transpor o uso de gestos convencionados para o uso de símbolos abstratos, visto que durante anos foram submetidas à aprendizagem de um sistema de linguagem formal que corresponde ao nível seis ou sete, sem terem utilizado os símbolos numa correspondência um a um, que equivale ao nível cinco. Neste período, ocorre a desnaturalização e a descontextualização.

Stremel-Campbell (1996) apresenta os níveis da comunicação expressiva que descrevemos abaixo devido a sua importância e, na sequência, temos um quadro demonstrativo:

**Comunicação por Reconhecimento** – indicam comportamentos de consciência da presença da outra pessoa, sendo manifestados através de expressões faciais. As primeiras expressões podem não ter um propósito de comunicar nada, apenas simples reações que indicam prazer ou desgosto.

**Comunicação Contingente** – são comportamentos que tem um propósito, mas não se utilizam para uma comunicação intencional e podem ser interpretados pelos outros como comunicativos. A criança aprende que fazendo certas coisas ela pode causar efeitos.

Este nível se divide em: *vocalizações* (as primeiras indicam prazer, mal estar ou angústia; suas vocalizações com o tempo passam a serem mais fortes, longas e

têm uma entonação diferente para cada indicação); *movimentos corporais* (a criança utiliza amplos movimentos e mais específicos para expressar o que quer, utilizado para protestar ou para pedir mais); *interruptor de chamada* (uma ajuda tecnológica pode ser inclusa para uma resposta comunicativa, refere-se à causa e ao efeito, como os brinquedos com barulho ao apertar um botão).

**Comunicação Instrumental** – são comportamentos simples e não simbólicos que estão dirigidos a outras pessoas com a intenção de que estas atuem. Os comportamentos podem dirigir-se a pessoas ou objetos, mas não a ambos. São eles: *tocar uma pessoa* (a criança aprende que as coisas ao seu redor não passam por passar, que ela pode se comunicar com eles através do toque, se tiver habilidade motora para isso, também pode movimentar seu corpo ou olhar); *manipular uma pessoa* (uma vez que a criança possa tocar uma pessoa, pode começar a tomar a mão desta e movê-la até um objeto desejado); *tocar um objeto* (a criança toca o objeto entre dois ou mais para indicar sua escolha, a princípio usamos um objeto que ela goste e um que não goste isso proporciona um motivo para tocar um dos dois objetos, caso não consiga com as mãos, poderá virar o rosto).

**Comunicação Convencional** – os comportamentos não são simbólicos, a criança começa a coordenar o uso dos objetos e das pessoas, pois compreende que podem servir para dizer algo.

São eles: *estender objetos* (a criança poderá estender objetos somente se tiver esta capacidade e alguns objetos não podem se estender. A princípio, estender um objeto a distância curta e depois mais longe, ou para conseguir uma troca), *gestos simples* (são gestos simples com as mãos, caso tenha habilidade motora), *apontar* (as crianças apontam para pessoas e objetos antes das primeiras palavras, deve-se ensinar às crianças a apontar, pois incrementa o seu funcionamento comunicativo, como apontar para porta quando for sair, a capacidade de apontar dependerá de quanto possa ver), *dois ou mais interruptores* (uma vez que seja capaz de escolher entre dois objetos, passamos para opções com luzes ou timbres diferentes para as seleções feitas pela criança).

**Comunicação Simbólica Emergente** – os comportamentos utilizados para se comunicar começam a ser gradualmente mais abstratos.

São eles: *gestos complexos* (uma vez que a criança seja capaz de utilizar gestos simples, podemos ensinar mais gestos), *objetos em miniatura* (uma vez que a criança tenha aprendido a associar pistas de objetos com pessoas e atividades no progresso de comunicação receptiva, a criança será capaz de utilizar objetos pequenos que estão associados a uma atividade e, dessa maneira, expressar o que quer e necessita), *imagens e desenhos* (a criança com resíduo visual para ver desenhos de símbolos poderá fazê-lo, os desenhos de linha são mais baratos do que as miniaturas, devemos utilizar para aumentar seu vocabulário).

**Comunicação Simbólica** – os sinais com as mãos, as palavras escritas, o sistema Braille e as palavras faladas são símbolos de verdade. A criança deve entender que tem uma relação de um a um entre o símbolo e o objeto/pessoa/atividade; o símbolo “significa” ou “se refere” a coisa real. Isto é muito difícil de entender para algumas crianças. Se a criança tem suficiente habilidade cognitiva pode ser capaz de utilizar um sistema eletrônico que emita palavras. O sistema pode ser um teclado com letras grandes ou um teclado braile, dependendo da sua visão, habilidade motora e cognitiva.

A seguir, as formas de comunicação expressiva, no Quadro 7:

**Quadro 7 - Comunicação Expressiva**

COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA					
POR RECONHECIMENTO	EVENTUAL	INSTRUMENTAL	CONVENCIONAL	SIMBÓLICA EMERGENTE	SIMBÓLICA
Expressões faciais	Vocalizações	Tocar a pessoa	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais	Manipular a pessoa	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
	Interruptor de chamada	Tocar objetos	Sinal	Imagens/desenhos	Sistemas eletrônicos
Comunicação de dois interruptores			Outros símbolos táteis	Fala	
<b>Comunicação Básica</b>					<b>Comunicação mais complexa</b>

Fonte: DB-Link (1996) e CAMBRUZZI e COSTA (2016) – elaborado da pesquisadora

Finalizamos este capítulo e passaremos a seguir ao delineamento do percurso metodológico que utilizamos em toda a nossa pesquisa.

## CAPÍTULO III - TECENDO O PERCURSO METODOLOGICO

Considerando que o principal objetivo da pesquisa é analisar as formas de comunicação de crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*, que apresentem precocemente microcefalia e déficit motor, e aquelas que além destas apresentem também perdas visuais e auditivas concomitantemente, descrevemos o percurso metodológico empregado para buscar respostas aos nossos questionamentos.

### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Engel et al. (2009, p.32) e Triviños (2010, p.128) ressaltam que “a pesquisa qualitativa busca explicar o porquê das coisas”, tendo o ambiente natural como fonte dos dados. Triviños (2010, p.129) e Bodgan e Biklen (1991) nos dizem que a pesquisa qualitativa histórico-estrutural dialética tenta captar não só a aparência do fenômeno, mas também sua essência. Com isto, busca as causas da existência dele, explica sua origem, suas relações, mudanças e se esforça por intuir as consequências que terão para a vida humana.

Segundo Triviños (2010), adotar essa perspectiva não exclui a possibilidade de quantificação de dados. Ela procura demarcar a relação entre o conhecimento e a realidade circundante, enxergando a pesquisa de forma sistêmica. Os fenômenos a serem aprendidos se situam em um dado momento e são influenciados por diversos fatores, sejam econômicos, geográficos, sociais, afetivos e desse modo procuraremos analisar todo o contexto sem embasá-lo em um pensamento simplificador.

Esta abordagem permite o estudo de temas com mais profundidade, através de amostras pequenas. Este autor denota ainda, que com o estudo descritivo podemos apresentar “com exatidão” os fatos e os fenômenos da realidade.

Triviños (2010, p.133-136) define o Estudo de Caso como “uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa profundamente”. O pesquisador pode ter a possibilidade de estudar dois ou mais sujeitos, organizações, etc.

Souza e Kerbauy (2017) referem que a dicotomia entre quantitativa e qualitativa traz preocupação aos pesquisadores, diante da carência de publicações

sobre a questão. Ressaltam que a tipologia para ciências sociais, apresentada por Creswell e Clark (2007) introduz quatro desenhos metodológicos de abordagem mista: (i) *triangulação* – visa comparar e contrastar dados estatísticos com dados qualitativos obtidos simultaneamente; (ii) *embutido* – no qual um conjunto de dados quantitativos apoiam dados qualitativos ou vice-versa, simultaneamente; (iii) *explanatório* – apresenta os dados qualitativos utilizados para explicar resultados quantitativos ou vice-versa; (iv) *exploratório* – resultados qualitativos contribuem para o desenvolvimento do método quantitativo.

Verificam, ainda, os autores acima, que a combinação de duas abordagens pode possibilitar diferentes olhares e que a integração através da combinação dos dados qualitativos e quantitativos, podem se efetivar de três formas: por convergência (na fusão quantitativa e qualitativa durante a fase de interpretação ou análise dos dados); por conexão (no qual a análise de um tipo de dado demanda um segundo tipo de dado); e por acoplamento (resulta da introdução de um tipo tanto em um desenho, quanto em dados de outro tipo).

Flick (2004, in: Souza e Kerbauy, 2017, p.38) salienta que “a convergência de dois são necessárias, mas segmentadas podem ser insuficientes para compreender toda a realidade investigada, portanto, o ideal deve ser utilizado como complementares”. Ressalta ainda, a existência de uma tendência que indica o surgimento de uma nova abordagem metodológica, sendo que esta possibilita o descortinar das múltiplas facetas do fenômeno investigado.

Bodgan e Biklen (1991, p.89) aludem que o estudo de caso consiste na observação de um contexto, individual, documento ou acontecimento específico. Acrescentam ainda que ao falarmos numa perspectiva sociológica, para nos referirmos como as pessoas interagem, identificam-se ou partilham características; e que em regra geral a entrevista neste caso representa uma melhor forma de abordagem.

Cabe neste contexto, apresentarmos aqui um dos conceitos fundamentais de Bardin (2016), o qual define o Método de Análise de Conteúdo como um método que pode ser empregado tanto na pesquisa quantitativa como na investigação qualitativa, mas com aplicações diferentes. O emprego deste método, por conseguinte, presta-se para o estudo “das motivações”, atitudes, valores, crenças, tendências e desvendar ideologias.

Finalmente Bardin, define o método de Análise de Conteúdo, como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (TRIVIÑOS, 2010, p.160).

Logo, o presente estudo se demarca como pesquisa de abordagem qualitativa/quantitativa por triangulação e convergência, longitudinal, sendo que do ponto de vista dos objetivos se apresenta como descritiva, explicativa e analítica com procedimentos técnicos de Estudo de Caso, no qual será empregado para análise dos dados a inspiração na Análise de Conteúdo de Bardin (2016).

A investigação aqui proposta teve duração de 8 (oito) meses, ou seja, de julho de 2018 a março de 2019, com três fases: a) uma Fase Inicial – de junho a setembro de 2018; b) Fase Intermediária – de novembro a dezembro de 2018 e c) Fase Final – de fevereiro a março de 2019. Diante do exposto, pudemos obter os dados quanto às formas de comunicação utilizadas e as possíveis mudanças comunicativas destas crianças, ao longo do período da pesquisa.

### 3.2 LOCAL DA COLETA DE DADOS

Em um primeiro momento, realizamos a identificação dos locais onde existiam os serviços de atendimento para crianças com a Síndrome Congênita do *Zika vírus*, sendo esta etapa necessária para buscar os informantes com maior probabilidade de descrever, fornecer e relatar as informações que pretendíamos coletar.

Na cidade do Recife, em Pernambuco, existe uma instituição não governamental especializada no atendimento em quatro áreas de reabilitação, ou seja, visual, auditiva, intelectual e motora; sendo esta instituição a escolhida pelos pesquisadores: O Centro de Reabilitação Menina dos Olhos – CER-IV, da Fundação Altino Ventura.

A instituição autorizou nossa pesquisa sendo viabilizada a carta de anuência e de apoio às pesquisadoras, sendo coparticipante dessa investigação.

### 3.3 SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O Centro de Reabilitação Menina dos Olhos – CER IV atendia no período inicial de nossa investigação, ou seja, julho de 2018, 156 das 425 crianças diagnosticadas com a Síndrome Congênita do *Zika vírus*, devido à capacidade de

atendimento que possuía. Destas selecionamos, inicialmente, 20 crianças junto com a coordenação terapêutica, para serem os participantes desta pesquisa, mediante as que apresentassem perdas e déficits semelhantes, conforme descrito abaixo, sendo estas divididas em dois grupos, a saber:

- **Grupo A** - Composto por 10 crianças que apresentavam precocemente microcefalia, déficit motor;
- **Grupo B** - Composto por 10 crianças que apresentavam precocemente microcefalia, déficit motor, perdas visuais e auditivas concomitantemente.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

#### **Critérios de inclusão**

- Crianças de 30 meses a 38 meses de idade, no início da pesquisa, com diagnóstico positivo para a infecção pelo vírus da *Zika* em período intrauterino;
- Apresentar microcefalia, déficit motor, perdas visuais e auditivas, concomitantemente, sendo estas com perdas, as mais semelhantes possíveis.
- Apresentar microcefalia e déficit motor o mais semelhante possível, sem perdas visuais e auditivas.

#### **Critérios de exclusão**

- Crianças que na avaliação inicial apresentaram idade superior a 40 meses de idade, no início da pesquisa, mesmo com diagnóstico de Síndrome Congênita do *Zika vírus*;
- Crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus* que apresentaram na avaliação inicial, microcefalia com outro comprometimento e/ou crises convulsivas sem controle.

Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde em seu Boletim Epidemiológico nº 39 (MS, set. 2018) apresenta o estado de Pernambuco com 456 casos confirmados, sendo que o Centro de Reabilitação Menina dos Olhos – CER IV atendia em março de 2019, 183 crianças com a Síndrome Congênita do *Zika vírus*.

No transcorrer dos oito meses de investigação, nos quais realizamos a Coleta de Dados, quatro participantes foram excluídos da pesquisa (dois do Grupo A e dois do Grupo B). A decisão foi tomada porque estes estavam faltando aos atendimentos da instituição devido ao fato de estarem internados em hospital para tratamento ou

por alta pedida, e não pudemos realizar parte da Primeira e da Terceira Fase da pesquisa; o que iria comprometer os dados já coletados nas diferentes fases e locais, de alguns participantes, o que ocasionaria coleta em períodos muito diferentes da investigação.

### 3.4 INSTRUMENTOS EMPREGADOS NA PESQUISA

De acordo com Triviños ao citar Lofland (apud. TRIVIÑOS, 2010), o pesquisador, ao iniciar sua investigação, deve levar em conta que dados são o que se procura em torno do fenômeno que estuda.

Os instrumentos empregados nas fases foram os seguintes:

#### ➤ **Na Fase Inicial**

**(A) Prontuários dos participantes** - São prontuários eletrônicos dos participantes da instituição coparticipante, sendo que estes se encontram disponíveis no Programa MVPEP. Continham informações de saúde, avaliações terapêuticas e psicossociais.

**(B) Entrevista Semiestruturada com pais e/ou responsáveis (tutores)** - De acordo com Triviños (2010), a entrevista é um dos meios mais utilizados pelos pesquisadores, sendo a do tipo semiestruturada a que oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance liberdade e espontaneidade. Sua duração é flexível e depende das circunstâncias e o teor do assunto, porém o autor sugere que não ultrapasse trinta minutos para que seja rica e menos repetitiva. Se for gravada, deve ser transcrita e analisada detidamente pelo pesquisador.

O processo da entrevista semiestruturada permite a relevância da situação e favorece a descrição dos fenômenos sociais e também a explicação e compreensão de situações específicas como também situações de dimensões maiores.

Bodgan e Biklen (1991) ressaltam que uma entrevista consiste numa conversa intencional com o objetivo de obter informações. No início, deve-se informar o objetivo e garantir a confidencialidade do que será dito. Ainda referem estes autores, que na entrevista semiestruturada, a certeza de obter dados dos vários participantes, sendo que uma boa entrevista produz riqueza de dados que revelam as perspectivas dos respondentes, sendo importantes as transcrições com detalhes. Duarte (2002) aponta a importância da postura adotada durante a coleta

do depoimento, o que leva o pesquisador a ter paciência para compreender o porquê das respostas dos sujeitos, sendo fundamental reunir partes de conversas, histórias, etc. para conseguir compreender a perspectiva pessoal de cada um.

Bawer e Gaskell (2008, p.65) dizem que através da entrevista o investigador consegue mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes, no qual se atinge o objetivo para compreender crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos pessoais em contextos sociais específicos.

**(C) Mapa de Comunicação** - Segundo Amaral (2002), a avaliação é um processo pelo qual se obtém a informação necessária para a tomada de decisão do que fazer, além de permitir planificar a intervenção, tendo em consideração a funcionalidade da criança, estando, portanto, de acordo com o proposto pelo Código Internacional de Funcionalidade (CIF).

Esta é uma avaliação conhecida como “Inventário para Pais e Responsáveis” também chamado “Mapa de Comunicação”, considerado um instrumento no programa de intervenção com crianças surdocegas e com múltipla deficiência; desenvolvido por Maria Bove do Programa Hilton *Perkins* – Boston - EUA, disponível por Cormedi (2005) e aqui adaptada em sua forma de apresentação pela pesquisadora.

Cormedi (2005) descreve este instrumento como um processo no qual se obtém a informação necessária para a tomada de decisões sobre o planeamento da reabilitação. Caracteriza-se como um processo pelo qual iniciamos um levantamento de informações a respeito da criança quanto às preferências (características), necessidades (o que gosta, não gosta e medos) e expectativa dos pais (desejos e sonhos). Apresentamos o Mapa de Comunicação utilizado com os pais no Anexo A e o Quadro de Análise do Mapa de Comunicação dele no Anexo B.

Incluimos este instrumento de avaliação com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre a criança e sua família, bem como, realizar o levantamento das potencialidades e necessidades que poderão auxiliar na planificação de uma futura sugestão de intervenção para os participantes da pesquisa, bem como auxiliar na análise juntamente com os demais instrumentos.

Destacamos que as potencialidades e necessidades das crianças, aqui abordadas e descritas, tiveram como ponto de partida nosso olhar para Vygotsky quanto à pedologia e defectologia, no qual seu interesse e atuação nos processos

educativos assumia a postura de que crianças com diferentes tipos de deficiência devem ter um enfoque no qual se possa capturar a organização peculiar das funções e condutas de cada uma. Este autor aborda que o problema da deficiência é muitas vezes resultante da priorização do déficit, o que limita a consideração da criança em si, fica, portanto, em segundo plano, a pessoa como um todo, na complexidade de seu funcionamento e nas suas potencialidades.

Ao dirigirmos o olhar para o funcionamento e as potencialidades ressaltamos a necessidade de educar a criança e não a criança deficiente. Vygotsky propõe diferentes diretrizes para diagnóstico e educação destas crianças, tendo uma visão prospectiva, que privilegie as potencialidades e talentos dela, sem limites pré-determinados. Ao privilegia-los, as potencialidades e talentos é possível manter a concepção prospectiva e uma diretriz de mobilização de forças compensatórias, na qual partimos de atuações em que o outro faz pela criança e que ela não pode fazer sozinha, mas gradativamente vai realizando com menos ajuda, até que possa assumir essas funções por caminhos alternativos e/ou recursos especiais.

**(D) Observação Direta na instituição, (E) Observação Direta no domicílio do participante** - Triviños (2010, p.153) define o termo “observar” ao referir que não se trata simplesmente olhar. Para este autor, “observar” é destacar de um conjunto algo especificamente, prestando atenção em suas características. Ressalta ainda que observar um fenômeno social e separar algo de seu contexto, para que sejam estudadas em seus atos, atividades, significados, relação, etc. Individualizam-se e agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade para que possamos descobrir aspectos aparentes ou mais profundos.

Através da Observação Direta, obtivemos o contato pessoal e estreito com os participantes em seus atendimentos na instituição, em suas interações com as terapeutas permitindo verificar aspectos da comunicação expressiva e receptiva.

Oushiro (2014) nos diz que o Instituto Max Planck de Psicolinguística, situado na Holanda, desenvolveu o Programa *The Language Archive* (ELAN) para anotação de arquivos de áudio e/ou vídeo. A versão é gratuita e disponível para *download* em diferentes versões de sistema operacional (Windows, Mac OS ou Linux).

O programa permite que ao inserirmos um arquivo para transcrição tenhamos as opções de vários *tabs*, diversos controles para tocar e selecionar partes do arquivo, Visualizador de Densidade de Anotações, Visualizador de Onda Sonora,

trilhas de anotações para diferentes falantes, sendo que o pesquisador define as trilhas de acordo com seus objetivos.

A trilha de anotações se refere a um falante e cada uma contém unidades de anotações que por sua vez inclui a transcrição. Uma trilha de anotação no ELAN abarca um texto transcrito junto com marcações de tempo. Ela pode ter diferentes funções: para a transcrição ortográfica das sentenças, palavras individuais, unidades morfológicas, unidades fonéticas. Cada trilha tem, portanto, um nome, um participante e um anotador.

O programa permite organizar os arquivos em projetos, sendo que cada um tem dois arquivos: arquivo de mídia (no qual, é possível fazer anotações de vídeos) e arquivo de anotações.

Ao utilizar o programa, contamos com as seguintes funções:

- a) Controles: de volume e de velocidade da gravação, sendo útil ao transcrever falas muito rápidas;
- b) Grade: apresenta uma tabela de anotação de determinada trilha, junto com as informações de tempo (inicial, final e duração) para cada anotação;
- c) Texto: apresenta um texto corrido de todas as transcrições em uma determinada trilha. As fronteiras entre as unidades de anotação são indicadas por pontos;
- d) Botões de Controle: permitem tocar ou pausar o arquivo de áudio, navegar pela gravação, selecionar partes de arquivo de áudio e navegar entre as anotações. Os botões possibilitam tocar, pausar, controlar as seleções, tocar a seleção e modo repetição.

As principais vantagens do programa são: a sincronização entre o arquivo de mídia e a transcrição/anotação, facilitando a análise linguística dos dados, possibilitando a criação de múltiplas trilhas, que propiciam separar as diferentes falas dos participantes e ao mesmo tempo anotar detalhes linguísticos e contextuais.

**(F) Avaliação da Comunicação através do Protocolo de Observação Comportamental (PROC)** - Zorzi et al. (2004) referem que este é um instrumento de avaliação do desenvolvimento comunicativo e cognitivo infantil em crianças com comprometimentos severos de comunicação ou ausência de oralidade por meio da observação comportamental. Este protocolo foi organizado no sentido de propor uma situação planejada e na qual se observa e registra a interação de crianças entre

12 a 48 meses com o pesquisador em contexto semiestruturado, envolvendo brinquedos orientados pelo instrumento, tais como: miniaturas de objetos da casa (mesa, cadeira, cama, sanitário, sofá, poltrona, geladeira, fogão, pratos, talheres, televisor, pia, xícaras, esponja de limpeza); objetos diversos (pente, escova, seringa de injeção); conjunto de canecas de encaixe com tampas; blocos de madeira; pedaço de tecido e pedaço de papel.

O procedimento permite compreender a evolução típica do desenvolvimento da linguagem, do simbolismo e da relação entre estes, bem como possibilita configurar os níveis evolutivos e modos de funcionamento cognitivo apresentado pela criança com queixas de atraso ou distúrbios de desenvolvimento.

O PROC alicerça-se nos estudos da psicolinguística e da epistemologia genética para a construção de seus itens de análise. O protocolo avalia os seguintes aspectos: (1) Habilidades Comunicativas – habilidades dialógicas ou conversacionais, funções comunicativas, meios de comunicação não verbais e verbais, níveis de contextualização da linguagem; (2) Compreensão da Linguagem Oral e (3) Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo – formas de manipulação dos objetos, nível de desenvolvimento do simbolismo, nível de organização do brinquedo, imitação gestual e sonora. Objetiva, portanto, apresentar as características gerais das habilidades comunicativas, organização linguística, compreensão da linguagem oral, imitação e desenvolvimento cognitivo, sendo que este último tem sua base teórica piagetiana.

- **Na Fase Intermediária:** vários atendimentos foram realizados por diferentes profissionais, e alguns acompanhados pela pesquisadora através do:

**(G) Roteiro de Observação do Atendimento com Observação Direta.**

Ressaltamos que a instituição utiliza uma mesma abordagem terapêutica para crianças em período de Intervenção Precoce que é utilizada pelos diferentes profissionais.

- **Na Final:** Novamente utilizamos os mesmos instrumentos da Fase inicial

**(H) Prontuários dos participantes,**

**(I) Mapa de Comunicação,**

**(J) Observação Direta na instituição,**

**(K) Observação Direta no domicílio do participante,**

**(L) Avaliação da Comunicação através do Protocolo de Observação Comportamental (PROC).**

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

O principal objetivo da investigação foi analisar as formas de comunicação de crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*, que apresentem precocemente microcefalia, déficit motor, e as que apresentem microcefalia, déficit motor, perdas visuais e auditivas concomitantemente, num período de aproximadamente oito meses, para verificar as formas de comunicação utilizadas.

A coleta de dados aconteceu na instituição coparticipante e no domicílio dos participantes, sendo iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UNICAP ocorrido em 08/06/2018 sob o número do Parecer: 2.702.435. Os responsáveis pela criança e os terapeutas envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelos do apêndice A, B e C, bem como o Termo de Autorização para o Uso de Imagem, consoante modelos do apêndice D, E e F.

#### **3.5.1 Fase Inicial:**

Fase que teve seu início em junho de 2018 e finalizou em setembro do mesmo ano, a qual foram utilizados os instrumentos que descrevemos a seguir:

#### **Prontuários dos Participantes:**

Realizamos o levantamento nos prontuários eletrônicos dos participantes na instituição, que se encontram disponíveis no Programa MVPEP, estes continham informações sociais, demográficas, diagnóstico oftalmológico, otorrinolaringológico e neurológico e as avaliações iniciais (auditiva, funcional da visão e neuromotora). Todos os dados foram descritos em um quadro para cada participante, elaborado pela pesquisadora, conforme modelo no apêndice G.

#### **Entrevista semiestruturada:**

Realizamos a entrevista semiestruturada com os pais/responsáveis pelos participantes, com perguntas fechadas e abertas, na qual as respostas apresentaram dados específicos com relação à criança, além de outros que foram úteis para melhor conhecer a criança e a realidade familiar e social. O roteiro da entrevista foi elaborado pela pesquisadora conforme descrito no apêndice H.

A entrevista foi agendada com os pais/responsáveis, de acordo com o dia de atendimento dos participantes, na instituição, em uma das salas disponibilizadas para esse fim. O tempo de duração variou em média de 15 a 30 minutos, sendo gravada através do celular da pesquisadora, modelo Lenovo do tipo K6. Posteriormente, foram armazenadas no computador pessoal para transcrição literal, categorização e análise de conteúdo.

### Mapa de Comunicação:

O Mapa de Comunicação foi realizado no mesmo dia da entrevista. Foram utilizados papéis, adesivos de círculos prata e dourado, canetas coloridas, lápis de cor. Primeiro foi solicitado que a mãe desenhasse a criança utilizando lápis comum e de cor. Em seguida, foi entregue um conjunto com 6 folhas, nas quais a mesma deveria colar um adesivo de círculo e para cada um escrever as informações solicitadas. Normalmente as figuras para cada informação são símbolos semelhantes aos do Quadro 8 a seguir:

Quadro 8 - Modelo do Mapa de Comunicação

INFORMAÇÃO		FIGURA
PREFERÊNCIAS DA CRIANÇA	CARACTERÍSTICAS	
NECESSIDADES DA CRIANÇA	GOSTA	
	NÃO GOSTA	
	MEDOS	
EXPECTATIVA DOS PAIS	DESEJOS	
	SONHOS	

Fonte: COMERDI (2005) adaptado pela pesquisadora

### Observação Direta na Instituição:

A observação direta dos participantes na instituição foi filmada com o celular da pesquisadora, sendo este do tipo Iphone 7, durante um atendimento terapêutico.

Também utilizamos um roteiro para observação na instituição. O modelo do roteiro encontra-se no Apêndice I.

As filmagens possibilitaram obter algumas informações quanto aos comportamentos comunicativos da criança que foram transcritas literalmente através do Programa The *Language Archive* (ELAN).

### **Observação Direta no Domicílio:**

A Observação Direta no Domicílio possibilitou a filmagem dos participantes em outro ambiente em interação com seus familiares, permitindo verificar outras situações e aspectos que possibilitam a comunicação. A visita para filmagem em domicílio foi agendada previamente com os responsáveis respeitando o horário e a disponibilidade de tempo dos pais, procurando não interferir na rotina diária da família.

Elaboramos também um Roteiro de visita domiciliar que foi respondido pelos pais/responsáveis junto com a pesquisadora durante a visita. O modelo se encontra no Apêndice J. As filmagens também foram transcritas literalmente através do Programa The *Language Archive* – ELAN.

### **Protocolo de Observação Comportamental (PROC):**

O protocolo teve sua aplicação nos dias em que os participantes estavam na instituição para atendimento, também foi realizada a filmagem conforme a orientação dos autores, o que contribuiu para as considerações, pontuação e análise dos itens do protocolo. A duração da avaliação foi entre 5 a 40 minutos, pois teve em consideração a interação da criança. O modelo do protocolo PROC encontra-se no Anexo B.

#### **3.5.2 Fase Intermediária:**

Fase que teve início em novembro de 2018 e o término em dezembro do mesmo ano. Nesse período, os participantes estavam em um processo de intervenção terapêutica precoce, que assim denominamos, pois após a fase inicial, houve a intervenção terapêutica, em várias áreas, como estimulação visual, auditiva,

neuromotora e intelectual; realizada por profissionais da instituição. Filmamos uma das intervenções na Instituição, bem como utilizamos o Roteiro de Observação do Atendimento, que se encontra no Apêndice K. Esta fase só ocorreu na Instituição, portanto, nas análises desta fase não teremos para as Observações Diretas no Domicílio. As filmagens desta fase foram transcritas literalmente através do Programa *The Language Archive* – ELAN. Objetivamos através observação nesta fase verificar a existência de mudanças, ou não nas formas comunicativas dos participantes.

### **3.5.3 Fase Final:**

A Fase teve início em fevereiro de 2019 e o final em março do mesmo ano. Foram realizadas novas avaliações, para verificar se houve mudanças nas características e necessidades dos participantes, bem como avanços nas formas de comunicação. Para tal, utilizamos novamente os seguintes instrumentos, já descritos anteriormente na Fase inicial: Prontuários dos participantes, Mapa da Comunicação, Observação Direta na Instituição, Observação Direta no Domicílio e Protocolo de Observação Comportamental.

Nosso procedimento de Coleta de Dados teve início na instituição, na qual tivemos acesso aos prontuários eletrônicos dos participantes, realizamos duas coletas, uma no início da pesquisa (julho/2018) e outra no final (fevereiro/2019), tendo como objetivo obter dados que pudessem auxiliar e explicar as mudanças nas características de comunicação. Estes foram transcritos em uma tabela de Excel e pudemos gerar as informações do perfil sociais, demográficos, visual, auditivo, neuromotor e das terapias.

### **3.5.4 Informações dos Prontuários dos Participantes**

Realizamos o levantamento dos dados dos prontuários, estes se encontram no programa da Instituição, os quais puderam contribuir com informações no início e no final da pesquisa, para delinear as características dos participantes do Grupo A e do Grupo B<sup>10</sup>. Iniciaremos com os perfis sociais e demográficos, seguidos da

---

<sup>10</sup> As informações se encontram aqui, por se tratar de dados dos prontuários, já existentes na instituição, e não ser uma avaliação realizada pela pesquisadora.

avaliação visual, avaliação auditiva, avaliação neuromotora e as terapias realizadas na instituição.

#### 3.5.4.1 *Perfil Social e Demográfico*

Os dois grupos (A e B) na Fase Inicial e Final apresentam crianças dos dois gêneros, sendo que dos 16 participantes, 06 são meninas e 10 são meninos. Com relação aos cuidados, apenas 01 tem a avó como cuidadora e 01 tem a tia que adotou a criança, as demais contam com a mãe.

Pudemos constatar que os participantes e suas mães permanecem em média de 2 a 5 horas na instituição. O Grupo A apresentou alteração no número de terapias, conseqüentemente, o número de horas de permanência na instituição também foi reduzido. No Grupo B, não verificamos alterações relevantes quanto a estes aspectos.

A idade na Fase Inicial variou entre 31 e 35 meses; já na Fase Final, ficou entre 39 e 42 meses. Também verificamos que 11 participantes residem na Região Metropolitana do Recife e 05, no interior do estado.

#### 3.5.4.2 *Avaliação Visual*

As informações da Avaliação Visual foram obtidas dos prontuários oftalmológicos e das terapias de Estimulação Visual quanto às avaliações, sendo que a instituição utiliza como referência para a classificação de acuidade visual e deficiência visual as orientações da Sociedade Brasileira de Oftalmologia (SOB).

O Grupo A se caracteriza por participantes sem alterações visuais, estando no período da pesquisa com a visão típica para a idade, como vemos na Tabela 1 a seguir, sendo que não houve mudanças da Fase Inicial para a Final. Um participante apresenta déficit visual leve devido ao fato de ter a necessidade de uso de óculos decorrente de um refrativo<sup>11</sup>.

O grupo B apresentou participantes com graves alterações visuais, como vemos na Tabela 2 e 3 a seguir, porém observamos aqui progressos na eficiência e

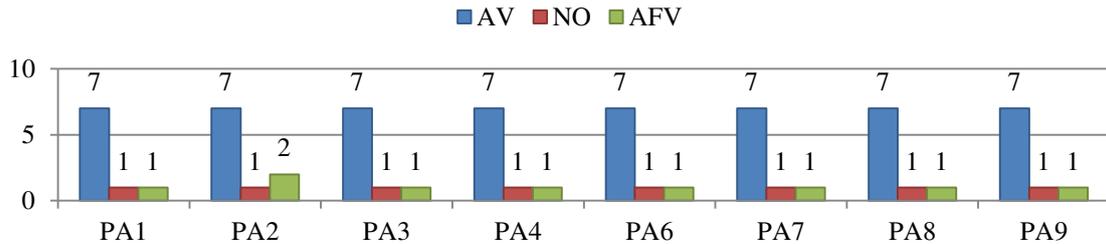
---

<sup>11</sup> Erro Refrativo: Segundo o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO, 2018): “Os erros de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia) causam dificuldade para enxergar com nitidez. Quando uma pessoa precisa se esforçar muito para focalizar uma imagem, provavelmente um problema de refração, que precisará ser avaliado e corrigido”.

na acuidade visual, mesmo sendo uma pequena diferença entre a Fase Inicial e Final, estas demarcam um grande avanço, diante das dificuldades visuais.

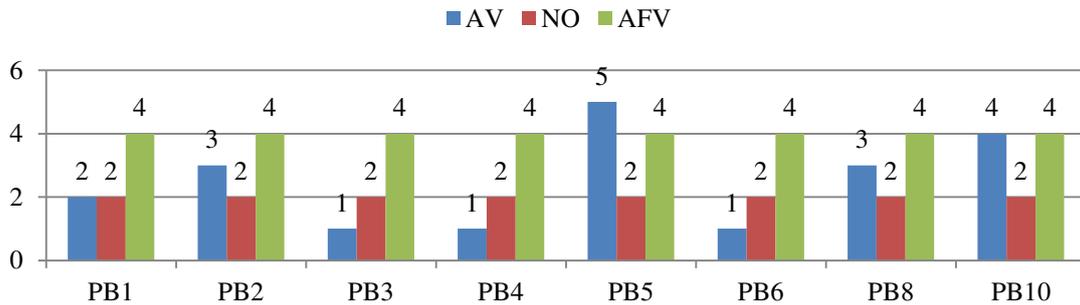
Salientamos que um participante do Grupo B realizou cirurgia de estrabismo, a qual auxiliou no progresso da eficiência.

**Tabela 1 – Informações da Avaliação Visual do Grupo A nas Fases Inicial e Final**

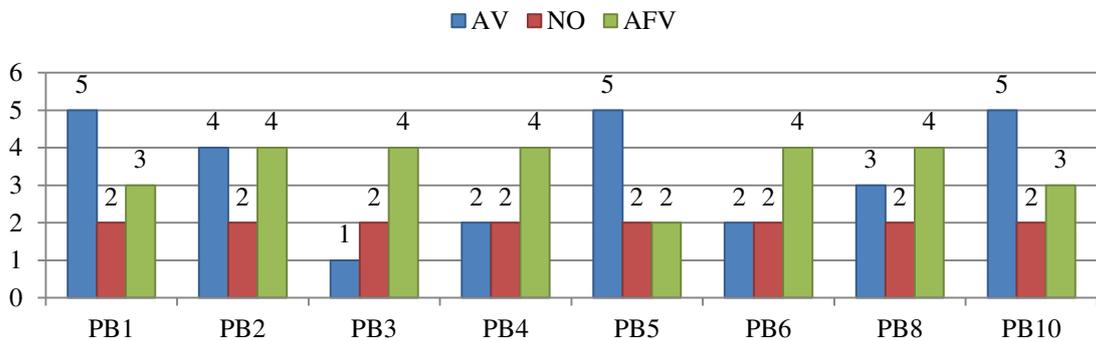


**Legenda:** **AV (Acuidade Visual):** (7) Típico para a idade, (6) Visão próxima da típica, (5) Baixa Visão Moderada, (4) Baixa Visão Grave, (3) Baixa Visão Profunda, (2) Visão próxima à Cegueira, (1) Cegueira; **NO (Nervo Óptico):** (1) Sem alteração, (2) Com alteração; **AFV (Avaliação Funcional da Visão):** (1) Sem déficit visual, (2) Déficit leve.

**Tabela 2 – Informações da Avaliação Visual do Grupo B na Fase Inicial**



**Tabela 3 – Informações da Avaliação Visual do Grupo B na Fase Final**



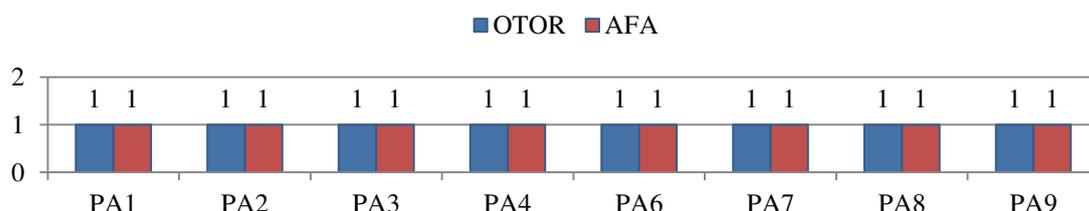
**Legenda da Tabela 2 e 3:** **AV (Acuidade Visual):** (7) Típico para a idade, (6) Visão próxima da típica, (5) Baixa Visão Moderada, (4) Baixa Visão Grave, (3) Baixa Visão Profunda, (2) Visão próxima à Cegueira, (1) Cegueira; **NO (Nervo Óptico):** (1) Sem alteração, (2) Com alteração; **AFV (Avaliação Funcional da Visão):** (1) Sem déficit visual, (2) Déficit leve, (3) Déficit moderado, (4) Déficit grave.

### 3.5.4.3 Avaliação Auditiva

Obtivemos os dados dos prontuários otorrinolaringológicos e das terapeutas que realizaram a avaliação funcional auditiva e o PEATE. Estes confirmam que as crianças apresentam audição típica bilateral na Fase Inicial e Final, conforme Tabela 4, a seguir.

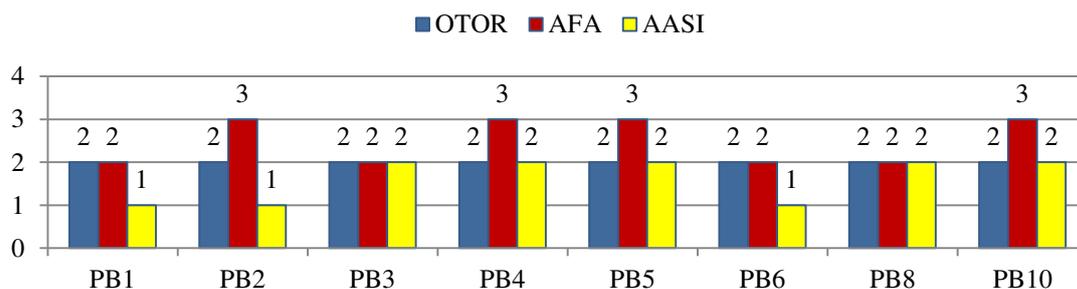
As informações do Grupo B confirmam que os participantes apresentam audição atípica bilateral, com latência em ondas II, III e V, salientamos que quatro crianças utilizam aparelho de amplificação sonora. Conforme Tabela 5 a seguir. Não houve alteração entre as Fases Inicial e Final.

**Tabela 4 – Informações da Avaliação Auditiva do Grupo A nas Fases Inicial e Final**



**Legenda: OTOR (Avaliação de Otorrino):** (1) Audição Típica, (2) Perda auditiva; **AFA (Avaliação Funcional da Audição):** (1) Presente bilateralmente, (2) Ausente bilateralmente

**Tabela 5 – Informações da Avaliação Auditiva do Grupo B nas Fases Inicial e Final**



**Legenda: OTOR (Avaliação de Otorrinológica):** (1) Audição típica, (2) Perda auditiva; **AFA (Avaliação Funcional da Audição):** (1) Presente bilateralmente, (2) Ausente bilateralmente, (3) Latência bilateral, **AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual):** (1) Sim, (2) Não.

### 3.5.4.4 Avaliação Neuromotora

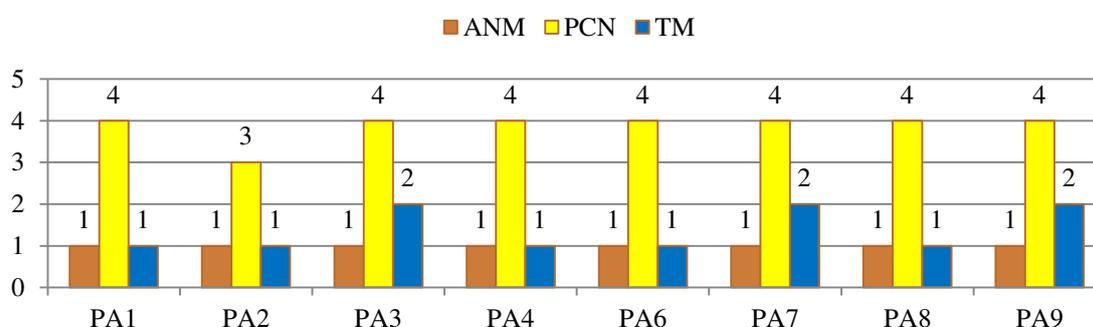
Os dados foram obtidos dos prontuários neurológicos da instituição de cada participante. O perímetro cefálico ao nascer teve em consideração para a

classificação do tipo de microcefalia, as orientações do Ministério da Saúde. Não houve alteração na avaliação inicial e final.

O Grupo A, apresenta crianças com microcefalia leve e moderada, as quais 7 com perímetro cefálico ao nascimento entre 31 e 32 cm e a avaliação motora refere déficit leve, conforme Tabela 6.

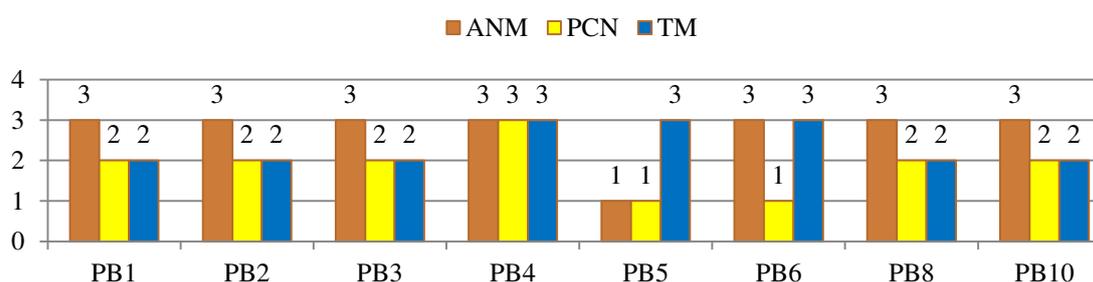
O Grupo B é composto por 5 crianças com microcefalia moderada, 2 com severa e 1 com leve. O perímetro cefálico variou entre 26 cm e 30 cm. Portanto, podemos considerar segundo os dados da Tabela 7, que são crianças com comprometimentos diferentes das do grupo A.

**Tabela 6 – Informações da Avaliação Neuromotora do Grupo A nas Fases Inicial e Final**



**Legenda: ANM (Avaliação Neuromotora):** (1) Déficit leve, (2) Déficit moderado, (3) Déficit grave; **PCN (Perímetro cefálico ao nascer):** (1) Entre 25 cm a 26,9cm, (2) Entre 27 cm a 28,9cm, (3) Entre 29 cm a 30,9cm, (4) Entre 31 e 32 cm; **TM (Tipo de microcefalia):** (1) Leve, (2) Moderada, (3) Severa.

**Tabela 7 – Informações da Avaliação Neuromotora do Grupo B nas Fases Inicial e Final**



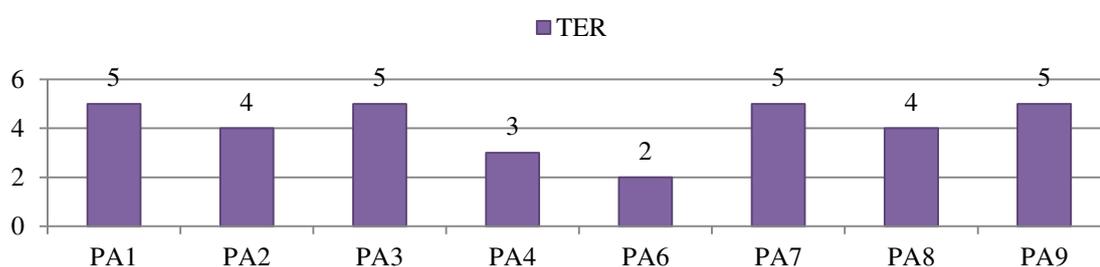
**Legenda: ANM (Avaliação Neuromotora):** (1) Déficit leve, (2) Déficit moderado, (3) Déficit grave; **PCN (Perímetro cefálico ao nascer):** (1) Entre 25cm a 26,9cm, (2) Entre 27cm a 28,9cm, (3) Entre 29cm a 30,9cm, (4) Entre 31 e 32cm; **TM (Tipo de microcefalia):** (1) Leve, (2) Moderada, (3) Severa.

#### 3.5.4.5 Terapias

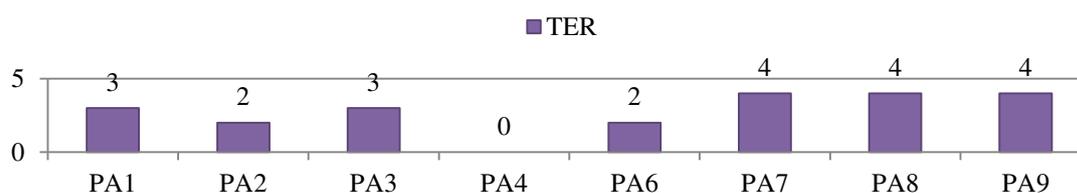
Os dados referentes a este item apresentam a informação que as mães e crianças aguardam o atendimento na recepção do andar da terapia, porém algumas

contam com a Sala de Apoio às Famílias, disponibilizada pela instituição frente ao fato que passam várias horas no local, residem longe e aguardam o transporte público. Esta sala é totalmente equipada com camas, berços, banheiro, cozinha completa. Nas tabelas de 8 a 11, podemos verificar que, na Fase Inicial as crianças realizavam na instituição entre 2 a 4 tipos de terapias e as mães participavam do atendimento. Na Fase Final, a única alteração foi o número de terapias que diminuíram para de 1 a 4 tipos.

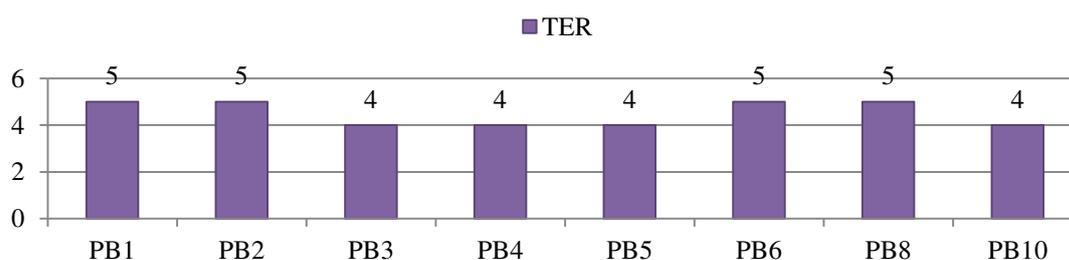
**Tabela 8 – Informações das Terapias do Grupo A na Fase Inicial**



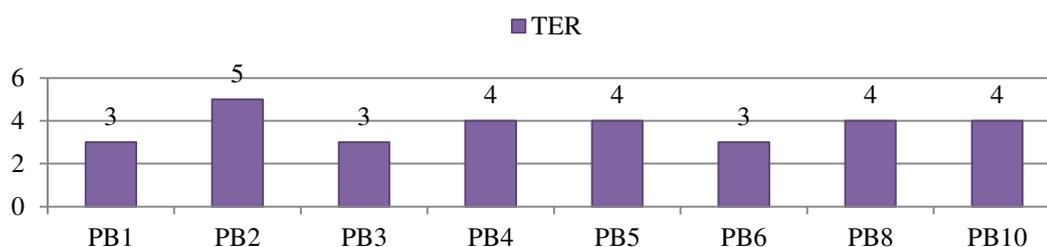
**Tabela 9 – Informações das Terapias do Grupo A na Fase Final**



**Tabela 10 – Informações das Terapias do Grupo B na Fase Inicial**



**Tabela 11 – Informações das Terapias do Grupo B na Fase Final**



**Legenda das Tabelas de 8 a 11: Número de Terapias que realiza (TER):** número se refere às diferentes áreas (fisioterapia, fonoaudiologia, estimulação visual, estimulação auditiva, terapia ocupacional, psicologia).

Após a análise dos dados dos prontuários, agendamos com os pais ou responsáveis a entrevista e a confecção do Mapa de Comunicação sendo ambos para o mesmo dia de atendimento. Na entrevista, já agendamos para outra data, a aplicação do PROC e a filmagem da Observação Direta na Instituição e no Domicílio.

A seguir, descrevemos os Procedimentos de Análise dos Dados para, finalmente, traçarmos as características comunicativas das crianças e dos grupos.

### 3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento de análise dos dados leva em consideração o objetivo de analisar as formas de comunicação de cada participante tanto do Grupo A como do Grupo B. Como realizamos um estudo longitudinal, também contamos para esta análise com as diferentes fases: Inicial, Intermediária e Final, para demarcar as mudanças ou não da comunicação das crianças.

Salientamos que adotamos em toda a análise como critério para a idade dos participantes em meses, ao invés de anos para facilitar a visualização e compreensão.

Apresentamos a análise completa da Observação Direta na Instituição e no Domicílio de um dos participantes de cada grupo, os demais se encontram no banco de dados do PPGCL, devido ao volume de informações e a quantidade de páginas que teríamos de acrescentar.

Ressaltamos, neste momento, que no protocolo da instituição não existem dados sobre a comunicação das crianças.

Diante de todas as informações coletadas, passamos para os procedimentos de análise que seguiram a sequência abaixo, de acordo com os instrumentos utilizados: 1) Entrevista realizada na fase inicial; 2) PROC na fase inicial e final; 3) Mapa de Comunicação na fase inicial e final; 4) Observação Direta na Instituição na fase inicial, intermediário e final; 5) Observação Direta no Domicílio da criança nas fases inicial e final. Iniciamos com as informações do Grupo A e, em seguida, do Grupo B para casa instrumento.

### 3.6.1 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas no momento inicial dos procedimentos de coleta a fim de reunir informações dos familiares sobre a comunicação com a criança e sobre o diagnóstico da SCZv.

Aconteceram em uma sala disponibilizada pela instituição, e estavam presentes a pesquisadora, a mãe e às vezes a criança. Utilizamos o gravador do celular que foi autorizado por todas as entrevistadas. Depois de realizadas as entrevistas, estas foram transcritas literalmente com o apoio do ELAN, para ouvir, reouvir e transcrever as informações, bem como o apoio do Roteiro da Entrevista. O tempo de entrevista variou entre 13 minutos e 27 segundos e 4 minutos e 32 segundos, acreditamos que esta diferença se deve ao fato de duas mães relatarem os fatos com mais detalhes e as outras seis falarem menos e, em algumas perguntas, não quiseram detalhar. As perguntas e as respostas auxiliaram na composição da Análise de Conteúdo, através de minuciosa leitura e categorização obtivemos as informações descritas nas análises no Capítulo 4.

Como a Análise de Conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, destacamos que a mesma apresenta diferentes fases e organiza-se em torno de três polos cronológicos: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Realizamos a transcrição das entrevistas e a leitura minuciosa, procurando as impressões e orientações que se apresentavam. Utilizamos a regra da exaustividade na qual tivemos em consideração todos os elementos da entrevista. A partir de então, passamos a regra da representatividade para buscar aqueles elementos representativos do nosso universo.

Os procedimentos de exploração permitiram apreender as ligações entre as variáveis. Finalmente, preparamos as entrevista de forma impressa para destacar as respostas apresentadas. Codificamos o material através da unidade de registro e de contexto, na nossa pesquisa utilizamos a palavra comunicação e o tema SCZv.

Segundo Bardin (2016), a análise qualitativa apresenta certas características particulares, para elaboração de deduções específicas sobre um acontecimento.

Os componentes das entrevistas analisadas foram categorizados tendo como critério o semântico, no qual isolamos os elementos para o inventário e classificação. Optamos então pela análise de interação entre mãe e participante; e análise de um

estado psicológico diante do acontecimento da SCZv para as mães. Por fim, realizamos as inferências dos fatos, bem como sua interpretação.

### **3.6.2 Protocolo de Observação Comportamental - PROC**

O PROC foi aplicado para cada participante em uma sala disponibilizada pela instituição. Iniciamos com a criança sentada no tatame, sendo que em alguns casos elas precisaram da calça de posicionamento ou da cadeira de rodas. Toda a aplicação foi filmada, conforme orientação do protocolo, objetivando auxiliar na análise dos resultados quantitativos e principalmente os qualitativos.

Iniciamos o procedimento que havia sido organizado e planejado para propor uma situação na qual pudemos observar e registrar a interação dos participantes com o pesquisador. Apresentamos aos participantes alguns brinquedos pré-selecionados conforme orientado pelo instrumento, sendo eles: miniaturas de objetos da casa (mesa, cadeira, cama, sanitário, sofá, poltrona, geladeira, fogão, pratos, talheres, xícaras, copos, televisor, pia, esponja de limpeza); objetos diversos (pente, escova); conjunto de canecas de encaixe com tampas, blocos de madeira, pedaço de tecido e de papel, vários alimentos de brinquedo, bonecas e boneco de diferentes tamanhos, carros de diferentes tamanhos, telefone.

Os participantes puderam explorar os materiais e interagir com o examinador. Este, por sua vez, procurou deixar a criança bem à vontade e em algumas situações auxiliou na manipulação dos brinquedos diante das dificuldades motoras.

O tempo de duração da aplicação variou entre 5 e 40 minutos, dependendo das dificuldades motoras, visuais e auditivas de cada criança, bem como sua interação com a pesquisadora e os materiais.

### **3.6.3 Mapa de Comunicação**

O Mapa de Comunicação que foi confeccionado pela mãe e/ou avó no qual escreveram em folhas separadas as características, necessidades da criança e as expectativas da família. Através destas informações, pudemos elaborar e definir algumas características da comunicação baseadas em dados sensoriais, história pessoal, suas necessidades e potencialidades.

Os Mapas de Comunicação tiveram um intervalo de 6 a 8 meses da Fase Inicial para a Final. Solicitamos à mãe ou à avó que desenhasse a sua criança, sendo utilizados os mesmos materiais nas duas fases.

#### **3.6.4 Observação Direta na Instituição**

Na Observação Direta na Instituição, utilizamos o Roteiro de Observação para buscar algumas informações de cada participante, também realizamos a filmagem na Fase Inicial, Intermediária e Final, do atendimento terapêutico, no qual ocorre a interação entre a terapeuta, o participante e a mãe. Os materiais/brinquedos utilizados foram variados, coloridos, sonoros de acordo com o objetivo e tipo de terapia. A primeira para obter informações da comunicação das crianças; a segunda, após três meses e a última, no final da pesquisa.

Os vídeos inseridos no Programa ELAN foram analisados da seguinte forma: primeiro assistimos aos vídeos duas vezes tendo em conta as formas de comunicação Expressiva e Receptiva para definirmos as trilhas que incluíssem: movimentos corporais, olhar, expressões faciais, vocalizações/balucio, fala. Verificamos o tempo de duração de cada unidade de anotação do comportamento comunicativo em cada trilha, procuramos demarcar também o maior e o menor tempo de duração.

Ao final de cada fase, obtivemos um perfil das formas de comunicação de cada participante e conseqüentemente de cada grupo.

#### **3.6.5 Observação Direta no Domicílio**

Na Observação Direta no Domicílio, contamos a visita domiciliar a cada participante, na qual realizamos a filmagem de dois vídeos, um na Fase Inicial e um na Fase Final e utilizamos também um Roteiro de Visita Domiciliar para obter algumas informações da casa, número de familiares, alimentação da criança, brinquedos e etc. Ressaltamos que os brinquedos utilizados são os que as mães ganharam no kit multissensorial e outros que havia na casa. Os vídeos foram analisados através do Programa ELAN, e realizamos o mesmo procedimento utilizado na Observação Direta na Instituição.

No próximo capítulo, apresentamos as características de comunicação dos participantes dos dois grupos, tendo em consideração nossos teóricos apresentados no Capítulo 2.

## **CAPÍTULO IV - AS TRAMAS QUE MARCAM A ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM**

Diante dos procedimentos de análise procuramos trazer tramas que puderam ser identificadas nos dados coletados, procurando observar cada característica que emerge das interações dos participantes em diferentes ambientes. Alicerçados, é claro, nos teóricos já apresentados, para auxiliarem nesse propósito.

Iniciaremos com a apresentação da conclusão de cada participante para ao final observar e descrever, à luz do nosso arcabouço teórico, as características da comunicação dos participantes da pesquisa.

Ressaltamos aqui os pilares do pensamento vygotskyano que pretendemos levar em conta na nossa análise, que diz: as funções psicológicas oferecem um suporte biológico, pois são produtos da atividade cerebral; o funcionamento psicológico fundamenta-se nas relações sociais entre o indivíduo e o mundo exterior, e se desenvolve num processo histórico; e a relação homem/mundo é uma relação mediada por sistemas simbólicos.

Ademais, consideremos que, o homem, no que concerne ao biológico, que possui um cérebro, e este não é um sistema de funções fixas e imutáveis, mas aberto e de grande plasticidade que são moldados ao longo da história da espécie (filogênese) e do desenvolvimento individual (ontogênese).

As Observações Diretas que foram realizadas na Instituição e no Domicílio confirmam que a relação da criança com SCZv com o mundo não é direta e sim mediada através de sistemas simbólicos, ou seja, o resultado da interação dialética. Por isso, a mediação está presente nas observações entre os participantes, suas mães e terapeutas.

### **4.1 ANÁLISE DOS DADOS**

Apresentamos a seguir a análise dos participantes do Grupo A e B, para em seguida delinear as características das formas de comunicação deles de acordo com nossa fundamentação e instrumentos utilizados, como já informado.

#### 4.1.1 Entrevistas

A realização das entrevistas com as mães dos participantes estão descritas a seguir, nas quais consta a categorização realizada para o Grupo A e o Grupo B. Para análise, apoiamos-nos na teoria da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016) já descritas anteriormente.

Conforme os Procedimentos de Análise dos Dados, procuramos apresentar como critério o aspecto semântico para o inventário e classificação, para em seguida realizar a análise da interação mãe e participante quanto à comunicação, bem como o estado psicológico da genitora diante da confirmação do diagnóstico de SCZv para seu filho.

O Roteiro da Entrevista semiestruturada auxiliou com as perguntas para que realizássemos o inventário e a classificação diante das respostas, em negrito estão as mais frequentes, conforme Quadro 9 a seguir:

**Quadro 9 – Inventário e Classificação das Entrevistas com as mães**

PERGUNTA	GRUPO A (8 mães)	GRUPO B (8 mães)
Ao ser questionada se lembrava do objetivo da pesquisa.	Sim – 2 mães <b>Não – 6 mães</b>	<b>Sim – 4 mães</b> Não – 3 mães Um pouco – 1 mãe
A criança frequenta outros serviços de saúde durante a semana?	Um serviço – 2 <b>Dois serviços - 4</b> Três ou mais serviços - 2	Um serviço - 2 Dois serviços -1 <b>Três ou mais serviços - 6</b>
Como a mãe se comunica com a criança?	Fala – 1 <b>Fala e mostra – 6</b> Fala e gestos - 1	Fala – 3 <b>Fala e mostra – 4</b> Movimentos corporais -1
Como a criança se comunica com a mãe?	<b>Fala e gestos - 3</b> <b>Choro - 3</b> Vocaliza, aponta e palavras isoladas - 1 Expressão facial - 1	Sons (2) <b>Choro/Sorriso (4)</b> Gritos (1) Balbucio (1)
Ao ser questionada se a criança fala alguma palavra.	<b>Algumas palavras – 4</b> Muitas palavras – 1 Não fala - 3	<b>Não fala (8)</b>
Como a mãe acha que poderia ajudar na comunicação da criança ?	<b>Realizar mais terapia com fonoaudiólogo (3) Se melhorar a fala melhora a comunicação (3)</b> Terapia com música (1) Não sei (1)	<b>Realizar mais terapia com fonoaudiólogo (3)</b> Se melhorar a fala melhora a comunicação (1) Melhorar a visão (1) <b>Não sei (3)</b>
A mãe considera a comunicação importante?	<b>Muito importante (4)</b> Importante para saber o que a criança quer (2) Não disse (2)	<b>Muito importante (4)</b> Importante para saber o que a criança quer (3) Não sei (1)

Continua página 123

<b>Continuação da página 122</b>		
Quando a mãe soube que a criança tem a SCZv ?	Na gestação (2) Ao nascer (1) Depois que nasceu (2) <b>Meses depois que nasceu (3)</b>	Na gestação (2) <b>Ao nascer (4)</b> Depois que nasceu (2)
O que a mãe aprendeu com a síndrome?	Ter paciência (1) <b>Lidar com preconceito (4)</b> Dependência da criança (1) Cada criança é de uma forma (1) No início foi desesperador (1)	Ter paciência (1) Lidar com preconceito (1) <b>Dependência da criança (2)</b> O difícil são as crises, aprende e depois perde tudo (1) Não estamos sozinhas, uma ajuda a outra (1) Esta microcefalia é diferente (1) Uns são melhores e outros são piores (1)
A mãe foi questionada se gostaria de dizer algo mais.	<b>Sim (4)</b> <b>Não (4)</b>	Sim (1) <b>Não (7)</b>

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir das entrevistas realizadas

Embora não tenha sido objetivo do nosso trabalho, passamos a comentar algumas ações, sentimentos diante do filho (a) que necessita de seus cuidados permanentemente que essas mães disseram:

Algumas “falas” de mães do Grupo A e B:

*“Agradecer a Deus por ela ter microcefalia leve pela parte motora. Não sou totalmente feliz. O que aconteceu, mais o histórico da minha vida é um conjunto que dificulta a aceitação”.*

*“Sou grata a Deus porque ela está se desenvolvendo e é muito esperta”*

*“Se Deus mandou assim é porque vai ser muito querida em casa”*

*“Quando soube foi muito triste, acho que o meu filho sabe falar, mas ele não sabe como fazer”*

*“É assim, não completa a palavra, mas fala e outras coisas que a gente não sabe o que ele tá dizendo”.*

*“Comunicação vai além de falar”*

*“Se ele enxergar mais vai ter mais possibilidade de falar”*

*“Pior notícia da vida, mosquito dos infernos”.*

*“A criança ia ser adotada por um casal que quis já na gestação, mas por causa da microcefalia, desistiram. Para nós (tia) foi muito amor, incondicional, que a gente nunca sentiu”.*

*“Eu gostaria de agradecer a todos que atendem os nossos filhos. Que ajuda cada dia mais a aprender mais a lidar com eles, e que é muito bom ter conhecido todos que fazem parte da nossa vida agora”.*

As mães demonstram contentamento quando seus filhos (as) se comunicam principalmente, com palavras, vocalizando, embora a apontação e expressão facial signifiquem para elas uma forma de expressão. Parece ser unânime que desejam a melhora da fala de seus filhos por considerar essa condição muito importante para a inclusão do filho (a).

Observamos a evolução delas no trato com a criança e a perspectiva de futuro que algumas parecem demonstrar desde o conformismo (atribuindo a Deus a condição da criança) que não ajuda muito, embora seja bastante comum entre elas, confirmando o que diversos autores do tema já mencionaram: Cavalcanti (2006), Telford e Sawrey (1978) entre outros, acreditando no desenvolvimento do filho (a), como resultado do intenso trabalho realizado pela instituição junto a elas, motivando-as para ajudar sua criança.

#### **4.1.2 Protocolo de Observação Comportamental – PROC**

Os dados do PROC sobre os participantes do Grupo A e do Grupo B, nas fases inicial e final serão apresentados a seguir.

Este instrumento apresenta dois tipos possíveis de análise dos dados: uma quantitativa com escore total de 200 pontos que apresentamos nas tabelas 10 e 11, o participante no qual a porcentagem maior está marcada em verde e a menor em amarelo; e uma qualitativa para as áreas: Habilidades Comunicativas, Organização Linguística, Compreensão da Linguagem Oral, Imitação de Gestos e Sonora, Desenvolvimento Cognitivo, conforme quadro 12 e 13 com as Características da Comunicação. Em ambos os quadros, informamos a idade dos participantes em meses.

O Grupo A, na **Fase Inicial** da pesquisa, mostra que o participante PA3 teve o menor escore 35/200 pontos e as maiores dificuldades estão no desenvolvimento cognitivo e nas habilidades comunicativas.

O participante PA6 teve o maior escore 179/200 pontos, sendo a maior pontuação nas habilidades comunicativas, compreensão da linguagem oral e aspectos do desenvolvimento cognitivo.

Passamos a seguir, a pontuação do **GRUPO A**

**Quadro 10** – Pontuação do PROC do Grupo A Fases Inicial e Final

FASE INICIAL						
PARTICIPANTE E IDADE		HABILIDADES COMUNICATIVAS (EXPRESSIVA)	COMPREENSÃO DA LINGUAGEM ORAL	ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	PONTOS TOTAIS 200	%
PA1	35M	70/47	60/40	70/32	119	59,5%
PA2	35M	70/16	60/10	70/16	42	21%
PA3	35M	70/11	60/20	70/04	35	17,5%
PA4	31M	70/55	60/60	70/36	151	75,5%
PA6	36M	70/55	60/60	70/64	179	89,5%
PA7	34M	70/28	60/40	70/12	80	40%
PA8	34M	70/14	60/40	70/20	74	37%
PA9	34M	70/32	60/40	70/12	84	42%
FASE FINAL						
PARTICIPANTE E IDADE		HABILIDADES COMUNICATIVAS (EXPRESSIVA)	COMPREENSÃO DA LINGUAGEM ORAL	ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	PONTOS TOTAIS 200	%
PA1	39M	70/57	60/30	70/41	138	69%
PA2	42M	70/10	60/30	70/14	54	27%
PA3	41M	70/20	60/30	70/11	61	30,5%
PA4	39M	70/66	60/60	70/65	191	95,5%
PA6	42M	70/70	60/60	70/65	195	97,5%
PA7	40M	70/40	60/50	70/44	134	67%
PA8	40M	70/18	60/40	70/36	94	47%
PA9	39M	70/40	60/50	70/28	118	59%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante das informações quantitativas obtidas na aplicação individual do PROC.

**Na Fase Final**, quando analisamos os resultados desse grupo, observamos que o participante PA2, mesmo tendo uma evolução no escore, apresenta a menor pontuação 55/200 pontos e suas maiores dificuldades estão no desenvolvimento cognitivo e nas habilidades comunicativas.

O participante PA6 apresentou o maior escore 195/200 pontos, sendo a maior pontuação nas habilidades comunicativas, compreensão da linguagem oral e seguida dos aspectos do desenvolvimento cognitivo o que mostrou melhoria nas habilidades comunicativas e cognitivas.

Consideramos importante voltar nossos olhares aos percentuais de aumento atingidos pelos participantes da Fase Inicial para a Final, uma vez que podemos verificar que: PA6 apresenta a menor evolução de 8,9%, e PA3 obteve a maior evolução de 74,3%. Já PA3, mesmo não utilizando a linguagem oral, apresentou evolução nas habilidades comunicativas expressivas, na compreensão da linguagem oral e nos aspectos cognitivos, utilizando a linguagem não verbal.

Passamos a seguir, a pontuação do **Grupo B**.

**Quadro 11** – Pontuação do PROC do Grupo B Fases Inicial e Final

FASE INICIAL						
PARTICIPANTE E IDADE		HABILIDADES COMUNICATIVAS (EXPRESSIVA)	COMPREENSÃO DA LINGUAGEM ORAL	ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	PONTOS TOTAIS 200	%
PB1	35M	70/11	60/20	70/0	31	15,5%
PB2	35M	70/13	60/30	70/04	47	23,5%
PB3	32M	70/07	60/20	70/01	28	14%
PB4	33M	70/10	60/10	70/0	20	10%
PB5	35M	70/13	60/20	70/02	35	17,5%
PB6	32M	70/10	60/10	70/0	20	10%
PB8	35M	70/12	60/10	70/02	22	11%
PB10	35M	70/09	60/10	70/0	19	9,5%
FASE FINAL						
PARTICIPANTE E IDADE		HABILIDADES COMUNICATIVAS (EXPRESSIVA)	COMPREENSÃO DA LINGUAGEM ORAL	ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	PONTOS TOTAIS 200	%
PB1	40M	70/12	60/30	70/06	48	24%
PB2	40M	70/15	60/30	70/07	52	26%
PB3	38M	70/07	60/20	70/04	31	15,5%
PB4	37M	70/10	60/20	70/01	31	15,5%
PB5	40M	70/23	60/20	70/13	56	28%
PB6	39M	70/21	60/20	70/07	48	24%
PB8	40M	70/17	60/20	70/08	45	22,5%
PB10	40M	70/23	60/20	70/06	49	24,5%

Fonte: Elaborada pela pesquisadora diante das informações quantitativas obtidas na aplicação individual do PROC

O Grupo B, na **Fase Inicial** da pesquisa, apresenta o participante PB10 com a menor pontuação 19/200 e a maior dificuldade no desenvolvimento cognitivo, nas habilidades comunicativas e compreensão da linguagem oral; e o participante PB2 teve a maior pontuação 47/200, sendo que a de maior pontuação apresenta-se na compreensão da linguagem e nas habilidades comunicativas.

Na **Fase Final** da pesquisa, averiguamos que os participantes PB3 e PB4 tiveram a menor pontuação 31/200 e a maior dificuldade foi no desenvolvimento cognitivo, nas habilidades comunicativas e compreensão da linguagem oral; o participante PB5 teve a maior pontuação 56/200, sendo que a de maior pontuação apresenta-se na compreensão da linguagem oral e nas habilidades comunicativas. Aqui verificamos a mudança de pontuação dos participantes em relação à Fase Inicial.

Examinamos que os percentuais de aumento atingidos pelos participantes do Grupo B da Fase Inicial para a Final: PB10 teve a maior evolução de 152% (uma vez que obteve 9,5% no início e 24,5% na fase final), e a menor evolução foi de PB2 e PB3 com 10,6% e 10,7% respectivamente. Lembramos que PB10 é a criança com uso de AASI, utiliza sonda de gastrostomia (GTT) e, portanto, com maior dificuldade, já PB5 realizou cirurgia de estrabismo e a partir de então passou a se desenvolver com uma evolução de 140%.

### **Características da Comunicação do Grupo A e do Grupo B.**

Gostaríamos de salientar que duas das características de acordo com o PROC são: imitação de gestos e de sons. Consideramos o termo “imitação” vinculado ao behaviorismo; porém, são os termos utilizados pelo instrumento, em vista disso, manteremos os mesmos.

Os dados apresentados no Quadro 12, a seguir, mostram as características da comunicação do Grupo A. Na cor verde, assinalamos as características da fase inicial e, na cor amarela da fase final daquelas crianças que apresentaram evolução e em branco, as que permaneceram sem evolução:

## Grupo A

Quadro 12 – Características da Comunicação do Grupo A – PROC – Fases Inicial e Final

CARACTERÍSTICAS GERAIS						
PA1						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional com funções primárias restrita participação em atividades dialógicas por meios verbais	Produção de palavras isoladas	Compreende ordens de até duas ações ligadas ao contexto imediato	Imita gestos visíveis e não visíveis no próprio corpo	Imita sons verbais e não verbais	Transição entre sensorio motor e representativo
FASE FINAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, ligados ao contexto imediato.	Produção de enunciado (duas ou mais palavras organizadas no nível de frase)				Representativo
PA2						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL E FINAL	Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.	Produção de palavras isoladas	Responde não sistematicamente	Imita somente gestos visíveis no próprio corpo	Imita sons verbais e não verbais	Sensorio Motor – Fases iniciais
PA3						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações		Sensorio Motor – Fases iniciais
FASE FINAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.		Compreende ordens com até duas ações, ligadas ao contexto imediato.			Transição entre sensorio motor e representativo
PA4						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL E FINAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, ligados ao contexto imediato.	Produção de enunciado (duas ou mais palavras organizadas no nível de frase)	Compreende ordens de até três ou mais ações ligadas ao contexto imediato	Imita gestos visíveis e não visíveis no próprio corpo	Imita sons verbais e não verbais	Representativo
PA6						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, ligados ao contexto imediato.	Produção de enunciado (duas ou mais palavras organizadas no nível de frase)	Compreende ordens de até três ou mais ações ligadas ao contexto imediato	Imita gestos visíveis e não visíveis no próprio corpo	Imita sons verbais e não verbais	Transição entre sensorio motor e representativo
FASE FINAL						Representativo

Continua página 129

Continuação da página 128						
PA7						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional com funções primárias, restrita participação em atividade dialógica por meios verbais.	Não apresenta organização linguística	Compreende ordens de até duas ações ligadas ao contexto imediato	Imita gestos visíveis no próprio corpo	Imita sons e não verbais	Sensório Motor – Fases iniciais
FASE FINAL		Produção de palavras isoladas			Imita sons verbais e não verbais	Transição entre sensório motor e representativo
PA8						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.	Não apresenta organização linguística	Compreende ordens com até duas ações ligadas ao contexto imediato	Imita somente gestos visíveis no próprio corpo	Não responde às solicitações	Sensório Motor – Fases avançadas
FASE FINAL					Imita sons e não verbais	Transição entre sensório motor e representativo
PA9						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.	Não apresenta organização linguística	Compreende ordens com até duas ações ligadas ao contexto imediato	Imita somente gestos visíveis no próprio corpo	Imita sons não verbais	Sensório Motor – Fases avançadas
FASE FINAL		Produção de palavras isoladas				

**Legenda:** HC: Habilidades Comunicativas; OL: Organização Linguística; CLO: Compreensão da Linguagem Oral; IG: Imitação de Gestos; IS: Imitação Sonora; DC: Desenvolvimento Cognitivo.

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora diante dos dados qualitativos da aplicação individual do PROC

As **Características Gerais do Grupo A** demarcam que os participantes da Fase Inicial para a Final apresentaram a seguinte evolução, a saber:

- ✓ no desenvolvimento cognitivo - 5 crianças,
- ✓ organização da linguística – 2 crianças,
- ✓ imitação sonora - 2 crianças,
- ✓ habilidades comunicativas - 2 crianças,
- ✓ compreensão da linguagem oral – 1 criança,
- ✓ não houve mudança para dois participantes.

Seguimos com uma análise mais detalhada das características diante das diferentes fases de avaliação, que apresenta:

### As Habilidades Comunicativas do Grupo A

✓ Na Fase Inicial, era em sua maioria do tipo intencional com funções primárias, restrita participação em atividade dialógica por meios verbais;

✓ Já na Fase Final, a comunicação passou a ser intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, ligados ao contexto imediato. Portanto, as crianças apresentam intenção comunicativa, participam por meios verbais desde que ligados ao contexto.

#### **Organização Linguística do Grupo A**

✓ Na Fase Inicial, apontam para um grupo que não apresentava uma organização linguística pela produção apenas de palavras isoladas.

✓ Na Fase Final, houve evolução nas condutas, verificamos que além do uso de palavras isoladas as crianças passaram a produzir enunciados de duas ou mais palavras organizadas no nível da frase.

#### **A Compreensão da Linguagem Oral do Grupo A**

✓ Nas Fases Inicial e Final, apresentam as mesmas características, ou seja, as crianças compreendem ordens com duas, três ou mais ações, ligadas ao contexto, desse modo, a nosso ver, compreendem mais do que parecem oralizar.

#### **A Imitação Gestual e Sonora do Grupo A**

✓ Nas Fases Inicial e Final, não apresentou alterações. Pudemos notar que os participantes imitam gestos visíveis e não visíveis no próprio corpo, bem como imitam sons verbais e não verbais.

#### **O Desenvolvimento Cognitivo do Grupo A**

✓ Na Fase Inicial, demarcam crianças na fase sensório motora e na Fase Final, no representativo ou em transição para este. Finalmente este grupo apresenta evolução nas características gerais da comunicação, bem como em seu desenvolvimento cognitivo.

Os dados apresentados no Quadro 13, abaixo, mostram as características da comunicação dos participantes do **Grupo B**. Assinalamos igualmente nas mesmas cores como no Grupo A:

**Grupo B:****Quadro 13 – Características da Comunicação do Grupo B – PROC – Fases Inicial e Final**

CARACTERÍSTICAS GERAIS						
PB1						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações	Imita sons não verbais	Sensório motor – Fases Iniciais
FASE FINAL			Compreende ordens com até duas ações, ligadas ao contexto imediato.	Imita somente gestos visíveis no próprio corpo		
PB2						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações		Sensório Motor – Fases iniciais
FASE FINAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.			Imita somente gestos visíveis no próprio corpo	Imita sons não verbais	Sensório Motor – Fases avançadas
PB3						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Não apresenta comunicação intencional	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações	Não responde às solicitações	Sensório Motor – Fases iniciais
FASE FINAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.			Imita gestos visíveis e não visíveis no próprio corpo		
PB4						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL E FINAL	Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações		Sensório Motor – Fases iniciais

Continua na página 132

Continuação da página 131						
PB5						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações		Sensório Motor – Fases iniciais
FASE FINAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.	Produção de palavras isoladas	Produção de palavras isoladas	Imita gestos visíveis no próprio corpo	Imita sons verbais e não verbais	Transição entre sensório motor e representativo
PB6						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações		Sensório Motor – Fases iniciais
FASE FINAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.	Produção de palavras isoladas		Imita gestos visíveis no próprio corpo	Imita somente sons não verbais	
PB8						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações	Não responde às solicitações	Sensório Motor – Fases Iniciais
FASE FINAL	Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.				Imita somente sons não verbais	Sensório Motor – Fases avançadas
PB10						
	HC	OL	CLO	IG	IS	DC
FASE INICIAL	Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.	Não apresenta organização linguística	Responde não sistematicamente	Não responde às solicitações		Sensório Motor – Fases Iniciais

Continuação da página 132						
<b>FASE FINAL</b>	<b>Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.</b>			<b>Imita gestos visíveis no próprio corpo</b>	<b>Imita somente sons não verbais</b>	<b>Sensório Motor – Fases avançadas</b>

**Legenda:** HC: Habilidades Comunicativas; OL: Organização Linguística; CLO: Compreensão da Linguagem Oral; IG: Imitação de Gestos; IS: Imitação Sonora; DC: Desenvolvimento Cognitivo.

**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora diante das informações qualitativas da aplicação do PROC.

As **Características Gerais do Grupo B** demarcam que os participantes da Fase Inicial para a Final apresentaram a seguinte evolução:

- ✓ nas habilidades comunicativas e imitação de gestos – 6 crianças,
- ✓ imitação sonora – 5 crianças,
- ✓ imitação de gestos – 6 crianças
- ✓ desenvolvimento cognitivo – 4 crianças,
- ✓ organização linguística e compreensão da linguagem oral – 2 crianças,
- ✓ um participante não apresentou mudanças de características.

### **As Habilidades Comunicativas do Grupo B**

➤ Na Fase Inicial, demarca um grupo com comunicação intencional, com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.

➤ Na Fase Final, observamos evolução para comunicação intencional, plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e simbólicos e não verbais. Em razão disso, passamos a ter um grupo com mais intenção seja por meios não simbólicos ou simbólicos.

### **Organização Linguística do Grupo B**

➤ Na Fase Inicial, o Grupo B, não apresenta organização linguística; mas, na Fase Final, temos duas crianças que iniciaram a produção de palavras isoladas.

### **A Compreensão da Linguagem Oral do Grupo B**

➤ Na Fase Inicial, o grupo responde não sistematicamente.

➤ Na Fase Final, apenas uma criança passou a compreender ordens de até duas ações ligadas ao contexto imediato.

### **A Imitação Gestual e Sonora do Grupo B**

➤ Na Fase Inicial, não respondiam às solicitações.

➤ Na Fase Final, passaram a imitar gestos visíveis no corpo e sons não verbais.

### O Desenvolvimento Cognitivo

- Na Fase Inicial, demarca um grupo na fase sensório motor – nas fases iniciais.
- Na Fase Final, verificamos que mesmo na fase sensória motora passaram para uma fase avançada.

Concluimos que neste instrumento – PROC, o Grupo A apresenta características bem variadas e poucas mudanças de uma fase para a outra, ou seja, ao longo das duas fases. No Grupo B, as crianças são mais comprometidas, parecem mais heterogêneo e verificamos que sete dos oito participantes demonstram evolução em suas formas de comunicação mesmo estas não sendo o que a sociedade espera, ou seja, de forma oral através da fala.

#### 4.1.3 Mapa da Comunicação

As informações obtidas através do Mapa de Comunicação estão a seguir, iniciamos com os desenhos das Fases Inicial e Final de cada participante, uma vez que as mães/familiares não tiveram acesso ao desenho da fase inicial.

Apresentamos primeiro os desenhos do Grupo A e depois do Grupo B. Estes foram *scaneados* e inseridos na Figura 4 e 5 e, ao lado, tecemos algumas considerações sobre os desenhos:

#### Grupo A

**Figura 4 – Desenho do Mapa de Comunicação dos Participantes do Grupo A**

DESENHO DOS PARTICIPANTES			
	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
PA1			O desenho da fase inicial foi realizado pela mãe e o da final pelo pai, ambos estão em preto e branco. Vemos que o pai apresenta habilidade para desenhar, sendo que este está bem parecido com a criança.
Continua na página 135			

Continuação da página 134			
	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
PA2			O desenho realizado na fase inicial está colorido e o da fase final está todo feito em lápis, a mãe não quis colorir, em conversa com a mesma, relatou que o pai da criança, ou seja, seu marido havia falecido há 10 dias, e que não queria pintar o desenho, pois estava muito triste. A criança é do gênero masculino. Observamos que existe muita semelhança entre os dois desenhos para o tipo de roupa, calçado, formato do cabelo, óculos, posição do corpo. Salientamos que a criança não está sorrindo, mas também em nossas observações e contato com ela, sorri muito pouco.
PA3			O desenho realizado na fase inicial e final está praticamente da mesma forma, bem como as cores utilizadas. Talvez seja pelo fato das poucas perspectivas que a mãe tem em relação à criança.
PA4			O desenho da fase inicial não foi colorido e demonstra transparência na roupa. Já na fase final, a mãe referiu que gostaria de pintar bem bonito, pois a filha é muito linda. A criança utiliza órteses nos pés, é cadeirante e iniciando marcha com ajuda do transfer. A criança é do gênero feminino.
PA6			Os desenhos das fases inicial e final são semelhantes, têm a criança, nuvens e um sol, porém no primeiro a criança está no que parece ser um jardim com plantas, animais e corações; já na fase final, vemos uma casa e uma escadaria que lembra a de acesso à casa da família. A criança é do gênero feminino. O desenho da fase final está mais colorido e a criança centralizada na folha de papel e, tomamos a liberdade de dizer que parece ser pertencente agora a esta família.
PA7			O desenho da fase inicial e final é semelhantes quanto às características físicas da criança, ambos realizados pela mãe, sendo opção da mesma não pintar. A única diferença entre eles é o tamanho dos braços e pernas, o que pode significar ao nosso entender o melhor uso que a criança passou a fazer as mãos e pernas.

Continuação da página 135			
	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
PA8			Os desenhos das fases inicial e final não foram pintados por opção da mãe. O desenho da fase inicial apresenta uma criança mais sorridente, na fase final, a criança está com a órtese nos pés. Lembramos que a criança é cadeirante, tem dificuldade de deslocamento e movimentar os braços.
PA9			Os desenhos das fases inicial e final são semelhantes quanto às características físicas da criança. Ambos foram realizados pela mãe. O da fase inicial apresenta uma criança com bolas nas mãos, podendo representar ao nosso entender os sonhos e expectativas da mãe, já na fase final, a criança está colorida, a qual pode representar a uma melhor compreensão da realidade da criança pela mãe.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante do material coletado com as mães/familiares.

## Grupo B

Figura 5 – Desenho do Mapa de Comunicação dos Participantes do Grupo B

DESENHO DOS PARTICIPANTES			
	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
PB1			O desenho da fase inicial e o da final são muito semelhantes quanto às características físicas da criança, sendo a única diferença é que o da fase inicial está magro e o da fase final, mais gordo. O que ao nosso entender pode representar a força da criança para realizar suas conquistas até o momento.
PB2			Observamos que os desenhos nas fases inicial e final são semelhantes. A criança na mesma posição do corpo, pés e braços, sendo que a mãe não viu o desenho que fez meses atrás.

Continua na página 137

Continuação da página 136			
PB3	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
			Os desenhos das fases inicial e final são muito semelhantes quanto às características físicas da criança. A única diferença está na boca pintada de vermelho da criança na fase inicial. O desenho não foi totalmente pintado por opção da mãe.
PB4	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
			O desenho da Fase Inicial era apenas o coração feito pela mãe, já na fase final, a criança começou a se apresentar, apesar de ser apenas com o rosto.
PB5	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
			O desenho da criança é bem semelhante, porém na fase inicial a criança era bem pequena e, na fase final, está maior e colorida.
PB6	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
			O desenho foi realizado pela tia, sendo que o da fase inicial e final é muito semelhante quanto às características físicas da criança aqui representadas; porém, não representa o real tamanho da criança. O desenho da fase inicial não foi pintado por opção da tia e o da fase final está bem colorido, o que a nosso ver pode representar os progressos da criança.
PB8	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
			O desenho foi realizado pela avó sendo que o da fase inicial e final não é semelhante quanto às características físicas da criança, porém, podemos observar a espasticidade dos braços nos dois desenhos. O desenho da fase inicial não foi pintado por opção da avó e o da fase final está bem colorido, o que a nosso ver pode representar os progressos da criança.
PB10	FASE INICIAL	FASE FINAL	CONSIDERAÇÕES
			O desenho foi realizado pela mãe sendo que da fase inicial e da final não são semelhantes, observamos variação das cores e a criança está sem óculos na última fase, já que passou a usar apenas em algumas atividades de estimulação visual.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante do material coletado.

A seguir, no Quadro 14 e 15 destacamos do Mapa de Comunicação de um dos participantes do Grupo A, PA4; e um do Grupo B, PB2, dados quanto às características, às necessidades da criança e às expectativas da família. Os demais se encontram arquivadas no banco de dados da PPGCL.

## Grupo A

Observamos aqui as descrições das escritas realizadas pela mãe de PA4 e PB2 na Fase Inicial e Final, as quais, a nosso ver, as informações demarcam as potencialidades da criança, posteriormente estas serão analisadas juntamente com a mãe/família/terapeuta. As características não mudaram entre os períodos. Para PA4, no que tange às expectativas da família, pudemos observar que na fase inicial “andar” era um sonho, o que talvez não acontecesse, e, na fase final, passou a ser um desejo, pois a criança passou a ficar em pé com apoio e a utilizar o *transfer*.

**Quadro 14 - Mapa de Comunicação de PA4 do Grupo A**

Fase Inicial		Idade: 31M	Data: 26/07/2018			
Fase Final		Idade: 39M	Data: 14/03/2019			
<b>CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA</b> 	FASE INICIAL	<i>bonita</i>	<i>magra</i>	<i>alegre</i>	<i>arengueira</i>	
		<i>Tem vontade própria</i>				
	FASE FINAL	<i>decidida</i>	<i>linda</i>	<i>esperta</i>	<i>arengueira</i>	
		<i>comunicativa</i>	<i>magra</i>	<i>Sorridente</i>		
<b>NECESSIDADES DA CRIANÇA</b>	<b>GOSTA</b> 	FASE INICIAL	<i>Brincar de bola</i>	<i>suco</i>	<i>maquiagem</i>	<i>frutas</i>
			<i>Arrumar cabelo</i>	<i>pinta</i>	<i>conversar</i>	<i>Banho</i>
	FASE FINAL	<i>boneca</i>	<i>praia</i>	<i>escrever</i>	<i>Desenhar</i>	
		<i>sopa</i>	<i>feijão</i>	<i>fruta</i>	<i>Danone</i>	
		<i>passear</i>	<i>banho</i>	<i>Brinquedo lego</i>		<i>escola</i>
		<i>Mirela</i>	<i>Angel</i>	<i>Laiza</i>	<i>Yasmin</i>	
		<i>Andar no andador adaptado</i>				
	<b>NÃO GOSTA</b> 	FASE INICIAL	<i>Ser repreendida</i>	<i>areia</i>	<i>texturas</i>	<i>Ciumenta</i>
			<i>cuscz</i>	<i>Mexa nas coisas dela</i>		
	<b>MEDOS</b> 	FASE INICIAL	<i>Animais vivos</i>		<i>Ficar sozinha</i>	
FASE FINAL			<i>Animais</i>	<i>Personagens</i>	<i>palhaço</i>	<i>Papai Noel</i>

EXPECTATIVAS DA FAMILIA	DESEJOS 	FASE INICIAL	Concluir faculdade	Ecoterapia
		FASE FINAL	Bicicleta adaptada Terminar a faculdade	andar Uma viagem em família
	SONHOS 	FASE INICIAL	Vê ela andando	Tirar férias junto com ela
		FASE FINAL	Conhecer a Disney	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante do material coletado.

## GRUPO B

Quadro 15 - Mapa de Comunicação de PB2 do Grupo B

Fase Inicial		Idade: 35M		Data: 24/09/2018			
Fase Final		Idade: 40M		Data: 11/02/2019			
CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA 	FASE INICIAL	lindo	feliz	risonho			
	FASE FINAL	lindo	alegre	sorridente	Esperto comunicativo		
NECESSIDADES DA CRIANÇA	GOSTA 	FASE INICIAL	Ir à praia	Tomar banho	conversar		
		FASE FINAL	Barulho de carro		Ouvir a mãe cantar		
	NÃO GOSTA 	FASE INICIAL	Tomar frio	banho	feijão	inhome	
		FASE FINAL	feijão	Segurar a cabeça	Ficar sozinho		
	MEDOS 	FASE INICIAL	Barulho alto	fogos			
		FASE FINAL					
EXPECTATIVAS DA FAMILIA	DESEJOS 	FASE INICIAL	Vê-lo sempre feliz	Terminar o quarto dele			
		FASE FINAL	Ouvir um mamãe	Que ele tenha sempre saúde			
		FASE FINAL	Ter uma família unida	saúde			
	SONHOS 	FASE INICIAL	Vê-lo andar				
		FASE FINAL	Ouvir meu filho chamar mamãe	Ver Davi andar			

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante do material coletado.

Diante dos dados obtidos com os Mapas de Comunicação, elaboramos uma descrição das potencialidades dos participantes e necessidades da família. Estas poderão ser utilizadas na elaboração de objetivos e metas para a reabilitação de cada participante, conforme descrevemos a seguir nos Quadros 16 e 17:

## GRUPO A

**Quadro 16 – Necessidades e Potencialidade do Grupo A**

<b>GRUPO A</b>	
<b>PA1</b>	
<b>Necessidades da criança</b>	Aceitar ao ser contrariada
<b>Necessidades da família</b>	Plano de saúde e apoio psicológico
<b>Canais sensoriais utilizados pela criança</b>	Visual e auditivo
<b>Potencialidades da criança</b>	Curiosidade e estar com pessoas
<b>PA2</b>	
<b>Necessidades da criança</b>	Melhorar a concentração
<b>Necessidades da família</b>	Ver PA2 mais independente
<b>Canais sensoriais utilizados pela criança</b>	Auditivo, visual e sinestésico
<b>Potencialidades da criança</b>	Gostar de música, vocalizações e curiosidade
<b>PA3</b>	
<b>Necessidades da criança</b>	Iniciar formas de comunicação alternativa
<b>Necessidades da família</b>	Carro
<b>Canais sensoriais utilizados pela criança</b>	Visual e auditivo
<b>Potencialidades da criança</b>	Atenção e expressão facial
<b>PA4</b>	
<b>Necessidades da criança</b>	Integração sensorial
<b>Necessidades da família</b>	Terminar a faculdade e lazer em família
<b>Canais sensoriais utilizados pela criança</b>	Visual e auditivo
<b>Potencialidades da criança</b>	Ser sociável e interesse em atividades
<b>PA6</b>	
<b>Necessidades da criança</b>	Aceitar animais e integração sensorial
<b>Necessidades da família</b>	Casa e carro
<b>Canais sensoriais utilizados pela criança</b>	Visual, auditivo e tátil
<b>Potencialidades da criança</b>	Ser sociável
<b>PA7</b>	
<b>Necessidades da criança</b>	Melhorar a comunicação expressiva
<b>Necessidades da família</b>	Estar bem, casa e carro
<b>Canais sensoriais utilizados pela criança</b>	Visual e auditivo
<b>Potencialidades da criança</b>	Gostar de brincar
<b>PA8</b>	
<b>Necessidades da criança</b>	Olhar para pessoas, controle de tronco
<b>Necessidades da família</b>	Conseguir carro e poder levar filho para terapias
<b>Canais sensoriais utilizados pela criança</b>	Visual, sinestésico e tátil
<b>Potencialidades da criança</b>	Curiosidade e gostar de brincar
<b>PA9</b>	
<b>Necessidades da criança</b>	Iniciar comunicação alternativa
<b>Necessidades da família</b>	PA9 supere as dificuldades
<b>Canais sensoriais utilizados pela criança</b>	Visual e auditivo
<b>Potencialidades da criança</b>	Gostar de brincar e ser sociável

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante do material coletado.

**GRUPO B****Quadro 17 – Necessidades e Potencialidade do Grupo B**

<b>GRUPO B</b>	
<b>PB1</b>	
Necessidades da criança	Aceitar os alongamentos nos braços
Necessidades da família	Aprender para ajudar PB1 a se desenvolver
Canais sensoriais utilizados pela criança	Auditivo e tátil
Potencialidades da criança	Gostar de brincar e de música
<b>PB2</b>	
Necessidades da criança	Integração sensorial e controle cervical
Necessidades da família	Família unida, feliz e com saúde
Canais sensoriais utilizados pela criança	Auditivo e tátil
Potencialidades da criança	Ser sociável e gostar de música
<b>PB3</b>	
Necessidades da criança	Melhorar a forma de comunicação expressiva
Necessidades da família	Melhorar o visual de PB3 para interagir mais
Canais sensoriais utilizados pela criança	Tátil e sinestésico
Potencialidades da criança	Gostar de brincar
<b>PB4</b>	
Necessidades da criança	Ficar mais atento e interagir nas terapias
Necessidades da família	Retirar a sonda nasogástrica
Canais sensoriais utilizados pela criança	Auditivo e tátil
Potencialidades da criança	Gostar de brincar e barulhos
<b>PB5</b>	
Necessidades da criança	Melhorar o uso da oclusão e aceitar barulhos
Necessidades da família	Conseguir carro e casa
Canais sensoriais utilizados pela criança	Visual e auditivo
Potencialidades da criança	Gostar de brincar
<b>PB6</b>	
Necessidades da criança	Melhorar a forma de comunicação expressiva
Necessidades da família	PB6 interagir mais com família e terapeutas
Canais sensoriais utilizados pela criança	Tátil, sinestésico e visual
Potencialidades da criança	Aceitar brincadeiras corporais como pular
<b>PB8</b>	
Necessidades da criança	Integração sensorial
Necessidades da família	PB8 interagir mais, a mãe mudar a conduta
Canais sensoriais utilizados pela criança	Sinestésico e auditivo
Potencialidades da criança	Interagir com avó e gostar de música
<b>PB10</b>	
Necessidades da criança	Integração sensorial
Necessidades da família	Terminar a casa
Canais sensoriais utilizados pela criança	Visual, auditivo e tátil
Potencialidades da criança	Ser sociável

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante do material coletado

**4.1.4 Observação Direta na Instituição**

Iniciamos com algumas informações gerais sobre as observações advindas dos Roteiros já mencionados, optamos por um quadro, pois auxiliará nas análises. Salientamos que, diante das informações do Roteiro do Grupo A e B, que todos os atendimentos observados tiveram em média 20 minutos, por ser o padrão da

instituição para atendimentos individuais. Dos quarenta e oito atendimentos observados, vinte e quatro para cada Grupo, (oito em cada uma das três fases). Iniciaremos pelo Grupo A no Quadro 18 e depois apresentaremos o Grupo B no Quadro 19.

**Quadro 18** - Informações da Observação Direta na Instituição – Grupo A

Participante	Fase Inicial	Fase Intermediária	Fase Final
PA1	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fisioterapia	Atendimento de Fonoaudiologia
	Tempo de filmagem: 01:52:865	Tempo de filmagem: 01:42:698	Tempo de filmagem: 03:01:696
PA2	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Psicopedagogia	Atendimento de Fonoaudiologia
	Tempo de filmagem: 02:16:696	Tempo de filmagem: 00:41:053	Tempo de filmagem: 00:41:053
PA3	Atendimento de Fisioterapia	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia
	Tempo de filmagem: 05:04:760	Tempo de filmagem: 04:00:261	Tempo de filmagem: 01:58:131
PA4	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento Psicopedagogia
	Tempo de filmagem: 05:53:460	Tempo de filmagem: 00:42:243	Tempo de filmagem: 01:04:031
PA6	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia
	Tempo de filmagem: 01:59:952	Tempo de filmagem: 05:08:026	Tempo de filmagem: 01:14:265
PA7	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Psicopedagogia
	Tempo de filmagem: 03:28:295	Tempo de filmagem: 01:37:565	Tempo de filmagem: 02:17:910
PA8	Atendimento Psicopedagogia	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia
	Tempo de filmagem: 02:28:296	Tempo de filmagem: 06:36:458	Tempo de filmagem: 01:22:865
PA9	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia
	Tempo de filmagem: 01:18:631	Tempo de filmagem: 09:32:921	Tempo de filmagem: 58:765

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante do material coletado.

Para o Grupo A, dezoito observações foram com fonoaudióloga em atividade de estimulação de linguagem, quatro foram com psicopedagoga em estimulação motora manual e dois com fisioterapeuta. O tempo de filmagem variou de 00:41:053 à 09:32:921.

**Quadro 19** - Informações da Observação Direta na Instituição do Grupo B

Participante	Fase Inicial	Fase Intermediária	Fase Final
PB1	Atendimento de Fisioterapia	Atendimento de Psicopedagogia	Atendimento de Psicopedagogia
	Tempo de filmagem: 03:17:596	Tempo de filmagem: 02:06:763	Tempo de filmagem: 01:31:831
PB2	Atendimento de Fisioterapia e Estimulação Visual	Atendimento de Fisioterapia e Estimulação Visual	Atendimento de Fisioterapia e Estimulação Visual
	Tempo de filmagem: 02:49:560	Tempo de filmagem: 01:55:731	Tempo de filmagem: 01:28:198
PB3	Atendimento de Fisioterapia	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Psicopedagogia
	Tempo de filmagem: 02:00:496	Tempo de filmagem: 02:35:130	Tempo de Filmagem: 02:33:030
PB4	Atendimento de Fisioterapia e Estimulação Visual	Atendimento de Fisioterapia e Estimulação Visual	Atendimento de Fisioterapia e Estimulação Visual
	Tempo de filmagem: 03:36:428	Tempo de filmagem: 01:40:898	Tempo de filmagem: 01:25:831
PB5	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Fonoaudiologia	Atendimento de Terapia Ocupacional
	Tempo de filmagem: 4:18:073	Tempo de filmagem: 05:08:026	Tempo de filmagem: 01:31:265
PB6	Atendimento de Estimulação Visual	Atendimento de Estimulação Visual	Atendimento de Estimulação Visual
	Tempo de filmagem: 04:34:095	Tempo de filmagem: 02:33:496	Tempo de filmagem: 01:37:698
PB8	Atendimento de Fisioterapia	Atendimento de Psicopedagogia	Atendimento de Psicopedagogia
	Tempo de filmagem: 02:41:096	Tempo de filmagem: 04:17:795	Tempo de filmagem: 01:05:531
PB10	Atendimento de Fisioterapia	Atendimento de Terapia Ocupacional	Atendimento de Terapia Ocupacional
	Tempo de filmagem: 02:34:263	Tempo de filmagem: 01:38:859	Tempo de filmagem: 01:23:965

Fonte: Elaborado pela pesquisadora diante do material coletado.

Para o Grupo B, dez observações foram de fisioterapia, cinco de psicopedagogia, três de fonoaudiologia, três de estimulação visual e três de terapia ocupacional. Durante os atendimentos, aconteceram atividades de estimulação visual, estimulação da linguagem e atividade motora. O tempo de filmagem variou de 1:23:965 a 05:08:026.

Como dissemos, cada vídeo foi analisado através do ELAN, elaboramos as trilhas levando em consideração os itens da comunicação receptiva ou expressiva conforme descritos e apresentados no Capítulo 2. Ao final, pudemos definir as características dos participantes quanto à comunicação por reconhecimento

(expressões faciais), eventual (vocalizações e movimentos corporais), instrumental (tocar a pessoa, manipular a pessoa e tocar objetos), convencional (estender objeto, gestos simples, sinal), simbólica emergente (gestos simples, objetos em miniatura, imagens/desenhos, outros símbolos táteis), e simbólica (sinais com as mãos, símbolos não falados, sistemas eletrônicos e fala). Ressaltamos que as terapeutas utilizaram fala oral durante todo o tempo.

Iniciamos pelo contexto da filmagem e nos quadros do participante descrevemos o nome da trilha, um *print* da filmagem e a conclusão com o tipo de comunicação expressiva observada em cada fase, para verificarmos a evolução e a característica da comunicação de cada participante.

Abaixo identificamos as trilhas e as conclusões diante das unidades de anotação, lembrando que estes estão descritos de forma completa no banco de dados da PPGCL. Apresentamos os dados completos de um participante de cada grupo e tivemos como forma de eleger a ordem alfabética devido à extensão do conteúdo. Todos os atendimentos tiveram 20 minutos de duração.

## **Grupo A - Participante: PA2**

### **Fase Inicial**

**Contexto:** PA2 em Atendimento de Fonoaudiologia para Estimulação da Linguagem, sendo o mesmo com óculos; a terapeuta está identificada como T1. A terapeuta chama a criança para brincar no tatame com os brinquedos, mas ela não quer. Pacientemente a terapeuta se aproxima de PA2, conversa e pega na mão da criança que aceita sentar-se. O Programa *ELAN*, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 15 trilhas, 6 para PA2 e 9 para T1. Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades<sup>12</sup>, tendo um total de 92 para esta Fase Inicial.

De acordo com Stremel-Campbell (1996) e Cambruzzi e Costa (2016), e verificando os dados a seguir, podemos perceber que PA2, na Fase Inicial, demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Eventual**, observada em 4 trilhas, através de movimento corporal (colocar as mãos – 6 unidades, inclinar o corpo para trás – 1 unidade e virar a cabeça – 6 unidades) e vocalização (curta e parecia indicar um mal estar com a situação – 1

---

<sup>12</sup> Unidades – queremos nos referir a cada anotação que ocorreu na trilha, a qual está demarcada com o início, final e tempo de duração pelo Programa *ELAN*. Ressaltamos que, no banco de dados encontrado no PPGCL, estão arquivadas todas as anotações das unidades ocorridas em cada trilha.

unidade). Esta comunicação foi intencional e demonstrou que a criança sabia que seus comportamentos causariam algum efeito, sendo neste caso não queria sentar-se no tatame.

**Quadro 20** - Trilha 2 de PA2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 2: Olha</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 13 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimento corporal ao dirigir o olhar para a terapeuta

**Quadro 21** - Trilha 6 de PA2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 6: Balbucio</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de vocalização curta que parece indicar mal estar.

**Instrumental**, observada em 6 trilhas, através do tocar e manipular a terapeuta - 16 unidades e tocar um objeto – 1 unidade . Esta comunicação é permeada por comportamentos simples e dirigida à terapeuta, ao pegar em sua mão e tocar na sapatilha.

**Quadro 22** - Trilha 1 de PA2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 1: Movimento das mãos</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 6 unidades: PA2, ao nosso ver, apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimento corporal e Instrumental ao tocar a terapeuta.

**Quadro 23** - Trilha 4 de PA2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 4: Movimento Corporal</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimento corporal ao inclinar o corpo para trás e Instrumental ao tocar e manipular a terapeuta

**Por Reconhecimento**, observada em 2 trilhas, através de expressão facial ao sorrir – 3 unidades (que pareceu indicar prazer) e desviar o olhar – 6 unidades (por desinteresse). Esta comunicação utilizada por PA2 demonstra que ela tem

consciência da presença da terapeuta e suas reações indicam seu prazer ao sorrir e seu desprazer ao desviar o olhar.

**Quadro 24** - Trilha 3 de PA2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 3: Sorrir</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial, que parece indicar prazer.

**Quadro 25**- Trilha 5 de PA2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 5: Desvia o olhar</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 6 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial, que parece indicar desgosto e Eventual por movimento corporal, ao virar a cabeça.

De acordo com Wilson (1996) e Cambuzzi e Costa (2016) e examinando os dados acima, podemos constatar que PA2, durante a interação com T1, na Fase Inicial, contou com Comunicação Receptiva do tipo:

**Pista de Sinais Visuais**, observada em 1 trilha, através da fala com 11 unidades. A fala acompanhou todo o atendimento, bem como todas as formas de comunicação da terapeuta.

**Quadro 26** - Trilha 1 de T1 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 32 unidades: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala, PA2 Comunicação Receptiva ao ouvir a Fala da terapeuta

**Quadro 27** - Trilha 2 de T1 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 2: Canta</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 11 unidades: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através do canto. PA2 Comunicação Receptiva ao ouvir o canto da terapeuta

**Pista de Objeto**, contemplada em 2 trilhas, através de bater no tatame – 1 unidade e empurrar o sapato – 1 unidade. Os objetos apresentados pela terapeuta

permitiram que a criança compreendesse a informação na comunicação, sentar-se no tatame e colocar o sapato ao lado do tatame.

**Quadro 28 – Trilha 3 de T1 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 3: Bate no tatame</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de tocar objetos, quando bate no tatame para chamar a criança para brincar. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Objeto

**Quadro 29 – Trilha 8 de T1 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 8: Empurra o sapato</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao tocar objetos. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Objeto

**Pista de Gesto**, observada em 3 trilhas, através do gesto de “mau cheiro” – 1 unidade, apontar – 1 unidade e bater palmas – 6 unidades. As expressões com gestos durante a comunicação podem auxiliar na compreensão de que o sapato pode ter chulé, ou seja, mau cheiro e na antecipação dos eventos, que auxiliará para que a criança compreenda numa futura atividade que deve retirar o sapato para se sentar no tatame.

**Quadro 30 – Trilha 4 de T1 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 4: Aponta para o pé</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Convencional através do apontar para o próprio pé e mostrar o desenho da sapatilha. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Gesto

**Quadro 31 - Trilha 6 de T1 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 6: Bate palma</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 6 unidades: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica Emergente por gestos complexos. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Gesto

**Quadro 32** - Trilha 9 de T1 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 9: Gesto</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica Emergente através de gesto complexo. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Gesto

**Pista de Tato**, notamos em 2 trilhas, quando a terapeuta tira o sapato de PA2 – 2 unidades. Estes sinais são mensagens simples, mas que ao serem realizadas na área relacionada com a mensagem, podem gerar uma resposta, ou seja, a terapeuta retira o sapato e toca os pés da criança.

**Quadro 33** - Trilha 5 de T1 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 5: Tira o sapato</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através do tocar a pessoa. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Tato

**Pista de Movimento Corporal**, observada em 2 trilhas, através de balançar o corpo – 2 unidades. Estes movimentos movem a criança através de uma rotina relacionada a uma atividade, no caso a terapeuta canta e realiza movimentos junto com a criança.

**Quadro 34** - Trilha 7 de T1 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 7: Balança o corpo da criança</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: T1 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através do manipular a criança. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através dos Movimentos Corporais

### Fase Intermediária na Instituição

**Contexto:** PA2 em Atendimento de Psicopedagoga para Estimulação da Linguagem a criança está sem óculos; a terapeuta está identificada como T7. A criança se aproxima da terapeuta que começa a cantar para ver se ela participa da atividade. O Programa *ELAN*, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 10 trilhas, 6 para PA2 e 4 para T7. Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades, tendo um total de 29 para esta Fase Intermediária.

De acordo Stremel-Campbell (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e com os dados obtidos na pesquisa, podemos ratificar que PA2 na Fase Intermediária demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Por Reconhecimento**, observada em 3 trilhas, através de expressão facial (sorrir, desviar o olhar e olhar). Esta comunicação demonstra que a criança tem consciência da presença da terapeuta e reage com o sorriso como prazer, desvia o olhar por desagrado e olhar para as mãos da terapeuta.

**Quadro 35** - Trilha 3 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 3: Sorri</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial ao sorrir para a terapeuta

**Quadro 36** - Trilha 4 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição

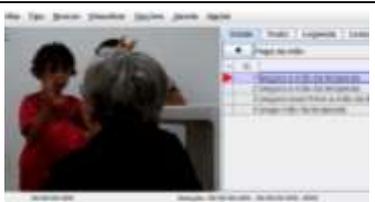
	<b>TRILHA 4: Desvia o olhar</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial ao desviar o olhar.

**Quadro 37** - Trilha 6 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 6: Olhar</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial para a terapeuta.

**Instrumental**, observada em 2 trilhas, ao tocar e manipular a terapeuta (pega na mão e segurando dela bate palmas). Esta comunicação demonstra o comportamento simples e dirigido à terapeuta em resposta à música cantada.

**Quadro 38** - Trilha 1 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 1: Pegar na mão</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através do tocar a pessoa, quando pega na mão da terapeuta.

**Convencional**, constatada em 1 trilha, através de gesto simples (bater palma). Esta comunicação apresenta o comportamento de um gesto simples com as mãos, que nos pareceu um pedido para que a terapeuta continuasse.

**Quadro 39 – Trilha 2 de3 PA2 – Fase Intermediária na Instituição**

	<b>TRILHA 2: Bater palmas</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao segurar a mão da terapeuta e Convencional ao bater palma junto com ela

**Eventual**, observada em 1 trilha, através da vocalização (curta e parecia indicar um mal estar com a situação, pois queria continuar na atividade e a terapeuta dizia que acabou). Esta comunicação foi intencional e demonstrou que a criança sabia que seu comportamento ao vocalizar causaria algum efeito para continuar a atividade com a terapeuta.

**Quadro 40 – Trilha 5 de PA2 – Fase Intermediária na Instituição**

	<b>TRILHA 5: Vocalização</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante do episódio: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual ao vocalizar por desagrado, pois queria continuar batendo palmas

De acordo com Wilson (1996) e Cambuzzi e Costa (2016) e verificando os dados, conferimos que PA2, durante a interação com T7, na Fase Intermediária, contou com Comunicação Receptiva do tipo:

**Fala**, observada em 1 trilha, através da fala e do canto com 9 e 1 unidade respectivamente. A fala acompanhou todas as formas de comunicação durante o atendimento.

**Quadro 41 – Trilha 1 de T7 – Fase Intermediária na Instituição**

	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: T7 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala no atendimento PA2 apresentou Comunicação Receptiva através da fala de T7

**Quadro 42 – Trilha 2 de T7 – Fase Intermediária na Instituição**

	<b>TRILHA 2: Canta</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T7 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica quando a terapeuta canta PA2 apresentou Comunicação Receptiva através da fala de T7

**Pista de Gesto**, percebida em 1 trilha, através de gesto de “acabou” e “não” em 2 unidades. Estes símbolos expressos através de sinais com as mãos se baseiam nos movimento, localização, configuração e direção.

**Quadro 43 – Trilha 3 de T7 – Fase Intermediária na Instituição**

	<b>TRILHA 3: Gesto</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T7 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através de sinais de acabou. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pistas de gestos

**Quadro 44 – Trilha 4 de T7 – Fase Intermediária na Instituição**

	<b>TRILHA 4: Balança a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T7 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através de símbolo não falado ao para dizer não. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pistas de gestos

## Fase Final

**Contexto:** PA2 em Atendimento de Psicopedagoga para Estimulação da Linguagem a criança estava sem os óculos; a terapeuta está identificada como T7. A criança se aproxima da terapeuta e quer pegar os pingentes das pulseiras dela. O Programa *ELAN*, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 8 trilhas, 4 para PA2 e 4 para T7. Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades, tendo um total de 41 para esta Fase Final.

De acordo Strenel-Campbell (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e os dados previamente adquiridos, podemos visualizar que PA2, na Fase Final, demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Por Reconhecimento**, observada em 1 trilha, através de expressão facial (desviar o olhar). Esta comunicação demonstra que a criança tem consciência da presença da terapeuta e reage desviando o olhar por desgosto com ela.

**Quadro 45 – Trilha 3 de PA2 – Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 3: Desvia o olhar</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial, quando desvia o olhar

**Instrumental**, identificadas 3 trilhas, através do tocar a pessoa (pega na mão e no braço da terapeuta). Esta comunicação demonstra o comportamento simples e dirigido à terapeuta para chamar sua atenção.

**Quadro 46 – Trilha 2 de PA2 – Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 2: Pega no braço</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 8 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao tocar a terapeuta para pegar sua mão ou braço

**Eventual**, efetuada em 1 trilha, através da vocalização (curta e parecia indicar um mal estar com a situação, já que queria pegar a pulseira da terapeuta). Esta comunicação foi intencional e a criança parecia ter ciência de que seu comportamento, ao tentar pegar a pulseira, talvez causasse algum efeito de resposta da terapeuta.

**Quadro 47 – Trilha 1 de PA2 – Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 1: Olha</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual ao olhar para a terapeuta.

**Quadro 48 – Trilha 4 de PA2 – Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 4: Vocalização</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de vocalização, sem esta de desagrado

De acordo com Wilson (1996) e Cambuzzi e Costa (2016) e analisando os dados de PA2 durante a interação com T7, na Fase Intermediária, contou com Comunicação Receptiva do tipo:

**Fala**, verificada em 1 trilha, através da fala com 11 unidades. A fala acompanhou todas as formas de comunicação da terapeuta.

**Quadro 49 – Trilha 1 de T7 – Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 11 unidades: T7 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala que utilizou. Durante todo o atendimento, PA2 apresentou Comunicação Receptiva através da fala de T7

**Pista de Gesto**, vista em 1 trilha, através do gesto de apontar - 5 unidades. As expressões com gestos durante a comunicação com PA2 auxiliaram na compreensão dos objetos apontados e antecipação do evento, ou seja, qual seria o próximo berloque.

**Quadro 50 – Trilha 2 de T7 – Fase Final na Instituição**

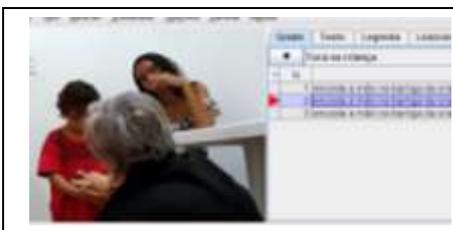
	<b>TRILHA 2: Movimenta a mão</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T7 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através de Sinais com as mãos. PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de gestos realizados com as mão por T7

**Quadro 51 – Trilha 4 de T7 – Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 4: Aponta</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 5 unidades: T7 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Convencional através de apontar para os berloques da pulseira PA2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pistas de Gesto ao olhar para os berloques apontados por T7

**Pista de Tato**, observada em 2 trilhas, quando a terapeuta passa a mão na barriga de PA2 – 1 unidade e toca na barriga de PA2 - 3 unidades. Estes sinais são mensagens simples, mas que ao serem realizadas na área relacionada à mensagem, gerou a resposta da criança que em seguida sorriu.

**Quadro 52 – Trilha 3 de T7 – Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 3: Toca na barriga</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: T7 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de tocar a pessoa. PA2 apresentou comunicação Receptiva do tipo Pista de Tato ao ser tocado na barriga pela terapeuta.

Diante das informações da Observação Direta, pudemos assinalar no Quadro 53 abaixo, em diferentes cores as Formas de Comunicação Expressiva apresentadas por PA2 em cada fase.

**Quadro 53 – Formas de Comunicação Expressiva de PA2 na Instituição**

FASE INICIAL					
POR RECONHECIMENTO	EVENTUAL	INSTRUMENTAL	CONVENCIONAL	SIMBÓLICA EMERGENTE	SIMBÓLICA
Expressões faciais (2 TRILHAS) (9 UNIDADES)	Vocalizações (1 TRILHA) (1 UNIDADE)	Tocar a pessoa (2 TRILHAS) (19 UNIDADES)	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais (2 TRILHAS) (10 UNIDADES)	Manipular a pessoa (1 TRILHA) (4 UNIDADES)	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
		Tocar objetos (1 TRILHA) (13 UNIDADES)	Sinal	Imagens/ desenhos	Sistemas eletrônicos
Outros símbolos táteis	Fala				
TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES					
2 TRILHAS 9 UNIDADES	3 TRILHAS 11 UNIDADES	4 TRILHAS 36 UNIDADES			
FASE INTERMEDIÁRIA					
Expressões faciais (3 TRILHAS) (10 UNIDADES)	Vocalizações (1 TRILHA) (1 UNIDADE)	Tocar a pessoa (2 TRILHAS) (6 UNIDADES)	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais	Manipular a pessoa (1 TRILHA) (2 UNIDADES)	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
		Tocar objetos	Sinal	Imagens/ desenhos	Sistemas eletrônicos
Outros símbolos táteis	Fala				
TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES					
3 TRILHAS 10 UNIDADES	1 TRILHA 1 UNIDADE	3 TRILHAS 8 UNIDADES			
FASE FINAL					
Expressões faciais (1 TRILHA) (3 UNIDADES)	Vocalizações (1 TRILHA) (1 UNIDADE)	Tocar a pessoa (2 TRILHAS) (17 UNIDADES)	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais	Manipular a pessoa	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
		Tocar objetos	Sinal	Imagens/ desenhos	Sistemas eletrônicos
Outros símbolos táteis	Fala				
TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES					
1 TRILHA 3 UNIDADES	1 TRILHA 1 UNIDADE	2 TRILHAS 17 UNIDADES			
Comunicação Básica					Comunicação mais complexa

**Legenda:** Em amarelo, laranja e marrom se referem à Fase Inicial, Intermediária e Final, respectivamente, e em branco todos que não foram observados.

Verificamos que PA2 apresenta mudanças em suas formas de comunicação na Instituição. Concluimos que, apesar de ser uma comunicação atípica, houve pouca diferença entre cada fase, contudo a Comunicação Básica se mantém em

direção para a mais Complexa. Na fase intermediária, apresenta-se mais comunicativo, acreditamos que na última devido ao falecimento do pai, talvez tenha gerado alguma mudança em seus comportamentos comunicativos na Instituição, pois ficou ausente por 15 dias.

## **Grupo B – Participante PB2**

### **Fase Inicial na Instituição**

**Contexto:** PB2 em Atendimento de Fisioterapia para Estimulação Motora e Visual, sendo que o mesmo está com seus óculos e AASI, a terapeuta está identificada como T3. A terapeuta está colocando a órtese nos membros inferiores da criança que se encontra no colo da mãe para que possa ter estabilidade para ficar em pé e realizar as atividades na bola suíça. A mãe participa do atendimento e está identificada como MB2. O Programa ELAN auxiliou na análise da interação, no qual definimos 25 trilhas, 12 para PB2, 6 para T3 e 7 para MB2, cada uma apresenta diferentes unidades, tendo um total de 193 para esta Fase Inicial.

De acordo com Strenel-Campbell (1996) e Cambuzzi e Costa (2016) e verificando os dados, podemos atentar que PB2 na Fase Inicial demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Eventual**, notada em 5 trilhas, através de movimento corporal (direciona a cabeça – 21 unidades, sorri – 14 unidades, movimentar os braços – 1 unidade e olhar para o pompom – 15 unidades) e vocalização (simples do tipo vogais – 9 unidades). Também observamos que houve turnos entre fala (T3) e balbucio (PB2). Esta comunicação foi intencional e a criança parecia ter ciência de que seus comportamentos causariam algum efeito na interação com a terapeuta.

**Quadro 54 – Trilha 1 de PB2 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 1: Movimenta a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 21 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual ao direcionar a cabeça para os estímulos visuais, este caso o pompom azul brilhante

**Quadro 55 – Trilha 5 de PB2 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 5: Balbucio</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através vocalizações com diferentes entonações, diante das interações com T3.

**Quadro 56 – Trilha 10 de PB2 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 10: Olha para o pompom</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 15 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual ao dirigir o olhar para o pompom azul.

**Quadro 57 – Trilha 12 de PB2 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 12: Movimenta os braços</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através dos movimentos com os braços

**Instrumental**, identificada em 4 trilhas, através do tocar objetos – 24 unidades. Nesta trilha, constatamos que a criança parecia gostar de realizar, pois sorriu e balbuciou ao mesmo tempo. A comunicação foi permeada por comportamentos simples e dirigida ao pompom brilhante durante a estimulação visual.

**Quadro 58 – Trilha 6 de PB2 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 6: Mão na bola</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao tocar o pompom, mesmo sendo com a ajuda da terapeuta.

**Quadro 59 – Trilha 8 de PB2 – Fase Inicial na Instituição**

	<b>TRILHA 8: Tira a mão</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através do tocar a bola suíça com ajuda da terapeuta.

**Quadro 60** – Trilha 11 de PB2 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 11: Passa a mão no pompom</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 10 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de tocar o pompom azul.

**Por Reconhecimento**, observada em 5 trilhas, através de expressão facial ao sorrir – 5 unidades (que pareceu indicar prazer), piscar os olhos – 1 unidade, ao abrir e fechar a boca – 14 unidades em que dirigiu o olhar para o pompom – 8 unidades. Esta comunicação utilizada pela criança demonstra que ela tem consciência da presença da terapeuta e suas reações indicam seu prazer durante a atividade.

**Quadro 61** – Trilha 2 de PB2 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 2: Sorri</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 5 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial ao sorrir parecendo indicar o prazer na atividade.

**Quadro 62** – Trilha 3 de PB2 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 3: Pisca</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Por Reconhecimento através de expressões faciais, piscar ao mudar de posição corporal.

**Quadro 63** – Trilha 4 de PB2 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 4: Movimenta a boca</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 14 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Por Reconhecimento ao abrir e fechar a boca e Eventual por movimentos dos lábios, semelhantes aos as vocalizações.

**Quadro 64** – Trilha 7 de PB2 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 7: Olha</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial, ao dirigir o olhar para frente ao ser posicionado.

**Quadro 65** – Trilha 9 de PB2 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 9: Abaixa a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 7 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento ao direcionar o olhar e Instrumental ao tocar e bola com ajuda da terapeuta.

De acordo com Wilson (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e verificando os dados de PB2 durante a interação com T3 e com MB2, na Fase Inicial, observou-se a Comunicação Receptiva do tipo:

**Fala**, observada em 3 trilha, através da fala e canto com 64 e 7 unidades respectivamente. A fala acompanhou todas as formas de comunicação da terapeuta.

**Quadro 66** – Trilha 1 de T3 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 62 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala durante todo o atendimento PB2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir a fala da terapeuta

**Quadro 67** – Trilha 6 de T3 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 6: Canta</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante dos 7 episódios: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através do canto durante todo o atendimento PB2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir o canto de T3

**Quadro 68** – Trilha 6 de MB2 – Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 6: Fala baixo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala durante o atendimento PB2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir a fala de MB2

**Pista de Movimento**, examinada em 8 trilhas, ao colocar as mãos da criança na bola, posicionar a criança, pegar na mão e executar movimentos – 23 unidades. Os movimentos permitiram que a criança, através da rotina terapêutica relacionada à mensagem, compreenda e antecipe a ação obtendo mais informação na comunicação quanto à execução do movimento.

**Quadro 69** - Trilha 2 de T3 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 2: Coloca a órtese</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através do tocar PB2 para colocar as órteses PB2 apresentou Comunicação Recpetiva através de Pista de Movimento

**Quadro 70** - Trilha 3 de T3 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 3: Pega a criança</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através do manipular PB2, pegando-o para posicionar na bola PB2 apresentou Comunicação Recpetiva através de Pista de Movimento

**Quadro 71** - Trilha 4 de T3 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 4: Coloca a mão sobre a mão</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 8 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao colocar a mão sobre mão da criança. PB2 apresentou Comunicação Recpetiva através de Pista de Movimento

**Quadro 72** - Trilha 5 de T3 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 5: Coloca as mãos no cotovelo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao posicionar o cotovelo da criança. PB2 apresentou Comunicação Recpetiva através de Pista de Movimento.

**Quadro 73** - Trilha 1 de MB2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 1: Levanta a criança</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao colocar PB2 em pé. PB2 apresentou Comunicação Recpetiva através de Pista de Movimento.

**Quadro 74** - Trilha 5 de MB2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 5: Coloca na bola</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao colocar a mão da criança na bola. PB2 apresentou Comunicação Recpetiva através de Pista de Movimento.

**Quadro 75** - Trilha 7 de MB2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 7: Passa a mão no braço</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao passar a mão no braço da criança para acalmá-la. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento

**Pista de Objeto**, notada em 3 trilhas, através de estender o objeto – 3 unidades, os quais MB2 apresenta o pompom à frente de PB2. Isto permitiu que a criança obtivesse mais informação na comunicação durante a atividade.

**Quadro 76** - Trilha 2 de MB2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 2: Pega o pompom</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Convencional ao estender o pompom para a criança. PB2 apresenta Comunicação Receptiva do tipo Pista de Objeto.

**Quadro 77** - Trilha 3 de MB2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 3: Segura o pompom e a lanterna</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Convencional ao segurar o pompom e a lanterna a frente de PB2. PB2 apresenta Comunicação Receptiva do tipo Pista de Objeto.

**Quadro 78** - Trilha 4 de MB2 - Fase Inicial na Instituição

	<b>TRILHA 4: Distância o material</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Convencional ao distanciar o pompom para a criança acompanhar. PB2 apresenta Comunicação Receptiva do tipo Pista de Objeto.

### Fase Intermediária

**Contexto:** PB2 em Atendimento de Fisioterapia para Estimulação Motora, com óculos e AAIS; a terapeuta está identificada como T3 e a mãe como MB2. Mãe está sentada no tatame com a criança no colo enquanto a terapeuta coloca a órtese, a criança ficou sem os óculos parte da filmagem. O Programa *ELAN*, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 13 trilhas, 5 para PB2, 2 para T3 e 6 para

MB2, Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades, num total de 78 para esta Fase Intermediária.

De acordo Stremel-Campbell (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e com os dados, podemos verificar que PB2 na Fase Intermediária demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Por Reconhecimento**, observada em 1 trilha, através de expressão facial – 7 unidades (ao olhar para a terapeuta e para a mãe). Esta comunicação demonstra que a criança tem consciência da presença da terapeuta e da mãe reagindo através do olhar dirigido em diferentes momentos.

**Quadro 79** - Trilha 5 de PB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 5: Olha</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 7 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através do olhar para a terapeuta e a mãe.

**Eventual**, verificada em 4 trilhas, através da vocalização – 5 unidades (com vogais e entonação) e movimentos corporais – 29 unidades (movimentos corporais, de cabeça e com a boca). Esta comunicação foi intencional e demonstrou que a criança sabia que seus comportamentos talvez chamassem a atenção da terapeuta para demonstrar seu agrado com a atividade.

**Quadro 80**- Trilha 1 de PB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 1: Vocalizações</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 5 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de vocalizações.

**Quadro 81** – Trilha 2 de PB2 – Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 2: Movimenta os braços</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 7 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual expressos com os movimentos dos braços.

**Quadro 82** - Trilha 3 de PB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 3: Movimenta a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 16 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimentos com a cabeça para diferentes lados.

**Quadro 83** - Trilha 4 de PB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 4: Movimenta a boca</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 6 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimentos com a boca.

De acordo com Wilson (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e verificando os dados de PB2 durante a interação com T3, na Fase Intermediária, contou com Comunicação Receptiva do tipo:

**Fala**, exposta em 2 trilhas, através da fala com 27 e 1 unidade respectivamente para T3 e MB2. A fala acompanhou todas as formas de comunicação.

**Quadro 84** - Trilha 1 de T3 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante dos 27 episódios: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala. PB2 apresentou Comunicação Receptiva do tipo Fala ao ouvir T3.

**Quadro 85** - Trilha 6 de MB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 6: Fala baixo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante do episódio: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólico através da fala no ouvido da criança. PB2 apresentou Comunicação Receptiva do tipo Fala ao ouvir MB2 e por estar com aparelho de amplificação sonora

**Pista de Tato**, observada em 4 trilhas, através segurar o braço, colocar a órtese, passar a mão e tirar os óculos de PB2 em 7 unidades. Estas pistas são sinais que dão a mensagem simples para a criança, que neste caso foi ao colocar a órtese para que ele antecipasse que iria ficar em pé.

**Quadro 86** - Trilha 2 de T3 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 2: Coloca a órtese</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através da colocação das orteses nas pernas. PB2 apresentou Comunicação Receptiva do tipo Pista de Tato ao ser dado as pistas em seu corpo.

**Quadro 87** - Trilha 2 de MB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 2: Passa a mão</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao passar a mão na cabeça de PB2. PB2 apresentou Comunicação Receptiva do tipo Pista de Tato ao ser tocado na cabeça.

**Quadro 88** - Trilha 3 de MB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 3: Tira óculos</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao retirar os óculos. PB2 apresentou Comunicação Receptiva do tipo Pista de Tato ao ser retirado os óculos do seu rosto.

***Pista de Movimento Corporal***, é percebido em 2 trilhas, através de pegar e depois deitar a criança no tatame e, em seguida ao mudar a posição dela – 2 unidades. Estes movimentos movem a criança através de uma rotina que pode estar relacionada a uma atividade terapêutica.

**Quadro 89** - Trilha 1 de MB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 1: Pega a criança</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de manipular a pessoa ao deitar PB2 no tatame. PB2 apresentou Comunicação Receptiva do tipo Pista de Movimento ao pegar a criança no colo.

**Quadro 90** - Trilha 4 de MB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 4: Muda de posição</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao mudar PB2 de posição. PB2 apresentou Comunicação Receptiva do tipo Pista de Movimento ao ser realizada a mudança de posição.

**Quadro 91** - Trilha 5 de MB2 - Fase Intermediária na Instituição

	<b>TRILHA 5: Segura o braço</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao segurar o braço da criança. PB2 apresentou Comunicação Receptiva do tipo Pista de Movimento ao segurar o braço da criança.

**Fase Final**

**Contexto:** PB2 em Atendimento de Fisioterapia para Estimulação Motora, a terapeuta está identificada como T3 e a mãe como MB2. Terapeuta sentada à frente da criança, que está sentada ao lado da mãe no tatame. O Programa *Elan*, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 22 trilhas, 7 para PB2, 9 para T3 e 6 para MB2. Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades, tendo um total de 72 para esta Fase Final.

De acordo Stremel-Campbell (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e com os dados, podemos verificar que PB2 na Fase Final demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Por Reconhecimento**, visível em 1 trilha, através de expressão facial – 4 unidades (ao olhar para as mãos). Esta comunicação demonstra que a criança tem consciência da presença da terapeuta e reage olhando as mãos.

**Quadro 92** - Trilha 6 de PB2 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 6: Olha</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento ao olhar para as suas mãos.

**Eventual**, observada em 6 trilhas, através da vocalização – 4 unidades (vocaliza vogais) e movimentos corporais (de cabeça em diferentes posições – 16 unidades, abrir e fechar a boca – 11 unidades, abaixar a cabeça e levantar a cabeça – 2 unidades e contrair o corpo – 3 unidades) . Esta comunicação foi intencional e demonstrou que a criança sabia que seus comportamentos talvez demonstrassem seu desconforto ou agrado.

**Quadro 93 - Trilha 1 PB2 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 1: Vocalização</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de algumas vocalizações durante o atendimento com diferente entonações.

**Quadro 94 - Trilha 2 de PB2 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 2: Movimenta a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 16 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimento corporal no qual verificamos movimentos com a cabeça para diferentes posições diante dos alongamentos.

**Quadro 95 - Trilha 3 de PB2 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 3: Movimenta a boca</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 11 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual ao abrir e fecha a boca durante o alongamento.

**Quadro 96 - Trilha 4 de PB2 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 4: Abaixa a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimento ao abaixar a cabeça.

**Quadro 97 - Trilha 5 de PB2 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 5: Levanta a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimento ao levantar a cabeça.

**Quadro 98 - Trilha 7 de PB2 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 7: Contrain o corpo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimento corporal ao contrair o corpo durante o alongamento.

De acordo com Wilson (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e verificando os dados de PB2 durante a interação com T3 e MB2, na Fase Final, houve uma Comunicação Receptiva do tipo:

**Fala**, percebida em 2 trilhas, através da fala com 5 unidades e um som de chiado com 3 unidades. A fala acompanhou todas as formas de comunicação.

**Quadro 99** - Trilha 1 de T3 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 5 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala. PB2 apresentou Comunicação Receptiva ao ter a Pista da voz de T3

**Quadro 100** - Trilha 9 de T3 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 9: Chiado</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através vocalização com o som de um chiado. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através das vocalizações da terapeuta

**Pista de Movimento**, identificada em 10 trilhas, através de segurar o cotovelo 3 unidades, segurar a mão – 2 unidades, soltar a mão – 3 unidades, reposicionar as pernas – 3 unidades, alongar o cotovelo e as mãos – 6 unidades, pegar a criança, segurar pelo ombro e soltar o ombro – 3 unidades e segurar na cintura – 2 unidades. Estes movimentos movem a criança através da realidade de uma rotina em particular e podem auxiliar na compreensão e antecipação dos eventos no seu dia a dia.

**Quadro 101** - Trilha 3 de T3 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 3: Segura o cotovelo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao segurar o cotovelo da criança. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento no cotovelo.

**Quadro 102 - Trilha 4 de T3 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 4: Segura a mão</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao pegar na mão para alongar. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento em suas mãos

**Quadro 103 - Trilha 5 de T3 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 5: Solta a mão</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao soltar a mão de PB2. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento em suas mãos

**Quadro 104 - Trilha 7 de T3 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 7: Alonga o cotovelo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao alongar o cotovelo da criança. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento no cotovelo

**Quadro 105 - Trilha 8 de T3 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 8: Alonga a mão</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao alongar a mão da criança. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento nas mãos

**Quadro 106 - Trilha 1 de MB2 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 1: Pega a criança</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de manipular a criança. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento ao ser tocada

**Quadro 107 - Trilha 2 de MB2 - Fase Final na Instituição**

	<b>TRILHA 2: Segura o ombro</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de manipular a pessoa. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento ao ser tocado no ombro.

**Quadro 108** - Trilha 4 de MB2 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 4: Solta o ombro</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao soltar o ombro da criança. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento ao ser retirada a mão

**Quadro 109** - Trilha 6 de MB2 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 6: Segura na cintura</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao segurar na cintura da criança. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Movimento ao ser tocado na cintura

**Pista de Tato**, apresentada em 2 trilhas, quando a mãe passa a mão na barriga de PB2 – 1 unidade e quando limpa a boca com uma fralda - 1 unidade. Estes sinais são mensagens simples, mas que ao serem realizadas na área relacionada à mensagem, podem gerar uma resposta.

**Quadro 110**- Trilha 2 de T3 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 2: Passa a mão na barriga</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao passar a mão na barriga. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Tato ao ser tocado na barriga

**Quadro 111** - Trilha 6 de T3 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 6: Reposiciona as pernas</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: T3 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao reposicionar as pernas de PB2. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Tato ao ser tocado nas pernas

**Quadro 112** - Trilha 3 de MB2 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 3: Limpa a boca</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao limpar a boca com a fralda. PB2 apresentou Comunicação Receptiva através de Pista de Tato ao ser tocado na boca

**Quadro 113** - Trilha 5 de MB2 - Fase Final na Instituição

	<b>TRILHA 5: Segura a camisa</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao puxar a camisa de PB2. PB2 apresenta Comunicação Receptiva através da Pista de Tato ao ser tocado na camisa.

Diante das informações da Observação Direta pudemos assinalar no Quadro 114 a seguir, em diferentes cores as Formas de Comunicação Expressiva apresentados por PB2 em cada fase.

Ocorreram mudanças em suas formas de comunicação na Instituição. Concluímos que apesar de ser uma comunicação atípica houve pouca diferença entre cada fase, todavia a Comunicação Básica se mantém em direção para a mais Complexa. Na fase inicial e intermediária, apresenta-se mais comunicativo, porém na fase final observamos que diminuiu o uso de expressão facial e aumentou a comunicação através de movimento corporal.

**Quadro 114** - Formas de Comunicação Expressiva de PB2 na Instituição

COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA					
FASE INICIAL					
POR RECONHECIMENTO	EVENTUAL	INSTRUMENTAL	CONVENCIONAL	SIMBÓLICA EMERGENTE	SIMBÓLICA
Expressões faciais (5 TRILHAS) (28 UNIDADES)	Vocalizações (1 TRILHA) (9 UNIDADES)	Tocar a pessoa	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais (4 TRILHA) (51 UNIDADES)	Manipular a pessoa	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
		Tocar objetos (4 TRILHAS) (34 UNIDADES)	Sinal	Imagens/desenhos	Sistemas eletrônicos
	Outros símbolos táteis	Fala			
TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES					
5 TRILHAS 28 UNIDADES	5 TRILHAS 60 UNIDADES	4 TRILHAS 34 UNIDADES			
FASE INTERMEDIÁRIA					
Expressões faciais (1 TRILHA) (7 UNIDADES)	Vocalizações (1 TRILHA) (5 UNIDADES)	Tocar a pessoa	Estender objeto (3 TRILHAS) (3 UNIDADES)	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais (3 TRILHAS) (29 UNIDADES)	Manipular a pessoa	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
		Tocar objetos	Sinal	Imagens/desenhos	Sistemas eletrônicos
	Outros símbolos táteis	Fala			
TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES					
1 TRILHA 7 UNIDADES	4 TRILHAS 34 UNIDADES		3 TRILHAS 3 UNIDADES		
Continua na página 170					

Continuação da página 169					
FASE FINAL					
Expressões faciais (1 TRILHA) (4 UNIDADES)	Vocalizações (1TRILHA) (4 UNIDADES)	Tocar a pessoa	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais (5 TRILHAS) (31 UNIDADES)	Manipular a pessoa	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
		Tocar objetos	Sinal	Imagens/desenhos	Sistemas eletrônicos
				Outros símbolos táteis	Fala
TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES					
1 TRILHA 4 UNIDADES	6 TRILHAS 35 UNIDADES				
Comunicação Básica					Comunicação mais complexa

**Legenda:** Em amarelo, laranja e marrom se referem à Fase Inicial, Intermediária e Final, respectivamente, e em branco todos que não foram observados.

#### 4.1.5 Observação Direta no Domicílio

A seguir descrevemos algumas informações gerais advindas dos Roteiros já mencionados utilizados na visita domiciliar, também para esta etapa optamos por um quadro, visto que auxiliará nas análises. Todas as visitas tiveram em média 20 minutos, e realizamos um recorte do vídeo que demonstrasse a interação para posterior análise. O tempo de filmagem variou de 00:22:233 à 06:36:458. Foram realizadas 32 visitas metade para o Grupo A, quadro 115 e a outra metade para o Grupo B, quadro 116. Que vemos a seguir.

Sete famílias residem em casa térrea e uma em um sobrado, sendo a menor residência com quatro cômodos e a maior com sete, não houve mudança de casa da fase inicial para a final. O menor número de residentes na casa é de três e o maior de cinco pessoas. Verificamos que quinze possuem o *kit* multissensorial e brinquedos variados, apenas uma não tem e dispõe de poucos brinquedos.

No Grupo A, todos gostam de ficar na sala da casa e sete comem alimentos sólidos sem dificuldade, apenas uma utiliza sonda. Duas crianças dormem no mesmo quarto com a irmã e em cama separada; seis dormem no mesmo quarto e cama dos pais e sete crianças são cadeirantes. O que demarca um grupo com dificuldade de locomoção.

A seguir vemos as informações do **Grupo A**

Quadro 115 - Informações da Observação Direta no Domicílio do Grupo A

Participante	Fase Inicial	Fase Final
PA1	Tempo de filmagem: 46:744	Tempo de filmagem: 01:33:298
	A criança dorme no quarto com o irmão mais velho. Tem <i>kit</i> multissensorial, vários brinquedos, cadeira de rodas adaptada, <i>parapodium</i> . Come alimentos sólidos sem dificuldade. Gosta de ficar na sala.	
PA2	Tempo de filmagem: 02:43:996	Tempo de filmagem: 00:30:684
	A criança dorme com os pais na mesma cama. Tem poucos brinquedos. Come na sala. Alimentos amassados. Gosta de ficar onde tem ventilador.	
PA3	Tempo de filmagem: 02:00:996	Tempo de filmagem:
	A criança dorme com os pais na mesma cama. Tem <i>kit</i> multissensorial e vários brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Come através de sonda. Gosta de ficar na sala e cozinha.	
PA4	Tempo de filmagem: 00:42:243	Tempo de filmagem: 00:22:233
	A criança dorme no quarto com os pais na mesma cama. Tem <i>kit</i> multissensorial, vários brinquedos, cadeira de rodas adaptada, <i>parapodium</i> e andador <i>transfer</i> . Come alimentos sólidos sem dificuldade. Gosta de ficar na sala.	
PA6	Tempo de filmagem: 05:08:026	Tempo de filmagem: 01:14:425
	A criança dorme no quarto com a irmã em cama de solteiro. Tem <i>kit</i> multissensorial e vários brinquedos. Come alimentos sólidos sem dificuldade. Gosta de ficar na sala ou no seu quarto com a irmã.	
PA7	Tempo de filmagem: 03:07:096	Tempo de filmagem: 23:793
	A criança dorme no quarto e na cama com os pais. Tem <i>kit</i> multissensorial e vários brinquedos. Come alimentos pastosos. Gosta de ficar na sala e na porta de casa.	
PA8	Tempo de filmagem: 06:36:458	Tempo de filmagem: 01:22:865
	A criança dorme com a irmã no quarto com a irmã no seu berço. Tem <i>kit</i> multissensorial e vários brinquedos. Come alimentos sólidos sem dificuldade. Gosta de ficar na sala.	
PA9	Tempo de filmagem: 03:22:895	Tempo de filmagem: 01:25:167
	A criança dorme no quarto com a mãe na mesma cama, mas tem um quarto. Tem <i>kit</i> multissensorial, vários brinquedos, cadeira de rodas adaptada. Come alimentos amassados. Gosta de ficar na sala no sofá.	

A seguir vemos as informações do **Grupo B**

Quadro 116 - Informações da Observação Direta no Domicílio do Grupo B

Participante	Fase Inicial	Fase Final
PB1	Tempo de filmagem: 01:25:635	Tempo de filmagem: 01:29:242
	A criança dorme com os pais na mesma cama. <i>Kit</i> multissensorial, vários brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Alimentação por sonda. Gosta de ficar na sala.	
PB2	Tempo de filmagem: 02:10:723	Tempo de filmagem: 02:04:003
	A criança dorme com os pais na mesma cama. <i>Kit</i> multissensorial, vários brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Come na sala. Alimentos pastosos. Gosta de ficar na sala ou cozinha.	
Continua p.172		

Continuação p. 171		
PB3	Tempo de filmagem: 56:373	Tempo de filmagem: 59:049
	A criança dorme com os pais na mesma cama.	
	Kit multissensorial, poucos brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Alimentação pastosa. Gosta de ficar na sala.	
PB4	Tempo de filmagem: 00:37:313	Tempo de filmagem: 00:58:798
	A criança dorme com a mãe na cama e no mesmo quarto com os irmãos.	
	Tem kit multissensorial e vários brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Come almoço pastoso, tem sonda nasal. Gosta de ficar na sala ou quarto.	
PB5	Tempo de filmagem: 02:25:255	Tempo de filmagem: 01:31:265
	Dorme em berço no quarto com os pais	
	Tem kit multissensorial e vários brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Come alimentos amassados na cozinha. Gosta de ficar no quarto.	
PB6	Tempo de filmagem: 4:090	Tempo de filmagem: 47:279
	A criança dorme com a mãe na mesma cama.	
	Kit multissensorial e vários brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Alimentação pastosa. Gosta de ficar na sala.	
PB8	Tempo de filmagem: 03:32:400	Tempo de filmagem: 03:09:314
	A criança dorme com a avó na mesma cama, mas tem berço.	
	Kit multissensorial e vários brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Alimentação pastosa. Gosta de ficar no quarto.	
PB10	Tempo de filmagem: 01:03:962	Tempo de filmagem: 01:23:965
	A criança dorme com os pais na mesma cama.	
	Tem kit multissensorial e vários brinquedos. Cadeira de rodas adaptada. Utiliza suplemento através de GTT. Gosta de ficar no quarto.	

No Grupo B, cinco gostam de ficar na sala e três no quarto, sendo que seis se alimentam com comida pastosa e duas, através de sonda. Sete dormem na mesma cama dos pais e uma no berço, mas todos no mesmo quarto com os genitores.

O programa ELAN auxiliou, aqui também, na verificação da comunicação receptiva e expressiva. Primeiro descrevemos o contexto da visita realizada na residência da criança. Nos quadros seguir, há a identificação do participante, número e nome da trilha, um *print* da filmagem e a conclusão. Iniciaremos pelo participante do Grupo A, a seguir o do Grupo B.

### Fase Inicial

**Contexto:** PA2 está na sala em Atividade Lúdica com a mãe, identificada como MA2. A criança está com os óculos e brincando com alguns brinquedos, sentada no tatame. O Programa ELAN, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 10 trilhas, 5 para PA2 e 5 para MA2. Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades, tendo um total de 143 para esta Fase Inicial.

De acordo com Stremel-Campbell (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e com os dados, podemos verificar que PA2 na Fase Inicial demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Instrumental**, observada em 1 trilha, através do tocar objeto (pega a bola). Esta comunicação demonstra o comportamento simples e dirigido à mãe.

**Quadro 117** - Trilha 2 de PA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 2: Pega o brinquedo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 24 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao tocar objetos, no caso as bolas apresentadas por MA2.

**Eventual**, observa-se em 2 trilhas, através da vocalização (mais forte, longas e algumas com entonação e parecia indicar diferentes reações para cada situação) e movimento corporal, ao colocar a boca na bola. Esta comunicação foi intencional e demonstrou que a criança sabia que seus comportamentos talvez causassem algum efeito.

**Quadro 118**- Trilha 1 de PA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 1: Vocaliza</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através das vocalizações com diferentes entonações.

**Quadro 119** - Trilha 4 de PA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 4: Coloca na boca</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através do movimento corporal ao colocar a bola na boca.

**Convencional**, percebida em 2 trilha, através de estender objetos, no caso jogar a bola e gesto simples ao apontar as partes do corpo do pintinho com 13 unidades. Esta comunicação demonstra comportamentos que não são simbólicos.

**Quadro 120** - Trilha 3 de PA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 3: Joga a bola</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 12 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Convencional ao jogar a bola para MA2.

Quadro 121 - Trilha 5 de PA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 5: Movimento Corporal</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Convencional através de gesto simples ao tocar as partes do corpo do coelho de pelúcia com MB2.

De acordo com Wilson (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e verificando os dados, notamos que PA2 durante a interação com MA2, na Fase Inicial, contou com Comunicação Receptiva do tipo:

**Fala**, percebida em 1 trilha, através da fala e canto com 70 e 5 unidades respectivamente. A fala acompanhou as formas de comunicação de MA2.

Quadro 122 - Trilha 1 de MA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 70 unidades: MA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala. PA2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir a fala de sua mãe

Quadro 123 - Trilha 5 de MA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 5: Canta</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 5 unidades: MA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através do canto. PA2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir o canto de MA2

**Pista de Objeto**, vê-se em 3 trilhas, através de entregar a bola, segurar a mão e pegar a bola com 21 unidades. Os objetos permitem que a criança obtenha mais informação na comunicação.

Quadro 124 - Trilha 2 de MA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 2: Entrega o brinquedo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: MA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de tocar objetos e Convencional por gestos simples. PA2 apresentou Comunicação Receptiva de Pista de Objeto, no caso a bola.

**Quadro 125** - Trilha 3 de MA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 3: Segura</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 8 unidades: MA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através do tocar a bola e segurar a mão da criança para ela segurar a bola. PA2 apresentou Comunicação Receptiva de Pista de Objeto, a bola na sua mão.

**Quadro 126** - Trilha 4 de MA2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 4: Pega</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: MA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de tocar a criança. PA2 apresentou Comunicação Receptiva de Pista de gesto.

### Fase Final

**Contexto:** PA2 em Atividade Lúdica com o irmão, identificado como IA2. A criança está brincando no quintal de casa e sem seus óculos, pois eles estavam na ótica para ajuste. O Programa *ELAN*, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 8 trilhas, para PA2 7 e 1 para IA2. Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades, tendo um total de 29 para esta Fase Final. Salientamos que IA2 não quis aparecer na filmagem, procuramos dar ênfase às formas de comunicação do participante.

De acordo Stremel-Campbell (1996) e Cambuzzi e Costa (2016) e com os dados, verificamos que PA2 na Fase Final demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Eventual**, percebida em 2 trilhas, através da vocalização em 9 unidades (mais forte, longas e algumas com entonação e parecia indicar diferentes reações para cada situação) e movimento corporal, ao balançar o corpo e as mãos em 2 unidades. Esta comunicação foi intencional e demonstrou que a criança sabia que seus comportamentos talvez causassem algum efeito na interação com o irmão.

**Quadro 127** - Trilha 1 de PA2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 1: Vocalização</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de vocalizações/balbuício.

**Quadro 128** - Trilha 5 de PA2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 5: Balança o corpo</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através do balanço do corpo.

**Quadro 129** - Trilha 6 de PA2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 1: Movimento das mãos</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através dos movimentos com as mãos.

**Convencional**, observada em 1 trilha, através de gesto simples em 3 unidades (bater palmas). Esta comunicação demonstra comportamentos que não são simbólicos.

**Quadro 130** - Trilha 4 de PA2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 4: Bate Palma</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 3 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Convencional através de gesto simples ao bater palma.

**Por Reconhecimento**, analisada em 2 trilhas, através de expressão facial (piscar – 4 unidades e franzir a testa – 1 unidade). Esta comunicação demonstra a consciência da presença da outra pessoa, sendo expressões de prazer ou desgosto diante do que IA2 falava.

**Quadro 131**- Trilha 2 de PA2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 2: Pisca os olhos</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através do piscar lento dos olhos.

**Quadro 132** - Trilha 7 de PA2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 7: Franze a testa</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento ao franzir a testa em desgosto com IA2.

**Simbólico**, examinada em 1 trilha, através do gesto simples (olhar – 3 unidades). Esta comunicação parece demonstrar que PA2 olha de forma intencional para seu irmão.

**Quadro 133** - Trilha 3 de PA2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 3: Olha para IA2</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através de símbolos não falados ao olhar para o irmão.

De acordo com Wilson (1996) e Cambuzzi e Costa (2016) e verificando os dados da interação na Fase Final, PA2 e IA2 apresentaram Comunicação Receptiva do tipo:

**Fala**, nota-se 1 trilha, através da fala em 9 unidades. A fala acompanhou toda a interação deste vídeo.

**Quadro 134** - Trilha 1 de IA2 - Fase Final no Domicílio

<b>Não aparece no vídeo</b>	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 9 unidades: IA2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala. PA2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir a fala do irmão.

Diante das informações da Observação Direta no Domicílio assinalamos no Quadro 135 a seguir, em diferentes cores as Formas de Comunicação Expressiva de PA2 em cada fase.

PA2 demonstrou ao longo do período da pesquisa, mudanças em suas formas de comunicação no Domicílio. Elegemos as mais significativas por terem aparecido mais e/ou menos nas unidades de anotações. Diferente da Observação na Instituição, verificamos que a criança vocalizou mais no domicílio e que passou a demonstrar mais expressões faciais e movimentos corporais. Concluímos que apesar de ser uma comunicação atípica houve o deslocamento de uma Comunicação Básica para mais Complexa.

**Quadro 135 - Formas de Comunicação Expressiva de PA2 no Domicílio**

COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA					
FASE INICIAL					
POR RECONHECIMENTO	EVENTUAL	INSTRUMENTAL	CONVENCIONAL	SIMBÓLICA EMERGENTE	SIMBÓLICA
Expressões faciais	Vocalizações (1 TRILHA) (9 UNIDADES)	Tocar a pessoa	Estender objeto (1 TRILHA) (12 UNIDADES)	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais (1 TRILHA) (1 UNIDADE)	Manipular a pessoa	Gestos simples (1 TRILHA) (1 UNIDADE)	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
		Tocar objetos (1 TRILHA) (24 UNIDADES)	Sinal	Imagens/ desenhos	Sistemas eletrônicos
	Outros símbolos táteis	Fala			
TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES					
	2 TRILHAS 10 UNIDADES	1 TRILHA 24 UNIDADES	2 TRILHAS 13 UNIDADES		
FASE FINAL					
Expressões faciais (2 TRILHAS) (5 UNIDADES)	Vocalizações (1 TRILHA) (9 UNIDADES)	Tocar a pessoa	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais (2 TRILHAS) (2 UNIDADES)	Manipular a pessoa	Gestos simples (1 TRILHA) (3 UNIDADES)	Objetos em miniatura	Símbolos não falados (1 TRILHA) (1 UNIDADE)
		Tocar objetos	Sinal	Imagens/ desenhos	Sistemas eletrônicos
	Outros símbolos táteis	Fala			
TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES					
	2 TRILHAS 5 UNIDADES	3 TRILHAS 11 UNIDADES	1 TRILHA 3 UNIDADES		1 TRILHA 1 UNIDADE
Comunicação Básica					Comunicação mais complexa

**Legenda:** Em amarelo e marrom se referem à Fase Inicial e Final, respectivamente e em branco todos que não foram observados.

### Fase Inicial no Domicílio

**Contexto:** PB2 em atividade lúdica com a mãe, identificada como MB2. A criança está no colo da mãe e brincam com um carrinho O Programa *ELAN*, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 11 trilhas, 5 para PB2 e 6 para MA2. Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades, tendo um total de 130 para esta Fase Inicial.

De acordo com Stremel-Campbell (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e com os dados, podemos verificar que PB2 na Fase Inicial demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Por Reconhecimento**, observada em 2 trilhas, através de expressão facial ao olhar para a mãe – 4 unidades e olhar para o carrinho – 7 unidades. Esta comunicação demonstra o comportamento simples e dirigido à mãe e ao objeto.

Quadro 136 - Trilha 1 de PB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 1: Olha</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 11 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial, porém observamos que parece haver uma intencionalidade ao olhar para o objeto durante a interação com a mãe.

**Eventual**, desenrola-se em 3 trilhas, através da vocalização – 21 unidades (mais forte, longas e algumas com entonação e parecia indicar diferentes reações para cada situação) e movimento corporal quando movimenta a língua – 1 unidade e movimentar a cabeça – 12 unidades ao abrir e fechar a boca. Esta comunicação foi intencional e demonstrou que a criança sabia que seus comportamentos talvez causassem algum efeito na resposta da mãe.

Quadro 137 - Trilha 2 de PB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 2: Vocaliza</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 21 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de vocalizações.

Quadro 138 - Trilha 3 de PB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 3: Movimenta a boca</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial ao movimentar a boca.

Quadro 139 - Trilha 4 de PB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 4: Movimenta a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 12 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através do movimento com a cabeça.

**Simbólico**, observada em 1 trilha, através de símbolos não falados ao sorrir de forma intencional para a mãe - 7 unidades. Esta comunicação demonstra comportamento que não simbólicos.

**Quadro 140** - Trilha 5 de PB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 5: Sorri</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 7 unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólico através de símbolos não falados quando sorri em diferentes momentos da interação.

De acordo com Wilson (1996) e Cambruzzi e Costa (2016) e os dados de PB2 durante a interação com MB2, na Fase Inicial, verificamos que a Comunicação Receptiva foi do tipo:

**Fala**, visualizada em 1 trilha, através da fala com 56 unidades. A fala acompanhou todas as formas de comunicação de MB2.

**Quadro 141** - Trilha 1 de MB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 1: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 7 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólico através da fala. PB2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir a fala da mãe.

**Pista de Objeto**, nota-se em 4 trilhas, através de mostrar o carrinho – 6 unidades, colocar o carinho na mesa – 4 unidades, deslizar o carrinho na mesa – 6 unidades e esconder o carrinho – 1 unidade. Os objetos permitem que a criança obtenha mais informação na comunicação durante a brincadeira.

**Quadro 142** - Trilha 3 de MB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 3: Mostra o carrinho</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 6 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao mostrar o carrinho. PB2 apresentou Comunicação Receptiva por Pista de Objeto, no caso o carrinho de brinquedo.

**Quadro 143** - Trilha 4 de MB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 4: Coloca o carrinho</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 4 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de colocar o carrinho na mesa. PB2 apresentou Comunicação Receptiva por Pista de Gesto ao perceber onde estava o carrinho.

Quadro 144 - Trilha 5 de MB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 5: Desliza o carrinho</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 6 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao deslizar o carrinho na mesa. PB2 apresentou Comunicação Receptiva de Pista de Gesto ao acompanhar o carrinho deslizando.

Quadro 145 - Trilha 6 de MB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 6: Esconde o carrinho</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental ao esconder o carrinho. PB2 apresentou Comunicação Receptiva de Pista de Objeto ao perceber que o carrinho sumiu.

**Pista de Tato**, observa-se em 1 trilha, quando MB2 limpa a boca de PB2 com uma fralda – 5 unidades. Estas são mensagens simples, que ao serem realizadas na área relacionada à mensagem, podem gerar uma resposta.

Quadro 146 - Trilha 2 de MB2 - Fase Inicial no Domicílio

	<b>TRILHA 2: Limpa a boca</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 5 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de tocar a boca com uma fralda. PB2 apresentou Comunicação Receptiva por Pista de Tato ao ser tocado pela fralda na boca.

## Fase Final

**Contexto:** PB2 em Atividade Lúdica com a mãe, identificada como MB2. A criança está sem os óculos, com AASI e no colo da mãe, que canta. O Programa *ELAN*, auxiliou na análise da interação, no qual definimos 7 trilhas, 4 para PB2 e 3 para MB2. Esclarecemos que cada trilha apresenta diferentes unidades, tendo um total de 87 para esta Fase Final.

De acordo com Stremel-Campbell (1996) e Cambuzzi e Costa (2016) e com os dados, examinamos que PB2 na Fase Final demonstrou Comunicação Expressiva do tipo:

**Eventual**, notada em 1 trilha, através da vocalização em 26 unidades (mais forte, longas e algumas com entonação e parecia indicar diferentes reações para cada situação) e movimento corporal com a cabeça – 5 unidades. Esta comunicação

foi intencional e demonstrou que a criança sabia que seus comportamentos talvez causassem algum efeito.

**Quadro 147** - Trilha 1 de PB2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 1: Vocaliza</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 26 unidades: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de vocalizações.

**Quadro 148** - Trilha 2 de PB2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 2: Movimenta a cabeça</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Eventual através de movimentos com a cabeça.

**Por Reconhecimento**, desenvolvida em 2 trilhas, através de expressão facial (sorrir – 5 unidades e franzir a testa – 1 unidade). Esta comunicação demonstra a consciência da presença da mãe, sendo expressões de prazer com seu canto.

**Quadro 149** - Trilha 3 de PB2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 3: Sorri</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 5 unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através do sorriso para MB2.

**Quadro 150** - Trilha 4 de PB2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 4: Franze a testa</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante da unidade: PB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo por Reconhecimento através de expressão facial ao franzir a testa para a mãe que fez uma pausa.

De acordo com Wilson (1996) e Cambuzzi e Costa (2016) e os dados de PB2 durante a interação com MB2, na Fase Final, verificamos que sua Comunicação Receptiva foi do tipo:

**Fala/Canto**, constatada em 2 trilhas, através da fala/canto em 17/31 unidades respectivamente. A fala acompanhou todas as formas de comunicação de MB2.

**Quadro 151** - Trilha 1 de MB2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 1: Canta</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 31 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através do canto. PB2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir a música cantada por MB2.

**Quadro 152** - Trilha 2 de MB2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 2: Fala</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 17 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Simbólica através da fala. PB2 apresentou Comunicação Receptiva ao ouvir a fala cantada por MB2.

**Pista de Movimento ou Gesto Tátil**, observada em 1 trilha, através do balanço para cima e para baixo das pernas da mãe estando a criança em seu colo – 2 unidades. Estes movimentos movem a criança dando informação sinestésica.

**Quadro 153** - Trilha 3 de MB2 - Fase Final no Domicílio

	<b>TRILHA 3: Balança as pernas</b>
	<b>Conclusão</b>
	Para esta trilha e diante das 2 unidades: MB2 apresentou Comunicação Expressiva do tipo Instrumental através de manipular a pessoa balançando as pernas. PB2 apresentou Comunicação Receptiva por Pista de Movimento quando é balançado por MB2

Assinalamos no Quadro 154 a seguir, em diferentes cores, as Formas de Comunicação Expressiva em cada fase.

Verificamos que PB2 demonstrou ao longo do período da pesquisa mudanças em suas formas de comunicação no Domicílio. Elegemos as mais significativas por terem diminuído e/ou diante do aumento das unidades. Diferente da Observação na Instituição, contatamos que vocalizou mais no domicílio e que passou a demonstrar mais expressões faciais e movimentos corporais. Concluimos que apesar de ser uma comunicação atípica houve o deslocamento de uma Comunicação Básica para mais Complexa, diante dos gestos simples e símbolos não falados.

Finalizamos nossa análise dos dados e passaremos a seguir para as conclusões dos dados obtidos para cada grupo de participantes.

**Quadro 154** - Formas de Comunicação Expressiva de PB2 no Domicílio

<b>COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA</b>
<b>FASE INICIAL</b>

POR RECONHECIMENTO	EVENTUAL	INSTRUMENTAL	CONVENCIONAL	SIMBÓLICA EMERGENTE	SIMBÓLICA
Expressões faciais (2 TRILHAS) (11 UNIDADES)	Vocalizações (1 TRILHA) (21 UNIDADES)	Tocar a pessoa	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais (2 TRILHAS) (13 UNIDADES)	Manipular a pessoa	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados (1 TRILHA) (7 UNIDADES)
		Tocar objetos	Sinal	Imagens/desenhos	Sistemas eletrônicos
				Outros símbolos táteis	Fala
<b>TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES</b>					
2 TRILHAS 11 UNIDADES	3 TRILHAS 34 UNIDADES				1 TRILHA 7 UNIDADES
<b>FASE FINAL</b>					
Expressões faciais (2 TRILHAS) (6 UNIDADES)	Vocalizações (1 TRILHA) (26 UNIDADES)	Tocar a pessoa	Estender objeto	Gestos complexos	Sinais com as mãos
	Movimentos corporais (1 TRILHA) (5 UNIDADES)	Manipular a pessoa	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não falados
		Tocar objetos	Sinal	Imagens/desenhos	Sistemas eletrônicos
				Outros símbolos táteis	Fala
<b>TOTAL DE TRILHAS E UNIDADES</b>					
2 TRILHAS 6 UNIDADES	2 TRILHAS 31 UNIDADES				
Comunicação Básica					Comunicação mais complexa

**Legenda:** Em amarelo e marrom se referem à Fase Inicial e Final, respectivamente e em branco todos que não foram observados.

## 4.2 CONCLUSÃO DAS ANÁLISES

Nas análises dos dados apresentamos inicialmente as características gerais de cada grupo, bem como, consideramos as peculiaridades de cada participante. A partir das informações dos prontuários, associadas aos dados da entrevista, descrevemos os dados clínicos e familiares que demarcam o grupo. No segundo momento, relataremos as análises dos aspectos do Mapa de Comunicação, PROC e Observações Diretas na instituição e no Domicílio, demarcando o perfil das formas de comunicação encontradas em nossa pesquisa.

### 4.2.1 Perfil do Grupo A

O Grupo A é composto de 8 participantes, sendo 4 de cada gênero. A idade na Fase Inicial variou entre 31 e 38 meses; na Fase Final, entre 39 e 44 meses. As informações clínicas e sobre a SCZv apresentam 5 crianças com microcefalia do tipo leve e 3 com moderada, o que se justifica diante do perímetro cefálico ao nascer que

variou entre 29 e 32cm. Porém, o déficit motor apresentou 4 participantes com grau leve, 2 moderada e 2 grave. Apesar desta classificação apenas 1 criança deambula, as demais utilizam cadeira de rodas adaptada. As duas mais graves apresentam também dificuldade com os movimentos dos braços e mãos. Nenhuma tem alteração visual e/ou auditiva.

As famílias residem em casa térrea, e todas receberam o *kit* multissensorial para as estimulações domiciliares e receberam orientações gerais e específicas de como realizarem as atividades.

As terapias na Fase Inicial para a Final foram reduzidas para 4 participantes deste grupo, e os demais mantiveram a mesma quantidade, sendo estes os que apresentavam o déficit motor moderado e grave. Uma das participantes solicitou alta dos atendimentos na instituição, permanecendo apenas em outro local mais próximo da sua residência e escola.

As entrevistas e a partir da sua categorização verificamos que 6 mães não lembravam do objetivo da pesquisa, consideramos a partir de alguns relatos, que como estas participavam de vários estudos e protocolos em diferentes instituições de saúde em áreas diversificadas, nem sempre conseguem assimilar as propostas dos estudos, mas acreditam que participar será bom para seus filhos e que, também estão contribuindo com os estudos e outras mães, além do fato que foi divulgado na área de saúde, que pouco se sabia sobre a SCZv, então, as mães acreditam que ao participar “existirá a possibilidade de descobrir algo que ‘cure’ meu filho”

Os participantes com déficit motor moderado e grave, neste caso 6, frequentam dois ou mais serviços de saúde para complementar os atendimentos.

Constatamos que todas as mães se comunicam através da “fala”, e referiram que: 3 crianças falam e os demais utilizam choro, vocalizações, palavras isoladas e expressão facial para se comunicarem. Dado este, que corrobora com a informação seguinte, socializado por elas, na qual apenas uma criança fala muitas palavras, 4 falam apenas algumas palavras e 3 não falam. Diante do empenho das mães com seus filhos, verificamos que dão muita importância para a comunicação e que gostariam que as crianças realizassem mais terapia de fonoaudiologia para a aquisição da linguagem.

As mães souberam da SCZv após o nascimento e em alguns casos houve demora de meses para receberem a confirmação dos exames laboratoriais e por imagem, pois o PCN da criança era muito próximo do limite do típico ao nascer.

Parece-nos que talvez esses fatos tenham contribuído na dificuldade em aceitar o diagnóstico. Algumas relataram que o preconceito sofrido trouxe uma grande aprendizagem, por sentirem que seus filhos e famílias eram excluídos e discriminados socialmente.

Todas as mães referem que o Grupo de Apoio Psicossocial e de Empoderamento da FAV, ajudou muito nas conquistas diárias com seus filhos, além de ter possibilitado o aprender a lidar e estimular a criança, compartilhar informações e participar dos atendimentos de seus filhos nas terapias.

O Mapa de Comunicação teve como objetivo demarcar as características e necessidades dos participantes, as expectativas das famílias para ao final delinear as necessidades e potencialidades da criança. Consideramos que este último aspecto nos remete ao que Vygotsky refere repetidamente quanto à participação na vida social, para este autor as leis gerais do desenvolvimento são iguais para todas as crianças, contudo a organização sociopsicológica da criança deficiente requer caminhos alternativos e recursos especiais, por isso dependem das relações com os outros e das experiências culturais. O déficit não traça o destino da criança, este é construído pelo modo como a deficiência é significada pelos cuidadores e educadores.

Os desenhos dos participantes no Mapa de Comunicação, realizados pelas mães, pai e avó demonstram que houve da Fase Inicial para a Final uma nova forma de olhar e representar a criança. Como já mencionamos nas considerações dos desenhos; as crianças nos parecem mais coloridas, pertencentes às suas famílias, com expressões faciais bem parecidas com as da criança. Salientamos que, mesmo diante da nova forma de olhar seus filhos, 7 utilizam cadeira de rodas e nenhum está em cadeira ou sentado, apenas uma está com a órtese nos pés.

As características da criança foram descritas, em sua maioria, com palavras a nosso ver positivas como: “alegre, carinhosa, linda”, sendo esta uma forma de aceitação da criança com a SCZv. Já a palavra negativa mais utilizada foi: “arengueira”; talvez em função da dificuldade de comunicação existente entre eles, poderíamos dizer que a criança está reclamando (arengando)? Mas de que? Como saber, no caso da criança que não fala? A mãe sabe que é um protesto, mas de que?

As necessidades da criança foram descritas através de três itens, sendo que destacamos os mais presentes no grupo: (1) gosta: “passear, banho, comidas”; (2)

não gosta: “ficar em casa ou cadeira, mexer na cabeça ou cabelo”; e (3) medos: “animais”.

As expectativas da família foram descritas através de dois itens: desejos e sonhos que foram: para a criança “andar, falar, ser independente” e para a família: “mãe finalizar estudos, ter uma casa própria, lazer em família”. Pudemos verificar que muitos desejos e sonhos se referem aos participantes e não aos membros da família, parece que o centro das expectativas destes, é a criança com SCZv e ela estando bem, todos estarão. Portanto, a dinâmica familiar gira em torno da criança.

As potencialidades dos participantes deste grupo se demarcaram, a nosso ver: “ser sociável, gostar de brincar, curiosidade” sendo que todos eles utilizam os canais sensoriais: visual e auditivo. Desse modo vemos que este grupo utiliza como principais canais sensoriais a visão e a audição durante as interações, que para nós, são canais que facilitam a comunicação oral o viso gestual, nas brincadeiras, além da exploração do meio. Dois dos participantes deste grupo, já apresentavam ao final de nossa pesquisa, a indicação da FAV para a comunicação alternativa.

O Protocolo de Observação Comportamental - PROC - proporcionou uma análise de dados quanto à evolução quantitativa, na qual o grupo se demarcou pelas seguintes evoluções:

- Todos os participantes apresentam alguma evolução nos escores;
- Da Fase Inicial para a Final, os 3 participantes que falam obtiveram os maiores escores na etapa final. E os menores foram de 3 participantes que utilizam apenas palavras isoladas ou vocalizações.
- Ainda consideramos relevante que o participante PA3 não fala, tem grave comprometimento motor e obteve o maior escore da Fase Inicial para a Final 74,3%, sendo sua comunicação se dá através de meios não verbais e apresenta intenção comunicativa em suas interações, sendo sua maior evolução foi no desenvolvimento cognitivo;
- PA7 apresentou desenvolvimento nas três áreas avaliadas, sendo a maior evolução também no desenvolvimento cognitivo;
- PA9 por ter dificuldade na comunicação expressiva obteve progresso significativo também no desenvolvimento cognitivo.

Percebemos que quanto à evolução qualitativa para as habilidades comunicativas: apenas 2 participantes demonstraram evolução sendo que passou a ser uma comunicação intencional plurifuncional com ampla participação dialógica

por meios verbais e não verbais. A organização linguística de 3 participantes se apresenta com produção de palavras isoladas e enunciados de 2 ou mais palavras organizadas no nível de frase.

Notamos que todos os participantes demonstram compreensão da linguagem oral desde a avaliação inicial, através de ordens de até duas ações ligadas ao contexto imediato.

Não observamos evolução na imitação de gestos e a maioria só realiza gestos visíveis no próprio corpo. A nosso ver, a dificuldade de imitar gestos pode estar ligada às dificuldades motoras dos membros superiores ou pelo fato de algumas utilizarem os braços e mãos para apoio do controle do tronco, caso soltem as mãos, podem cair para os lados.

Já a imitação sonora está presente para sons verbais e não verbais e apenas um participante não responde às solicitações para que realize a imitação.

O Desenvolvimento Cognitivo apresenta a evolução de 5 participantes, sendo: 2 passaram para o estágio representativo e 3 estavam na transição do sensório motor para representativo. Ressaltamos que apenas 1 criança estava na fase inicial do estágio sensório motor, sendo que esta não apresentou evolução em nenhuma habilidade comunicativa, sendo que esta apresenta o déficit motor grave.

Consideramos que as crianças deste grupo por apresentarem compreensão da linguagem oral e imitação de sons verbais e não verbais desde o início da avaliação, acreditamos neste fato ligado às estimulações da linguagem, contribuíram para a evolução do desenvolvimento cognitivo em 5 crianças, além da organização linguística em 3 crianças que iniciaram a produção de palavras isoladas e produção de enunciados com 2 ou mais palavras.

As Observações Diretas na Instituição apresentam 24 atendimentos terapêuticos sendo 18 com Fonoaudióloga com Estimulação da Linguagem, 2 de Fisioterapia com estimulação motora e 4 com Psicopedagoga para atividades cognitivas. Através das análises dos vídeos com o programa ELAN, verificamos que, a Comunicação Expressiva dos participantes deste grupo se caracterizou em sua maioria, como sendo Simbólica, na qual 6 crianças utilizam sinais com as mãos, símbolos não falados, palavras isoladas e destas, 3 utilizam também a fala. Verificamos que 4 crianças também utilizam a comunicação Convencional através do olhar intencional e gestos simples e 4 também utilizam a Eventual através de

vocalizações e movimentos corporais, conforme Quadro 155 a seguir, no qual foi demarcado com uma cor para cada participante abaixo do tipo de comunicação.

**Quadro 155 - Formas de Comunicação Expressiva na Instituição do Grupo A**

TIPO DE COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA				
POR RECONHECIMENTO	EVENTUAL	INSTRUMENTAL	CONVENCIONAL	SIMBÓLICA
			PA1 Estender objeto	PA1 Sinais com as mãos Símbolos não falados Fala
	PA2 Vocalização Movimento corporal	PA2 Tocar objetos e pessoas Manipular pessoas		
	PA3 Movimento corporal			PA3 Símbolos não falados
		PA4 Tocar objetos e pessoas	PA4 Olhar	PA4 Fala Sorrir
			PA6 Olhar	PA6 Fala/Canto/Sorri
			PA7 Gestos simples	PA7 Símbolos não falados Sinais com as mãos Fala
PA8 Expressão facial	PA8 Movimento corporal			
	PA9 Vocalização Movimento corporal			PA9 Símbolos não falados

**Legenda:** PA1 – na cor rosa, PA2 – na cor amarela, PA3 – na cor verde, PA4 – na cor laranja, PA6 – na cor azul, PA7 – na cor bege, PA8 – na cor cinza e PA9 – na cor roxo.

Salientamos alguns episódios que, a nosso ver, marcam as formas de comunicação do Grupo A na Instituição:

#### **PA2 na Instituição**

<b>TRILHA: Sorri</b>			
<b>Episódio</b>	<b>Tempo Inicial</b>	<b>Tempo Final</b>	<b>Duração</b>
<b>Sorri durante o tempo que bate palmas e nos pés com a terapeuta</b>	<b>00:01:51:115</b>	<b>00:01:59:232</b>	<b>00:00:08:117</b>
<b>Aqui temos um exemplo o uso da expressão facial e movimento corporal</b>			
<b>TRILHA: Vocalização</b>			
<b>Vocaliza “hummm”</b>	<b>00:01:17:572</b>	<b>00:01:18:839</b>	<b>00:00:01:267</b>
<b>Aqui temos um exemplo do tipo de vocalização na Instituição</b>			
<b>Continua na página 190</b>			
<b>Continuação da página 189</b>			
<b>TRILHA: Movimento Corporal</b>			
<b>Pega no braço da terapeuta com uma mão e balança três vezes</b>	<b>00:00:02:020</b>	<b>00:00:05:330</b>	<b>00:00:03:310</b>
<b>Aqui temos um exemplo da manipulação da pessoa, o participante estava interessado nos pingentes das pulseiras da terapeuta</b>			

**PA4 na Instituição**

<b>PA4 na Instituição</b>			
<b>TRILHA: Fala</b>			
<b>Episódio</b>	<b>Tempo Inicial</b>	<b>Tempo Final</b>	<b>Duração</b>
1. <i>papai</i>	00:00:11:600	00:00:12:750	00:00:01:150
2. <i>papai</i>	00:00:17:545	00:00:19:025	00:00:01:480
3. <i>papaiii</i>	00:00:56:930	00:00:58:350	00:00:01:420
4. <i>cadê mamãe?</i>	00:02:20:870	00:02:22:760	00:00:01:890
<b>TRILHA: Passa a mão no pai</b>			
1. <i>a mão direita no braço direito do pai</i>	00:00:16:990	00:00:21:270	00:00:04:280
2. <i>a mão direita no braço e peito do pai</i>	00:00:54:815	00:01:00:885	00:00:06:070
<b>TRILHA: Se joga para trás</b>			
1. <i>na direção do pai</i>	00:00:15:670	00:00:21:750	00:00:06:080
2. <i>na direção do pai</i>	00:00:52:000	00:00:55:240	00:00:03:240
<i>Aquí temos um exemplo do uso da fala, toque, olhar de PA4, verificarmos o tempo inicial e final a criança fala chamando o pai, passa a mão no pai, joga-se na direção do pai e fala novamente pai.</i>			

As Observações Diretas no Domicílio apresentam 16 visitas sendo que as crianças estavam em atividade com um dos familiares. Através das análises dos vídeos com o programa ELAN, constatamos que a Comunicação Expressiva dos participantes deste grupo se caracterizou em sua maioria, como sendo Eventual, na qual 6 crianças utilizam vocalizações e movimento corporal, sendo que, 6 também são Simbólicas ao utilizarem símbolos não falados, sinais com as mãos e a fala. Destacamos que os participantes que não falam vocalizaram mais em suas residências, com suas mães e familiares. Acreditamos que, este fato se deve, por estarem mais descansadas, tranquilas e atentas, sem ter que realizar o deslocamento para a instituição. A seguir podemos conferir no Quadro 156, o qual foi demarcado com uma cor para cada participante abaixo do tipo de comunicação:

**Quadro 156** - Formas de Comunicação Expressiva no Domicílio do Grupo A

TIPO DE COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA				
POR RECONHECIMENTO	EVENTUAL	INSTRUMENTAL	CONVENCIONAL	SIMBÓLICA
	PA1 Vocalização Movimento Corporal			PA1 Sinais com as mãos Olhar Fala
	PA2 Vocalização Movimento corporal	PA2 Tocar objetos e pessoas Manipular pessoas		
	PA3 Movimento Corporal			PA3 Símbolos não falados Palavra isolada
		PA4 Tocar objetos e pessoas	PA4 Olhar	PA4 Fala Sorrir
			PA6 Olhar	PA6 Fala Canto Sorrir Rabiscar
	PA7 Vocalização Movimento corporal			PA7 Símbolos não falados Sinais com as mãos
PA8 Expressão facial	PA8 Movimento corporal			
	PA9 Vocalizações Movimentos corporais			PA9 Símbolos não falados

**Legenda:** PA1 – na cor de rosa, PA2 – na cor amarela, PA3 – na cor verde, PA4 – na cor laranja, PA6 – na cor azul, PA7 – na cor bege, PA8 – na cor cinza e PA9 – na cor roxa.

Ressaltamos alguns episódios que, a nosso ver, marcam as formas de comunicação do Grupo A no Domicílio:

### **PA2 no Domicílio**

<b>Domicílio Inicial</b>			
<b>TRILHA : Vocaliza</b>			
<b>Episódio</b>	<b>Tempo Inicial</b>	<b>Tempo Final</b>	<b>Duração</b>
1. aaaa	00:00:02:200	00:00:02:930	00:00:00:730
2. eeeeeee	00:00:04:600	00:00:05:590	00:00:00:990
3. aaaaaaaa	00:00:34:770	00:00:36:220	00:00:01:450
4. aaaaaaa	00:00:59:920	00:01:01:240	00:00:01:320
5. aaaaa	00:01:01:765	00:01:02:445	00:00:00:680
<b>Continua p. 193</b>			
<b>Continuação p. 192</b>			
6. iiiii	00:01:20:050	00:01:20:520	00:00:00:470
7. iiiiii	00:01:20:880	00:01:21:310	00:00:00:430
8. eeeeeee	00:01:49:840	00:01:51:060	00:00:01:220
9. hummm	00:02:24:755	00:02:25:445	00:00:00:690
<b>Continua na página 192</b>			

<i>Continuação da página 191</i>			
<b>Domicílio Final</b>			
<b>Trilha: Vocaliza</b>			
<b>1. Aaa</b>	<b>00:00:03:132</b>	<b>00:00:03:783</b>	<b>00:00:00:651</b>
<b>2. Aaa</b>	<b>00:00:05:311</b>	<b>00:00:05:613</b>	<b>00:00:00:302</b>
<b>3. Aaa</b>	<b>00:00:07:100</b>	<b>00:00:08:079</b>	<b>00:00:00:979</b>
<b>4. Aaa</b>	<b>00:00:10:443</b>	<b>00:00:11:135</b>	<b>00:00:00:692</b>
<b>5. Éé</b>	<b>00:00:11:350</b>	<b>00:00:13:695</b>	<b>00:00:02:345</b>
<b>6. Mamama mamama</b>	<b>00:00:14:328</b>	<b>00:00:16:182</b>	<b>00:00:01:854</b>
<b>7. iii</b>	<b>00:00:18:972</b>	<b>00:00:19:792</b>	<b>00:00:00:820</b>
<b>8. Aaa</b>	<b>00:00:22:342</b>	<b>00:00:22:557</b>	<b>00:00:00:215</b>
<b>9. Grita</b>	<b>00:00:27:313</b>	<b>00:00:27:955</b>	<b>00:00:00:642</b>

#### **PA4 no Domicílio**

<b>TRILHA: Sorri</b>			
<b>Episódio</b>	<b>Tempo Inicial</b>	<b>Tempo Final</b>	<b>Duração</b>
<b>1. ao perder o equilíbrio e a fala da mãe</b>	<b>00:03:47:040</b>	<b>00:03:51:230</b>	<b>00:00:04:190</b>
<b>2. ao falar e ao olhar para a mãe</b>	<b>00:04:36:330</b>	<b>00:04:39:200</b>	<b>00:00:02:870</b>
<b>Trilha: Olha</b>			
<b>1. para o chão</b>	<b>00:03:47:055</b>	<b>00:03:48:695</b>	<b>00:00:01:640</b>
<b>2. para a mãe</b>	<b>00:04:37:085</b>	<b>00:04:39:165</b>	<b>00:00:02:080</b>
<b>Aqui temos um exemplo no qual a criança sorri para a mãe, perde o equilíbrio olha para o chão e no outro episódio dirige o olhar para a mãe.</b>			

Concluimos as análises deste grupo com o delineamento das seguintes características comunicativas:

- Vygotsky em seus pilares nos apresenta o homem enquanto ser biológico, mas que possui um cérebro que não é um sistema de funções fixas e imutáveis. Esclarece-nos que este sistema é aberto e de grande plasticidade que são moldados ao longo da ontogênese e da filogênese.

Vale ressaltar que o homem transforma-se de biológico em sócio histórico através da cultura, e esta relação dele com o mundo é mediada através de sistemas simbólicos. Esta interação dialética modula o homem e como é modulada por ele.

As crianças com a SCZv apresentam evolução nas formas de comunicação, mesmo diante de uma evolução atípica da aquisição da linguagem, em razão disso progressos ao longo do período da pesquisa nos confirmam o que Vygotsky diz com relação à linguagem, que esta é um sistema básico dos grupos humanos, logo, socialmente dado. A partir da experiência que estas crianças tiveram com o mundo objetivo e do contato com signos fornecidos pela cultura, foram construindo seu sistema de signos.

- Para Vygotsky a cultura não é algo estático, mas sim um local de “negociação” no qual seus membros recriam, reinterpretem informações, conceitos e significados, sendo assim cada sujeito é ativo. Ressalta que os sistemas simbólicos em particular a linguagem é fundamental na comunicação entre os indivíduos que permite a interpretação do mundo.

Averiguamos que todas as mães e terapeutas utilizam a fala para comunicação com os participantes, e estes participam da vida social, na qual estão inseridos.

- Podemos afirmar, diante dos instrumentos utilizados e das análises realizadas, que 3 crianças falam e obtiveram os maiores escores no PROC final; e 5 crianças utilizam formas não verbais como choro, sorriso, algumas vocalizações e palavras isoladas.

- PA3 não fala e nem faz qualquer tipo de vocalização, mas apresentou evolução nas suas formas de comunicação por meios não verbais que se mostraram significativas nas interações e para seu processo terapêutico.

- Constatamos que 3 participantes apresentaram evolução nas formas verbais (vocalizações) e não verbais (movimentos corporais, tocar, estender objetos, gestos simples) o que podemos correlacionar evolução também ao desenvolvimento cognitivo apresentado com o PROC.

Vygotsky apresenta duas funções básicas da linguagem: intercâmbio social, ou seja, a comunicação do homem com seus semelhantes; e de pensamento generalizante, no qual através da linguagem o indivíduo ordena o real, sendo que o significado é um componente essencial para a palavra ao mesmo tempo um ato do pensamento, dessa maneira, o significado é em si uma generalização. Temos aqui a união entre o pensamento e a fala, que nada mais é do que o pensamento verbal.

Concordamos aqui quando Vygotsky diz que o papel da fala no processo de desenvolvimento cognitivo é importante, já que, esta auxilia a criança em suas tarefas práticas.

- Todos os participantes apresentaram desde o início compreensão da linguagem oral, acreditamos que o fato destes não terem perda auditiva e visual, bem como a microcefalia ser leve, auxiliou para este comportamento.

Wallon refere que a criança compreende palavras e frases, antes mesmo de poder enunciá-las, o que demonstra a impregnação da linguagem e uma relação com seus aspectos global e afetivo para a aquisição.

- Observamos o pouco uso de gestos para a comunicação nos casos de déficit motor grave, pois alguns utilizavam as mãos para apoio do tronco ou não conseguiam movimentar os membros superiores com destreza.

Wallon diz que a criança ingressa nos símbolos através do andar e da linguagem. Essa fase demarcada através do ato mental que se projeta em atos motores. O seu pensamento está no início e necessita do auxílio dos gestos para exteriorizar e expressar, por isso, para este autor o gesto precede a palavra.

- O grupo tem perfil comunicativo expressivo do tipo Simbólico (6 participantes) através da fala, canto, símbolos não falados e Comunicação Alternativa.
- Salientamos que no Domicílio, 5 participantes que não utilizavam a fala, demonstraram o uso de movimento corporal e vocalizações mais vezes do que o observado na Instituição.

#### **4.2.2 Perfil do Grupo B**

O Grupo B é composto também por oito participantes, sendo 2 do gênero feminino e 6 do masculino. A idade na Fase Inicial variou entre 32 e 35 meses, na Fase Final, entre 38 e 41 meses. As informações clínicas e sobre a SCZv apresentam 7 crianças com microcefalia severa e 1 leve, informação que se justifica diante do PCN, que variou neste grupo entre 26 e 30 cm. O déficit motor apresentou 5 crianças com grau moderado e 3 grave. Todos os participantes utilizam cadeira de rodas adaptada, além de dificuldades nos movimentos dos braços e mãos. Também foram diagnosticadas com perda auditiva bilateral com latência.

Quanto a classificação oftalmológica na Fase Inicial 3 tinham cegueira, 1 com visão próxima à cegueira, 2 com baixa visual profunda e 2 com baixa visual moderada. Diante das terapias de estimulação visual e pelo fato da instituição ser referência na Região Norte-Nordeste em oftalmologia e reabilitação visual, observamos que na Fase Final 1 criança tinha cegueira, 2 próxima à cegueira, 4 com baixa visual moderada e 1 com baixa visual profunda. Conseqüentemente constatamos que 4 crianças a partir das estimulações visuais na instituição e com as

terapeutas e pelas mães no domicílio, apresentaram evolução visual, o que a nosso ver pode contribuir para a evolução da comunicação destas crianças.

As famílias residem em casa térrea, e todas receberam o *kit* multissensorial para a estimulação domiciliar e orientações para esta atividade de acordo com as necessidades específicas da criança.

As terapias na Fase Inicial para a Final foram reduzidas em pelo menos uma área para 4 participantes, os demais se mantiveram. Examinamos que este grupo realiza estimulação visual, auditiva e atividades de estimulação orofacial.

As entrevistas e a partir da sua categorização, pudemos constatar que 4 mães recordavam o objetivo da pesquisa, consideramos que as mães deste grupo estão mais atentas às atividades, aos eventos e acontecimentos que ocorrem com seus filhos, o que pode se justificar pelo comprometimento que manifestam.

Todos os participantes apresentam dificuldades motoras, 6 crianças frequentam 2 ou mais serviços de saúde para complementar os atendimentos. Salientamos que, para as outras, uma tem microcefalia leve e a outra, a genitora tem dificuldades pessoais para seus deslocamentos para outras instituições.

Constatamos que todas as mães se comunicam por “fala”, porém em seus relatos, referem também que seus filhos se comunicam: 4 através de choro e sorriso, 2 por sons e 2 por balbucio. Dado este que corrobora com a informação seguinte, fornecida por elas, na qual referem que seus filhos não falam. Visto que ainda, 3 mães gostariam de que seus filhos pudessem ter mais estimulação da linguagem com terapia de fonoaudiologia, 3 disseram não saber como melhorar a comunicação, dessa maneira vislumbramos que as respostas foram advindas diante da falta de perspectiva de melhora. E uma mãe foi bem enfática ao dizer que seu filho não fala porque não enxerga, pois tem a visão próxima à cegueira. Apenas 1 mãe não sabe se a comunicação é importante, as demais disseram ser importante ou muito importante.

As mães que souberam da SCZv antes do nascimento foram 4, e 3 na hora do parto, haja vista um dos sinais da síndrome, já eram bem evidentes por se tratar do PCN, bem abaixo do esperado e 1 soube após alguns meses, diante da confirmação através dos exames laboratoriais e por imagem. Por conseguinte, neste grupo a aceitação do diagnóstico foi mais evidente, bem como as aprendizagens sobre a síndrome foram distintas para cada uma, porque cada criança apresentava diferentes peculiaridades.

O Mapa de Comunicação teve como objetivo demarcar as características e necessidades dos participantes, as expectativas das famílias para ao final delinear as necessidades e potencialidades dos participantes. Como já mencionamos nas considerações dos desenhos; as crianças estão mais coloridas e maiores no tamanho. Destacamos que estas formas de representação demonstram o empenho das crianças e famílias para a evolução das mesmas, bem como as crianças estão mais pertencentes ao seu meio social. Ressaltamos que uma delas na Fase Inicial tem a boca bem demarcada de vermelho e os olhos grandes, sendo que estas são as maiores dificuldades da mesma. Outra criança, foi representada por um coração, seria pelo sentimento da mãe? Para representar seu amor? Aceitação? Já na Fase Final a criança foi representada por um rosto, passando a existir mesmo não sendo de corpo inteiro.

Realçamos que os 8 participantes são cadeirantes e nenhum está representado no desenho em uma cadeira de rodas ou sentada, vale reforçar que todas apresentavam dificuldade de controle cervical e torácico.

As características da criança foram em sua maioria palavras, que a nosso ver são positivas como: “linda, gorda”, uma forma de dizer, que independente das dificuldades física da criança elas são lindas aos olhos da mãe, e a palavra “gorda” pode ser considerada uma forma de ressaltar a força para a superação; já as palavras negativas têm: “chorona, lenta, manhosa”, acentuam que diante das formas de comunicação o fato de ser chorona e manhosa, pode demonstrar uma forma da criança expressar seu agrado ou desagrado, a palavra “lenta” a nosso entender é que algumas vezes as respostas comunicativas e/ou interativas são lentas e demoram um pouco para ocorrer, temos que considerar o fato de terem perda auditiva com atraso de latência.

As necessidades da criança foram descritas através de três itens, sendo em sua maioria: (1) gosta: “banho e música”, a nosso ver o banho é relaxante e proporciona informações táteis e sinestésicas, e a música demonstra resposta positiva para a estimulação auditiva e ressonância da voz humana; (2) não gosta: “ficar só”, aqui nos questionar como a criança sabe que está só diante das dificuldades visuais e auditivas, na verdade devemos ter em consideração os outros sentidos, como olfato, tato, propriocepção e sinestesia, sendo que os protestos e reclamações que realizam, demarcam a falta de estímulos e informações com o meio; (3) medos: “fogos e barulhos altos”, já que estes causam incomodo, pois para

o primeiro a criança não tem como antecipar o evento e no segundo a mesma acaba tendo uma desorganização e dificuldade de compreender as informações, que podem ser fragmentadas.

As expectativas da família foram descritas através de: desejos e sonhos que para a criança foram: “andar, falar, interagir” e para a família: “carro, casa”. Pudemos verificar que muitos desejos e sonhos que se referem aos participantes apontam as reais dificuldades da criança e os da família no caso casa e carro são justificados como sendo para o conforto da criança.

As potencialidades das crianças deste grupo se demarcaram por: gostar de brincar e de música e temos 4 delas que utilizam como canais sensoriais o auditivo e o tátil, e 2 utilizam o auditivo e visual e 1 auditivo e sinestésico e 1 tátil e sinestésico, sublinhamos que estes podem estar relacionados às dificuldade e às evoluções visuais e auditivas. A criança que utiliza o tátil e sinestésico é a que tem maior comprometimento visual e auditivo.

O Protocolo de Observação Comportamental - PROC - proporcionou uma análise de dados quanto à evolução quantitativa o grupo se demarcou pelas seguintes evoluções:

- Nem todos os participantes apresentam evolução nos escores, sendo estes: PB3 e PB4 em habilidades comunicativas e PB2, PB3, PB4 e PB5 em compreensão da linguagem oral;
- Todos os participantes apresentaram evolução no desenvolvimento cognitivo;
- Verificamos que 6 participantes evoluíram no escore para compreensão da linguagem oral;
- Salientamos que PB10 teve a maior evolução nas características comunicativas avaliadas, sendo sua mãe a mais nova e menos experiente dos dois grupos, além da criança realizar várias terapias na instituição, sendo que sua visão e audição apresentou evolução funcional;
- Os participantes PB3 e PB4 apresentaram as menores evoluções, sendo estas as crianças com maiores comprometimentos, e com dificuldades de interação com as terapeutas, com respostas nem sempre sistemáticas.

Observamos que quanto aos dados qualitativos para as habilidades comunicativas: 6 apresentaram evolução e todos utilizam comunicação intencional plurifuncional com ampla participação em atividade dialógica por meios não

simbólicos e não verbais. Enfatizamos que 6 crianças não apresentam organização linguística e 2 iniciaram a produção de palavras isoladas.

Pudemos constatar que 6 participantes não compreendem a linguagem oral, pois respondem de forma não sistemática às interações, e 2 compreendem ordens com até duas ações ligadas ao contexto imediato.

Neste grupo, observamos mudanças para a imitação de gesto e sonora, visto que 6 crianças passaram a imitar gestos visíveis no próprio corpo e a imitar sons não verbais, e 2 não respondem sistematicamente as solicitações. Evento este que pode estar ligado ao uso de gestos e movimentos corporais mais que vocalizações ou balbucios.

O Desenvolvimento Cognitivo apresenta a evolução de 4 crianças, o qual 3 passaram da fase sensório motor – fase inicial para fase avançada – e 1 foi para transição entre sensório motor e representativo e 4 não apresentaram evolução e permaneceram na fase inicial. O participante que teve a melhor evolução neste quesito, lembramos que, realizou cirurgia para o desvio ocular e sua acuidade visual e a funcionalidade da visão melhorou, conseqüentemente, todo seu desenvolvimento em diferentes áreas.

As Observações Diretas na Instituição apresentam 24 atendimentos sendo 12 para Estimulação Visual, 5 com Psicopedagoga, 4 de Fisioterapia e 3 com Fonoaudióloga. As Observações Diretas no Domicílio apresentam 16 visitas, sendo que todas as crianças estavam em atividade com algum familiar. Através das análises dos vídeos nos dois locais, verificamos através do programa ELAN, a Comunicação Expressiva, foi a mesma, na qual 8 crianças apresentam-se Eventual, através das vocalizações e movimentos corporais e também por Reconhecimento para 6 crianças através de expressões faciais. Apenas uma criança (por ter realizado cirurgia de desvio ocular) apresentou comportamento comunicativo Instrumental ao tocar objetos e pessoas. Quadro 157, o qual foi demarcado com uma cor para cada participante abaixo do tipo de comunicação:

**Quadro 157** - Formas de Comunicação Expressiva na Instituição e Domicílio do Grupo B

TIPO DE COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA				
POR RECONHECIMENTO	EVENTUAL	INSTRUMENTAL	CONVENCIONAL	SIMBÓLICA
PB1 Expressão facial	PB1 Vocalização Movimento Corporal			
PB2 Expressão facial	PB2 Vocalização Movimento Corporal			
	PB3 Vocalização Movimento Corporal			
PB4 Expressão facial	PB4 Vocalização Movimento Corporal			
PB5 Expressão facial	PB5 Vocalização Movimento Corporal	PB5 Tocar objetos e pessoas		
	PB6 Vocalização Movimento Corporal			
PB8 Expressão facial	PB8 Movimento corporal			
PB10 Expressão facial	PB10 Vocalização Movimento Corporal			

**Legenda:** PB1 – na cor rosa, PB2 – na cor amarela, PB3 – na cor, PB4 – na cor laranja, PB5 – na cor azul, PB6 – na cor bege, PB8 – na cor cinza e PB10 – na cor roxo.

Salientamos alguns episódios que, a nosso ver, marcam as formas de comunicação do Grupo B na Instituição:

### **PB2 na Instituição**

<b>TRILHA: Vocalizações</b>			
<b>Episódio</b>	<b>Tempo Inicial</b>	<b>Tempo Final</b>	<b>Duração</b>
3. <i>Ahahah...ahahah</i>	00:00:20:450	00:00:22:030	00:00:01:580
4. <i>Ahahahahah</i>	00:00:50:365	00:00:52:395	00:00:02:030
5. <i>Ahahahah</i>	00:00:52:475	00:00:54:065	00:00:01:590
6. <i>Ahah...rarara</i>	00:00:54:150	00:00:58:010	00:00:03:860
7. <i>Ahahahahah</i>	00:01:33:030	00:01:34:810	00:00:01:780
8. <i>Ahahahah</i>	00:03:04:460	00:03:06:080	00:00:01:620
9. <i>Ahahah</i>	00:03:06:495	00:03:07:075	00:00:00:580
10. <i>Eheheheheheh</i>	00:03:13:930	00:03:17:000	00:00:03:070
11. <i>Ehehehahahahah</i>	00:03:18:990	00:03:22:650	00:00:03:660

*Aqui temos um exemplo das vocalizações de PB2, sendo que nos dois últimos a terapeuta canta e a criança sonoriza diferente.*

### **PB4 na instituição**

<b>TRILHA: Olha</b>			
<b>Episódio</b>	<b>Tempo Inicial</b>	<b>Tempo Final</b>	<b>Duração</b>
1. para baixo	00:00:46:200	00:00:49:990	00:00:03:790
2. para a direita	00:00:50:080	00:00:50:870	00:00:00:790
3. para baixo	00:00:50:940	00:01:01:870	00:00:10:930
4. para frente	00:01:01:970	00:01:11:220	00:00:09:250
5. para baixo	00:01:11:290	00:01:17:100	00:00:05:810
6. para frente	00:01:17:260	00:01:27:740	00:00:10:480
7. para cima	00:01:27:815	00:01:28:955	00:00:01:140
8. para frente	00:01:29:020	00:01:30:870	00:00:01:850

*Aqui temos um exemplo da interação no qual a criança dirige o olhar em direções diferentes enquanto as terapeutas cantavam.*

Enaltecemos alguns episódios que, a nosso ver, marcam as formas de comunicação do Grupo B no Domicílio:

**PB2 no Domicílio** – na Fase Inicial, **vocalizou 21 vezes e na Fase Final 26 vezes**, como vemos a criança vocalizou muito mais em casa, como são 37 episódios não inserimos, mas podem ser vistos nos anexos das análises.

### **PB4 no Domicílio**

<b>TRILHA: Olha</b>			
<b>Episódio</b>	<b>Tempo Inicial</b>	<b>Tempo Final</b>	<b>Duração</b>
1. para a mãe	00:00:00:000	00:00:04:390	00:00:04:390
2. para baixo	00:00:04:500	00:00:07:950	00:00:03:450
3. para a mãe	00:00:08:010	00:00:11:770	00:00:03:760
<b>Trilha: Fala de MB4</b>			
<b>PB4zinho!</b>	00:00:05:040	00:00:06:430	00:00:01:390
<b>cadê PB4zinho?</b>	00:00:06:810	00:00:10:390	00:00:02:380

*Aqui vemos que a criança interage diante da fala da mãe ao olhar para ela.*

Concluimos as análises deste grupo com o delineamento das seguintes características comunicativas:

- Podemos afirmar que 4 crianças apresentaram evolução nas funções visuais e, conseqüentemente, nas interações com os familiares e terapeutas, consideramos que estas ocorreram diante das estimulações visuais realizadas na instituição que é referencias na região Norte-Nordeste.
- As mães e terapeutas utilizaram a fala com os participantes, mesmo diante da perda auditiva delas. Wilson (1996) refere que mesmo diante da surdez a fala deve acompanhar todas as pistas que são dadas ao surdocego ou ao múltiplo deficiente.

- As terapias realizadas na Instituição se mantiveram em três áreas para este grupo, sendo que duas delas se referem aos sentidos distais – visão e audição. Sabemos que mesmo diante de perdas visuais significativas a estimulação visual associada à neuroplasticidade, promove na criança avanços significativos na eficiência visual. (SAMPAIO, et al., 2010).
- Todos os participantes apresentam evolução nas formas de comunicação, mesmo estas sendo atípicas, por conseguinte, destacamos a evolução no desenvolvimento cognitivo através da avaliação do PROC. Neste item, lembramos das considerações também realizadas no Grupo A, quanto ao pensamento de Vygotsky.
- Acreditamos que a estimulação auditiva pôde auxiliar para que 6 participantes apresentassem evolução na compreensão da linguagem oral. Neste item, temos a mesma consideração teórica realizadas no grupo A, quanto ao pensamento de Wallon.
- O participante PB10 apresentou evolução quantitativa significativa diante de todos os participantes, acreditamos que o baixo escore inicial e de todas as estimulações realizadas na instituição e no domicílio, tenham colaborado para um aumento de 152% da Fase Inicial para a Final.

Neste evento, ressaltamos que Vygotsky argumenta que as leis gerais do desenvolvimento são iguais para todos, mas que a organização sociopsicológica da criança deficiente requer um olhar para o potencial para se desenvolverem, este fato irá depender da forma como serão tratadas, devem, portanto, receber a oportunidade de viver como pessoas ditas típicas.

- Dois participantes com os comprometimentos mais graves na área visual, auditiva e motora e do tipo de microcefalia, apresentaram dificuldades nas evoluções de suas comunicações expressivas, permanecendo nas formas mais básicas.
- Chamou-nos atenção o fato de 6 participantes terem dificuldade para a organização linguística, algo que correlacionamos à questão das perdas auditivas em todo o grupo. Bem como o fato de que talvez dois participantes realizem a compensação desta perda.
- O grupo se demarcou tanto na Instituição como no Domicílio com todos os participantes utilizam vocalizações e movimentos corporais para Comunicação

Expressiva do tipo Eventual, assim como 6 destas também utilizam expressões faciais, sendo estas do tipo Por Reconhecimento.

- Salientamos que PB3 e PB6 tiveram uma evolução nas vocalizações. Apresentaram poucos eventos com expressão facial (sorrisos, rosto sisudo) e também muita dificuldade para manter o contato olho no olho, devido às perdas visuais graves. Portanto, necessitam de alternativas para suas formas de comunicação que propiciem uma maior interação com seu meio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nosso desejo de falar sobre tramas e entrelaces decorrentes das formas de comunicação utilizadas por um grupo de crianças com a SCZv, apresentam nessas considerações finais, se é que podemos dizer “ finais”, o resultado desses primeiros estudos.

Apesar de pouco mais de quatro anos dos primeiros eventos da microcefalia na região Nordeste, e, posteriormente, pelo conjunto de sinais e sintomas apresentados, e sua associação com o vírus da Zika, hoje temos uma nova síndrome conhecida como Síndrome Congênita do Zika vírus. Assim, além de um novo conceito, o desenvolvimento atípico dessas crianças mostra uma diversidade de possibilidades nas formas de comunicação. Pretendemos mapeá-las, apresentando-as como um perfil dos primeiros estudos.

É importante assinalar que a pesquisa contou com a fundamentação orientada por Vygotsky, Wallon, van Dijk e outros ajudando a compreender tramas e entrelaces do emergir da comunicação dessas crianças.

Iniciamos o estudo, levando em consideração que a síndrome é nova tanto quanto a pesquisa nessa área, uma vez que não identificamos contribuições de outros autores e teorias únicas e específicas, para o estudo. Elegemos, desse modo aquelas que a nosso ver sustentam a tese aqui descrita.

Consideramos, inicialmente, que esses bebês, ao nascerem, não apresentam o desenvolvimento comum às demais crianças pelo fato de sofrerem os efeitos de um **vírus** que ainda não conhecemos bem, todavia já foi possível identificar o seu impacto no desenvolvimento.

Ao finalizarmos, apresentamos nosso posicionamento quanto à aquisição da linguagem. Acreditamos que a língua interna é individual, cognitiva e psicológica; já a língua externa é social, compreendem os sons, palavras, regras gramaticais, escritas, geram comunicação e interação. Portanto, o uso da linguagem perpassa por expressões e estruturas psicológicas de decodificação do código linguístico dentro das palavras, orações e texto.

As expressões perceptíveis e sensoriais da linguagem entram na produção, na fala, no gesto e na escrita. A linguagem se remete à aquisição de uma língua particular própria de cada criança e acesso à informação, interação social no sentido

de troca de conhecimento. O processo de aquisição da linguagem envolve o pragmático, a comunicação dentro de um contexto social.

O acesso da criança ao objeto linguístico é direto e o papel do adulto é o de “facilitar” esse acesso diante do caráter dialético da interação adulto-criança; como podemos observar nas interações dos participantes/terapeutas e/ou mães. Posicionamo-nos a favor de uma visão da criança ativa, que se constrói a partir da interação com o outro, num contexto sociocultural determinado.

A transição da comunicação e o uso inicial da linguagem para a linguagem; é algo que demarca nosso estudo, haja vista, no momento que a criança entra na cena humana é exatamente quando ocorre a interpretação e negociação; podemos, neste contexto, emergir da aquisição a linguagem.

Sabemos que a linguagem está presente no desenvolvimento da criança desde o nascimento, pois os adultos não só falam entre si, mas com ela, ao chamarem sua atenção para objetos, ações e pessoas.

Até o presente momento, como comentamos anteriormente, não encontramos estudos sobre formas de linguagem que componham o perfil dessas crianças. Diante dessa constatação, procuramos analisar o emergir da comunicação de crianças, que apresentaram precocemente microcefalia, déficit motor, como daquelas que além dessas limitações apresentam também perdas visuais e auditivas, concomitantemente, com idade variando entre 31/44 meses. Para esse fim, empregamos alguns instrumentos que a nosso ver contribuíram para o delineamento proposto.

Nossas escolhas para a análise da comunicação dos participantes foram através dos seguintes instrumentos metodológicos:

- a) Prontuários já existentes na instituição (um centro de referência no atendimento a essas crianças);
- b) Protocolo de Observação Comportamental;
- c) Mapa de comunicação;
- d) Observação direta na instituição e no domicílio.

Descrevendo cada um deles:

a) Prontuário existente na instituição - Centro de Reabilitação Menina dos Olhos – CER –IV - da Fundação Altino Ventura (FAV), local da pesquisa. A

instituição realiza uma avaliação inicial de todos os pacientes, produzindo um prontuário com avaliações rotineiras que constam de: anamnese, avaliação oftalmológica, audiológica, neurológica e neuromotora, entre outras.

b) O Protocolo de Observação Comportamental (PROC) foi empregado pelo fato de se tratar de um instrumento capaz de investigar a linguagem ausência da oralidade. Quando a linguagem é vista não só como um código, mas também como uma atividade comunicativa e cognitiva, ela pode ser investigada em crianças com menos de três anos de idade, com limitações ou ausência de linguagem verbal.

c) A elaboração do Mapa de Comunicação teve como finalidade traçar um perfil do que pensavam e sentiam mães e/ou responsáveis sobre a vivência com a criança e perspectivas para o futuro.

d) A Observação Direta na Instituição e no Domicílio, em diferentes períodos ao longo de oito meses, mostraram ocorrências do que era vivido pela criança: 1) em situação de terapia com ações planejadas;

2) na vida familiar na qual foi possível acompanhar ações e respostas espontâneas.

Para a análise dos dados, contamos com o auxílio do Programa **ELAN**. Esse programa permitiu a anotação de arquivos de áudio e vídeo, bem como a seleção de partes do arquivo, trilhas de anotações de diferentes falantes, sendo que o pesquisador define as trilhas de acordo com seus objetivos.

Sublinhamos, que ao longo dos últimos quatro anos, acompanhamos a importância da família na travessia da criança e, principalmente, o papel da mãe e/ou responsável, no processo de intervenção precoce, expresso do trabalho que a FAV realiza. São dois grupos de trabalho com as mães: o Grupo de Empoderamento e o Grupo de Apoio Psicossocial que sem dúvida ajudarão a superar alguns obstáculos que se apresentam. Essas mães recebem capacitação e orientação para participarem das terapias, na instituição e no domicílio, podendo repassar informações para outros familiares a partir das capacitações recebidas.

Retomando o nosso objetivo principal, após as análises, podemos afirmar que os dois grupos de crianças com SCZv, apresentaram um desenvolvimento atípico para a idade, contudo a partir das interações com as mães, familiares e terapeutas passaram a demonstrar suas potencialidades em várias áreas do desenvolvimento.

Pudemos constatar que mesmo diante de dois grupos com comprometimentos distintos, as formas de comunicação chegam a se assemelhar

entre algumas delas. Logicamente, temos de considerar diversos fatores que podem interferir em uma maior ou menor evolução, tais como, estado de saúde, frequência nas terapias, motivações dos familiares, disponibilidade de transporte para aquelas que moram em cidades do interior, cansaço pela viagem, entre outros.

Outrossim, na medida em que precisávamos responder o que as intervenções propunham tendo como base os objetivos que foram planejados, destacamos os resultados que mais se evidenciaram, a saber:

Vejamos o que nosso estudo conseguiu identificar nas tramas que se delinearão, mostrando formas de comunicação que passamos a descrever resumidamente.

**Identificamos evolução quantitativa e qualitativa em todas as crianças, no conjunto das avaliações.**

#### **Grupo A**

Nesse grupo de oito (08) de crianças sem perda visual e auditiva, os resultados que conseguimos identificar foram os seguintes:

- **Três** crianças (PA1, PA4 e PA6) apresentaram evolução muito próxima ao que já possuíam, no início da avaliação (utilizam a comunicação verbal – fala e canto);
- **Três** (PA2, PA3 e PA7) mostraram uma maior evolução utilizando a comunicação não verbal - movimento corporal, vocalizações – manuseio de objetos, toques pessoas, além do olhar dirigido para a fonte do estímulo.
- **Duas** (PA8 e PA9) crianças que utilizam a comunicação não verbal apresentaram a evolução aproximada da posição inicial.

#### **Grupo B**

Do total de oito (08) participantes, três crianças (PB6, PB8 e PB10) obtiveram o maior aumento quantitativo e qualitativo desse grupo, o que pode parecer paradoxal, uma vez que possuíam os maiores comprometimentos.

Ao analisarmos os dados, vemos que uma provável explicação para a evolução dessas crianças, seja o fato do número de terapias realizadas semanalmente por elas, (5 terapias) enquanto o grupo A tinha em média (3 terapias).

Apesar de não falarem, usavam a comunicação não verbal com as terapeutas, aumentando ainda, as interações no domicílio junto às mães e aos irmãos, como pudemos constatar com dados da fase final da coleta.

Portanto:

- ✓ **Todas** utilizam a comunicação não verbal;
- ✓ **Sete** (PB1, PB3, PB4, PB5, PB6, PB8 e PB10) apresentam vocalizações, o que não era perceptível no início das avaliações. Dentro desse grupo **duas** (PB3 e PB6) não demonstram expressões faciais, provavelmente, uma vez que se trata de crianças que expõem problemas visuais mais graves.

- ✓ **Uma** (PB8) não vocaliza, embora apresente movimentos corporais e expressões faciais. Trata-se de uma criança com baixa visão, motivo pelo qual acreditamos que pelo resíduo visual, ela pode identificar movimentos e algumas expressões faciais, dependendo da proximidade dela.

**Observação:** Uma informação identificada no prontuário da instituição, na fase final do período no qual acompanhamos essas crianças foi a de que a eficiência visual mostrou evolução nesse grupo, dado fornecido nos testes de Teller, realizado pela equipe da FAV. Esse dado pode ratificar o uso de expressões faciais, que não existiam antes.

Quanto às **questões cognitivas** foi possível apenas pontuar uma mudança **positiva** nesse desenvolvimento através da avaliação do PROC, embora não nos permita afirmar que existiam dificuldades nessa área.

Com a indagação que fizemos no início do estudo, podemos explicar que:

### **Grupo A**

- ✓ **Seis** (PA1, PA3, PA4, PA6, PA7 e PA9) crianças utilizam comunicação expressiva simbólica – fala, canta, rabisca, realiza sinais não verbais e sinais com as mãos, apresentando compreensão da linguagem oral desde o início;

- ✓ **Duas** (PA2 e PA9) crianças continuam na fase sensório-motora;

### **Grupo B**

- ✓ **Todas** as crianças se encontram na fase sensório-motora não apresentando mudanças significativas que nos permitissem afirmar que havia

comprometimentos intelectuais devido às dificuldades de interação visual e auditiva que tornam as relações com o meio, mais complexas.

✓ Apesar de existir o serviço de Psicologia na instituição não foi possível planejar a contribuição desses profissionais no que tange à avaliação da potencialidade intelectual, ficando esse dado para confirmação ou não em outros estudos que poderão ser desenvolvidos.

Alguns aspectos que foram observados nos parecem muito importantes, como:

✓ olhar para as análises dos grupos, uma vez que surgem aspectos a nosso ver estanques e estáticos, que parecem dizer pouco, mas que na realidade traduzem o momento da criança e sua família.

✓ os dados dinâmicos e repletos de possibilidades nos trazem maiores facilidades para desvendar tramas que se esconderam quando não foram tão claramente expostos, valorizando os primeiros, tanto quanto esses últimos.

Ao observar qualitativamente os dois grupos, reafirmamos que as peculiaridades de cada uma das crianças, mais comprometidas motoramente ou não, mais ou menos auxiliadas pelas famílias, gozarem de um pouco mais de saúde, ajudam o desenvolvimento de potencialidades.

Consideramos ainda que essas crianças com comunicação não verbal necessitam oportunidades diferenciadas através de um modelo funcional (no qual os objetivos são selecionados especificamente em função de critérios definidos individualmente) para sua inclusão social e escolar.

Sabemos que o diagnóstico marcou cada uma das mães e familiares. Sabemos da tristeza de um prognóstico pouco animador para um filho, no entanto, geralmente, a falta de prognóstico cria um caos para que se possa aceitá-lo. Assim como a síndrome é nova, o prognóstico ainda não é bem definido, dessarte compreendemos as dificuldades que circulam essa síndrome. Finalizamos por agora, com a citação de Solomon (2013, p. 419), quando afirma que:

Encontra-se beleza ou esperança na existência desse filho [deficiente], não nos seus feitos. Grande parte da paternidade [ou maternidade] envolve alguma luta para mudar, educar e aprimorar a prole; as pessoas com múltiplas deficiências [e surdocegas] podem não vir a ser nada mais, e há uma pureza irresistível no engajamento parental, não com o que podia ou devia ser ou será, mas simplesmente com o que é.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.F.P.M. et.al. Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, 34(P), 2018.

ALSOP, L. et.al. **Um manual de recursos para compreender e interactuar com infantes, parvulos y niños pre-escolares com sordo-ceguera**. Departamento Communicative Disorders. Utah State University. Logan, s/d

AMARAL, L.A. Descobrimo as novas formas de comunicação e de acesso ao mundo: ser surdocego numa sociedade que desconhece o que é surdocegueira. In: MASINI, EFS, et al. **Do Sentido...Pelos Sentidos... para o Sentido... sentidos das pessoas com deficiências sensoriais**. Niterói: Intertexto/São Paulo: Vetor, 2002.

ARÁOZ, S.M.M; COSTA, M.P.R. Reflexões sobre a existência entre pesquisas e publicações sobre surdocegueira no Brasil. Santa Maria. **Revista Ed. Esp**, n.32, p.257-72, 2003.

\_\_\_\_\_. **Deficiência Múltipla: As Técnicas Mapa e Caminho no apoio à Inclusão**. Jundiaí: Paco Editorial, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad.: Luís Antero Rito, Augusto Pinheiro, São Paulo: Edições 70, 2016.

BAUER, M.W., GASKELL, G., **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

BOATO, E.M., **Henri Wallon e a deficiência múltipla: uma proposta de intervenção pedagógica**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

BOGDAN, R., BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Trad.: Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto, Portugal: Porto Editora, 1994.

BRASIL. **Aspectos éticos, políticos e educacionais de normalização e integração da pessoa portadora de necessidades especiais**. Portaria nº 1.793/1994 Fonte: portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/port1793.pdf.

BRASIL. **Lei de Apoio às pessoas com deficiência e sua integração social**. Lei 7.853/1989. Fonte: [https://www.udesc.br/arquivos/udesc/documentos/LEI\\_N\\_7\\_853\\_DE\\_24\\_DE\\_NOVEMBRO\\_DE\\_1989\\_15226884547518\\_7091.pdf](https://www.udesc.br/arquivos/udesc/documentos/LEI_N_7_853_DE_24_DE_NOVEMBRO_DE_1989_15226884547518_7091.pdf)

\_\_\_\_\_. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional** que garantiu o atendimento educacional especializado. Lei nº 9.394/1996 Fonte: portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394\_ldbn1.pdf.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Decreto nº 3.298/1999. Fonte: portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf.

\_\_\_\_\_. **Lei que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade**

**reduzida, e dá outras providências.** Lei 10.098/2000. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-publicacaooriginal-1-pl.html>

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Especial.** Parecer nº 17/2001 Fonte: [portal.mec.gov.br/arquivo/pdf/CEB017\\_2001.pdf](http://portal.mec.gov.br/arquivo/pdf/CEB017_2001.pdf).

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica.** Resolução do MEC nº 2/2001 Fonte: [portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201)

\_\_\_\_\_. **Língua Brasileira de Sinais.** Lei nº 10.436/2002. Fonte: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10436.htm)

\_\_\_\_\_. **Grafia Braille para a Língua Portuguesa.** Portaria nº 2.678/2002. Fonte: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/grafiaport.pdf>

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Curriculares Nacionais para Formação de Professores de Educação Básica.** Resolução nº 1/2002 Fonte: [portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/tvescola/leis/CES0101.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/tvescola/leis/CES0101.pdf).

\_\_\_\_\_. **Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS.** Decreto nº 5626/2005. Fonte: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm)

\_\_\_\_\_. **Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação.** Decreto nº 6.094/2007. Fonte: [portal.mec.gov.br/par/legislação](http://portal.mec.gov.br/par/legisla%C3%A7%C3%A3o)

\_\_\_\_\_. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência:** Convenção ONU. CORDE: Brasília, 2008

\_\_\_\_\_. **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Decreto-Lei nº 6.949/2009. Fonte: [portal.mec.gov.br/dmdocuments/decreto6949\\_seesp.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/decreto6949_seesp.pdf).

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Educação Especial.** CAVALCANTE, T.C.F. A pessoa com deficiência motora frente ao processo da alfabetização. MEC/SEB: Brasília 2012, cap. 2, p. 10.

\_\_\_\_\_. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.** Lei nº 13.146/2015. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)

\_\_\_\_\_. **Orientações para o acolhimento dos bebês com microcefalia pela educação infantil.** Nota Técnica nº25. DPEE/SECADI/MEC. 2016

\_\_\_\_\_. **Estratégias e orientações pedagógicas para a educação de crianças com necessidades especiais.** Secretaria de Educação Especial. Brasília; MEC/SEESP, v.1,4,6,8, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saberes e práticas da inclusão: dificuldades de comunicação e sinalização: surdocegueira/múltipla deficiência sensorial.** Brasília: MEC, SEESP; v. 6, 2006

\_\_\_\_\_. **Resolução CNE/CEB nº 4. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica modalidade**

**Educação Especial.** Brasília, 2009, acesso em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004\\_09.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf)

\_\_\_\_\_. **Consolidação da Inclusão Escolar no Brasil: 2003 a 2016.** Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão 2016.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Políticas de Educação Especial. Nota técnica nº25/2016. **Orientações para o acolhimento dos bebês com microcefalia pela educação infantil.** In: A consolidação da inclusão escolar no Brasil: 2003 a 2016. Brasília: Ministério da Educação, 2016b, p.46-47. Disponível em: <http://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/a-consolidacao-da-inclusao-escolar-np-brasil-2003-a-2016.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika.** Brasília: Ministério da Saúde, Versão 2.0, 2016.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. M.A., 2016.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika (Vol. 2.0).** Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. 2016.

\_\_\_\_\_. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 30 de 2018,** Boletim Epidemiológico nº39. Secretaria de Vigilância em Saúde. V. 49. Set. 2018.

BRAVO, A.D.; DUGNANI, K.C.B. Análise de Artigos em Periódicos Nacionais. In: Costa, M.P.R. **Múltiplas Deficiências: Pesquisa & intervenção.** São Carlos: Pedro & João Editores. p. 19-26. 2009.

BRUNER, J. **Como as crianças aprendem a falar.** trad.: Joana Chaves. Lisboa: Instituto Piaget, 1983.

BRUNO, M.M.G., **Avaliação Educacional de alunos com Baixa Visão e Múltipla Deficiência na Educação Infantil.** Dourados, MS: Editora da UFGD, 2009.

CADER-NASCIMENTO, F.A.A.A.; COSTA, M.P.R. A prática educacional com crianças surdocegas. **Temas em psicologia da SBP**, vol. 11, nº2, p.134-146, 2000.

\_\_\_\_\_. **Descobrendo a surdocegueira: educação e comunicação.** São Carlos: EdUFSCar, 2005.

CALVET, L.J. **As políticas linguísticas.** São Paulo: Parábola Editorial, 2007.

CAMBRUZZI, R.C.S.; COSTA, M.P.R. **Surdocegueira: níveis e formas de comunicação.** São Carlos: EdUFSCar, 2016.

CANGUSSU, Lucia, **Vírus da Zika: histórico e epidemiologia**. <http://luciacangussu.bio.br>. acesso em 12/07/2016

CAVALCANTI, W.M.A. Criar filhos com necessidades especiais: a palavra das mães. In: ALMEIDA, M.C.L.A.; OLIVEIRA, A. et al. (orgs). **Mulher e Família: diversos dizeres**. São Paulo: Oficina do Livro Editora, 2006

CORMEDI, M.A., **Referências de Currículo na Elaboração de Programas Educacionais Individuais para surdocegos congênitos e Múltiplas Deficiências**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade). São Paulo: Presbiteriana Mackenzie, 2005.

\_\_\_\_\_. **Alicerces de significados e sentidos: aquisição da linguagem na surdocegueira congênita**, Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

COSTA, M.P.R.(Org.) **Múltipla Deficiência: Pesquisa e Intervenção**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2009.

COSTA, M.P.R.; RANGNI, R.A. (Org.). **Surdocegueira: estudos e reflexões**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2015.

CRESWELL, J. W., CLARCK, V.L. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre: Penso, 2007.

DANIELS, H. (Org.). **Vygotsky em Foco: pressupostos e desdobramentos**. Campinas: Papirus, 2004.

DANTONA, R. Services for deaf-blind children: *Exceptional Children*, v. 43, n.3, 1976. In: CADER-NASCIMENTO, F.A.A.A.; COSTA, M.P.R. **Descobrimo a surdocegueira: educação e comunicação**. São Carlos: EdUFSCar, 2005.

DB-LINK. **Comunicación Expressiva: Cómo los niños nos envían mensajes**. Córdoba, Argentina, mai1996.

\_\_\_\_\_. **Comunicación Receptiva: Cómo los niños entienden nuestros mensajes**. Córdoba, Argentina, ago1996.

DIJK, J.V. **History and Change in the Education of Children who are deaf-blind since the rubella epidemic of the 1960s: Influence of Methods Developed in the Netherlands**. In collaboration with NELSON, C. University of Utah. *Deaf-Blind Perspective*. Winter 1997-98

DINIZ, D. **Zika: do sertão nordestino à ameaça global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1ª edição, 2016.

DUFFY, et al. **Surto de vírus Zika na Ilha Yap, Estados Federados da Micronésia**. 2009. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0805715>

EICKMANN, S.H., et al. Síndrome da Infecção Congênita pelo vírus Zika. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(7) e 00047716, jul., 2016.

ENGEL, T. (org). **Métodos de Pesquisa**, Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil e pelo Curso de graduação Tecnológica. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

FARIAS, S. S.; MAIA, R. S. O surdocego e o paradigma da inclusão. **Inclusão: Revista de Educação Especial**, Brasília, v. 4, s.n., 2007.

FEITOSA, I.M.L.; FACCINI, L.S.; SANSEVERINO, M.T.V. Aspectos importantes da Síndrome da Zika Congênita para o pediatra e o neonatologista. **Boletim Científico de Pediatria**, v. 5, n.3. 2016.

FERREIRA, H. R. **Comunicação não verbal**: cinésia, proxémica e paralinguagem. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2000/2001.

FIGUEIREDO, F.J.Q. **Vygotsky**: a interação no ensino/aprendizagem de línguas. São Paulo: Parábola, 2019.

FILHO VENTURA, M.C. et.al. **Síndrome congênita do vírus da zika**: Manifestações oculares e resultados. Revista e-oftalmo, v.4, n.1, p. 2-7, 2008. Disponível em: <http://eoftalmo.org.br>

FINGER, I. QUADROS, R.M. **Teorias da Aquisição da Linguagem**. Florianópolis; Editora da UFSC, 2008.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. In: SOUZA, K.R.; KERBAUY, M.T.M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Rev. Educ e Filos**, Uberlândia, v.31, n. 61, p.21-44, jan/abr 2017.

FREEMAN, P. **El bebe sordo-ciego**: un programa de atención temprana. Madrid: ONCE, 1995.

GALVÃO, N.C.S.S.; MIRANDA, T.G. Atendimento educacional especializado para alunos com surdocegueira: um estudo de caso no espaço da escola regular. **Rev. Bras. Educ. Esp.**, vol. 19, Marília, jan/mar, 2013.

GALVÃO, I. **Henri Wallon**: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

GLEASON, D. **Primeras interacciones com niños sordo-ciegos**. DB-Link. Centro de Información Nacional sobre niños que son sordos y ciegos. Trad. Programa Hilton/Perkins. Monmouth: OR, USA. Mayo, 1997.

GOES, M.C.R. Relações entre Desenvolvimento Humano , Deficiência e Educação: Contribuições da Abordagem Histórico- Cultural. In: OLIVEIRA, M.K. **Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea**. Ed. Moderna: São Paulo, 2002.

HENRY, 2014 <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/2016/pdfs/et-2016.pdf>

JAKOBSON, R. **Linguística e Comunicação**. Ed. Cultrix: São Paulo. 2008.

KYRILLOS, L.R. (org). **Expressividade**: da teoria à prática. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

LEEUWEN, T.V. **The Language of colour: An introduction**. New York: Routledge, 2011.

LIMA, P.A. **Educação Inclusiva e Igualdade Social**. São Paulo: Ed. Avercamp, 2006.

LIMA, R. R. A., et al. **Inclusão do aluno com microcefalia: a realidade das escolas públicas e privadas de Pernambuco**. IV CONEDU, João Pessoa, 2017.

MAHONEY, A.A., et al. **Henri Wallon: Psicologia e Educação**. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

MANTOAN, M.T. O Direito de ser, sendo diferente, na escola. **R. CEJ**, Brasília, n.23, p.36-44, ju/set. 2004.

MASINI, E.S.F. **Do sentido... pelos sentidos... para o sentido**. Niterói: Intertexto, São Paulo: Vetor. 2002.

\_\_\_\_\_. et al. **Concepções de professores do ensino superior sobre surdocegueira: estudo exploratório com quatro docentes**, Revista Bras. Est. Pedag. Brasília, v.88, n 220, p. 556-573, set/dez. 2007.

MAZZOTTA, M.J.S. **Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas**. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

MCINNES, J. TREFFY, J.A. **A Guia para o desenvolvimento emocional e social**. Texto traduzido do espanhol Guia para El desarrollo Del niño sordociego. 1982. trad. Para o espanhol: Graciela Ferioli, 1992. Trad. Para o português: Dalva Rosa. Projeto Ahimsa/ Hilton Perkins, 1995.

MILLER, G.A. Comunicação não verbal. In: \_\_\_\_\_, (Org.). **Linguagem, psicologia e comunicação**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1976.

MILES, B. **Perspectiva General sobre La sordo-ceguera**. DB-Link. Centro de Información Nacional sobre niños que son sordos y ciegos. Trad. Programa Hilton/Perkins. Monmouth: OR, USA. December 1995.

MILES, B., RIGGIO, M. **Remarkable Conversation – A guide to developing meaningful communications with children and Young adults who are deafblind**. Watertown: Perkins School for the Blind, 1999. Trad.: Laura Lebre Anclilotto. Projeto Ahimsa/Perkins, 2002.

MONTEIRO, M.A. Surdez-cegueira. **Revista Benjamin Constant**, n.03, p. 1 – 10, Maio, 1996.

NUNES, C.R.L. Relato de vida. Vencendo obstáculos. **Jornal Toque Mãos que Falam**, ano II, n.4, p.1, primavera/verão, 2001.

OLIVEIRA, M.K., **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um proceso sócio-histórico**. São Paulo: Editora Scipione, 1993.

\_\_\_\_\_. Vygotsky: alguns equívocos na interpretação de seu pensamento. **Cad. Pesq.** São Paulo, n. 81, p. 67-74, Maio, 1992.

OLIVEIRA, M.X. **Aplicação de um enfoque baseado no movimento para o ensino de alunos deficientes sensoriais e com múltipla deficiência sensorial.** Projeto Horizonte. AHIMSA – Hilton Perkins. 2002.

ONCE, **1ª Conferencia de Padres de niños sordociegos**, Coordenadores: Daniel Álvarez Reyes y Asunción Leyton Gómez. Madri, Espanha, Abril/1991.

\_\_\_\_\_, **2ª Conferencia Nacional de Personas Sordociegas**, Coordenadores: Daniel Álvarez Reyes y Asunción Leyton Gómez. Madri, Espanha, Marzo/1991.

ORELOVE, F.P.; SOBSEY, D.; GUILLES, D.L. **Educating Students with Severe and Multiple Disabilities.** Baltimore. USA. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Apoio Psicossocial para mulheres grávidas e famílias com microcefalia e outras complicações neurológicas no contexto do Zika vírus**; Guia preliminar para provedores de cuidados à saúde. WHO/ZIKV/MOC/16.6, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2015a  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&itemid=270&gid=3007&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&itemid=270&gid=3007&lang=en)

\_\_\_\_\_. **SZC – Síndrome da Zika.** Cartilha para Profissionais de Saúde da Atenção Básica. Brasília, DF: OPAS, 2017.

OUSHIRO, L. Transcrição de Entrevistas Sociolinguísticas com o ELAN. In: **Metodologia de Coleta e Manipulação de Dados em Sociolinguística.** São Paulo: Editora Edgard Blücher. Cap. 9, p.118-131. 2014.

PACCO, A.F.R.; SILVA, E.R.M. **A surdocegueira no contexto escolar.** Educação, Batatais, v.5, n.2, p. 141-166, 2015.

PERGIGÃO, M.G.S. A Psicogenética Walloniana e o Desenvolvimento da Linguagem: implicações à educação. **Cad. Pes**, São Luis. v.21, n.3, set. /dez. 2014.

RACHED, S.F.S. **Ver e Ouvir a surdosegueira: o emergir da comunicação.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Linguagem). Recife: Unicap, 2011.

RACHED, S.F.S; CAVALCANTI, W.M.A. *Aspectos que podem interferir na inclusão social e escolar da criança com síndrome congênita do zika virus.* In: **Políticas e Práticas Educacionais: Dilemas e Proposições**, Cap. 11. 2018.

REGO, T.C. **Vigotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação.** Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

RIBEIRO, M.F. **Acessibilidade como ferramenta para inclusão escolar e social de pessoas com surdocegueira.** Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciencias Humanas, Letras e Artes, Curso de Pedagogia. Maringá, 2013.

RIBEIRO, B.N.F. Síndrome congênita pelo vírus Zika e achados de neuroimagem. **Radiol. Bras.** 2018. Mar/Abr.; 51 (2): VII-VIII.

SALAMANCA. **Declaração**. 1994. Disponível em [www.cedipad.org.br/salmanca.htm](http://www.cedipad.org.br/salmanca.htm). Acesso em 23 de mai. de 2004.

SALGE, A.K.M., et al. Infecção pelo vírus Zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos: revisão integrativa de literatura. **Rev. Eletr. Enf.**[Internet]. 2016;18:e1150. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39888>.

SAMPAIO, M.W., et al. **Baixa Visão e Cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010, cap.2, p.7-16.

SANTOS, M. C. D. Do Direito à Educação. In: SETUBAL, J.M.; FAYAN, R.A.C. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Comentada**. Campinas: Fundação FEAC, 2016, p.61-74.

SANTOS, K. S., EVARISTO, F.L. Mapeamento da Produção Científica sobre Surdocegueira no Brasil. In: COSTA, M. P. M.; RANGNI, R.A. **Surdocegueira, Estudos e Reflexões**. São Carlos, SP: Pedro & João Editores, 2015.

SERPA, X. **Manual para pais de surdocegos e Múltiplos Deficientes Sensoriais**. Trad.: Grupo Brasil, Lilian Giacomini. São Paulo: 2ª edição, 2002.

\_\_\_\_\_. **Avaliação Integral de Crianças Surdocegas**. Trad. Miriam Xavier de Oliveira. DB-Link. Centro de Información Nacional sobre niños que son sordos y ciegos. Trad. Programa Hilton/Perkins. Monmouth: OR, USA. Projeto Horizonte do Programa Hilton Perkins. São Paulo. 2004

\_\_\_\_\_. **Comunicação para pessoas surdocegas**. Trad. Miriam Xavier de Oliveira. DB-Link. Centro de Información Nacional sobre niños que son sordos y ciegos. Trad. Programa Hilton/Perkins. Monmouth: OR, USA. Projeto Horizonte do Programa Hilton Perkins. São Paulo. 2005.

SETUBAL, J. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Comentada**. Campinas, São Paulo, Brasil: FEAC. 2016.

SOARES, M.V. Aquisição da linguagem segundo a Psicologia Interacionista: três abordagens. **Rev. Gatilho**, v. 4, 2009. Disponível em: [www.ufjf.br/revistagatilho/file/2009/12/maria-villani-soares.pdf](http://www.ufjf.br/revistagatilho/file/2009/12/maria-villani-soares.pdf)

SOLOMON, A. **Longe da Árvore: pais, filhos e a busca da identidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

SOUZA, K.R.; KERBAUY, M.T.M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Rev. Educ e Filos**, Uberlândia, v.31, n. 61, p.21-44, jan/abr 2017.

STREMEL, K. **Interacciones de Comunicación: Hace falta dos**. DB-Link. Centro de Información Nacional sobre niños que son sordos y ciegos. Trad. Programa Hilton/Perkins. Monmouth: OR, USA. Agosto de 1995

\_\_\_\_\_. **Comunicación Expressiva: como los niños nos envían mensajes**. DB-link, agosto de 1996

TERFORD, C.W., SAWREY, J.M. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1983.

TENOR, A.C., DELIBERATO, D. **Análise do uso de instrumento de avaliação para crianças usuárias de comunicação alternativa**. VII encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Londrina. 08 a 10 de nov. 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Editora Atlas S.A. 1ª edição, 2010.

TOMASELLO, M. **Origens Culturais da Aquisição do Conhecimento Humano**. trad.: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TORRES, V.; TAPIA, L. **Escola Inclusiva: o aluno com microcefalia, o que a Escola pode fazer?** 2017. Disponível em: <<http://www.crechesegura.com.br/escola-inclusiva-o-aluno-com-microcefalia>>. Acesso em: 12 out. 2017.

UNICEF - Brasil. (2016). Acesso em 29 de 11 de 2016, disponível em Unicef Brazil: [http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_35004.html](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_35004.html)

VEER, R.V. VALSINER, J. **Vygotsky: uma síntese**. Edição de texto: Marcos Marcionilo. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

VENTURA, C.V., MAIA, M., BRAVO-FILHO, V., GOIS A.L., BELFORT, R. Jr. **Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly**. Lancet [Internet]. 2016a [acesso em: 31 mar. 2016]; 387(10015):228. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00006-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00006-4).

VENTURA, C.V., MAIA M., VENTURA, B.V., VAN DER LINDEN, V., ARAUJO, E.B., RAMOS, R.C., et al. Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection. **Arq. Bras. Oftalmol.** [Internet]. 2016b [acesso em: 31 mar. 2016];79(1):1-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0004-2749.20160002>.

VYGOTSKY, L.S. **Obras Escogidas: Fundamentos da defectologia**. Madrid: Visor Dis. AS, 1997.

\_\_\_\_\_. **O Desenvolvimento Psicológico na Infância**. Trad.: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **A construção do Pensamento e da Linguagem**. Trad. Paulo Bezerra, São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R. **A História do Comportamento: O macaco, o primitivo e a criança**. Trad.: Lólio Lourenço de Oliveira. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996.

VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N., **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. Trad.: Maria da Pena Villalobos. São Paulo: Ícone, 2016.

ZORZI, J.L., HAGE, S.R.V. **PROC – Protocolo de Observação Comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis.** São José dos Campos: Pulso, 2004.

ZORZI, J.L., HAGE, S.R.V., PEREIRA, T.C. Protocolo de Observação Comportamental – PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. **Rev. CEFAC**, Jul-Ago 14(4): 677-690. 2012.

WALLON, H. **A Evolução Psicológica da Criança.** São Paulo: Livraria Martins Fontes. 1968.

\_\_\_\_\_, **As origens do caráter.** São Paulo: Nova Alexandria, 1995.

\_\_\_\_\_, **A criança turbulenta: estudos sobre os retardamentos e as anomalias do desenvolvimento motor e mental.** Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

WATANABE, D.R. **O Estado da Arte da Produção Científica na área da Surdocegueira no Brasil de 1999 a 2015.** Dissertação (Mestrado em Educação Especial. São Paulo: USP, 2017.

WILSON, R.M. **Comunicación Receptiva: como los niños entienden nuestros mensajes.** DB-Link. Agosto de 1996.

WRITER, J.A. A movement-based approach to the education of students who are sensory impaired/multihandicapped. In: GOETZ, L.; GUESS, D.; STRENEL-CAMPBELL, K. **Innovative program design for individuals with sensory impairments.** Trad.: Antonio Ballesteros Jaraiz. Baltimore: Paul H. Brookes, 1987.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest Área Temática de Assistência Farmacêutica CENTRO DE INFORMACÕES SOBRE **MEDICAMENTOS Teratogenicidade e uso de medicamentos na Gravidez e Amamentação.** Disponível em: [www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/medgrav.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/medgrav.pdf). Acesso em 03/07/2019

\_\_\_\_\_. **Microcefalia: causa, sintomas, tratamento e prevenção.** Ministério da Saúde. Disponível em: [www.saude.gov.br/saude-de-a-a/microcefalia](http://www.saude.gov.br/saude-de-a-a/microcefalia). Acesso em 02/08/2019

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Criança)

Seu (sua) filho (a) está sendo convidado para participar da pesquisa que tem como título: **Desvendando tramas e entrelaces do emergir da comunicação de crianças com múltipla deficiência decorrente da Síndrome Congênita do *Zika vírus*: panorama do atendimento em uma instituição de referência da cidade do Recife.**

Solicitamos sua autorização para que seu filho (a) participe uma vez que foi selecionado por ele ter entre 0 (zero) a 3 (três) anos de idade e diagnóstico positivo para a infecção pelo vírus da Zika, em período intrauterino.

A participação dele (a) não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação ao pesquisador ou com às instituições.

O objetivo deste estudo é: "Analisar as formas de comunicação de crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*, que apresentem precocemente microcefalia e déficit motor, como também aquelas que além destes comprometimentos, apresentem, concomitantemente, perdas visuais e auditivas".

A participação do seu (sua) filho (a) ocorrerá através:

- 1) Aplicação do Protocolo de Observação Comportamental (PROC), que avalia as habilidades comunicativas, de compreensão verbal e aspectos cognitivos. A aplicação do referido protocolo acontecerá em duas etapas: a primeira no início do processo de coleta e a segunda no final, ou seja, aproximadamente, 8 meses após.
- 2) Participação de filmagem na instituição (durante o atendimento) e na sua casa (em atividades de rotina domiciliar).

Toda pesquisa envolve riscos. Nessa pesquisa, poderá ocorrer algum desconforto de seu (sua) filho (a) durante as filmagens e alguma outra ocorrência que possa acontecer. Caso isso ocorra, ofereceremos os esclarecimentos possíveis para não deixar dúvidas quanto à intervenção. Para a criança, os atendimentos não serão invasivos e, eles constam de um protocolo já dimensionado para tais casos.

Os benefícios relacionados à participação de seu (sua) filho (a) serão fornecidos através do auxílio na melhoria do processo de aquisição da linguagem, podemos acrescentar ainda a melhoria nos atendimentos que auxiliaram na evolução da condição geral de cada criança. Além disso, esse trabalho pode contribuir para novos estudos e publicações científicas através dos dados identificados que poderão ser divulgados para a família, para as instituições envolvidas e para a comunidade científica.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, nem a do seu filho (a), pois ambos receberão um nome fictício e as imagens não revelarão os locais e as pessoas participantes.

Os resultados finais serão divulgados junto a:

- a) Pais e/ou responsáveis dos sujeitos da pesquisa, através de uma palestra;
- b) Instituição, campo da pesquisa através de uma palestra para a equipe multidisciplinar da instituição;
- c) Revistas especializadas de diferentes áreas como: educação, linguística e psicologia.

Num segundo momento, serão enviados para instituições e revistas especializadas em surdocegueira e múltipla deficiência tanto no Brasil, quanto em internacionais que promovem subsídios nos programas de capacitação de profissionais no Brasil.

Quanto aos pais e/ou responsáveis iremos realizar um encontro para divulgar os resultados da pesquisa, bem como estender aos pais e/ou responsáveis que não tenham participado da pesquisa, a fim de informar os resultados obtidos e realizar uma discussão sobre o tema.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

#### **DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)**

**Wanilda Maria Alves Cavalcanti**

---

**Assinatura**

**Av. Agamenon Magalhães, 2860, apto 602  
Telefone: (81) 32224700**

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO C – 3º ANDAR, SALA 306 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE:(81)2119.4041 ou 2119-4376 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: [cep\\_unicap@unicap.br](mailto:cep_unicap@unicap.br)**

**Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.**

#### **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

SEPN 510 NORTE, BLOCO A, 3º Andar  
Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
CEP: 70750-521 - Brasília-DF

#### **Contatos Conep:**

Telefone: (61) 3315-5878

Telefax: (61) 3315-5879

**Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

---

**Pai / Mãe ou Responsável Legal (\*\*)**

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Responsável)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa que tem como título: **Desvendando tramas e entrelaces do emergir da comunicação de crianças com múltipla deficiência decorrente da Síndrome Congênita do *Zika vírus*: panorama do atendimento em uma instituição de referência da cidade do Recife.**

A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação ao pesquisador ou às instituições.

O objetivo deste estudo é: "Analisar as formas de comunicação de crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*, que apresentem precocemente microcefalia e déficit motor, como também aquelas que além destes comprometimentos, apresentem, concomitantemente, perdas visuais e auditivas".

A sua participação nesta pesquisa consistirá:

- 1) Responder a uma entrevista;
- 2) Preencher o mapa de comunicação respondendo com informações sobre as características, necessidades e expectativas a respeito do desenvolvimento do seu filho;
- 3) Participar de filmagem na instituição (durante o atendimento) e na sua casa (em atividades de rotina domiciliar).

Toda pesquisa envolve riscos. Nessa pesquisa, poderá ocorrer algum constrangimento da sua parte ao falar sobre a gestação, nascimento e ocorrências após esse momento, início da intervenção, orientações recebidas e dificuldades. Caso isso ocorra, oferecemos os esclarecimentos possíveis e se necessário encaminharemos os pais para o serviço de psicologia da instituição, onde a pesquisa será realizada.

Os benefícios relacionados à sua participação são a descrição das formas de comunicação de seu (sua) filho (a) com informações sobre as melhores condições para sua evolução, o que poderá auxiliar no processo de aquisição da linguagem dele (a), além da melhoria na adequação dos atendimentos auxiliando a evolução de sua condição geral. Além disso, esse trabalho pode contribuir para novos estudos e publicações científicas através dos dados identificados que poderão ser divulgados para a família, para as instituições envolvidas e comunidade científica.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, nem a do seu filho (a), pois ambos receberão um nome fictício e as imagens não revelarão os locais e as pessoas participantes.

Os resultados finais da pesquisa serão divulgados junto a:

- d) Pais e/ou responsáveis dos sujeitos da pesquisa, através de uma palestra;
- e) Instituição, campo da pesquisa através de uma palestra para a equipe multidisciplinar da instituição;

- f) Revistas especializadas de diferentes áreas como: educação, linguística e psicologia.

Num segundo momento, serão enviados para instituições e revistas especializadas em surdocegueira e múltipla deficiência tanto no Brasil, quanto em internacionais que promovem subsídios nos programas de capacitação de profissionais no Brasil.

Quanto aos pais e/ou responsáveis iremos realizar um encontro para divulgar os resultados da pesquisa, bem como estender aos pais e/ou responsáveis que não tenham participado da pesquisa, a fim de informar os resultados obtidos e realizar uma discussão sobre o tema.

Você receberá uma cópia deste termo, o qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

#### **DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)**

**Wanilda Maria Alves Cavalcanti**

---

#### **Assinatura**

**Av. Agamenon Magalhães, 2860, apto 602  
Telefone: (81) 32224700**

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO C – 3º ANDAR, SALA 306 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE:(81)2119.4041 ou 2119-4376 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: [cep\\_unicap@unicap.br](mailto:cep_unicap@unicap.br)**

**Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.**

#### **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

SEPN 510 NORTE, BLOCO A, 3º Andar  
Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
CEP: 70750-521 - Brasília-DF

#### **Contatos Conep:**

Telefone: (61) 3315-5878

Telefax: (61) 3315-5879

**Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

---

**Pai / Mãe ou Responsável Legal (\*\*)**

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Terapeuta)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa que tem como título: **Desvendando tramas e entrelaces do emergir da comunicação de crianças com múltipla deficiência decorrente da Síndrome Congênita do *Zika vírus*: panorama do atendimento em uma instituição de referência da cidade do Recife.**

A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação ao pesquisador ou às instituições.

O objetivo deste estudo é: "Analisar as formas de comunicação de crianças com Síndrome Congênita do *Zika vírus*, que apresentem precocemente microcefalia e déficit motor, como também aquelas que além destes comprometimentos, apresentem, concomitantemente, perdas visuais e auditivas".

A sua participação nesta pesquisa consistirá: participar de filmagem na instituição durante o atendimento dos sujeitos da pesquisa.

Toda pesquisa envolve riscos. Nessa pesquisa, poderá ocorrer algum constrangimento da sua parte ao ser filmada durante a interação com a criança. Caso isso ocorra, ofereceremos mais esclarecimentos sobre os objetivos e sua contribuição para a pesquisa.

Os benefícios relacionados à participação são: a descrição das formas de comunicação da criança e informações sobre as melhores condições para a evolução da criança no processo de aquisição da linguagem e de sua condição geral. Além disso, esse trabalho pode contribuir para novos estudos e publicações científicas através dos dados identificados que poderão ser divulgados para a família, para as instituições envolvidas e comunidade científica.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e as imagens não revelarão os locais e as pessoas participantes.

Os resultados finais serão divulgados junto a:

- a) Pais e/ou responsáveis dos sujeitos da pesquisa, através de uma palestra;
- b) Instituição, campo da pesquisa através de uma palestra para a equipe multidisciplinar da instituição;
- c) Revistas especializadas de diferentes áreas como: educação, linguística e psicologia.

Num segundo momento, serão enviados para instituições e revistas especializadas em surdocegueira e múltipla deficiência tanto no Brasil, quanto internacionais que promovem subsídios nos programas de capacitação de profissionais no Brasil.

Quanto aos pais e/ou responsáveis iremos realizar um encontro para divulgar os resultados da pesquisa, bem como estender aos pais e/ou responsáveis que não tenham participado da pesquisa, a fim de informar os resultados obtidos e realizar uma discussão sobre o tema.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

#### **DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)**

**Wanilda Maria Alves Cavalcanti**

---

##### **Assinatura**

**Av. Agamenon Magalhães, 2860, apto 602**

**Telefone: (81) 32224700**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO C – 3º ANDAR, SALA 306 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE:(81)2119.4041 ou 2119-4376 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: [cep\\_unicap@unicap.br](mailto:cep_unicap@unicap.br)

**Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.**

#### **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

SEPN 510 NORTE, BLOCO A, 3º Andar

Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

CEP: 70750-521 - Brasília-DF

##### **Contatos Conep:**

Telefone: (61) 3315-5878

Telefax: (61) 3315-5879

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Terapeuta da Instituição**

**APÊNDICE D****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO (Criança)**

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso da imagem do meu filho, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Wanilda Maria Alves Cavalcanti e Sueli Fernandes da Silva Rached, do projeto de pesquisa intitulado Desvendando tramas e entrelaces do emergir da comunicação de crianças com múltipla deficiência decorrente da Síndrome Congênita do Zika vírus: panorama do atendimento em uma instituição de referência da cidade do Recife, a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Recife, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

Entrevistado

---

Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

---

Pesquisador responsável pela entrevista

**APÊNDICE E****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO (Responsável)**

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Wanilda Maria Alves Cavalcanti e Sueli Fernandes da Silva Rached, do projeto de pesquisa intitulado Desvendando tramas e entrelaces do emergir da comunicação de crianças com múltipla deficiência decorrente da Síndrome Congênita do Zika vírus: panorama do atendimento em uma instituição de referência da cidade do Recife, a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N° 3.298/1999, alterado pelo Decreto N° 5.296/2004).

Recife, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

Entrevistado

---

Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

---

Pesquisador responsável pela entrevista

**APÊNDICE F****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO (Terapeuta)**

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso da minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Wanilda Maria Alves Cavalcanti e Sueli Fernandes da Silva Rached, do projeto de pesquisa intitulado Desvendando tramas e entrelaces do emergir da comunicação de crianças com múltipla deficiência I decorrente da Síndrome Congênita do Zika vírus: panorama do atendimento em uma instituição de referência da cidade do Recife, a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N° 3.298/1999, alterado pelo Decreto N° 5.296/2004).

Recife, em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

Entrevistado

---

Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

---

Pesquisador responsável pela entrevista

**APÊNDICE G**  
**DADOS GERAIS DOS SUJEITOS**

<b>SUJEITO nº _____</b>		<b>Grupo _____</b>
DATA DA COLETA		
Nome		
Data de nascimento		
Sexo		
Nome da mãe		
Nome do cuidador		
Endereço		
Cidade de Origem		
Avaliação Otorrinolaringológica		
Avaliação Oftalmológica		
Avaliação auditiva		
Avaliação Funcional da Visão		
Avaliação Neuromotora		
PTS		
Ressonância Magnética		
Terapias que realiza na Instituição	( ) Fonoaudiologia – MO	Início em _____
	( ) Fonoaudiologia – estimulação auditiva	Início em _____
	( ) Fisioterapia	Início em _____
	( ) Terapia Ocupacional	Início em _____
	( ) Estimulação Visual	Início em _____
Atendimento Médico na instituição	( ) Oftalmologia	Início em _____
	( ) Otorrinolaringologia	Início em _____
	( ) Neurologia	Início em _____
	( ) Ortopedista	Início em _____

## APÊNDICE H

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados Gerais	
Sujeito	
Grupo	
Nome do entrevistado	
Grau de parentesco	
Terapias que realiza em outro local	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia – MO – onde? <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia – estimulação auditiva - onde? <input type="checkbox"/> Fisioterapia - onde? <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional - onde? <input type="checkbox"/> Estimulação Visual - onde?
Atendimento Médico que realiza em outro local	<input type="checkbox"/> Oftalmologia - onde? <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia - onde? <input type="checkbox"/> Neurologia - onde? <input type="checkbox"/> Ortopedista - onde? <input type="checkbox"/> Gastro – onde? <input type="checkbox"/> Pediatra - onde? <input type="checkbox"/> Outro – Qual onde?
Dia/horário	
Gravada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

1. Você concordou em participar desta pesquisa, você lembra qual é o objetivo dela?  
 Não, Vamos lembrar juntos?  
 Sim, Pode me dizer qual?  
 Mais ou Menos, Então me diga o que lembra e vamos lembrando.
2. Seu (sua) filho (a) fala alguma palavra? Qual (Quais)?
3. Como você se comunica com seu (sua) filho (a)?
4. Como seu (sua) filho (a) se comunica com você?
5. O que você acha que poderia ajudar a melhorar sua comunicação com ele (a)?
6. Poderia dizer algo mais sobre a comunicação de seu filho?
7. Para você a comunicação entre vocês é importante?
8. Qual foi sua reação quando soube que seu (sua) filho (a) tinha a Síndrome Congênita do *Zika vírus*?
9. Hoje você entende mais sobre o assunto? O que aprendeu sobre a Síndrome Congênita do *Zika vírus*?
10. Como você descreveria a Síndrome Congênita do *Zika vírus* para alguém que não conhece tal situação?
11. Nós conversamos sobre vários assuntos interessantes, há alguma coisa que nós não conversamos e que você gostaria de falar?

**APÊNDICE I**  
**ROTEIRO DE VISITA E OBSERVAÇÃO NA INSTITUIÇÃO**

Sujeito	
Grupo	
Dia da semana/ turno	
Local onde espera atendimento na instituição	
Alguém a acompanha na vinda à instituição	
Como vem para a instituição	( ) condução própria ( ) carro da prefeitura ( ) amigos
Descrição da sala de atendimento	Qual terapia?
Descrição da sala de atendimento	Qual terapia?
Descrição da sala de atendimento	Qual terapia?
Quanto tempo permanece em atendimento	
Quanto tempo permanece na instituição	
Participa do atendimento?	
Participa de algum grupo de apoio?	
Qual?	

**APÊNDICE J**  
**ROTEIRO DE VISITA E OBSERVAÇÃO DOMICILIAR**

Sujeito	
Grupo	
Nome do responsável	
Grau de parentesco	
Endereço	
Município	
Número de pessoas que compõem a família	
Quem necessita de cuidados	
Quem cuida	
Situação de risco	( ) alcoolismo ( ) tabagismo ( ) uso de drogas ilícitas ( ) outros
Número de cômodos da casa	( ) quarto – quantos ( ) sala ( ) cozinha ( ) banheiro ( ) outros
Tipo de casa	
Local onde a criança se alimenta	
Tipo de alimentação	
Local onde a criança dorme	
Tipo de cama	
Local onde a criança faz as estimulações domiciliares	
Cadeira adaptada	
Materiais para estimulação	
Local que a criança mais fica	
Local que a criança mais gosta	

**APÊNDICE K**  
**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTO**

<b>Sujeito</b>	
<b>Grupo</b>	
<b>Tipo de Atendimento</b>	
<b>Duração</b>	
<b>Pessoas Presentes</b>	
<b>Descrição da atividade</b>	
<b>Quem interagiu com a criança</b>	
<b>Descrição do local</b>	
<b>Descrição dos objetos/brinquedos</b>	
<b>Observações</b>	

## **ANEXOS**

**ANEXO A**  
**MAPA DE COMUNICAÇÃO**

**Identificação do sujeito: Participante \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_**  
Desenho seu (sua) filho (a)

A large empty rectangular box with a black border, intended for the participant to draw their child. The box occupies most of the lower half of the page.

DADOS INFORMATIVOS				
Participante				
Fase Inicial	Idade:	Data:		
<b>CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA</b> 				
<b>NECESSIDADES DA CRIANÇA</b>	<b>GOSTA</b> 			
	<b>NÃO GOSTA</b> 			
	<b>MEDOS</b> 			
<b>EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA</b>	<b>DESEJOS</b> 			
	<b>SONHOS</b> 			

Fonte: Elaborado pela pesquisadora tendo como referência Cornedi (2005).

## ANEXO B

### PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO COMPORTAMENTAL – PROC

#### IDENTIFICAÇÃO

**Nome:**

**Idade:**

**Data de Nascimento:**

**Nível de Escolaridade:**

**Escola:**

**Data da Avaliação:**

**Realizado por:**

#### 1. HABILIDADES COMUNICATIVAS DA CRIANÇA

##### 1.a Habilidades dialógicas ou conversacionais

Verificar a presença de comunicação intencional e o grau de envolvimento da criança nos intercâmbios comunicativos.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intenção Comunicativa</b> Ausente [0] Presente raramente [2] Presente frequentemente [4]</li> <li>• <b>Inicia a conversação/interação</b> Ausente [0] Presente raramente [2] Presente frequentemente [4]</li> <li>• <b>Responde ao interlocutor</b> Ausente [0] Presente raramente [2] Presente frequentemente [4]</li> <li>• <b>Aguarda seu turno (não se precipita, interrompendo o interlocutor).</b> Ausente [0] Presente raramente [2] Presente frequentemente [4]</li> <li>• <b>Participa ativamente da atividade dialógica (alternância de turnos na interação)</b> Ausente [0] Presente raramente [2] Presente frequentemente [4]</li> </ul>
<b>Total da pontuação (máximo = 20 pontos):</b>

##### 1.b Funções comunicativas

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Instrumental – solicitação de objetos, ações (“dar um brinquedo; abrir uma porta”).</b> Ausente [0] Presente raramente [1] Presente frequentemente [2]</li> <li>• <b>Protesto – interrupção com fala ou ação uma ação indesejada (“para”).</b> Ausente [0] Presente raramente [1] Presente frequentemente [2]</li> <li>• <b>Interativa – uso de expressões sociais para iniciar ou encerrar a interação (“oi, tchau”).</b> Ausente [0] Presente raramente [1] Presente frequentemente [2]</li> </ul>
--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nomeação – nomeação espontânea de objetos, pessoas, ações (“ó cachorro”). Ausente [0] Presente raramente [1] Presente frequentemente [2]</li> <li>• Informativa – comentários, informações espontâneas na interação (“ó meu sapato”). Ausente [0] Presente raramente [1] Presente frequentemente [2]</li> <li>• Heurística – solicitação de informação ou permissão (“pode pegar? / Cadê a bola?”). Ausente [0] Presente raramente [1] Presente frequentemente [2]</li> <li>• Narrativa – presença de turnos narrativos (“o príncipe beijou e casou”). Ausente [0] Presente raramente [1] Presente frequentemente [2]</li> </ul>
<b>Total de pontuação (máximo = 15 pontos):</b>

### 1.c Meios de comunicação

Verificar se os meios atingiram níveis de simbolização.

<b>Meios não verbais</b> (vocalizações)	<b>Meios não verbais</b> (gestos)	<b>Meios verbais</b> (palavras, frases, discurso).
[0] ausência de vocalizações. [1] somente vocalizações não articuladas. [2] vocalizações não articuladas e articuladas com entonação da língua (jargão).	[1] gestos não simbólicos elementares (pegar na mão e levar, puxar, cutucar). [2] gestos não simbólicos convencionais (apontar, negar com a cabeça, gesto de “vem cá”). [5] gestos simbólicos (gestos que representam ações, objetos, idade).	[7] palavras isoladas [9] enunciados de 2 palavras [11] frases com 3 ou mais palavras, telegráficas ou não. [13] relato de experiências imediatas, contendo frases com 5/6 palavras ( <i>o que você está fazendo? Eu estou...</i> ). [15] relato de experiência não imediatas ( <i>o que aconteceu na escola? Teve um dia...</i> ).
<b>Pontuação máxima (2):</b>	<b>Pontuação máxima (5):</b>	<b>Pontuação máxima (15):</b>
<b>Nível de pontuação obtido para vocalizações e gestos (máximo = 7):</b>		
<b>Nível de pontuação obtido para gestos e meios verbais (máximo = 20):</b>		

### 1.d Níveis de contextualização da linguagem

[05] linguagem refere-se somente à situação imediata e concreta.
[10] linguagem descreve a ação que está sendo realizada e faz referência ao passado e/ou futuro, sem ultrapassar o texto imediato.
[15] linguagem vai além da situação imediata, referindo-se a eventos mais distantes no tempo (evoca situações passadas e antecipa situações futuras não imediatas).
<b>Nível de pontuação obtido (máximo = 15):</b>

## 2. COMPREENSÃO VERBAL

Consultar as tabelas de desenvolvimento normal da linguagem ao elaborar os procedimentos para avaliação da compreensão.

[0] Não apresenta respostas à linguagem.
[10] Responde não sistematicamente a uma solicitação, comentário ou quando chamado.
[20] Atende quando é chamada.
[30] Compreende ordens situacionais com uma ação, acompanhadas de gestos (mande um beijo).
[40] Compreende ordens situacionais com uma ação, não acompanhadas de gestos.
[50] Compreende duas ordens não relacionadas.
[60] Compreende ordens com 3 ou mais ações, solicitações ou comentários.
<b>Nível de pontuação obtido (máximo = 60):</b>

## 3. ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

<b>3.a Formas de manipulação dos objetos</b>
[0] Não se interessa pelos objetos
[0] Desiste da atividade quando surge algum obstáculo
[1] Explora os objetos por meio de poucas ações
[1] Explora os objetos de modo rápido e superficial
[1] Explora os objetos um a um de modo receptivo
[2] Persiste na atividade quando surgem alguns obstáculo, tentando superá-los.
[2] Atua, de modo repetitivo, sobre dois ou mais objetos ao mesmo tempo relacionando-os.
[5] Explora os objetos um a um de modo diversificado.
[10] Atua de maneira diversificada, sobre dois ou mais objetos ao mesmo tempo relacionando-os.
<b>Total de pontuação (máximo = 10):</b>

<b>3.b Nível de desenvolvimento do simbolismo</b>
[0] Não apresenta condutas simbólicas, somente sensório-motoras.
[1] Faz uso convencional dos objetos
[2] Apresenta esquemas simbólicos (no próprio corpo).
[3] Usa bonecos ou outros parceiros no brinquedo simbólico.
[4] Organiza ações simbólicas em uma sequência
[5] Cria símbolos fazendo uso de objetos substitutos ou gestos simbólicos para representar objetos ausentes.
[5] Faz uso da linguagem verbal para relatar o que está acontecendo na situação de brinquedo.
<b>Total de pontuação (máximo = 20):</b>

**3.c Nível de organização do brinquedo**

- [0] Manipula os objetos sem uma organização dos mesmos.  
 [1] Organiza as miniaturas em pequenos grupos, reproduzindo situações parciais, mas sem uma organização de todo o conjunto (ex.: cadeiras colocadas em volta da mesa).  
 [1] Faz pequenos agrupamentos de dois ou três objetos (ex.: xícara ao lado da colher).  
 [2] Enfileira os objetos (coloca um ao lado do outro, como se fizesse uma fila ou linha).  
 [3] Organiza os objetos distribuindo-os de modo a configurar os diversos cômodos da casa.  
 [4] agrupa os objetos em categorias definidas, formando classes.  
 [4] Seria os objetos por tentativa e erro (ex.: do maior para o menor).  
 [5] Seria os objetos de acordo com as diferenças, seguindo um critério.

**Total de pontuação (máximo = 20):**

**3.d Imitação****Imitação gestual**

- [0] Não reage às solicitações.  
 [1] Imitação de gestos/movimentos visíveis no próprio corpo (derrubar duas canecas empilhadas, apalpar esponja de banho)  
 [3] Imitação de gestos/movimentos não visíveis no próprio corpo (segurar a orelha com uma das mãos, mostrar a língua)

**Imitação sonora**

- [0] Não reage às solicitações  
 [2] Imitação de sílabas  
 [3] Imitação de onomatopeias  
 [5] Imitação de palavras  
 [6] Imitação de frases

**Total de pontuação (máximo = 20):**

**PONTUAÇÃO**

Aspectos observados	Pontuação máxima	Pontuação alcançada
<b>1. Habilidades comunicativas (expressiva)</b>	<b>70</b>	
<b>2. Compreensão da linguagem oral</b>	<b>60</b>	
<b>3. Aspectos do desenvolvimento cognitivo</b>	<b>70</b>	
<b>Total da pontuação</b>	<b>200</b>	

- **Características gerais das habilidades comunicativas**

- Não apresenta comunicação intencional.
- Comunicação intencional com funções primárias por meios não simbólicos, restrita ou ausente participação em atividade dialógica.
- Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios não simbólicos e não verbais.
- Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios simbólicos e não verbais.
- Comunicação intencional com funções primárias, restrita participação em atividade dialógica por meios verbais.
- Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, ligados ao contexto imediato.
- Comunicação intencional plurifuncional, ampla participação em atividade dialógica por meios verbais, não ligados ao contexto imediato.

- **Características gerais da organização linguística**

- Não apresenta organização linguística.
- Produção de palavras isoladas.
- Produção de enunciados (duas ou mais palavras organizadas no nível da frase).
- Produção de discurso (frases encadeadas).

- **Características gerais da compreensão da linguagem oral**

- Não demonstra compreensão da linguagem oral.
- Responde não sistematicamente.
- Compreende ordens com até duas ações, ligadas ao contexto imediato.
- Compreende ordens com 3 ou mais ações, não ligadas ao contexto imediato.

- **Características gerais da imitação**

Imitação gestual

- Não responde às solicitações
- Imita somente gestos visíveis no próprio corpo
- imita gestos visíveis e não visíveis no próprio corpo

Imitação sonora

- Não responde às solicitações
- Imita somente sons não verbais
- Imita sons verbais e não verbais

- **Características gerais do desenvolvimento cognitivo**

- Sensorio-motor – fases iniciais
- Sensorio-motor – fases avançadas
- transição entre sensorio motor e representativo
- representativo

**Observações:**

**Conclusões:**