



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA LINGUAGEM

GERMANA MARIA GOMES CARVALHEIRA

**A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA NA
CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS COM
PARALISIA CEREBRAL: ANÁLISE DE UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Recife
2007

GERMANA MARIA GOMES CARVALHEIRA

**A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA NA
CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS COM
PARALISIA CEREBRAL: ANÁLISE DE UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Linguagem, na área de concentração *“Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem”* e linha de pesquisa *“Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem Oral e Escrita”*, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Gurgel da Costa.

Recife
2007

C331c

Carvalho, Germana Maria Gomes

A comunicação suplementar e alternativa na
Construção da linguagem de crianças com paralisia
cerebral : análise de uma proposta de intervenção /
Germana Maria Gomes Carvalho; orientador Maria
Lúcia Gurgel da Costa, 2007.
110 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica, 2007.

1. Aquisição de linguagem. 2. Crianças – Linguagem.
3. Paralisia cerebral nas crianças. I. Costa, Maria Lúcia
Gurgel da. II. Título.

CDU – 616.831

A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA NA CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: ANÁLISE DE UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Germana Maria Gomes Carvalheira
Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Gurgel da Costa

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Linguagem.

Data: ____/____/2007.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Gurgel da Costa
Universidade Católica de Pernambuco
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Marianne Carvalho Bezerra Cavalcante
Universidade Federal da Paraíba
Examinador Externo

Prof^a. Dr^a. Wanilda Maria Alves Cavalcanti
Universidade Católica de Pernambuco
Examinador Interno

Recife
2007

A todas as crianças com paralisia cerebral, pelo exemplo de perseverança, ressignação e resiliência...
Todo o meu amor e respeito!

AGRADECIMENTOS

A Deus que, com muito amor, me fez sofrer o suficiente para aprender a viver e ver o real valor da vida.

Aos meus filhos Amados: Cristiano, Victor, Renato e Henrique. Vocês são a minha luz e força... Todo o motivo da minha vida! Obrigada por entenderem a minha ausência e agüentarem as minhas “chatices”. Amo vocês imensamente!!!

Ao meu adorado pai, exemplo de homem íntegro e de competência profissional que sempre procurei ter na minha luta profissional. Obrigada Pai, você é o máximo!

A minha adorada mãe, fonte de amor inesgotável... Não sei o que seria de mim sem você! Obrigada por existir, você é tudo!

Ao meu querido Dui, que me deu forças para trilhar o meu caminho profissional, sempre me levando a ver que eu posso! Obrigada por estar ao meu lado.

As minhas queridas irmãs... que durante todos esses anos me fizeram ver que “juntas” somos realmente muito fortes. Adoro vocês!!!

A querida, Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Gurgel da Costa, pela orientação competente, segura e indispensável na minha formação como pesquisadora. Obrigada pela credibilidade e por confiar em mim... Valeu!

À Ana Paula, fonoaudióloga e minha melhor amiga, por sua disponibilidade sem limites e pela contribuição inestimável no delineamento e execução deste trabalho. Você me fez acreditar que... “amigo é coisa pra se guardar do lado esquerdo do peito”... Muito obrigada!!!

À Andréa, fonoaudióloga e amiga do Mestrado, pela parceria e cumplicidade incansável desde o estressante processo de seleção, durante as divertidas conversas nos intervalos das aulas até a difícil conclusão deste trabalho. Adorei te conhecer!

Ao meu quase filho Wagner, fonoaudiólogo agora também mestre, por estar ao meu lado, sempre! É admirável sua inteligência e acima de tudo a vontade que você tem de ajudar as pessoas a sua volta. Obrigada por tudo!

A minha ex-aluna, que chamo de minha pupila, Anna Fernanda minha gratidão por estar ao meu lado no consultório dando “aquela força” quando precisava me ausentar durante estes dois anos de estudo. Você é demais!

Agradeço especialmente a C.E., pela sua presença assídua e participação durante as terapias e sua *família*, pela disponibilidade e confiança.

Aos demais membros da banca examinadora: Prof^a. Dr^a. Wanilda M^a Alves Cavalcante e Prof^a. Dr^a. Marianne Carvalho Bezerra Cavalcanti pela forma competente e ao mesmo tempo carinhosa com que analisaram meu trabalho, contribuindo de forma significativa para a sua conclusão. Obrigada!

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo principal identificar o benefício do uso da comunicação alternativa como recurso facilitador para a construção da linguagem em crianças com paralisia cerebral. Os objetivos específicos foram os de descrever os meios comunicativos mais usados pela criança; identificar o perfil comunicativo – funções comunicativas, utilizadas pela criança em situação de interação com a mãe, para acompanhar evolução no uso de um sistema alternativo de comunicação e o de analisar se houve alteração na relação entre a competência lingüística e o nível de interação após a intervenção terapêutica. Para tanto uma abordagem qualitativa e quantitativa, longitudinal, do tipo Estudo de Caso foi empregada. Participou deste estudo uma díade mãe-criança, este último com o diagnóstico neurológico de Paralisia Cerebral com quadro clínico de diplegia espástica com um dimídio esquerdo mais comprometido (MSE) – Nível motor III. A constituição do corpus foi feita em três etapas: Inicialmente, foi realizada a coleta de informações da criança (anamnese) seguida da avaliação fonoaudiológica através de dois encontros com a díade. Em seguida, o primeiro registro videográfico de uma interação livre da díade. E na última etapa, o segundo e último registro videográfico de uma interação livre da díade após 4 meses de intervenção fonoaudiológica. Os resultados evidenciam que a criança utilizou, na sua interação com a mãe, predominantemente, funções de interação agrupadas em: aquelas utilizadas para regular o comportamento do outro e o ambiente (Pedidos de: Informação, Objeto, de Ação, Consentimento e de Rotina Social e Protesto); para a interação social (Comentário, Expressão de Protesto, Performativo e Narrativa) e aquelas utilizadas para estabelecer a atenção compartilhada (Exibição, Jogo Compartilhado e Reconhecimento do Outro). O meio comunicativo mais utilizado foi o gestual/vocal havendo um aumento na gestualidade, onde a criança além de apontar mais e utilizar gestos, também fez uso da sua pasta de comunicação. Este trabalho aponta dados relevantes de que a comunicação da criança teve a função de regulação e interação. Esses dados mostram que a criança comunica mais com o objetivo de interação social. Aponta também para eventuais dificuldades na mediação da atenção com o outro que pode ser uma dificuldade da criança diante de sua patologia, sugerindo variações na conduta do profissional em orientações aos familiares/cuidadores, por exemplo, na introdução de um sistema alternativo de comunicação.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral, Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, Funções Comunicativas.

ABSTRACT

This study had the main purpose to identify the benefits of using the alternative communication as an assistant resource for language construction in children with cerebral palsy. The specific goals were to describe the most used communicative means by the child investigated; identify the communicative profile – communicative functions, used by the child in situations of interaction with the mother, in order to follow the progress in using an Alternative System of Communication (ASC); and analyzing if happened any variation in the relation between the linguistic competence and the level of interaction after the therapeutic intervention. For that, it was adopted a qualitative, quantitative and longitudinal approach, of the type Study of Case. Participated, from this study, one mother-child dyad. The child has the neurological diagnosis of Cerebral Palsy, with a clinical frame of spastic diplegia with the left dimidium more damaged (MSE) – motor level III. The constitution of the corpus had three stages: initially, it was made a collect of informations about the child (anamnesis) and a speech evaluation, through two meetings with the dyad. Afterward, it was recorded the first video during the dyad's free interaction. And, in the last stage of collect, it was made a second and last video recorder of a dyad's free interaction, after four months of speech therapy intervention. The results reveal that the child used, in the interaction with the mother, largely, interactive functions grouped as: those used to control or regulate the other's behavior and the background (asks of: information, object, action, assent, social routine and protest); for the social interaction (comment, protest expression, performative and narrative) and those used to establish the shared attention (exhibition, shared game and other's recognizing). The most used communicative means was the gestual/vocal, displaying an increase in the gestuality, so the child, further than pointing more and using gestures, the child also used the folder of communication. The results indicate that the child's communication had the functions of control and interaction. These data show that the child uses the communication with the aim of social interaction. These data point, also, to difficulties in the attention mediation with the other, that may be a child's difficulty because of the pathology, suggesting variations in the professional approach about assistance to the family, for example, introducing an alternative System of Communication (ASC).

Key-words: Cerebral Palsy, Alternative and/or Supplemental Communication, Communicative functions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABFW	Andrade, Befi-Lopes, Fernandes e Wertzner
ADNPM	Atraso do Desenvolvimento Neuro Psico Motor
APGAR	Apgar, Virginia – Criadora do teste que avalia a saúde do recém-nascido
ASHA	American Speech and Hearing Association
AVC	Acidente Vascular cerebral
CSA	Comunicação Suplementar e/ou Alternativa
DEFNET	Banco de Dados Para e Sobre Pessoas com dEficiencias - Site
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LS	Lingua de Sinais
MD	Marcador discursivo
MSE	Membro Superior Esquerdo
PIC	Pictogram Ideogram Communication
PC	Paralisia Cerebral
PCS	Picture Communication Symbols
ROC	Relatorio de Observação da Comunicação
SNC	Sistema Nervoso Central
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Hearing Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Disfunção motora e topográfica	29
Quadro 2 – Classificação de PC segundo Little Club	29
Quadro 3 – Classificação segundo DAVIS	30
Quadro 4 – Etiologia da paralisia cerebral	33
Quadro 5 – Fatores de risco para paralisia cerebral	33
Quadro 6 – Manifestações clínicas	39
Quadro 7 - Níveis de Comunicação - MANOLSON	73
Quadro 8 - Os registros em vídeo	74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Sinais manuais	53
Figura 2 – Sistema BLISS	56
Figura 3 – Sistema PIC	57
Figura 4 – Sistema PCS	58
Figura 5 – Sistema PREMACK	59
Figura 6 – Sistema REBUS	60
Figura 7 – Fotos dos rótulos	67
Figura 8 – Foto da pasta de comunicação da criança	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe	75
Gráfico 2. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe	76
por níveis	
Gráfico 3. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe – nível 1	77
Gráfico 4. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe - nível 2	77
Gráfico 5. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe – nível 3	78
Gráfico 6. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe – nível 4	79
Gráfico 7. Funções mais realizadas por nível (percepção da mãe)	79
Gráfico 8. Atos ou emissões da criança na percepção da mãe por níveis comunicativos	80
Gráfico 9. Funções comunicativas da criança - Filmagem inicial	85
Gráfico 10. Funções comunicativas da criança - Filmagem inicial – nível 1	85
Gráfico 11. Funções comunicativas da criança - Filmagem inicial – nível 2	86
Gráfico 12. Funções comunicativas da criança - Filmagem inicial – nível 3	86
Gráfico 13. Funções comunicativas mais utilizadas por níveis (filmagem inicial)	87
Gráfico 14. Atos comunicativos mais usados pela criança (filmagem inicial)	87
Gráfico 15. Funções comunicativas da criança - Filmagem final	89
Gráfico 16. Funções comunicativas da criança - Filmagem final - nível 1	90
Gráfico 17. Funções comunicativas da criança - Filmagem final – nível 2	90
Gráfico 18. Funções comunicativas da criança - Filmagem final – nível 3	91
Gráfico 19. Funções comunicativas da criança - Filmagem final – nível 4	91
Gráfico 20. Meios comunicativos mais usados pela criança (Filmagem final)	92
Gráfico 21. Funções comunicativas de Interação Social	93
Gráfico 22. Funções comunicativas mais utilizadas por níveis (Filmagem final)	93

Gráfico 23. Atos e funções mais realizados por nível (Filmagem final)	94
Gráfico 24. Funções Comunicativas utilizadas por níveis (Filmagem inicial e final)	95
Gráfico 25. Atos ou emissões da criança – Filmagem final	96
Gráfico 26. Atos ou emissões da criança - Filmagem final	96
Gráfico 27. Meios comunicativos mais usados pela criança (Filmagem inicial e final)	97
Gráfico 28. Atos comunicativos mais usados pela criança no nível 3 (Filmagem inicial e final)	97

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
1.1 Estudos sobre o desenvolvimento da linguagem	17
1.2 A contribuição da Pragmática	23
1.2.1 A concepção da Pragmática	24
1.2.2 Desenvolvimento da competência pragmática	25
1.3 A paralisia cerebral	28
1.3.1 A questão da linguagem e a paralisia cerebral	34
1.3.2 Ausência de oralidade – característica importante do quadro	36
1.3.3 Um elemento ligado à etiologia – disartrofonía	37
1.4 Intervenção fonoaudiológica	40
1.4.1 Funcionalidade <i>versus</i> acessibilidade	42
1.5 A comunicação suplementar e ou alternativa na PC	49
1.5.1 O uso da comunicação suplementar e/ou alternativa na PC	62
2 METODOLOGIA	65
2.1 Área de estudo	65
2.2 População de estudo	65
2.3 Descrição do caso	66
2.4 Período de referência	66
2.5 Desenho do estudo	66
2.6 Materiais	67
2.7 Procedimentos	67
2.8 Método de análise dos dados	73
2.9 Considerações éticas	73

3 ANÁLISE DOS DADOS	74
3.1 Critérios de análise	74
3.2 Análise dos dados (percepção da mãe)	75
3.3 Análise dos dados da filmagem inicial	85
3.4 Análise dos dados da filmagem final	90

CONCLUSÃO	101
------------------	------------

REFERÊNCIAS	104
--------------------	------------

ANEXOS

Anexo A – Carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética

Anexo B – “Check-list” do Programa Hanen: Lista de Aptidões

Anexo C – “Check-list” do Programa Hanen: “Como” e “Porque”

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido do participante

Apêndice B – Anamnese

Apêndice C – Avaliação fonoaudiológica

Apêndice D – Ficha de transcrição ROC – Relatório de Observação da Comunicação

INTRODUÇÃO

O reconhecimento do uso da Comunicação Alternativa e Suplementar (CSA) como uma abordagem alternativa de atendimento clínico-terapêutico dentro da fonoaudiologia é recente no Brasil e ao longo de duas décadas, cada vez mais, recebe contribuições de várias ciências, como a Psicologia, Sociologia, Antropologia e Lingüística.

Através deste intercâmbio a pesquisa tem ampliado não só o conhecimento da comunidade científica como também tem gerado novas alternativas de uso beneficiando as pessoas com necessidades especiais através das suas estratégias de estimulação e construção da linguagem quando enfatizam a relação sujeito-linguagem-contexto.

Podemos adotar a definição do comitê da American Speech and Hearing Association (ASHA, 1991:8) que considera a CSA como:

uma área de prática clínica, de pesquisa e educacional para fonoaudiólogos que visa compensar e facilitar, temporária ou permanente, padrões de prejuízo e inabilidade de pessoas com severas desordens expressivas e/ou desordens na compreensão de linguagem. A CSA pode ser necessária para pessoas que demonstrem prejuízos nos modos de comunicação gestual, oral e/ou escrita.

A CSA utiliza ainda um conjunto de instrumentos que reúne materiais e sinais gráficos, estratégias de elaboração e acesso ao sistema de CSA visando instrumentalizar com outros recursos e não a linguagem oral a comunicação de pessoas que apresentam algum distúrbio de comunicação expressiva falada ou escrita. (CAPOVILLA, 1998; ALMIRAL, 1988, 2003).

Neste estudo abordaremos os distúrbios de linguagem presentes na paralisia cerebral (PC), atualmente, denominada encefalopatia crônica não-progressiva da infância, que é caracterizada por alterações motoras secundárias a uma lesão cerebral no período pré, peri ou pós-natal. Essas alterações motoras podem interferir na habilidade de fala (fonoarticulação) e na construção da linguagem, fazendo-se necessária a realização de um trabalho direcionado para estabelecer outra forma de comunicação eficaz (FERNANDES, 1999).

Com a utilização desta prática clínico-terapêutica fonoaudiológica, que utiliza recursos alternativos de comunicação em crianças neuropatas, a intervenção frente aos distúrbios da comunicação e da linguagem, passou a considerar não somente

os aspectos motores da fala, mas identificando a relevância de outras formas também utilizadas na comunicação, os aspectos não-verbais.

A comunicação suplementar e alternativa, nestes casos, tem como objetivo estimular a construção e desenvolvimento da linguagem apoiando ou complementando a comunicação da criança com sintomas visíveis na fala advindos da produção articulatória ou da própria produção de sentidos (PANHAM, 2001).

A idéia deste trabalho surgiu da necessidade de ampliar os conhecimentos fonoaudiológicos sobre os aspectos funcionais presentes na linguagem de crianças com necessidades especiais, destacando a paralisia cerebral, através da abordagem pragmática considerando alguns aspectos relevantes deste campo de estudo da linguagem e discutindo a visão de diversos autores (HALLIDAY, 1975; BATES, 1976; WETHERBY, 1989; FERNANDES, 1996; FRAZÃO, 1996) em relação às implicações pragmáticas na linguagem e o seu desenvolvimento. Neste caso serão destacados alguns aspectos relativos aos atos comunicativos, às funções de comunicação e ao contexto ao qual a criança está inserida.

Percebendo, claramente, a importância do contexto no desenvolvimento da linguagem e das funções às quais ela serve, procurei observar nesta pesquisa os comportamentos e atos comunicativos, objeto de interesse da pragmática.

O presente trabalho teve como objetivo principal identificar o benefício do uso da comunicação alternativa como recurso facilitador para a construção da linguagem em crianças com paralisia cerebral.

Pretende-se também como objetivos específicos:

- Descrever os meios comunicativos mais usados pela criança;
- Identificar o perfil comunicativo – funções comunicativas, utilizadas pela criança em situação de interação com a mãe, para acompanhar evolução no uso de um sistema alternativo de comunicação;
- Analisar se houve alteração na relação entre a competência lingüística e o nível de interação após a intervenção terapêutica.

Todas estas questões estão dispostas neste trabalho da seguinte forma:

O capítulo 1 trata da fundamentação teórica que consiste de todo o referencial que apóia esta pesquisa.

Começamos discutindo sobre os estudos do desenvolvimento da linguagem que abordam questões sobre a interação social e o uso concreto da linguagem através das contribuições das teorias pragmáticas. Nessa linha de estudos, a

abordagem pragmática aparece como suporte teórico-metodológico para a intervenção contribuindo significativamente desde a entrevista inicial, passando pela avaliação até as considerações finais. Consideraremos alguns estudos sobre o processo de construção da linguagem infantil a partir da interação complexa das habilidades biológicas inatas e da relação com as pessoas, os objetos e o contexto onde vive, constituindo na criança uma habilidade funcional de comunicação.

Neste capítulo estão expostos também os aspectos relevantes sobre a paralisia cerebral (PC). Discutiremos sobre as questões da linguagem envolvidas na paralisia cerebral tais como a ausência da oralidade e a “disartrofonía”. Visando superar as barreiras impostas pela patologia fomos em busca de um suporte teórico sobre as questões da intervenção fonoaudiológica, trazendo algumas considerações sobre o papel do fonoaudiólogo e do cuidador na construção da linguagem da criança com paralisia cerebral que apresenta uma variabilidade imensa de manifestações clínicas.

Finalizando são discutidas as questões da funcionalidade integrada ao conceito da acessibilidade presente na proposta da comunicação suplementar e/ou alternativa adotada neste estudo. Realizamos uma revisão da literatura sobre este tema mostrando os recursos e estratégias de uso de um sistema de comunicação suplementar e/ou alternativa como um facilitador na construção da linguagem da criança com paralisia cerebral.

As questões metodológicas estão detalhadas no capítulo 2.

No capítulo 3 expomos a análise dos dados e discussão dos resultados. Realizou-se uma descrição e discussão dos resultados e optou-se também por uma análise estatística utilizando gráficos, uma vez que o desenho deste estudo tem o caráter qualitativo e quantitativo. A partir destes dados estatísticos foi possível observarmos as mudanças no perfil comunicativo da criança, decorrentes da intervenção fonoaudiológica utilizando um sistema alternativo de comunicação.

Na conclusão, por fim, apresentamos as possíveis contribuições desta investigação.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Estudos sobre o desenvolvimento da linguagem

O processo de construção da linguagem é o resultado da interação complexa das habilidades biológicas inatas como também adquiridas através do ambiente. Estes vão evoluindo de acordo com a progressão do desenvolvimento neuropsicomotor, que se baseia na relação com as pessoas, com os objetos, nas ações, nos locais, ou seja, no contexto onde está inserido.

Nesse contexto temos a presença do outro interagindo e fazendo as leituras para que independente do meio utilizado pela criança possa estabelecer uma comunicação. Este outro será, portanto, um interlocutor, mediador dessas ações compartilhadas, constituindo a “bagagem estrutural”, co-construída no contexto histórico-cultural no qual estamos inseridos (VYGOTSKY, 1989).

A linguagem corresponde a uma das habilidades especiais e significativas dos seres humanos e ela é considerada a primeira forma de socialização da criança. Então, antes mesmo de aprender a falar a criança tem através da linguagem, acesso a valores, crenças e regras, e vai adquirindo desta forma os conhecimentos inerentes a sua própria cultura.

A abordagem pragmática que é a ciência do uso da linguagem (PINTO, 2004), incorporou-se a esses estudos enfatizando os fatores comunicativos, devido à necessidade de relacioná-la com o contexto que está sendo usado. A linguagem deve ser analisada no ato da fala, no contexto social maior e cultural na qual está sendo usada (BORGES; SALOMÃO, 2003).

Essas autoras vêem a pragmática pela perspectiva da interação social para explicar sobre a aquisição da linguagem infantil. Segundo esta perspectiva, a criança vai construindo sua linguagem a partir da interação dos processos biológicos e dos sociais, tendo como ponto essencial a idéia que a interação social é um componente necessário para que a criança construa linguagem.

É importante salientar que com base na perspectiva teórica da interação social (VYGOTSKY, 1989; BRUNER, 1978) podemos discutir como se processa a aquisição da linguagem, quais são os estilos lingüísticos presentes numa interação

adulto-criança, que podem contribuir para que esta última adquira sua linguagem além dos estilos comunicativos¹ que influenciam a sua participação na conversação.

Analisar todas essas questões é de fundamental importância para uma melhor compreensão tanto do papel do adulto como da participação da criança no processo de aquisição da linguagem.

Para Borges e Salomão (2003), os estudos sobre a relação adulto-criança no processo de aquisição tiveram como pressuposto básico, a consideração de que a habilidade social e comunicativa da criança era mais precoce do que sua habilidade para a linguagem formal. Nesse sentido, a participação do adulto como interlocutor linguisticamente mais habilitado, exerce o papel de mostrar-se sensível as intenções comunicativas da criança, contextualizando e buscando aproximar o nível cognitivo desta ao seu.

Trevarthen (1978), constatou que desde as primeiras horas que se seguem depois do nascimento, os bebês apresentam certos movimentos da face, das mãos, da boca e da respiração, que ele chama de “*pré-reaching activities*” e representam as primeiras formas de comunicação. Estas observações de Trevarthen influenciaram os estudos da linguagem, quanto ao interesse de investigar a interação espontânea entre a criança e seus pais.

Estudando a interação adulto-criança, autores como Tomasello (1999), Mead (1934, *apud* WENDLAND, 2001), enfatizaram o estilo de fala da mãe em interação com o seu bebê. Antes disso outras pesquisas (LOCK, 1978, 1980; VYGOTSKY, 1987; NEWSON, 1978; GRAY, 1978; BRUNER, 1983), demonstram as intenções comunicativas da criança desde idade muito precoce. Os gestos, as expressões faciais, o olhar do bebê constituem formas de comunicar intenções.

Combinado a esta comunicação não-verbal o bebê passa a produzir vocalizações posteriormente com entonações marcadas. Este período para Trevarthen é conhecido como “protoconversação” ou “protolinguagem”. Este tipo de conversação do bebê gera determinados sentidos e respostas para o adulto como também para o bebê.

Segundo autores como Villa (1995), Snow (1978; 1997), o estilo da fala da mãe ou “*manhês*”² permite um conjunto de expectativas comuns aos participantes

¹ Os estilos comunicativos na literatura referem-se aos meios e funções comunicativas apresentados por autores como Snow (1977). Estas pesquisas demonstraram que as mães utilizam formas simples e ajustadas ao nível de compreensão e interesse da criança.

tanto à criança como o adulto, tornando possível a cada um dos participantes de reconhecer o sinal do outro antecipando sua própria resposta.

Borges e Salomão (2003) ressaltam que Maratsos (1983), considera a “*motherese*” ou “*manhês*” muito importante para a criança nos primeiros anos de vida visto quando ainda não pode responder às sentenças muito complexas. Estas sentenças complexas enfraquecem a função comunicativa do diálogo então neste sentido se faz necessária uma fala materna apresentada à criança de forma simples e curta, mas que corresponda a um nível mais elevado ou que corresponda ao nível em que a criança se encontra.

Vygotsky (1998) e Bruner (1983) estudaram a relação da complexidade da fala materna. Segundo estes autores um interlocutor adulto (pai ou mãe) vai estruturar a interação no sentido de que, excedendo um nível de desenvolvimento real da criança, vai aproximar esta ao potencial do adulto, ajudando a criança a avançar de um nível para o outro. Eles concordam que a fala materna apresentada à criança relaciona-se ao nível de habilidade lingüística e cognitiva da mesma, de forma a contribuir para o seu desenvolvimento.

Então o adulto irá exercer o papel do companheiro dotado, o “expert” de um nível de desenvolvimento mais elevado que o da criança, proporcionando a aproximação do nível lingüístico potencial desta ao seu.

Para Bruner (1983), o papel do adulto em promover o desenvolvimento da linguagem da criança deve ser visto em termos interacionais, no sentido que o adulto promove a edificação, através da qual a criança pode construir progressivamente comunicações funcionalmente mais efetivas e formalmente mais elaboradas.

Snow (1997) mostra que a mãe não conversa para a criança, mas conversa com a criança. Este ato de falar com a criança é uma tentativa de estabelecer uma comunicação e também adequar-se ao nível lingüístico da criança.

Entre as outras características do “*manhês*” que propiciam o desenvolvimento da linguagem, pode-se ainda encontrar mais duas características: uma de apresentar uma “opinião” à criança utilizando de repetições e reformulações do enunciado desta, e uma outra característica também é a de fazer solicitações à criança especificamente para esclarecimentos ou para emitir questionamentos.

² Este estilo de fala pode ser visto também nas pessoas que exercem a função materna na interação com a criança.

O adulto geralmente repete modificando e enriquecendo, acrescentando ou corrigindo se for o caso, o enunciado da criança. A quantidade destas repetições irá variar de acordo com a idade da criança e com a necessidade de se fazer isso. Estes tipos de repetição são também conhecidos por causarem uma reformulação ou expansão que ajuda na aquisição da linguagem por parte da criança principalmente às formas de linguagem mais primitivas ensinando as formas corretas do adulto e com isso vai preencher os elementos omitidos e vai ilustrar bem a sintaxe da língua.

O outro estilo também considerado estimulador da aquisição é a solicitação materna e é conhecido por dois tipos: um de solicitar uma clarificação, um esclarecimento principalmente depois de enunciados mal elaborados pela criança e tem como função, ajudar a criança a reformular e organizar as regras do sistema gramatical.

E ainda outro tipo de solicitação é o de emitir questões, especialmente as questões abertas que têm sido apontados segundo alguns estudos de Mac e Peterson (1991, *apud* BORGES; SALOMÃO, 2003), como um tipo de enunciado que influencia a criança a apresentar narrativas mais longas e coerentes. Este estilo é considerado como um dos mais efetivos na iniciativa da conversação, pois ele é visto como uma forma de transferir o turno da conversação para a criança.

No processo de interação adulto-criança é importante que o adulto seja responsivo a esta, oferecendo-lhe atenção e respostas às suas necessidades. Crianças que tem interlocutores mais responsivos, com maior envolvimento, apresentam comportamentos mais exploratórios e mais positivos, além de apresentarem melhor relacionamento entre pares (BORGES; SALOMÃO, 2003).

Num trabalho recente, Neves (2006) observou a interação adulto-bebê, este último, portador da síndrome de Möebius que confere ao seu portador uma face de máscara, decorrente de paralisia facial bilateral. Considerando as trocas interativas entre o adulto, no estudo, o pai, e o bebê no período de interação em face-a-face, a autora identificou, os recursos de participação da díade para se comunicar, a composição de turnos, a expressão e o compartilhamento de emoções e a co-construção do significado das trocas interativas. A autora conclui que é numa análise minuciosa dos mecanismos procedurais analisados dentro do contexto comunicativo, (e isto implica uma transcrição detalhada do comportamento verbal e não verbal dos interlocutores), é que podem ser identificadas as potencialidades do

bebê enquanto um ser comunicativo e participativo, mesmo para um bebê deficiente, mostrando que não é necessário ter um vocabulário preciso para comunicar quando se está num ambiente pragmático rico.

Baseados em modelos de “input” comunicativo na relação adulto-criança, autores como Girolametto, Pearce & Weitzman (1996), desenvolveram uma investigação sobre os efeitos da estimulação focalizada na promoção de vocabulário nos casos de crianças com retardo do desenvolvimento da linguagem.

Eles partem do modelo interativo de linguagem advindo da perspectiva da interação social. Dentro do contexto, o “input” simplificado de linguagem da parte dos cuidadores, elicit funções motivacionais e informacionais que ajudam a criança a fazer comparações entre os contextos lingüísticos e não-lingüísticos. Esses “inputs” levam à melhora das relações entre os objetos, as ações, os eventos externos e as palavras. Este modelo presume que a otimização de tais “inputs” podem promover o aumento de oportunidades para a criança com retardo no aprendizado.

Alguns programas de intervenção criados para ensinar os pais a oferecerem uma comunicação e linguagem mais acessível a essas crianças aderem este modelo de intervenção focalizada. São exemplos desses programas os: “Transactional Intervention Program” (MAHONEY; POWELL, 1986), o “Conversational Engineering Program” (MACDONALD; GILLETTE, 1984), o “Language Interaction Intervention Program” (WEISTUCH; LEWIS; SULLIVAN, 1991) e por fim o “Hanen Program for Parents” (GIROLAMETTO; GREENBERG; MANOLSON, 1992). Todos esses programas têm um objetivo comum: o encorajamento e o reconhecimento da parte dos pais a serem mais responsivos e menos dominantes e diretivos na interação com a sua criança (GIROLAMETTO; PEARCE; WEITZMAN, 1996).

O Programa Hanen para pais diferencia-se dos demais, pois, opta por uma abordagem mais flexível dessa intervenção focalizada no sentido de que leva em consideração: 1- a habilidade da criança de se engajar numa interação social; 2 - as dificuldades cognitivas e /ou motoras da criança; 3 - se há necessidade para a criança de uma modalidade alternativa de expressão; o nível do desenvolvimento da criança, (por exemplo, se a criança não usa uma comunicação intencional, ou se a criança transforma palavras em frases); 4 - que seleção de estratégias e habilidades pode ser criada ou modificada; 5 - a consideração de quais são as dificuldades dos

pais de desenvolver um estilo responsivo e de qualidade, por exemplo: para criar habilidade em sua criança, para usar as palavras adequadas com a criança e que façam parte da sua interação habitual; 6 - o estresse dos pais devido aos fatores referentes às incertezas do diagnóstico; 7 - da dificuldade dessa criança em relação às suas necessidades educacionais (WEITZMAN, 1997).

Pensando nisso o programa Hanen olha para as maneiras de incorporar a estimulação focalizada de uma maneira flexível desenvolvendo estratégias comunicativas que devem ser estabelecidas e criadas entre os pais e as crianças (WATSON, 1998).

Para adquirir o equilíbrio entre os objetivos da intervenção quanto ao estabelecimento da interação e a linguagem, o gerenciamento informal com a criança inclui a investigação da linguagem receptiva; a investigação da habilidade para o jogo simbólico; a avaliação da habilidade de expressão natural da linguagem; a investigação das funções de linguagem usadas através de tentações comunicativas; a investigação das habilidades motoras orais incluindo uma avaliação fonológica; o uso do teste “MacArthur Communicative Development Inventory” (FENSON *et al.*, 1993) com os pais no retorno da segunda sessão de intervenção; a utilização do Social-Conversational Skills Rating Scale (GIROLAMETTO; PEARCE; WEITZMAN, 1996), que é completado pelos pais e realizado a devolutiva, explicando o nível de sua criança juntamente com os mesmos no retorno da primeira sessão; e por fim a análise do vídeo da interação pai-criança (WATSON, 1998).

O programa Hanen na incorporação de certos elementos da estimulação focalizada ajuda os pais a desenvolverem e refinarem a comunicação individual e os objetivos de linguagem para as crianças e seus pais. Compreendendo desde a criança que está no processo de compreensão das primeiras palavras às que estão aprendendo o uso das regras gramaticais. Assim são realizadas cuidadosas seleções de estratégias, oferecendo aos pais uma maneira de intensificar o processo de aprendizado da linguagem (MANOLSON, 1992).

Em resumo, é através de reuniões em colaboração com os pais, que são estabelecidos objetivos, realizáveis e motivadores, para a criança utilizando os princípios da estimulação focalizada promovendo uma base para uma efetiva intervenção precoce da linguagem.

Então, tendo em mente uma intervenção focalizada que se preocupe com a individualidade de cada caso, o programa Hanen na preocupação da investigação das habilidades comunicativas procura saber o “*como*” e o “*porque*” a criança se comunica, sendo o “*como*” ligado ao meio produzido pela criança (gestual,verbal...), dá ênfase principalmente ao fato que são os pais os maiores beneficiados em serem comunicativos, ou seja que estratégias, de que maneira seu filho se comunica, e para que função, o “*porque*”, este se comunica. As funções consideradas pelo programa Hanen estão de acordo com os estudos da pragmática.

Em conclusão ao que viemos abordando anteriormente, podemos observar que os estudos da linguagem que enfatizam a perspectiva da interação social parecem dar conta do processo de aquisição da linguagem infantil, pois estes processos são analisados de acordo com as características individuais e os aspectos sociais relacionados à criança e ao adulto. Mostramos, portanto a importância de levar em consideração estas características encontradas, como a existência de uma variabilidade de uma criança para outra, assim como de um meio social para o outro.

O que se quer mostrar é que essa perspectiva da interação social sustenta todos estes aspectos e contribui para uma análise do conhecimento acerca do contexto sociocultural em que o individuo está inserido e ainda permite uma articulação da análise deste contexto com as características individuais do adulto e da criança.

1.2 A contribuição da Pragmática

O estudo da linguagem perpassa por três principais dimensões, a saber: quanto à forma da linguagem (fonologia, morfologia e sintaxe); quanto ao conteúdo da linguagem (semântica) e quanto ao uso da linguagem (pragmática).

A partir dos anos 80 os estudos e pesquisas a respeito da linguagem, não só considera os seus aspectos formais, mas principalmente os aspectos funcionais da linguagem nas crianças com distúrbio de linguagem (ACOSTA 2003; PINTO, 2004).

1.2.1 A concepção da pragmática

A pragmática analisa o uso concreto da linguagem na prática lingüística, sendo apontada como a *ciência do uso lingüístico*, possuindo três correntes teóricas principais: a que estuda a relação entre signos e falantes, ou seja, a conversação humana enquanto fenômeno lingüístico; a teoria dos atos de fala que estuda os efeitos da linguagem em uso e os estudos de comunicação acrescentando às duas teorias anteriores a visão das ciências sociais em geral. É fácil compreender, portanto, por que a pragmática se consolidou como ciência: não ter deixado de fora da linguagem que a faz existir: o ser (PINTO, 2004).

“A pragmática ocupa-se dos mecanismos por meio dos quais o falante dá mais significação ou expressa algo completamente diferente do que contém seu enunciado, explorando criativamente as convenções comunicativas” (LEVINSON, 1989).

A compreensão da linguagem pela pragmática passa a envolver aspectos não verbais, sociais e ambientais, ou seja, a relação entre linguagem e contexto (FERNANDES, 1996).

Nos seus estudos, Austin (1990) concebe a linguagem como uma atividade constituída, vinculada diretamente ao ato da linguagem, que seria uma ação. Porém, foi com Searle (1965), que a teoria dos atos de fala tomou força na lingüística. Os atos de fala são considerados, enfim, como unidade mínima da comunicação lingüística.

Austin estabelece distinção entre três tipos de atos: **locucionários** - relação entre proposições e emissão de sons; **ilocucionários** - ato social reconhecido como tal pelo falante e pelo ouvinte; **perlocucionários** - criação de efeito de comunicação.

Searle (1981) propõe que os atos de fala sejam distinguidos em **atos de enunciação** (aqueles que enunciam palavras), **atos proposicionais** (aqueles que referem ou predicam), **atos ilocucionais** (aqueles que afirmam, perguntam, ordenam etc.) e **atos perlocucionais**, estes últimos sugeridos por Austin e que envolvem o efeito da emissão sobre o ouvinte.

De acordo com Bates *et al.* (1976), a linguagem é um evento social realizado por seres humanos dentro de um contexto comunicativo realístico, sendo considerada como parte integral da natureza e do uso da linguagem pelos homens.

As teorias pragmáticas permitem a abordagem do valor social da linguagem, ou seja, das funções comunicativas, em:

1. Cumprimentar e expressar rotinas sociais
2. Regular
3. Trocar experiências
4. Expressar sentimentos
5. Imaginar/fantasiar
6. Função metalingüística

Para Rees (1982 *apud* FERNANDES, 1996), a pragmática refere-se a uma série de fenômenos lingüísticos que envolvem atos de fala, pressuposições e inferências, determinação dos referentes de pronomes, princípios de cooperação e papel social, entre outros. Propõe ainda três grandes áreas de habilidades pragmáticas: habilidades de conversação, habilidades de narrativas e habilidades não comunicativas.

Esta autora também introduz a discussão a respeito do papel da pragmática no desenvolvimento da linguagem, sugerindo entre outras coisas que os fatores pragmáticos estão envolvidos na origem do desenvolvimento da linguagem e podem estar associados ao desenvolvimento de estilos lingüísticos.

Passaremos agora a abordar esta relação entre o desenvolvimento da linguagem e o desenvolvimento da competência pragmática.

1.2.2 Desenvolvimento da competência pragmática

Estudos na área de desenvolvimento da linguagem consideram a relação entre linguagem e contexto, sendo que, para se avaliar o uso funcional da linguagem, é preciso analisar diferentes contextos (BATES 1976).

Halliday (1975 *apud* FERNANDES, 1996), é considerada a primeira autora a estabelecer uma ordem de desenvolvimento das funções comunicativas. Esta ordem teria a seguinte seqüência: Função *instrumental* (“Eu quero”), função *regula tória* (“Faça o que eu digo”), função *internacional* (“Eu e você”), função *pessoal* (“olha eu aqui”), função *heurística* (“porque, como?”) e função *imaginativa* (“faz de conta”).

Ochs e Schieffelin (1979) sugerem que os dados não-verbais e verbais da comunicação devem ser examinados para determinar: 1) Que passos são cumpridos

pela criança, 2) Quanto do espaço conversacional (número de emissões, número de turnos) é usado no cumprimento de cada passo e 3) Quais os meios (verbais ou não-verbais) empregados pela criança para realizar cada passo, indicando o desenvolvimento da competência comunicativa.

É a interação, portanto que vai determinar os usos da linguagem. E por outro lado, a interação vincula-se ao desenvolvimento cognitivo e à experiência social na determinação do desenvolvimento da linguagem (FERNANDES, 1996).

Ainda segundo a autora, é num contexto funcional, que qualquer som ou gesto, interpretável de acordo com uma função de linguagem reconhecida na linguagem do adulto, é considerado linguagem. Sendo assim pode-se dizer que com isto, a criança vai adquirindo potenciais de significado que depois de serem dominados, vão ampliando rapidamente a cada experiência.

A intenção e o significado são definidos dentro dos contextos significativos (BULLOWA, 1979). Em outras palavras, as compreensões comuns construídas entre uma criança e seus parentes, formam os contextos básicos, únicos e indispensáveis para todas as suas relações pessoais posteriores.

Para Ochs (1983 *apud* FERNANDES, 1996), o desenvolvimento das habilidades comunicativas funcionais de comunicação na criança consiste no surgimento de habilidades que vão além das trocas verbais. Primeiro as crianças constroem sua linguagem baseada no contexto não-verbal e depois incorpora esta bagagem ao contexto verbal.

No período pré-lingüístico as crianças utilizam emissões vocais e gestos e representam um sistema de categorias pragmáticas. Estas emissões são conhecidas na literatura como “morfemas sensório-motores” e a associação destes ao significado é diretamente dependente de pistas contextuais. Com isso, podem-se identificar desde o período pré-lingüístico categorias funcionais como: pedido de ação; pedido de atenção; atenção ao objeto; rejeição e aprovação; reconhecimento e prazer; desaparecimento e pedido de transferência, em crianças com aproximadamente um ano de idade (FERNANDES, 1996).

No período de emissões de uma só palavra, segundo Schwartzman (1982), as estruturas lingüísticas já adquiridas são utilizadas em contextos comunicativos e estruturas maiores. Quanto ao discurso, parece haver alternância de turnos na comunicação entre o adulto e a criança desde o primeiro ano de vida. A mãe, antes da emergência da comunicação intencional é o único responsável pela estrutura de

alternância de turnos da interação. Posteriormente, durante o segundo ano de vida, a criança vai se tornando cada vez mais participativa na comunicação. Quando a comunicação não verbal é levada em conta, observamos aos dois anos de idade um equilíbrio na tomada de turnos na interação entre a criança e a mãe.

A pragmática, portanto, investiga as influências dos fatores contextuais na aquisição e uso da linguagem e suas funções comunicativas. Tais fatores são divididos em duas grandes categorias: 1 – fatores são inerentes à situação comunicativa ou são fornecidas pelos outros interlocutores e 2 – fatores são trazidos ao contexto comunicativo pela própria criança. Esses fatores podem ser divididos em: contextos de ação e não-ação quando interferem no uso das estruturas de linguagem (FERNANDES, 1996).

Podemos observar então, como mencionado anteriormente, que a pragmática possibilita uma perspectiva de linguagem abrangente onde a linguagem pode ser vista como integrada ao desenvolvimento, podendo dar conta de todo o ritmo de mudanças e equilíbrios presentes no decorrer da vida.

Pensando nisto, concordando com Fernandes (1996), consideramos neste trabalho que a perspectiva pragmática oferece subsídios importantíssimos para a prática clínica em diagnóstico e terapia de linguagem.

Agora passaremos a tratar sobre a questão da intervenção fonoaudiológica na linguagem de portadores de PC quanto à importância de integrar os aspectos não-verbais, sociais e ambientais do contexto comunicativo.

1.3 A paralisia cerebral

A encefalopatia crônica da infância foi descrita por Little em 1843 que a definiu como uma patologia ligada a diferentes causas e caracterizada principalmente por rigidez muscular. Em 1862, Little estabeleceu a partir dos seus estudos a relação entre este quadro motor e o parto anormal (PIOVESENA, 2002; ROTTA, 2002).

O termo “paralisia cerebral” (PC) foi sugerido em 1897 por Freud, referindo-se a um vasto conjunto de afecções que comprometiam o Sistema Nervoso Central (SNC) imaturo, tendo em comum o distúrbio motor mais ou menos severos, semelhantes ou não aos transtornos motores da Síndrome de Little (ROTTA, 2002; DIAMENT; CYPEL, 1996).

Atualmente, a definição mais aceita da paralisia cerebral, também denominada de encefalopatia crônica não progressiva da infância, é a proposta pelo Little Club (1959), como aponta Schwartzman (2004), que classifica a paralisia cerebral como um grupo não progressivo, mas freqüentemente mutável, de distúrbios motores (tônus e postura), secundário a lesão do cérebro em desenvolvimento, ou seja, na fase de maturação estrutural e funcional (BOBATH, 1993; KUBAN; LEVITON, 1994; LIMONGI, 2003).

Pesquisadores como Braga, Souza e Willadino (2000), consideram que a paralisia cerebral é uma síndrome, uma vez que, pode apresentar uma diversidade muito grande de problemas associados, como distúrbios convulsivos, alterações da expressão verbal, retardo mental, distúrbios perceptivos e viso-motores, deficiência visual, auditiva e táctil, além de problemas orais e dentários.

Baseado no modelo de classificação da World Health Organization (WHO, 1999), esta enfermidade pode apresentar diversos comprometimentos, no que se refere ao funcionamento do sistema músculo-esquelético.

Por ser uma disfunção predominantemente sensório-motora, os distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária variam de acordo com a etiologia, tipologia, intensidade e extensão topográfica da lesão.

Duas classificações são mais utilizadas atualmente para caracterizar a paralisia cerebral. Vejamos nos quadros que se seguem estas classificações:

Quadro 1 – Disfunção motora e topográfica³

A. Paralisia cerebral espástica
<ul style="list-style-type: none"> • Diplegia: comprometimento maior nos membros inferiores • Quadriplegia: prejuízos equivalentes nos quatro membros • Hemiplegia: comprometimento de um dimídio corporal • Dupla hemiplegia: membros superiores mais comprometidos
B. Discinética
<ul style="list-style-type: none"> • Hipercinética ou coreoatetóide • Distônica
C. Atáxica
D. Mista

Quadro 2 – Segundo Little Club⁴

Paralisia cerebral espástica
Paralisia cerebral distônica
Paralisia cerebral coreoatetótica
Paralisia cerebral atáxica
Paralisia cerebral atônica
Formas mistas

Na PC, a espasticidade⁵ é a expressão mais freqüente na população. A espasticidade é encontrada quando a lesão compromete o *sistema piramidal* e se caracteriza por hipertonia muscular relacionada à velocidade do movimento. É mais evidente nos grupos musculares flexores e adutores dos membros e pode ser acompanhada pela paresia (fraqueza) dos grupos antagonistas. Frequentemente,

³ Esta classificação de Minear, WL (1956) proposta pelo comitê da Academia Americana de Paralisia Cerebral leva em conta os tipos de disfunção motora presentes e a topografia dos prejuízos. (SCHWARTZMAN, 2004)

⁴ Esta classificação utilizada pelo Little Club (International Study Group - London) pressupõe o conhecimento da patologia ou a identificação de possíveis fatores de risco presentes. (*Ibidem*)

⁵ A espasticidade é definida como um desequilíbrio entre o sistema inibidor dos movimentos reflexos e o facilitador (SANTOS, 2005; SCHWARTZMAN, 2004; ALBRIGHT, 1996). Caracterizado por “estado de aumento do tônus muscular com exagero dos reflexos tendinosos” (Stedman’s Concise Medical Dictionary).

com o crescimento, instalam-se deformidades ósteo-articulares, como também se observa atraso nas aquisições motoras e permanência de reflexos primitivos⁶.

Quadro 3 – Classificação segundo Davis (1992)⁷

Característica clínica	Aspectos consistentes	Aspectos variáveis
1. Diplegia espástica: membros inferiores mais comprometidos que os superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente associada com prematuridade 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ter outros prejuízos (cognição, linguagem, etc.).
2. Hemiplegia espástica: <ul style="list-style-type: none"> • Um dimidio envolvido • Membro superior mais comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Habitualmente tem marcha independente • Dificuldades de aprendizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia • Pode apresentar cistoporencefálico
3. Quadriplegia espástica <ul style="list-style-type: none"> • Quatro membros envolvidos • Membros inferiores podem ser prejudicados 	<ul style="list-style-type: none"> • Retardo mental ou dificuldades de aprendizado escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia

Quando a lesão ocorre no *sistema extrapiramidal* há o comprometimento dos núcleos da base, que se manifesta pelo aparecimento de movimentos involuntários; Estes podem ser: proximais do tipo coréia (movimentos grossos, arrítmicos e súbitos), ainda os distais do tipo atetose (movimentos contínuos, uniformes e lentos) ou amplos e fixos do tipo distonia (movimentos intermitentes e simultâneos observados principalmente na cabeça e no pescoço). Na presença dos movimentos distônicos, os portadores apresentam maior dificuldade na aquisição das etapas neuropsicomotoras. Os portadores deste tipo podem conviver bem com a persistência dos reflexos primitivos, muitas vezes utilizando-os funcionalmente. Muito frequentemente os vários tipos desses movimentos involuntários aparecem associados caracterizando a forma mista de PC.

O tipo atáxico é o menos comum de PC e está relacionado ao comprometimento do cerebelo e/ou de suas vias. Este tipo clínico se caracteriza por

⁶ Os reflexos primitivos comuns do recém-nascido: reflexo de Moro; reflexos miotáticos; reflexo de Babinski e reflexos orais vitais: busca, deglutição, sucção, tosse.

⁷ Esta classificação considera as características clínicas e os aspectos consistentes e variáveis da patologia, fazendo uma síntese da capacidade funcional do portador de paralisia cerebral que apresenta o componente espástica em seu quadro clínico. (SCHWARTZMAN, 2004)

alterações da coordenação e do equilíbrio. A incidência de déficit cognitivo nestes casos é relevante.

O chamado tipo misto de PC implica sintomas associados de mais de um tipo clínico. Na grande maioria, a espasticidade, a movimentação involuntária e/ou a ataxia se soma, geralmente com o predomínio de um dos tipos clínicos. A maioria dos casos de PC pode ser enquadrada nesta categoria, pois dificilmente as alterações vêm na sua forma pura.

Quanto à gravidade do comprometimento neuromotor a criança com paralisia cerebral pode ser caracterizada como leve, moderada ou severa, tomando como base o meio de locomoção da criança (MANCINI *et al.*, 2002). Estas classificações servem a um propósito de descrição e caracterização da lesão, não fornecendo informação sobre as conseqüências desta enfermidade na rotina diária da criança.

Segundo a distribuição topográfica do comprometimento motor, três tipos são descritos (BOBATH, 1976, 1978; BRAGA, 1995; MANCINI *et al.*, 2002; LIMONGI, 2003; FRAZÃO, 2004):

- O comprometimento simétrico dos quatro membros caracteriza a forma tetraparética. Esses casos são geralmente os mais graves, em que o uso funcional dos membros e a aquisição de etapas motoras são pouco freqüentes. Uma causa comum de tetraparesia espástica é a ocorrência de hipóxia do recém nascido a termo;
- Na forma diparética, há comprometimento dos quatro membros, com predomínio nos membros inferiores. Os membros superiores geralmente são mais funcionais, havendo melhor prognóstico quanto ao uso dos mesmos. Nesta forma, a possibilidade de marcha é maior como também a aquisição de várias etapas motoras. Freqüentemente se deve a lesões isquêmicas no Sistema Nervoso Central (S.N. C) do recém-nascido pré-termo;
- A forma hemiparética é caracterizada pela lesão de apenas de um dos hemisférios cerebrais, muitas vezes por mal-formação, determinando o comprometimento de um lado do corpo. Nestes casos, a regra geral é que atinjam um bom grau de independência tanto nas atividades de vida diária como na locomoção.

Apesar da principal característica da PC ser o déficit motor, é comum a manifestação de outros distúrbios como: convulsões, déficit cognitivo, distúrbios proprioceptivos e sensoriais (déficits visuais e auditivos).

Normalmente as alterações no sistema motor global interferem no sistema sensorio motor oral com prejuízo das funções estomatognáticas de respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala.

Além disso, deteriorização e perdas funcionais progressivas podem ser observadas em pacientes mais velhos, quadro que se deve ao envelhecimento normal de um sistema nervoso já lesado. Apesar da encefalopatia causadora da paralisia cerebral não ser progressiva, os aspectos clínicos podem mudar com o tempo (PALISANO *et al.*, 1997).

Estudos como os de Kuban e Leviton (1994), têm demonstrado que tanto fatores de risco associados à mãe (história de abortos espontâneos prévios, períodos muito curtos ou muito longos entre as gestações - < 3 meses ou > 3 anos, doenças crônicas maternas), como inerentes à gestação (generalidade, apresentação fetal anômala) e ao parto em si (descolamento de placenta, corerretinite, prematuridade) têm papel importante na gênese da Paralisia Cerebral. Dentre estas, as infecções congênicas são causas comuns: citomegalovírus, toxoplasmose, herpes, rubéola, HIV, entre outras (BALE; BELL, 1998).

Alguns aspectos especiais relacionados à etiologia pré-natal devem ser levantados:

- Base genética: apesar de não haver nenhuma comprovação definida de fator genético associado à PC, a maior incidência entre gêmeos monozigóticos do que nos dizigóticos e a maior recorrência dessa patologia numa mesma família apontam para a necessidade de maior investigação nesse sentido (SHAPIRA, 1998);
- Malformações do SNC: Estas lesões certamente perinatais, podem estar associadas a fatores genéticos ou ambientais (infecção, trauma), mas muitas questões quanto ao momento em que ocorreram e a etiopatogenia continuam sem resposta (MOURA-RIBEIRO, 1998).

Destaca-se, dentre as causas perinatais, a anóxia devido à obstrução do cordão umbilical ou por anestesia administrada em excesso ou em momento inoportuno. Os partos prolongados, cesariana secundária com utilização de fórceps e ocorrência de mudanças bruscas de pressão arterial materna são fatores perinatais que podem trazer complicações e levar a danos cerebrais ao bebê (BASIL, 1995). outra causa Peri natal bastante prevalente é a encefalopatia bilirrubínica, clinicamente denominada de Kernicterus.

Os casos de PC de causa pós-natal estão relacionados a insultos ao SNC que ocorrem a partir da fase perinatal até o 2º ano de vida da criança. As causas mais comuns são as meningoencefalites, os traumas crânio-encefálicos, os semi-afogamentos que de forma geral, determinam quadros clínicos mais graves e de pior prognóstico pra a reabilitação (MILLER; CLARK, 2002).

Resumidos nos quadros abaixo, encontram-se os fatores etiológicos e de risco mais comuns na PC:

Quadro 4 – Etiologia da paralisia cerebral⁸

- Pré-natais:
 - dois ou mais abortos
 - doenças maternas
 - sangramento durante a gestação (crianças a termo)
 - pré-eclâmpsia
 - crianças nascidas pequenas para a idade gestacional
 - infartos da placenta
 - gestação gemelar
- Perinatais
 - asfixias
 - hemorragias cerebrais
 - ablação da placenta
 - hipóxia
 - hiperbilirrubinemia
 - infecções de SNC

Quadro 5 – Fatores de risco para paralisia cerebral⁹

- Fatores pré-natais
 - herança simples
 - síndromes pré-natais definidas
 - infecções pré-natais
 - malformações cerebrais
- Possíveis fatores pré ou perinatais
 - presença de um ou mais fatores de risco
- Fatores pós-natais
 - insultos ao SNC
 - meningoencefalites
 - traumas crânio-encefálicos
 - semi-afogamentos
- Etiologia desconhecida

⁸ Este quadro descreve alguns problemas mais comuns ligados à etiologia segundo David (1992 *apud* SCHWARTZMAN, 2004)

⁹ Fatores de rcos mais presentes (HAGBERG; HAGBERG, 1984 *apud* SCHWARTZMAN, 2004).

A incidência mundial tem se mantido constante nos últimos anos: 1,5 a 5,9 por 1000 nascidos vivos (PIOVESENA, 2002; ROTTA, 2002). Acredita-se que se por um lado, as melhores condições de atendimento materno-infantil diminuem o risco de agressão neurológica a crianças nascidas a termo, por outro lado o avanço médico-tecnológico favorece a sobrevivência de pré-termos extremos.

Com o SNC imaturo altamente susceptível a qualquer agressão, a incidência de Paralisia Cerebral entre prematuros com menos de 1500 g é de 25 a 31 vezes maior do que entre nascidos a termo (ROSEMBERG, 1992).

Nas duas últimas décadas observou-se um aumento nos casos de paralisia cerebral em países desenvolvidos, com prevalência dos casos moderados e severos variando entre 1,5 e 2,5 por 1.000 nascimentos (PIOVESANA, 2002). Entre os recém-nascidos pré-termo com muito baixo peso (inferior a 1500g) a presença de disfunções neurológicas é observada com maior frequência do que em crianças nascidas a termo com peso adequado, podendo a paralisia cerebral acontecer com frequência de 25 a 30 vezes mais no grupo de crianças consideradas de risco perinatal. Em países subdesenvolvidos a incidência desta doença é maior do que nos países desenvolvidos, observando-se índices de 7:1000 (DIAMENT, 1996).

No Brasil os dados recentes estimam cerca de 30000 a 40000 casos novos de paralisia cerebral por ano (DEFNET, 2006).

1.3.1 A questão da linguagem e a paralisia cerebral

Dependendo do comprometimento, algumas crianças com paralisia cerebral têm dificuldades em aprender a usar a fala. Isso pode estar associado com uma dificuldade geral em entender a linguagem, ou primariamente devido à dificuldade em controlar a coordenação dos músculos da respiração e articulação. As crianças com paralisia cerebral apresentam uma série de alterações na evolução de seu desenvolvimento, advindas direta ou indiretamente do seu distúrbio neuromotor que interfere nas habilidades de realizar certos movimentos necessários para adquirir os movimentos e funções como a marcha, manipulação de objetos, falar, escrever, etc. (BASIL, 1995).

Autores como Bobath e Bobath (1987), consideram que são característicos na paralisia cerebral os distúrbios no desenvolvimento da fala devido ao atraso

maturacional do sistema nervoso central, presença de distúrbios no desenvolvimento psicomotor, manutenção de reações de equilíbrio e proteção, entre outros.

A articulação dos sons da fala está relacionada com o desenvolvimento e maturação do sistema miofuncional oral, assim como, das funções neurovegetativas como: respiração, sucção, mastigação e deglutição (MARCHESAN, 1998).

Limongi (2000), destaca que a fala da criança com paralisia cerebral muitas vezes está prejudicada devido à dificuldade articulatória, as alterações respiratórias e a coordenação entre ambas. Na maioria das vezes essas dificuldades estão associadas às alterações de tônus e postura e estados afetivos que envolvem a comunicação. Estes problemas motores também podem afetar a musculatura orofacial, prejudicando a mímica facial interferindo na comunicação não verbal e na interação. Quanto ao desenvolvimento da linguagem e cognição normalmente encontra-se em graus variados de comprometimento (ALMEIDA, 2005).

Autores como Braga (1995), Andrade (2000), Massi (2002) e, mais recentemente, Frazão (2004), consideram que a presença de problemas motores, perceptuais e cognitivos associados podem inibir ou alterar a exploração que a criança faz de si e de seu meio ambiente interferindo em sua interação com este interferindo potencialmente no desenvolvimento da linguagem e da fala. Estas ações motoras juntamente com as expressões corporais e faciais constituem a comunicação precoce da criança e servem de base para o desenvolvimento da linguagem e da fala.

Encontramos também em Frazão (2004), que nas crianças com paralisia cerebral os problemas motores parecem interferir na construção da linguagem quando inicialmente a criança não consegue experiências motoras consistentes que irão auxiliar em se descobrir e interagir efetivamente com seu meio.

A autora observa ainda que posteriormente a criança perca a oportunidade de observar mudanças em seu meio, já que, pelo déficit motor não tem quantidade de episódios comunicativos suficientes e importantes para a descoberta da linguagem e da fala.

Com relação aos problemas perceptuais estes podem ocorrer como resultado da disfunção neuromotora ou independente dela (MASSI, 2001). Os déficits na acuidade visual ou auditiva assim como problemas na opinião tátil - sinestésico - motor limitam, e distorcem a informação recebida, acarretando problemas lingüísticos.

Os atrasos e as desordens cognitivas encontradas nas crianças com paralisia cerebral podem ser mascarados pelos problemas perceptuais ou motores (BRAGA, 1995), que, de forma direta, interferem no desenvolvimento da linguagem (LIMONGI, 2003). Esses problemas podem variar de sujeito para sujeito e, com o passar do tempo no sujeito em si.

Diante de tantas barreiras começamos a questionar como é o processo de construção da comunicação do sujeito com paralisia cerebral. Trataremos essas questões no capítulo seguinte.

1.3.2 Ausência de oralidade – característica importante do quadro

Podemos observar na clínica fonoaudiológica o quanto é difícil para as crianças com paralisia cerebral, superar todas as barreiras presentes, principalmente aquelas que elas enfrentam para se comunicar.

O peso da patologia se faz presente desde o nascimento interferindo na interação e na sua constituição enquanto sujeito. As alterações motoras presentes na maioria das vezes são prioridade nos programas de reabilitação fonoaudiológica que utilizam manuseio oral e global restritos ao objetivo de adequar as funções motoras e sensoriais para promover alimentação segura e articulação da fala (FRAZÃO, 1996). Assim sentimos a necessidade de nos apoiarmos numa concepção onde nem sempre existe uma correlação entre os sintomas físicos apresentados pelo sujeito e a sua capacidade lingüística.

Conforme venho apontando, os problemas de comunicação na paralisia cerebral vão desde a ausência de oralidade a dificuldades na linguagem oral de ordem práxica, como as disartrofonias que comprometem parcialmente ou de forma severa o ato de falar.

Devemos considerar ainda os casos onde a oralização encontra-se ausente, mas existe uma propensão à comunicação através de gestos, olhares, sinais e ainda algumas vocalizações. Nestes casos, é imprescindível para a construção da linguagem, a presença do outro como mediador da relação entre a ação do sujeito com o meio. Pode-se assim considerar que a linguagem é uma atividade cortical superior e que para o seu desenvolvimento necessita de duas bases: uma

anatomofuncional que é geneticamente determinada e a outra que provém dos estímulos verbais e não-verbais do próprio ambiente (SCHIRMER, 2004).

Ter a capacidade de lidar com as interferências físicas e cognitivas significa minimizar o impacto que essas interferências podem gerar sobre a leitura que o Outro faz do sujeito e sobre a aquisição de sua linguagem (SCHWARTZMAN, 1999).

Ainda de acordo com o autor além das dificuldades que possam interferir no diálogo, existe no sujeito com paralisia cerebral uma vontade de se comunicar, interagir e se constituir. Através da troca com o interlocutor o seu “discurso” irá estruturar a sua linguagem independente de poder ou não realizar o ato motor da fala. Este processo de constituição é mediado pelo outro, representante da ordem simbólica, mediando assim à relação do sujeito com estados de coisas no mundo (BRAGA, 1995).

A partir da interpretação feita pelo interlocutor é estimulado um crescimento na intencionalidade de comunicação. O outro representa um negociador entre a manifestação do desejo e sua realização.

Como diz Heymeyer (2000), uma relação entre dois indivíduos ocorre exclusivamente quando é possível haver entre eles uma troca de sentimentos, pensamentos e ações.

De acordo com Moretti (1999, p.19),

(...) comunicar-se não é só um procedimento, mas uma ação existencial. Na mensagem está implícita a relação; a comunicação não é feita somente de conteúdos, mas também de aspectos emocionais, de estilos, de acenos.

Desta forma a linguagem vem como um instrumento social de comunicação que através de interações visa estabelecer o processo da comunicação.

1.3.3 Um elemento ligado à etiologia – disartrofonía

Desde o século passado as definições sobre as alterações no controle motor da fala vem sendo descritas na literatura neurológica como disartria. Apenas há aproximadamente cinco décadas a Fonoaudiologia vem se apropriando do conhecimento sobre esta patologia e desenvolvendo seus estudos e pesquisas

considerando não somente os componentes motores da fala, mas também as alterações respiratórias, a fonação, ressonância e prosódia.

Considerando estes fatores Placher em 1949 sugeriu o termo disartrofia considerando-o mais apropriado uma vez que são encontrados transtornos de tônus e dos movimentos de toda a musculatura fonatória devido à lesão do sistema nervoso central ou periférico (MURDOCH, 1997; MEDEIROS, 1999), que causa fraqueza, parestesia ou incoordenação do sistema motor da fala.

Qualquer um ou todos os componentes do sistema motor da fala- respiração, fonação, ressonância, articulação e prosódia- pode ser afetado ou comprometido devido ao dano neurológico.

O tipo e grau de disartrofia dependem da etiologia, grau da neuropatologia, co-existência de outras desabilidades e das respostas individuais do paciente mediante a sua condição. De acordo com a WHO (1990), a gravidade da disartrofia pode estar desde uma imprecisão articulatória dos sons consonantais - discreta, até a total inteligibilidade da fala resultante do total impedimento – anartria.

A disartrofia geralmente está presente em patologias como: paralisia cerebral (PC), traumatismo craniano (TCE), acidente vascular cerebral (AVC), doenças desmielinizantes (esclerose múltipla, Parkinson, esclerose lateral amiotrófica) e neoplasma (MURDOCH, 1997).

Considerando as alterações do tônus e movimentação a disartrofia é classificada como **espástica**, **flácida**, **atáxica hipocinética**, **hipercinética**, ou **mista** quando dois ou mais tipos estão presentes.

Os diferentes tipos e manifestações clínicas da disartrofia descritos por Murdoch (1997) e Medeiros (1999), serão organizados e dispostos em um quadro para uma melhor visualização e entendimento.

Quadro seis: Manifestações clínicas

ESPÁSTICA	FLÁCIDA	ATÁXICA	HIPOCINÉTICA	HIPERCINÉTICA
<ul style="list-style-type: none"> • Articulação imprecisa e lenta; • Qualidade de voz esforçada e áspera; • Hipoprosódia-dificuldade em marcar a tonicidade das palavras • Hipernasalidade presente; • Capacidade respiratória reduzida 	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação lenta e laboriosa; • Qualidade de voz soprosa; • Redução da força e intensidade-monotonia da fala; • Hipernasalidade; • Inspiração audível- Estridor inspiratório; • Emissão de frases curtas 	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação imprecisa, monótona e irregular; • Articulação com Flutuação e prolongamentos • Produção silábica intermitent e ou com inflexões explosivas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Variação da precisão articulatória; • Disprosódia; • Articulação lenta, pobreza da qualidade vocal; • Pausas longas durante a fonação; • Prolongamento de sílabas • Redução da fonação 	<ul style="list-style-type: none"> • Variação na precisão articulatória; • Respiração irregular; • Prolongamento de sons e intervalos variando de duração entre as palavras; • Qualidade de voz monótona

Conforme visualizamos no quadro acima as alterações de voz e fala presentes na disartrofia variam de acordo com o tipo de lesão e comprometimento do tônus e movimento.

Podemos encontrar com certa frequência a disartrofia, nos casos de PC mesclando os componentes espásticos, flácidos ou atáxicos (hipocinético/hipercinético), que estão de acordo com os tipos clínicos classificados anteriormente.

A partir dessas considerações vemos que a intervenção fonoaudiológica deve respeitar as individualidades que influenciam negativamente sua habilidade de comunicar-se com a família e amigos que limita suas oportunidades.

1.4 Intervenções fonoaudiológica

Como vimos nos tópicos anteriores à criança com PC encontra muitas barreiras para interagir com o meio, dificultando sua relação e comunicação. Então se torna fundamental que o terapeuta tenha toda a atenção voltada para a criança, para o seu cuidador e para o meio no qual a criança esta inserida, enfim, para a situação como um todo, pois, qualquer manifestação da criança deve ser considerada como uma resposta a alguma solicitação feita a ela ou desta para o meio.

O que o fonoaudiólogo deve ter em mente é que a condição de expressão oral para estas crianças na maioria das vezes está prejudicada em diferentes níveis. Então ao pensarmos na questão da criança com paralisia cerebral e na sua comunicação, as idéias anteriormente defendidas cabem perfeitamente na prática do fonoaudiólogo.

O papel do fonoaudiólogo é de observar as manifestações da criança entre elas, motoras, sonoras, faciais, para melhor entendê-las dentro do contexto que está sendo usado e dar-lhes um significado, de forma que a própria criança se torne consciente da sua comunicação. Isto é de extrema importância tanto para o desempenho do fonoaudiólogo junto à criança como para junto aos cuidadores tornando-os capazes de ter esta mesma observação e compreensão.

Os problemas encontrados na comunicação da criança com PC são tão variados quanto as suas manifestações clinicas. Como vimos no item 1.3.2, podemos encontrar desde uma ausência de atitude comunicativa devido ao quadro motor severo passando por grandes dificuldades de comunicação e alterações orais importantes como a disartrofia que impede a articulação inteligível dos sons para a fala, até distúrbios no nível da linguagem. Pode-se ainda considerar os casos onde a comunicação oral esta totalmente ausente, mas a atitude comunicativa pode estar presente através de sinais e algumas vocalizações. Ainda podemos encontrar crianças com grandes habilidades comunicativas tanto para a construção da linguagem quanto na sua expressão oral, mas que se encontram subestimadas dentro do seu meio.

Pensando num trabalho terapêutico voltado para a comunicação e diante dessa variabilidade de manifestações, o fonoaudiólogo na sua clínica deverá abordar tanto a comunicação oral através do trabalho direto com a fala, ou na

implantação de um sistema de comunicação suplementar e/ou alternativo de comunicação.

Limongi (2003), parte do princípio da existência da relação direta entre a construção da linguagem e o desenvolvimento cognitivo e a importância do desenvolvimento neuropsicomotor para a efetivação do processo de linguagem, e sugere que o profissional deve ficar atento à compreensão da criança como um todo, tendo como referência todo o processo do desenvolvimento incluindo a observação de fatores relevantes como: a intenção comunicativa, como exemplos, a direção do olhar da criança, as trocas de olhares com o adulto, as tentativas de expressão, entre outros comportamentos não verbais; as manifestações da criança como respostas ao adulto ou se há a imitação de gestos ou expressões faciais; e outros usos da linguagem considerados mais avançados.

Limongi (2003) sugere também a observação da utilização da linguagem do ponto de vista da pragmática. O fonoaudiólogo deve considerar as questões referentes às formas de expressão de linguagem da criança com PC.

O que vai interessar nesse caso é que não importa como a expressão vai ser efetivada, mas a situação em que é empregada no meio; observando que esta comunicação poderá ser realizada tanto na forma de uma extensão corporal como para mostrar que a criança está querendo algo ou para expressar um sentimento, tendo estas expressões a serem construídas junto com a família.

É compreendendo a forma utilizada pela criança que se vai trabalhar a efetivação da comunicação entre a família e a criança uma vez que muitas das manifestações como às mencionadas acima não são entendidas pela família como formas de comunicação. Deve-se trabalhar, portanto também com a aceitação de pelo menos uma maneira de expressão como sendo aquela que a criança tem condições de realizar.

O terapeuta identificando o tipo de comunicação realiza dois tipos de trabalho segundo Limongi (2003): um deles é o que mostra o caminho a ser utilizado para a realização da avaliação sob os aspectos cognitivos e da linguagem construída e o outro diz respeito à conduta a ser adotada com o objetivo de programar e de efetivar a comunicação no processo terapêutico.

Ainda segundo a autora o trabalho do fonoaudiólogo será sempre voltado para a construção da linguagem. Ela afirma que qualquer indivíduo somente terá a

oportunidade de expressar aquilo que já estiver construído, não importando a forma como a expressão é realizada.

Muitos autores adotam a idéia de que subjacente a qualquer teoria, mesmo que não explicitada claramente esta a idéia fundamental de relação, de troca entre a criança e o meio em que ela vive considerando-se o meio composto de pessoas e objetos¹⁰.

Frazão (2004), também é defensora desta idéia. Para ela é importante que a criança possa ser interpretada, onde seus gestos, movimentos e vocalizações possam ser interpretados como linguagem e que a “escuta” dos pais sobre as manifestações dos filhos ultrapasse o padrão da patologia.

Pensando nisso e concordando com o dito acima é que propomos a integração dos aspectos pragmáticos junto com a proposta da acessibilidade gerada pelos sistemas aumentativos e alternativos de comunicação quando este for o caso de ausência de oralidade ou de uma oralidade muito comprometida pelo quadro motor da PC como vimos quando há a presença de uma disartrofia.

Pensamos, portanto na questão da observação do “como” e do “por que” da comunicação da criança com PC, onde o “como” refere-se ao meio utilizado para tal fim e o “porque” refere-se à finalidade da mensagem que está sendo passada, dando conta da funcionalidade e buscando associar isto à questão da acessibilidade, na efetivação da comunicação, buscando a ajuda de um sistema suplementar e/ou alternativo de comunicação. Trataremos dessa questão no item que se segue.

1.4.1 Funcionalidade *versus* acessibilidade

Passamos então a discutir a questão da funcionalidade integrada ao aspecto da acessibilidade da comunicação oferecida por um sistema de comunicação alternativo.

Vimos que a linguagem desenvolve-se de forma indissociada dos aspectos orgânicos, emocionais, cognitivos e sociais e ela só é significativa no contexto em que se manifesta.

¹⁰ Autores como Bruner e Vygotsky.

Então qualquer investigação ou intervenção terapêutica da linguagem deve considerar todos esses elementos.

Vimos também nos estudos de autores como Limongi (2003) e Frazão (2004), propostas de que a terapia da linguagem de crianças com PC deixem de enfatizar as alterações da fala e passem a focar os aspectos funcionais da comunicação, envolvendo a interação da criança com o seu meio.

Deve-se dar ênfase, portanto, à questão da efetividade da comunicação envolvendo assim todos os participantes do processo. Pois quando as falhas comunicativas acontecem, elas produzem tanto reações do paciente quanto do terapeuta. E o que determina o fracasso ou o sucesso da comunicação dentro do processo terapêutico e ainda dentro de um contexto maior, na interação da pessoa impedida de se comunicar, não é só a produção de uma resposta adequada pelo outro elemento da díade, mas o estabelecimento de uma situação de interação em que ambos os interlocutores efetuem trocas significativas.

A investigação e a atuação clínica do fonoaudiólogo com a criança com PC beneficia-se das perspectivas pragmáticas com ênfase na interação social, pois estas fornecem elementos essenciais para a discussão de questões específicas da linguagem e da comunicação na PC.

Então desta forma torna-se possível o estudo das alterações da linguagem da criança com PC, principalmente as de comunicação e de interação advindas dessa patologia e só a adoção de uma perspectiva teórico-metodológica abrangente vai permitir o estudo minucioso das alterações de sua linguagem fornecendo assim subsídios para a prática clínica.

Pensando desse modo a união de concepções teórico-metodológicas da pragmática quanto à funcionalidade da linguagem e da acessibilidade da proposta da comunicação alternativa, adotada neste estudo, não é aleatória.

Como as trocas da criança com PC e o seu meio estão desde cedo distorcidas por causa da patologia, que apresenta o caráter motor prejudicando até a articulação da fala, então o caminho experiencial que normalmente a criança vivencia no mundo está comprometida. Isso gera seqüelas inevitáveis ao desenvolvimento cognitivo, afetivo, emocional, além dos problemas relacionais, como durante as trocas interativas da criança. Além disso, a impossibilidade de enviar sinais comunicativos claros através de gestos, posturas, mímicas, junto com a tendência ao seu interlocutor direto de interpretar os pensamentos da criança,

contribui para aumentar a sensação de que esta criança está na dependência do outro e que não pode de outra forma dominar o espaço comunicativo. Então desde cedo este processo de aquisição de competência comunicativa e lingüística não vai encontrar um terreno adequado para prosseguir e se desenvolver.

Entendendo, mesmo de forma reduzida, que a comunicação é uma passagem de informações mediadas por um código e regida por regras gerais, ela também não é só uma competência fisiológica. Seu âmbito é mais amplo e reflete por si só toda a história da humanidade e a cultura.

Considerando que um ser privado da possibilidade de se comunicar verbalmente, não significa que ele não pode transpor essa barreira. Deve-se pensar, na superação.

Pensando em extrapolar as barreiras impostas pela patologia é que unimos a idéia da acessibilidade proposta pela comunicação alternativa.

Uma consideração importante é que a comunicação alternativa leva em conta que mesmo diante de uma gama de distúrbios diversos como da anartria, surdez, as disfasias, aos graves distúrbios do desenvolvimento lingüístico e também uma parte das dificuldades comunicativas associadas ao retardo mental, uma ajuda em forma de alternativa, ao funcionamento fisiológico da comunicação é virtualmente possível.

Então dentro de critérios da comunicação alternativa entende-se também que nem todos os aspectos da comunicação podem ser substituídos.

Na nossa vida cotidiana, estamos diante, de uma riqueza de códigos alternativos como, por exemplo, as placas de sinalização de transito, são um desses muitos exemplos.

Uma outra questão importante é que a comunicação suplementar e/ou alternativa também pode ser a economia da comunicação, ou seja, o esforço que é requerido em termos de atenção e de motivação. No caso de uma criança com dificuldade de fala, quanto trabalho é necessário para a execução dessa ação no caso tirá-la de uma comunicação direta feita de gestos, mímica, protomensagens emocionais, mesmo que custosos do ponto de vista orgânico para uma comunicação alternativa.

A introdução de um recurso suplementar e/ou alternativo de comunicação pode ser feita de uma forma onde a facilitação do acesso a um novo tipo de linguagem traga alguns benefícios. Esses benefícios podem ser sentidos do ponto

de vista interacional e relacional principalmente e algumas pessoas com necessidades especiais como no caso da PC podem encontrar no suporte técnico um instrumento que os conecta ou os reconecta ao mundo social, muitas vezes colocando-os novamente em condições de desenvolver uma atividade produtiva. Outro benefício pode ser visto no aumento da capacidade de autonomia, o fato dele não ser mais interpretado, de vir a ser autônomo e autor de sua própria linguagem, na expressão de seus pensamentos, emoções e desejos.

Almirall e Bellacasa (1988), afirmam que os sistemas aumentativos permitem em, maior ou menor medida, o comportamento verbal de acordo com a complexidade de suas regras funcionais e combinatórias e com um nível de abstração que permitam seus elementos.

Estes autores afirmam ainda que um sistema de comunicação individual sirva para cumprir os seguintes requisitos: 1- servir para toda a escala de funções comunicativas; 2- ser compatível com os aspectos motores e ambientais do indivíduo; 3- permitir que ele se comunique com todo tipo de interlocutor, sem restrições de temas e objetivos de comunicação; 4- que seja efetivo em termos de velocidade e precisão; 5- que sejam capazes de expressar “sim” e “não” a distancia; 6- serem capazes de chamar a atenção para as próprias necessidades; 7- ter a possibilidade de interromper a conversa; 8- ter capacidade de completar um conteúdo lingüístico com comunicação não verbal; 9- que permita e apóie o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e 10- que seja financeiramente viável.

Também o trabalho de Chun (1991) analisa a aplicação do sistema BLISS¹¹ como um sistema de comunicação alternativo e/ou suplementar para crianças com paralisia cerebral, ela viu a aplicação desse sistema como uma perspectiva de aumento da eficácia do processo comunicativo.

A autora continua analisando o tipo de comunicação, a estrutura frasal, e o léxico dos sujeitos de sua pesquisa e apontou para o grau de eficiência e o papel do sistema Bliss como recurso complementar ou substitutivo no processo constitutivo da comunicação de indivíduos não falantes em decorrência de PC.

Essa autora ainda na definição e descrição da C.S.A., é de acordo com a definição proposta por outros dois autores, Vanderheinden e Yoder (1986) e ela revela aspectos que foram observados em sua experiência clínica que com

¹¹ Discutiremos sobre esse Sistema Alternativo e/ou Suplementar de Comunicação no capítulo seguinte.

indivíduos não falantes portadores de PC, a maioria senão todos utilizaram não somente a vocalização, mas outros meios como “augmentative techniques”¹² (técnicas suplementares) como o olhar, a gestualidade, a expressão facial e mesmo uma alteração no tônus muscular, que são algumas vezes o principal meio de comunicação e de interação do indivíduo e outras vezes poder ser formas auxiliares ou complementares de comunicação.

Chun (1991), então adota a terminologia comunicação suplementar e/ou alternativa na tentativa de conjugar, de tornar acessível, aspectos residuais orais presentes e outros denominados pelos autores de técnicas auxiliares de comunicação.

Então pensando nessa questão de valorizar a necessidade de se comunicar cabe então valorizar o processo, valorizar o meio comunicativo que possa ser usado pela pessoa impedida de expressar-se pelo meio oral.

Chun (1991), defende critérios para a indicação de um sistema de comunicação. Para ela existem requisitos básicos para sua aplicação como: a acuidade e a percepção visual devem estar garantidas, a percepção auditiva, o desenvolvimento emocionam e social, o potencial receptivo, o desenvolvimento cognitivo, o controle postural e o desenvolvimento motor, a necessidade de se comunicar e a impossibilidade de desenvolvimento de comunicação oral funcional.

Fernandes (1999), configurou um protocolo de avaliação para a indicação de sistemas suplementares e alternativos de comunicação visando sujeitos que apresentavam atraso de desenvolvimento da linguagem oral, caracterizados por emissão de poucas palavras ou disartria severa e moderada que tornassem a comunicação verbal deficitária.

Essa autora destaca que dentre os procedimentos que devem ser realizados na coleta de dados na avaliação para indicação de um sistema suplementar e/ou alternativo os seguintes itens: questionário para a mãe; observação em situação lúdica livre para levantamento de modos de comunicação, dos meios e o comportamento comunicativo (expressões faciais, vocalizações, gestos e palavras); avaliação da capacidade motora e avaliação das habilidades cognitivas e lingüísticas.

¹² Vanderheinden & Yoder (1986).

Para essa avaliação das habilidades cognitivas e lingüísticas foi estabelecida uma hierarquia na representação simbólica de acordo com a proposta seqüencial de reconhecimento gráfico: objeto, foto e símbolo pictográfico.

Vasconcellos (1999), parte do princípio de que existe aquisição de linguagem independente do prejuízo motor articulatorio e que os sinais gráficos por estarem submetidos ao funcionamento da língua são capturados na interpretação do interlocutor.

Essa autora define que os sistemas suplementares e/ou alternativos não são língua e não se articulam com um sistema, mas que quando submetidos ao jogo da língua podem vir a significar, movimentados pelo funcionamento desta.

A autora conclui que os sistemas suplementares e/ou alternativos de comunicação, mesmo não sendo língua permitem a fala além da articulação. Afirma que uma criança impedida de falar não está fora da esfera da linguagem e demonstra que a fala pode ser inserida no cruzamento entre a oralidade, símbolos, escrita.

Wolff (2001), mostrou a inserção das crianças com quadros de transtorno invasivo do desenvolvimento, na linguagem através da CSA. Ela objetivou mostrar a inserção de tais crianças como interlocutoras no funcionamento dialógico onde os símbolos gráficos eram apresentados como possibilidades de escolha, possibilidades de dizer algo.

Wolff (2001) observou nessas crianças atitudes que demonstravam interesse em comunicar algo e que as interpretações dos interlocutores, baseados nas expressões não orais, pareciam imprecisas e incertas gerando frustração e comportamentos agressivos. Porém ao ser utilizado um sistema de CSA, a autora tenta observar os efeitos de uma interpretação mais restrita, interpretações estas mais cristalizadas no contexto, no ambiente em que foi utilizado. Ela conclui que é possível realizar um trabalho de linguagem utilizando a CSA, desde que este permita à criança exercer o papel de interlocutora e criadora de sentidos

A partir desta revisão teórica, podemos tirar alguns pontos de apoio: o primeiro que os símbolos gráficos da comunicação alternativa ganham sentido dentro do uso contextual da linguagem; segundo mostra que o trabalho terapêutico na junção da funcionalidade com a acessibilidade traz benefícios para a relação criança-interlocutor, onde a criança possa assumir seu status de comunicador/interlocutor e por último no terceiro ponto, a relevância, a observação e

a interpretação inerentes ao método clínico. Deve-se considerar, portanto que não existe uma linearidade entre as interpretações e os seus efeitos, mostrando que a linguagem é co-construída entre os participantes da interação.

Então, relembro aqui apropriadamente a proposta desse estudo, de unir os conceitos teórico-metodológicos das perspectivas da pragmática quanto à funcionalidade da linguagem com as perspectivas da CSA, uma vez que como mencionamos, a CSA se fundamenta nas possibilidades instrumentais de realizar uma suplência funcional.

Parece necessário que na prática, não enfatizemos examinar somente a possibilidade de facilitação para tal ou tal paciente mas também tentar elaborar modalidades de intervenção utilizando a CSA adequada às necessidades específicas, principalmente as necessidades lingüísticas do sujeito, pois a acessibilidade promovida pela disponibilidade de um código alternativo permite o acesso a um insuspeito mundo expressivo que deve ser co-construído entre os interlocutores envolvidos na interação.

Existem casos onde se pode encontrar um desenvolvimento imprevisto da comunicação, no sentido de que este possuía potencialidades que estavam escondidas e/ ou latentes (PANHAN, 2001).

Para esta autora, a acessibilidade permite também uma maneira mais previsível e constante desses efeitos na ampliação da disponibilidade para comunicar-se e também com o conseqüente desenvolvimento das relações interpessoais com a aquisição de uma verdadeira competência comunicativa tanto no plano prático como no relacional.

Os efeitos positivos desse crescimento, considerando todos esses aspectos podem ser vistos quando o indivíduo que antes era interpretado passa a ser ativo no processo de comunicação.

A partir dessas considerações vimos a importância da criação de um espaço em que a linguagem possa manifestar-se na sua forma e ritmo individuais, onde a criança com paralisia cerebral possa liderar a escolha das suas atividades, influenciando assim, de forma positiva as suas intenções comunicativas favorecendo sua constituição como sujeito.

1.5 A comunicação suplementar e ou alternativa na PC

Para Tetzchner e Martinsen (1992), a comunicação alternativa é utilizada quando o indivíduo comunica-se de outra forma que não a do discurso formal. Sinais gráficos e manuais, código Morse, escrita etc., são meios alternativos de comunicação para indivíduos que não possuem a capacidade de falar. Para estes indivíduos, a comunicação alternativa será o meio principal de comunicação. Outros têm problemas de discurso menos relevantes. Estes podem precisar de comunicação alternativa enquanto aprendem a falar para fazer o seu discurso ser entendido mais facilmente.

Os autores acima ainda explicam que a comunicação aumentativa significa comunicação suplementar ou apenas de suporte. A palavra “aumentativa” enfatiza o fato de que treinar formas alternativas de comunicação tem um propósito duplo: promover e suplementar o discurso e garantir uma forma alternativa de comunicação se o indivíduo não começar a falar.

A partir de uma linguagem primária um sistema alternativo e/ou suplementar de comunicação surge como uma linguagem secundária (VON TETZCHNER; JENSEN, 1996).

Moreira e Chun (1997) consideram que os sistemas suplementares e alternativos de comunicação auxiliam o indivíduo que não pode ter fala funcional a desenvolver a comunicação através do uso de várias técnicas, recursos e sistemas auxiliares.

Segundo a ASHA¹³ (1991), é importante que o uso do sistema suplementar e alternativo de comunicação seja multimodal, onde deverá utilizar qualquer fala residual e comunicação com ajuda, ou seja, com assistência externa, instrumento ou ajuda técnica.

De acordo com Wolff (2001), a comunicação suplementar e alternativa, é indicada para indivíduos que necessitam aumentar sua interação comunicativa, uma vez que apresentam alterações na sua expressão como nos casos de paralisia cerebral, deficiência mental, deficiência auditiva, deficiência múltipla, afasia, autismo,

¹³ ASHA - American Speech-Language-Hearing Association.

disartria, apraxia verbal, entre outros. Pode ser utilizada em todas as idades e grupos sócio-econômicos.

Ainda para a autora, a comunicação suplementar e alternativa permite a criança comunicar o que quiser de forma não oral, através de figuras e/ou símbolos gráficos, distintos da palavra articulada.

A comunicação suplementar e alternativa necessita do uso de instrumentos, sejam estes de alta ou baixa tecnologia. Desde um simples cartaz a um computador sofisticado (MORETTI, 1999).

Como afirma Wolff (2001), os símbolos utilizados nos sistemas suplementares e alternativos de comunicação podem ser os próprios objetos, elementos gráficos (figuras, fotos, material pictográfico e/ou ideográfico ou escrita).

Almirall (1988) também refere que os sistemas mais simples utilizam objetos, miniaturas e fotografias para indivíduos com graves problemas de comunicação e representação simbólica.

Tetzchner e Martinsen (1992) designam diferentes formas de comunicação suplementar e alternativa, como: comunicação ajudada ou não, comunicação dependente e a independente.

- Comunicação ajudada: inclui todas as formas de comunicação nas quais a expressão lingüística existe numa forma física externa àquele que a utiliza. Os sinais são selecionados. Quadros para serem apontados, máquinas de discurso sintéticas, computadores e todas as outras formas de ajuda comunicatória pertencem a esta categoria. Apontar para um sinal gráfico é uma forma de comunicação ajudada porque o sinal ou figura é a expressão comunicativa.
- Comunicação não-ajudada é onde o indivíduo que se comunica tem que fazer as expressões lingüísticas sem tal ajuda. Os sinais são produzidos. Isto abrange principalmente sinais manuais, mas o código Morse também pertence a esta categoria porque o próprio usuário faz cada letra em Morse. Piscar os olhos para indicar “sim” e “não” também é uma forma de comunicação não-ajudada. O mesmo se aplica a apontar para algum objeto, por exemplo, porque o apontar é a expressão comunicativa.
- Comunicação dependente significa que o indivíduo que está se comunicando precisa de outra pessoa para somar as informações ou interpretar o que está sendo dito. Isto pode acontecer com a ajuda de quadros mostrando letras individuais, palavras ou sinais gráficos.

- Comunicação independente significa que a mensagem é completamente formulada pelo usuário. Isto pode ser feito com a ajuda de máquinas de discurso sintético que falam frases inteiras ou meios técnicos onde a mensagem comunicada é escrita em papel ou em uma tela.

Segundo Clezy (1996), são vários os tipos de comunicação não verbal e muitas formas de classificá-las:

- Sem aparelho - isso significa que o sistema de comunicação não precisa de nenhuma ajuda ou material adicional. Sistemas de comunicação sem tecnologia incluem: expressão facial, gestos, língua de sinais e vocalizações.
- Com aparelho – requer um aparelho ou equipamento para o sistema de comunicação. Por exemplo, uma máquina de escrever ou um computador. Sistemas com aparelho podem ser divididos de acordo com o nível de tecnologia exigida:
 1. Tecnologia baixa: exemplos de aparelhos de comunicação de baixa tecnologia seriam gráficos quadros ou cadernos de comunicação. Em alguns países estes podem ser adquiridos comercialmente, mas não são mais comumente feitos em casa. Aparelhos feitos em casa permitem mais individualização e adaptação.
 2. Tecnologia média: aparelhos de tecnologia média podem incluir máquina de escrever ou um scanner eletrônico simples.
 3. Tecnologia alta: um computador é um exemplo de um aparelho de tecnologia alta. Algumas pessoas usam computador para se comunicar. Digita-se uma mensagem que pode ser lida no monitor, imprime-se no papel, ou com alguns sistemas de computador tem saída de fala em sintetizador.

Existem também aparelhos de comunicação dedicada. Esses são aparelhos de comunicação eletrônica baseada em computadores que são especializados em propósitos de comunicação.

Gava (1999) considera que esses instrumentos possibilitam ao indivíduo com deficiência uma ponte entre pensamento e mundo exterior e são geralmente constituídos por códigos alternativos a palavra.

Capovilla e Seabra (1998) dividem os sistemas de comunicação em lingüísticos e pictoriais: os lingüísticos são baseados em ortografias alfabéticas e silábicas, língua de sinais e semantografia Bliss e sua relação significante-significado é arbitrária Já os pictoriais são baseados em desenhos de linha, pictogramas ou fotos, onde a similaridade física denota seu significado claramente.

Moretti (1999) destaca alguns requisitos necessários que o sistema alternativo de comunicação deva possuir:

- permitir vasta gama de formas de comunicação;
- ser adaptável para as outras necessidades do indivíduo;
- favorecer um amplo uso social;
- ser capaz de dar acesso a um léxico adequado e poder exprimir um número elevado de mensagens;
- ser utilizado em um grande número de ambientes;
- ter um bom padrão ergonômico: não gerar trabalho, poder expressar a dimensão emocional, ser rápido, etc.;
- ser personalizado em grau máximo;
- ter características que o faça acessível aos interlocutores;
- ser tecnicamente de confiança, ser mantido facilmente em funcionamento e, se possível, não ter custo muito elevado.

Os **sinais** incluem a língua de sinais (LS) naturais das comunidades surdas . Ela expressa através de sinais feitos com as mãos juntamente com expressões faciais e corporais os desejos e necessidades de forma bastante dinâmica e ampla.

As línguas de sinais não são simplesmente gestos, têm sua própria gramática, e também são compostas pelos níveis lingüísticos: o fonológico, o morfológico, o sintático e o semântico, que diferem daquelas de linguagens faladas uma vez que apresenta como meio de expressão uma modalidade visual- espacial .

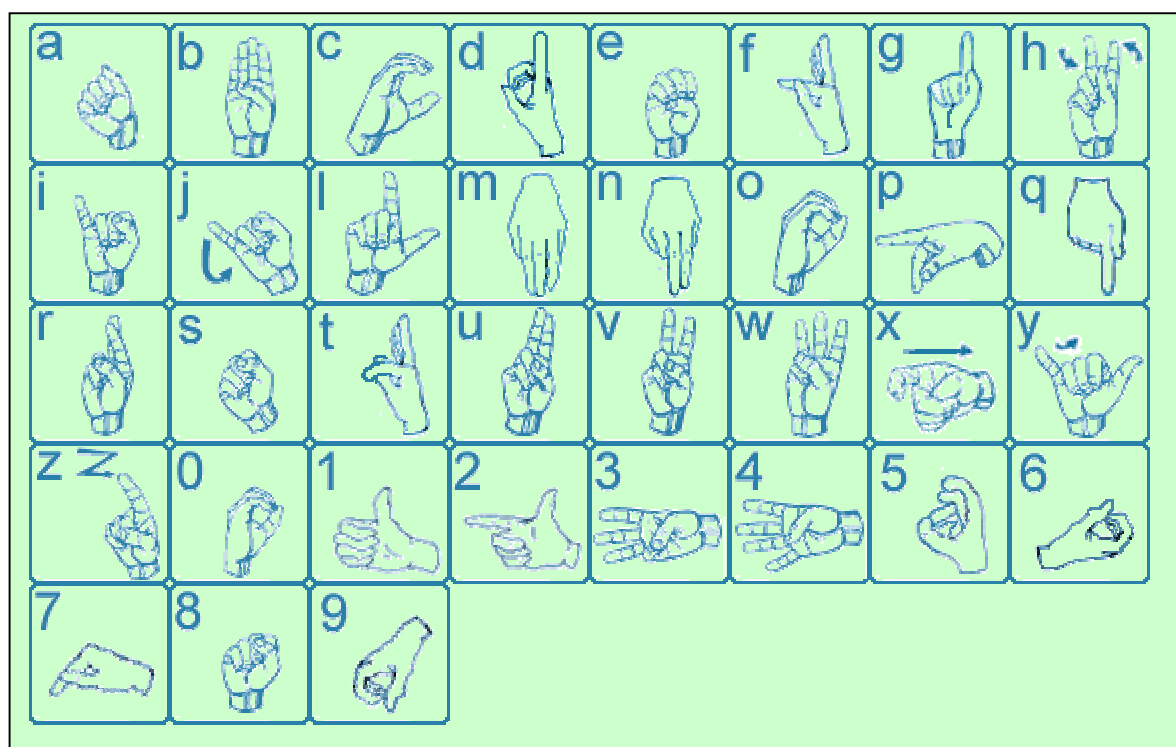
Como ela não é universal, nos vários países do mundo diferem entre si da mesma forma que as línguas faladas os fazem, observando também a presença de variações dialéticas. A língua de sinais tem se desenvolvido naturalmente e passado por mudanças através do contato com outras línguas de sinais, assim como línguas escritas e faladas (TETZCHNER; MARTINSEN, 1992).

Percebemos que ao contrário do que muitos imaginam, as línguas de sinais não são simplesmente mímicas e gestos soltos, utilizados pelos surdos para facilitar a comunicação, porque como as línguas orais, surgiram espontaneamente da interação entre pessoas e porque devido à sua estrutura permitem a expressão de qualquer significado decorrente da necessidade comunicativa e expressiva do ser humano.

Figura 1: Língua de Sinais¹⁴



Figura 2: Alfabeto manual



¹⁴ Tetzchner e Martinsen (1992)

Os **sinais gráficos** incluem todos os símbolos formados graficamente: figuras, Blissymbols, sinais PIC (Pictogram Ideogram Communication), PCS (Picture Communication Symbols), Tijolos de Palavras de Premack, Rebus, etc. Em alguns casos esses sinais podem complementar o uso da língua de sinais.

Os sistemas de sinais gráficos são freqüentemente associados ao uso de meios de ajuda comunicativa variando desde simples quadros para serem apontados até aparatos baseados em tecnologia computadorizada avançada. (TETZCHNER; MARTINSEN, 1992).

Nos sistemas de sinais gráficos baseados na iconicidade, os desenhos e fotografias são comumente usados como um primeiro suporte para a comunicação. Para utilizar figuras como palavras é necessário distinguir as figuras usadas da maneira normal das figuras que formam parte do próprio vocabulário, para que quando apontadas no quadro de comunicação sejam de fato consideradas como um uso lingüístico. Observa-se que figuras não são geralmente consideradas como sendo a linguagem de um indivíduo (TETZCHNER; MARTINSEN, 1992).

Em nossa prática clínica percebemos que a foto personalizada impede de usá-la como termo genérico, ou seja, a familiaridade, que no início pode ser considerada vantagem, se transforma num obstáculo. Outro problema ocorrido na utilização de fotos personalizadas é o de desviar a atenção da situação (piscina, praia, etc.) para a pessoa que está na foto.

Segundo Wolff (2001), o sistema de símbolos Bliss foi criado por Charles K. Bliss, em 1942, tendo como base a ideografia chinesa. O objetivo era criar uma linguagem simbólica moderna comum para todos os povos do mundo, mas foi observado resultado como sistema suplementar e alternativo de comunicação em indivíduos com distúrbios de comunicação.

Este sistema é formado por 100 símbolos básicos podendo construir mais palavras e expressões que esses símbolos (TETZCHNER; MARTINSEN, 1996).

Tetzchner e Martinsen (1992), descrevem o sistema Bliss como uma forma de escrita logográfica, ou seja, sinais escritos que não são baseados em uma combinação de letras, onde a palavra se torna a menor unidade da linguagem escrita.

Referem-se ainda que quadros de comunicação Blissymbols geralmente consistem tanto de sinais básicos como combinações das quais os usuários

precisam freqüentemente. Para a maioria das palavras nas línguas faladas, no entanto, não há convenções pré-estabelecidas, e em vários casos os usuários ou não saberiam a forma aceita ou não teriam os sinais básicos necessários. Então, cabe ao usuário encontrar uma combinação adequada de sinais que expresse o que ele deseja dizer. Os sinais que formam uma combinação podem ser considerados elementos semânticos. Os sinais individuais são combinados e entendidos por analogia. Isto dá o significado à combinação.

Exemplo: ELEFANTE geralmente consiste de ANIMAL + NARIZ + COMPRIDO.

A SUA CASA é CASA + SENTIMENTOS.

VASO SANITÁRIO é CADEIRA + ÁGUA.

FELIZ é SENTIMENTO + PRA CIMA

Além dos sinais que correspondem às palavras inteiras, há os Blissymbols que constituem inflexões gramaticais e que denotam partes do discurso como: passado, plural, ação, sentido oposto etc. Contudo, o sistema Bliss tem uma construção relativamente complexa, baseada em combinações de sinais.

Inicialmente o sistema foi utilizado com pessoas não falantes com paralisia cerebral e em seguida com pessoas com retardo mental, autismo, afasia, deficiência auditiva e outras patologias. A partir da década de 70, na clínica fonoaudiológica, o sistema Bliss foi utilizado com crianças com paralisia cerebral.

Chun (1991) afirma que no Brasil, o Bliss é usado basicamente em pessoas com paralisia cerebral e afasia.

Já Tetzchner e Martinsen (1992), mencionam que primeiramente o sistema Bliss foi utilizado para crianças com deficiências motoras que não podiam falar e que também tinham dificuldades para aprender a ler e escrever.

Observamos que muitos pais e professores reagem negativamente aos Blissymbols, talvez devido à falta de esclarecimentos e orientação no uso do sistema ou simplesmente pelo fato de que nenhuma explicação tenha sido dada para justificar a escolha dos Blissymbols. Muitas vezes os Blissymbols se mostram muito difíceis, e ao invés de melhorar a comunicação eles levam tanto o usuário como aqueles que lhe estão próximos à frustração podendo ainda quando dispostos em pranchas de forma passiva podem reduzir a profundidade do processo dialógico, fixando os sentimentos e necessidades apenas aos símbolos expostos.

Figura 3: Sistema Bliss¹⁵

OLÁ ! 	MEU 	JOGAR 	COMER 	ESCOLA
CARRO 	LIVRO 	CANETA 	MUITO FELIZ 	AFLITO
NÃO GOSTO 	FELIZ 	GOSTAR 	COMEÇAR 	QUEBRAR
DANÇAR 	ANDAR 	COMER 	NOTEBOOK 	ESCOLA

O sistema PIC foi criado no Canadá, em 1980, por Maharaj. É formado por quatrocentos pictogramas que se referem basicamente a objetos. O desenho é construído em branco com fundo preto (CAPOVILLA, 1998; WOLFF, 2001).

Tetzchner e Martinsen (1992), referem que esse sistema se tornou muito popular em países nórdicos e tem, em larga escala, substituído o uso dos Blissymbols entre aqueles com dificuldades de aprendizado extensivas.

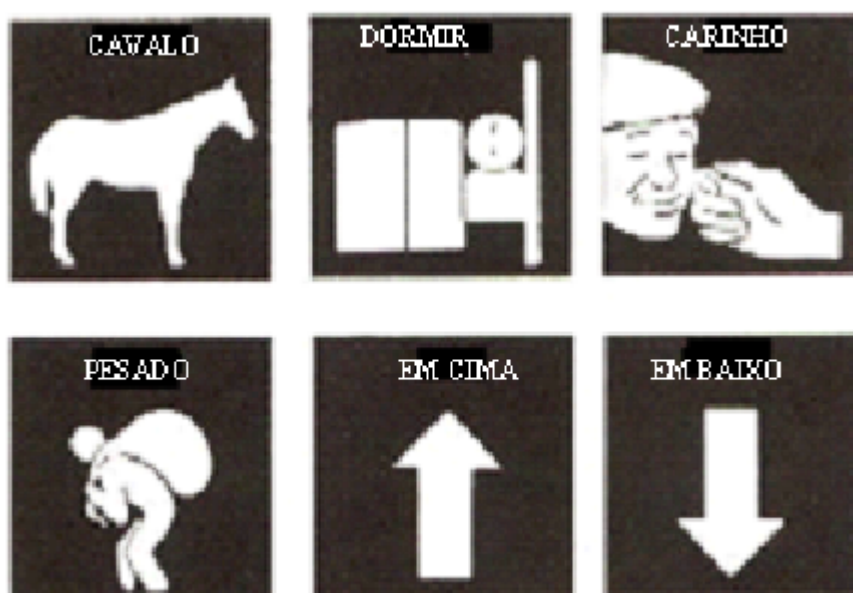
Capovilla (1998), afirma que o PIC é recomendado para afásicos, pessoas com deficiência mental e com paralisia cerebral com baixo desempenho cognitivo.

Os sinais PIC não criam os mesmos problemas encontrados com os Blissymbols. Tanto pais como profissionais sentem que estes são fáceis de entender e se apegaram a estes facilmente. São, no entanto, menos versáteis, e em alguns aspectos mais limitados que os Blissymbols. Existem apenas 563 sinais PIC noruegueses, e combiná-los para formar novas palavras ou frases não é sempre fácil. Quando o usuário precisa de mais oportunidades além daquelas dadas pelos sinais PIC, os sinais podem ser suplementados com sinais de outros sistemas que

¹⁵ Tetzchner e Martinsen (1992)

tenham um uso mais geral (TETZCHNER; MARTINSEN, 1992). Observamos que o sistema PIC, traz uma vantagem muito grande para pessoas que apresentam um déficit visual por apresentar o contraste em preto e branco nas suas figuras o que facilita na identificação e seleção por parte do usuário do símbolo a ser usado proporcionando uma comunicação mais dinâmica e com menos desgaste da criança.

Figura 4: Sistema PIC¹⁶



O Picture Communication System (PCS- figura 5) é o sistema alternativo criado nos EUA, por Roxana Mayer Johnson, em 1981. Inicialmente formado por 700 símbolos e posteriormente passaram para 3000 símbolos. Esses símbolos, no Brasil, são encontrados tanto em um dicionário em inglês, como em um programa de computador com os símbolos traduzidos (WOLFF, 2001).

Tetzchner e Martinsen (1992), definem o PCS como Sistema de Comunicação por meio de figuras que consiste em aproximadamente 1800 sinais. Os sinais são desenhos simples que podem ser em preto e branco ou coloridos, e que apresentam o significado do símbolo tomado pela pessoa escrito acima. Os sinais são fáceis de desenhar e o PCS pode então ser facilmente copiado à mão. O sistema PCS é dentre os outros sistemas o mais comum nos Estados Unidos e Espanha.

¹⁶ Tetzchner e Martinsen (1992)

O sistema PCS é adequado para pessoas que aceitam um nível simples de linguagem expressiva (vocabulário limitado e estruturas frasais curtas), onde os símbolos podem motivar as pessoas que não demonstram vontade em se expressar mais do que já fazem. Os objetos, os conceitos são representados pelos símbolos do PCS. A palavra utilizada na célula, significa o que a pessoa atribui. Pode ser usado em pessoas com diferentes necessidades especiais e em todas as idades (WOLFF, 2001; ALMIRALL, 2003).

Wolff (2001), refere ainda que segundo alguns autores os símbolos do PCS são divididos em 6 categorias semântico-gramaticais, em cores diferentes e padronizadas, com o objetivo de ajudar e memorizar a posição do símbolo, proporcionando rapidez ao manuseio da prancha, sendo isto um diferencial que viabiliza o seu uso.

Por exemplo: amarelo (refere-e às pessoas e os pronomes pessoais); verde (verbo-ações); laranja (substantivos e partes do corpo); azul (adjetivos e advérbios); rosa (interação social) e branca (artigos – conjunções – preposições – conceito de tempo – cores – alfabeto – números – palavras abstratas).

O sistema PCS (Figura 5), em sua apresentação em software traz um grande avanço para a intervenção fonoaudiológica por sua praticidade e dinamismo, favorecendo um grande número de símbolos que com a criatividade e experiência do profissional tem um uso infinito de formas que passam a constituir o amplo vocabulário da pessoa com necessidades especiais que não apresentam uma fala funcional.

Ressaltamos aqui a importância da utilização desse sistema baseado na relação sujeito-linguagem-contexto, onde através desta irá promover uma comunicação e assim estabelecer uma interação sem tantas barreiras e frustrações, permitindo ressaltar suas potencialidades em vez de suas limitações.

Figura 5: Sistema PCS¹⁷

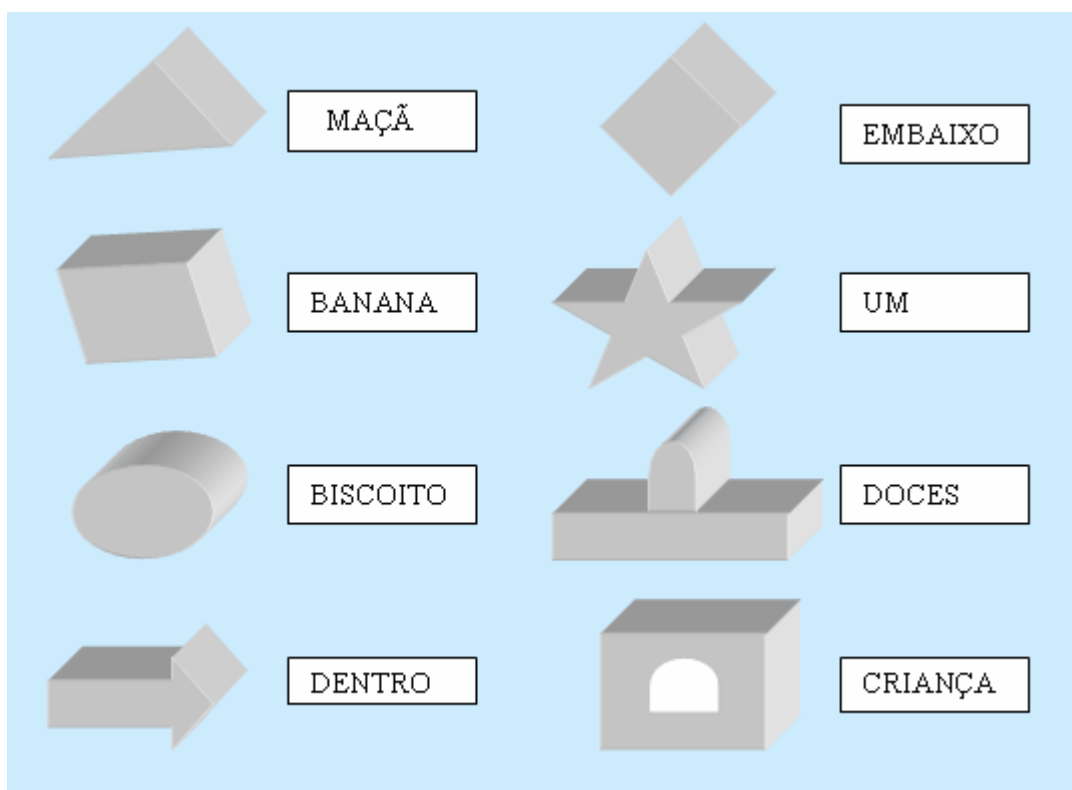


Os tijolos de palavras de Premack (figura 6), formam um sistema que foi usado relativamente em larga escala no Reino Unido e nos Estados Unidos para ensinar tanto pessoas com deficiência mental como crianças autistas. Os símbolos deste sistema foram criados para investigar se gorilas poderiam aprender uma linguagem que não fosse baseada na fala. Os tijolos de palavras são feitos de plástico ou madeira e têm formatos diferentes. (TETZCHNER; MARTINSEN, 1992).

O que diferencia estes sinais de outros é o fato de que eles podem ser fisicamente manipulados e movidos pela pessoa, porém pessoas que não conhecem o significado dos tijolos por não manterem contato próximo com o usuário ficam impedidas de estabelecer uma comunicação.

¹⁷ Prancha criada com o boardmaker (software desenvolvido pela Mayer-Johnson – USA) que utiliza símbolos do PCS.

Figura 6: Sistema PREMACK¹⁸



O sistema Rebus (figura 7), é de interesse especial porque até certo ponto ele representa uma abordagem diferente daquela dos Blissymbols, sinais PIC e tijolos de palavras de Premack.

Foi desenvolvido como um sistema de escrita logográfica. Realizado inicialmente para ajudar pessoas com um nível mais baixo de deficiência mental a aprender a ler e posteriormente foi usado para incluir comunicação. Consiste de 950 sinais, a maioria dos quais é icônica (TETZCHNER; MARTINSEN, 1996).

¹⁸ Tetzchner e Martinsen (1992)

Figura 7: Sistema REBUS¹⁹

 Alice	 casa	 cereais	 quente
 frio	 cadeira	 quebrar	 cama
 duro	 macio	 grande	 pequeno
 urso	 chorar	 raiva	 Outra página

Como dizem Tetzchner e Martinsen (1992), há certa hierarquia em termos de o quão difícil os vários sistemas de sinais são de serem aprendidos. No entanto, não é certo que a facilidade relativa de aprender seja a mesma para aqueles que usam os sistemas. Muitos dos sistemas são bem similares, e aqueles que referem que um sistema é melhor do que o outro, freqüentemente baseiam-se em suposições.

As habilidades motoras do indivíduo são cruciais para a escolha do sistema de comunicação e possíveis suportes.

O termo suporte é usado para denotar os recursos que ajudam os usuários a se expressarem. Contribuindo, assim para a otimização da comunicação entre os indivíduos.

Para Tetzchner e Martinsen (1992), os suportes de comunicação têm sido usados por um longo tempo e abrangem desde quadros “manuais”, suportes de tecnologias simples (luzes e marcadores que se movimentam), há suportes baseados em tecnologia computadorizada avançada (monitores e a fala artificial). Esses suportes de comunicação devem ser transportáveis para que sejam facilmente acessíveis em diversos ambientes e situações.

¹⁹ Tetzchner e Martinsen (1992)

Os suportes tradicionais são quadros ou bandejas com letras, palavras, sinais gráficos ou figuras. Eles podem ser controlados com a ajuda direta ou escaneamento automático ou direcionado. São muito usados e preenchem funções importantes para muitos usuários.

A nova geração de suporte é freqüentemente baseada na tecnologia computadorizada e seu desenvolvimento alcançou o uso do discurso artificial tanto na forma sintética ou digitalizada.

No entanto, nem todos estes suportes de comunicação são facilmente utilizáveis pelos usuários, pois temos que levar em consideração alguns fatores, como: condições motoras do indivíduo, interesse e expectativa dos familiares, etc.

1.5.1 O uso da comunicação suplementar e/ou alternativa na PC

Para Schwartzman (1999; 2004), “é sobre umas estruturas básicas de linguagem, que a criança com paralisia cerebral fará a escolha do uso do meio comunicativo ideal para que possa interagir com o” Outro “e assim ir estabelecendo uma relação dialética onde existirá um que pergunta e o outro que responde, caracterizando uma ação bipolar onde os termos mudam alternadamente de lugar”.

Estes outros meios de “comunicar”, como a linguagem corporal e gestual, a mímica facial, os símbolos gráficos etc., possibilitam a criança estar na linguagem podendo constituir-se como sujeito e interlocutor, sendo a linguagem aqui entendida como efeito de sentido e produtora de ações comunicativas.

Confirma Wolff (2001), que é através da interpretação dos sinais comunicativos que podemos causar efeitos. E dessa forma, possibilitar a criança com paralisia cerebral reconhecer-se e ser reconhecido enquanto sujeito.

A partir da ação conjunta da comunicação verbal ou não-verbal com a interpretação dentro de um modelo dialógico, surge um meio de movimentar os desejos das crianças com paralisia cerebral, oferecendo a elas uma possibilidade de comunicação, construção e desenvolvimento da linguagem.

Estas complementações, a linguagem não-oral, segundo Almirall (1998), referem-se ao mecanismo físico de transmissão que não implica a utilização do trato vocal de quem comunica podendo ter caráter verbal ou não-verbal, da mesma forma que a comunicação oral.

Para Wolff (2001), os sistemas de comunicação não orais entram com o propósito de promover uma maior integração do sujeito sem linguagem oral funcional na sociedade.

Assim vê-se a que a fala é o meio mais eficiente de atuar sobre os ambientes sociais acrescentando e modificando situações propiciando um meio de controle entre a criança e o “Outro”. Porém, crianças com alterações de fala não conseguem ser bem interpretadas pelo “Outro”, não estabelecendo esse meio de controle e assim desenvolvem um estado de desestruturação de sua identidade e diminuição da sua auto-estima.

Clezy (1996), refere que algumas pessoas são incapazes de falar ou são incapazes de falar claro o bastante para serem entendidas. Ressalta ainda que só a fala não é uma forma efetiva de comunicação. Dentro dessa população estão aquelas com paralisia cerebral, cuja fala é temporária ou permanentemente inadequada para atender todas as suas necessidades (ASHA, 1981).

Nestes casos, de sujeitos com paralisia cerebral, onde a fala não desempenha a sua funcionalidade de interação e troca, o uso de um sistema suplementar ou alternativo poderá minimizar as frustrações e sensação de isolamento. Pode ainda, ser uma motivação positiva para ambos integrantes do processo do diálogo: o “falante” e o ouvinte.

De acordo com Fernandes (1999), por conta das alterações neuromotoras, alguns indivíduos com paralisia cerebral, apresentam transtornos na fala ou mesmo não conseguem falar. Seriam eles excluídos do convívio social? Não teriam eles necessidades e interesses para expressar?

Embora muitas crianças com paralisia cerebral não consigam expressar-se através da fala, existem muitas alternativas para isso. É importante que ela seja encorajada a ser um participante completamente ativo na vida, nas várias formas possíveis. Todas as crianças deveriam ser encorajadas a pensar por elas mesmas, fazer escolhas e tomar decisões, ter suas próprias opiniões, resolver problemas (com ajuda apenas quando necessário) e entender as necessidades e desejos das pessoas que estão a sua volta.

Pennington e McConachie (1999), concordam que a intervenção deve ser focalizada não só nas crianças, ensinando-as como usar seus sistemas alternativos de comunicação e a produzir uma série de habilidades de conversação, mas também, deve ser focalizada nos seus cuidadores. A orientação para cuidadores

objetiva aumentar suas habilidades de interação, ensinando-os como facilitar e expandir as habilidades de comunicação da criança.

Na pesquisa de Woolf (2001), relatos de vários autores afirmam que o uso da comunicação suplementar e alternativa pode estimular a fala funcional, sendo na maioria das vezes, um agente facilitador da construção e desenvolvimento da mesma.

A melhora acontece a partir da diminuição da tensão do ato motor da fala, encorajando o sujeito a verbalizar cada palavra ou frase apontando para seu sistema suplementar e alternativo, de forma mais descontraída, útil e divertida. Mostra ao sujeito que a comunicação não se restringe à fala articulada e que qualquer forma de comunicação facilita sua interação com o meio social.

Para WHO (1997), a criança com paralisia cerebral o sistema suplementar e alternativo de comunicação irá contribuir para vários fatores, como:

- ajudar a prevenir a quebra do ciclo de comunicação;
- permitir que a criança receba mensagens com sucesso e assim aumentar sua motivação em se comunicar;
- proporcionar a criança uma maneira de expressar suas necessidades e ter algum controle do seu ambiente, o que reduzirá possíveis frustrações;
- permitir que a criança desenvolva boas habilidades de comunicação;
- reduzir a pressão sobre a criança em falar (o alívio que isso traz muitas vezes resulta numa melhora espontânea na linguagem falada);
- reduzir a exigência física colocada na criança, porque tanto o controle motor necessário para fazer gestos ou apontar é menor que o exigido para falar.

Portanto, a ação conjunta da comunicação suplementar e alternativa com a interpretação, dentro de um modelo de terapia dialógica pode ser um meio de movimentos e desejos das crianças com paralisia cerebral, oferecendo a elas uma possibilidade de utilizar uma comunicação não oral, através do uso de sinais corporais, manuais e/ou gráficos, para a realização das trocas comunicativas do diálogo.

2 METODOLOGIA

2.1 Área de estudo

O presente estudo foi realizado em uma clínica-escola de Fonoaudiologia localizada na cidade de Recife/PE.

2.2 População de estudo

Inicialmente, foram pré-selecionadas para este estudo três crianças com diagnóstico de encefalopatia não-progressiva da infância – PC com idades variando entre 4 e 7 anos de idade. Após o primeiro contato com os pais e as crianças iniciamos o processo de avaliação. Ao término destas avaliações iniciais, uma destas, foi excluída logo no início da pesquisa por apresentar déficit cognitivo severo fugindo do perfil proposto neste estudo. Na seqüência, foi iniciado portanto o processo terapêutico das duas crianças. Na continuidade das sessões, houve o abandono de uma das crianças por falta de interesse por parte da família em dar continuidade ao tratamento assim como dificuldades enfrentadas de ordem pessoal. A terceira criança ficou então fazendo parte deste estudo.

A criança participante possuía, no momento da realização da coleta de dados, 4 anos de idade e tinha diagnóstico do médico neurologista de encefalopatia hipóxico-isquêmica com comprometimento maior dos membros inferiores caracterizando uma paralisia cerebral do tipo diplegia espástica.

O diagnóstico fonoaudiológico da criança foi de disartrofonía espástica severa comprometendo a articulação da fala de forma intensa, apenas produzindo algumas vocalizações assistemáticas.

2.3 Descrição do caso

A criança C.E., 04 anos, sexo masculino, com diagnóstico médico de encefalopatia não-progressiva (Paralisia Cerebral) com quadro clínico de diplegia espástica com um dimídio esquerdo mais comprometido (MSE) – Nível motor III - devido à hipóxia isquêmica perinatal.

Não teve intercorrências no parto, mas ao nascimento a criança não chorou, apresentando cianose e crises de apnéia sendo necessário o uso de oxigênio. Mãe não apresentou dados sobre o APGAR (Score utilizado para avaliar a saúde do recém-nascido), apenas informando que ele permaneceu em berçário por três dias. Segundo a mãe o bebê nunca apresentou crises convulsivas e não faz uso de medicação controlada.

A criança apresentou atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor – ADNPM – e somente iniciou o processo de reabilitação aos dois anos, num centro interdisciplinar de reabilitação. A partir de março de 2004, iniciou fisioterapia, terapia ocupacional e hidroterapia. Após seis meses iniciou fonoterapia na instituição.

No momento da avaliação inicial, a criança comunicava-se através de gestos e vocalizações utilizadas para solicitar a realização de seus desejos imediatos. Em anexo (Anexos B e C) encontra-se de forma detalhada os dados relevantes da anamnese e avaliação fonoaudiológica.

2.4 Período de referência

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2006 a fevereiro de 2007.

2.5 Desenho do estudo

O desenho do estudo foi de intervenção, descritivo e longitudinal, do tipo estudo de caso.

2.6 Materiais

- Termo de consentimento livre e esclarecido do participante (TCLE) (Apêndice A);
- Dois diferentes “Check-lists” do Programa Hanen (Anexos B e C);
- Ficha de transcrição ROC – Relatório de Observação da Comunicação - Adaptação do ROC 2 do Programa Hanen (MANOLSON, 1992) com o ABFW (FERNANDES, 2004) (Apêndice D);
- Câmera Filmadora VHS, marca SHARP;

- Fitas 8 mm (30 minutos);
- Jogos e brinquedos.

2.7 Procedimentos

A pesquisadora manteve contato com a responsável pela criança para explicação dos objetivos e procedimentos do estudo. Em seguida deu-se a apresentação do parecer de aprovação do projeto de pesquisa concedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco (Anexo A) e solicitação de permissão para filmagem das sessões fonoaudiológicas com a criança. Após a concessão da permissão, a mãe da criança foi solicitada a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Inicialmente, foi realizada a coleta de informações da criança (anamnese) (1º encontro – Apêndice B) e a avaliação fonoaudiológica (2º encontro – Apêndice C). No segundo encontro, a mãe recebeu os “check-lists” do Programa Hanen (Anexos B e C) para responder em casa e trazer para a pesquisadora no encontro seguinte. Os dois “check-lists” fornecidos à mãe foram utilizados para conhecer o perfil comunicativo da criança na percepção da mãe.

A primeira filmagem da criança correspondeu a sua interação livre com a mãe. Esta filmagem forneceu bases para a análise da funcionalidade da comunicação usual entre os interactantes.

Após esta primeira filmagem, se procedeu à interação entre a criança e a pesquisadora, sendo iniciada a intervenção fonoaudiológica para a introdução da comunicação alternativa.

Foram realizadas filmagens de dois momentos de interação mãe-criança com 30 minutos cada. A primeira filmagem foi realizada antes da intervenção. A segunda e última filmagem desta interação mãe-criança foi realizada após quatro meses do início do processo interventivo.

Para familiarização com as técnicas de comunicação alternativa, foi iniciado um trabalho com rótulos de produtos alimentícios, conhecidos e utilizados pela criança e fotos da família. Após este momento, foram introduzidos os símbolos do PCS.

Foi realizado um total de 40 sessões fonoaudiológicas com 30 minutos de duração cada, que objetivaram favorecer a interação e estimular as habilidades comunicativas da criança, estabelecendo a troca de turnos e expressando as suas necessidades, desejos e sentimentos através do uso de um sistema alternativo de comunicação.

Vejamos abaixo algumas fotos a título de ilustração dos recursos utilizados com a criança:

Figura 8: Rótulos



Figura 9: Prancha de comunicação alternativa



Houve, desde o início destas intervenções, uma boa aceitação por parte da criança e da família quanto ao uso e manuseio dos símbolos;

Antes da introdução dos símbolos foi estabelecido o perfil comunicativo da criança através da transcrição dos “check-lists” respondidos pela mãe. Para a análise dos dados dos check-lists e das filmagens foi utilizado o ABFW²⁰ – teste de linguagem infantil: nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Deste teste foi utilizado apenas a avaliação funcional da comunicação – Pragmática – Parte D²¹.

Os tipos de função comunicativa considerados foram os propostos por Manolson (1985) e Fernandes (2004), a respeito da análise funcional da comunicação, com as adaptações necessárias ao tipo de interação criança-terapeuta, que considerasse principalmente os aspectos não-verbais²².

As vinte categorias funcionais estabelecidas pelo ABFW, são assim descritas:

²⁰ Andrade et al. , 2004 – ferramenta para o fonoaudiólogo avaliar seu paciente, compreender suas manifestações lingüísticas e elaborar o processo terapêutico mais adequado às necessidades individuais. Os profissionais da área dos distúrbios da comunicação contam com este teste sistematizado e dedicado à avaliação de aspectos importantes da linguagem infantil.

²¹ Capítulo 4 , Fernandes, F.D.M. , 2004.

²² Vale salientar que essas adaptações foram feitas pela fonoaudióloga pesquisadora.

1. Pedido de objeto (PO) – Atos ou emissões usados para solicitar um objeto concreto desejável; por exemplo: G (estende a mão para pegar um objeto); VE “qué u binclu!”; “bola”; “pega u carrinhu!”;
2. Pedido de ação (PA) – Atos ou emissões usados para solicitar ao outro que execute uma ação, incluindo pedidos de ajuda e ações que envolvem outra pessoa ou outra pessoa e um objeto; por exemplo: G (criança puxa o adulto para a porta); (criança coloca a caneta na mão do adulto e indica o papel); VE “sente aqui”; “joga”;
3. Pedido de rotina social (PS) - Atos ou emissões usados para solicitar ao outro que inicie ou continue um jogo de interação social. É um tipo específico de pedido de ação que envolve uma interação; por exemplo: G (criança atira-se aos braços do adulto para que ele a levante e gire); VE “um dois i já!” (quando pula de um banquinho);
4. Pedido de consentimento (PC) - Atos ou emissões usados para pedir o consentimento do outro para a realização de uma ação executada; por exemplo: VE “podi pinta?”;
5. Pedido de informação (PI) – Atos ou emissões usados para solicitar informações sobre um objeto ou evento. Inclui questões “wh” e outras emissões com contorno entoacional de interrogação.; por exemplo: G (criança esta escrevendo, quando acaba olha o terapeuta para confirmar se esta certo); VE “de quem é?”; que mês é as ferias?”“;
6. Protesto (PR) – Atos ou emissões usados para interromper uma ação indesejada. Inclui oposição de resistência à ação do outro e rejeição de objeto oferecido; por exemplo: G (criança levanta-se assim que o adulto chega perto); VO (criança tira imediatamente o brinquedo quando o adulto mexe nele); VE “para!” (interrompendo a atividade ou a situação);
7. Reconhecimento do outro (RO) – Atos ou emissões usados para obter a atenção do outro e para indicar o reconhecimento de sua presença. Inclui cumprimentos, chamados, marcadores de polidez e de tema; por exemplo: G (criança olha e esconde o rosto brincando); VE “agora é você”;
8. Exibição (E) – atos usados para atrair a atenção para si. A performance inicial pode ser acidental e a criança pode repetí-la quando percebe que isso atrai a atenção do outro; por exemplo: VE “olha!”;

9. Comentário (C) – Atos ou emissões usados para dirigir a atenção do outro para um objeto ou evento de forma. Inclui apontar, mostrar, descrever, informar e nomear de forma interativa; por exemplo: VE “esse carro é um fusca”; “palhaço engraçado”;
10. Auto-regulatório (AR) – emissões usadas para controlar verbalmente sua própria ação. As emissões precedem ou ocorrem ao mesmo tempo em que o comportamento motor; por exemplo: VE (criança soletra enquanto escreve); “calma”, enquanto tenta empilhar vários blocos;
11. Nomeação (NC) – Atos ou emissões usados para focalizar sua própria atenção em um objeto ou evento por meio da identificação do referente; por exemplo: VE “o rei, princesa, sol, castelo”;
12. Performativo (PE) - Atos ou emissões usados em esquemas de ação familiares aplicados a objetos. Inclui efeitos sonoros e vocalizações ritualizadas produzidas em sincronia com o comportamento motor da criança; por exemplo: VO (onomatopéias); VE “alô, quem é?” (com um telefone);
13. Exclamativo (EX) - Atos ou emissões que expressem reação emocional a um evento ou situação. Inclui expressões de surpresa, prazer, frustração e descontentamento, sendo imediatamente posteriores a um evento significativo; por exemplo: VO (criança grita quando batem a porta com força); VE “ai!” (quando perde o equilíbrio);
14. Reativos (RE): emissões produzidas enquanto a pessoa examina ou interagem com um objeto ou com parte do corpo. Não há evidência de intenção comunicativa, mas o sujeito está focalizando sua atenção em um objeto/parte do corpo e parece estar reagindo a isso. Pode servir a funções de treino ou auto-estimulação; por exemplo: VO (criança ri com cócegas);
15. Não-focalizada (NF) – emissões produzidas, embora o sujeito não esteja focalizando sua atenção em nenhum objeto ou pessoa. Não há evidência de intenção comunicativa, mas pode servir a funções de treino ou auto-estimulação; por exemplo: G (pulos, balanceios e auto-agressão); VO (gritos, murmúrios, vocalizações sem entoação); VE (algumas emissões de ecolalia imediata);
16. Jogo (J) – atos envolvendo atividade organizada, mas autocentrada; Inclui reações circulares primárias, podendo servir a funções de treino e auto-

estimulação; por exemplo: G (criança escreve); (criança rola bola e observa); (criança desenha);

17. Exploratória (XP) – Atos envolvendo atividades de investigação de um objeto particular ou de uma parte do corpo ou da vestimenta do outro; por exemplo: G (criança examina a filmadora); (criança examina um brinquedo);
18. Narrativa (NA) - emissões destinadas a relatar fatos reais ou imaginários, e pode haver ou não atenção por parte do ouvinte; por exemplo: VE “ai o guarda pegô eli assim i amarrô...”;
19. Expressão de protesto (EP) – choro, manha, birra ou outra manifestação de protesto não necessariamente dirigida a objeto, evento ou pessoa; por exemplo: G (criança senta-se no chão, chora, bate as costas na parede, quando o adulto diz que esta na hora de ir embora); VO (criança grita quando o adulto mexe em seu brinquedo); VE “não!” (brigando);
20. Jogo compartilhado (JC) – atividade organizada e compartilhada entre adulto e criança; por exemplo: G (criança e adulto jogam bola); (criança e adulto jogam dados).

Considerou-se como atos comunicativos toda forma de expressão usada pela criança na interação com o outro que começam quando a interação adulto-criança, criança-adulto ou criança-objeto é iniciada, terminando quando o foco de atenção da criança muda ou quando há uma troca de turno (FERNANDES, 2004). Considerou-se quanto ao meio comunicativo três diferentes tipos de atos:

- **Gestual - G** (através de mímica, movimentos corporais, gestos, expressão facial, balançar a cabeça, movimentos dos olhos);
- **Vocal - VO** (choro, grito, murmúrios, onomatopéias, informações paralingüísticas através de modulação da voz, através da intensidade, volume, entonação e duração);
- **Verbal - VE** (expressão através de palavras e sentenças com mais de 75% de expressão inteligível).

De acordo com o Programa Hanen, estes atos comunicativos são divididos em quatro diferentes níveis, a saber:

Quadro 7: Níveis de Comunicação - Manolson (1992)²³

Nível 1:	Nível 2:	Nível 3:	Nível 4:
Chorando Sorrindo Gritando Fazendo sons vocálicos Olhando Mexendo ao acaso os braços ou as mãos Movimentos corporais	Fazendo mímicas Rindo Produzindo uma série de sons vocálicos e consonantais com modulação da voz e prolongamentos de sons (entonação) Onomatopéias Procurando atingir o objeto desejado	Abanando a cabeça Procurando olhar nos olhos Apontando e fazendo gestos Murmurando o que quer dizer Produzindo sons ao invés de palavras Utilizando, de vez em quando, palavras simples.	Utilizando freqüentemente palavras isoladas Combinando palavras difíceis de entender Combinando duas ou mais palavras (frases curtas) Palavras e sentenças com pelo menos 75% de inteligibilidade Utilizando uma linguagem gestual ou um quadro de comunicação

Para a análise dos dados neste estudo foram utilizadas as funções comunicativas propostas por Fernandes (2004) e os níveis comunicativos propostos pelo programa Hanen de estimulação de linguagem, Manolson (1992).

Esta análise do ato comunicativo leva em conta os aspectos não lingüísticos da comunicação e de todos os meios comunicativos. Desta forma, pode-se constituir o perfil comunicativo analisando o espaço comunicativo ocupado pela criança numa situação interacional e de seus recursos comunicativos. Estes recursos demonstram as habilidades quanto aos aspectos formais da língua por meio do uso de diferentes meios comunicativos (FERNANDES, 2004).

2.8 Método de análise dos dados

As duas filmagens foram analisadas em relação às funções comunicativas propostas por Manolson (1985) e Fernandes (2000).

Os dados foram dispostos em gráficos e tabelas, expondo os valores reais de ocorrência de cada função comunicativa por níveis apresentada pela criança, na percepção da mãe e a partir das observações registradas em vídeo.

²³ Extraído de Manolson (1992).

2.9 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco sob o número 088/2005. A pesquisadora comprometeu-se, ainda, a cumprir a Resolução CNS 196/96 e manter sigilo a respeito da identidade dos participantes, assim como de sua escola.

A responsável pela criança assinou o TCLE, que a informou sobre a ausência de custos e desconfortos para a sua integridade física e moral, assim como a possibilidade de ter suas informações retiradas do estudo no momento em que deseja-se, sem que seja, de qualquer forma, penalizado por isso.

3. ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados coletados através da situação de interação durante dois registros de vídeo, realizou-se uma análise quantitativa e qualitativa das diferentes funções comunicativas utilizadas pela criança, dos atos comunicativos ocorridos durante os trinta minutos da interação e os meios comunicativos mais utilizados.

As duas situações registradas em vídeo tiveram a duração de aproximadamente 30 minutos cada. A mãe foi instruída a interagir livremente, de forma habitual, com seu filho. O quadro abaixo detalha dos registros das sessões:

Quadro 8: Os registros em vídeo

Filmagens	Primeiro registro	Segundo registro
Características :	Interação livre adulto-criança	Interação livre adulto-criança
Local :	Consultório da terapeuta	Consultório da terapeuta
Data :	09/10/2006	28/02/2007
Duração :	24 : min 24 segs :17msecs	27: min 48 segs : 15msecs

3.1 Critérios de análise

A análise dos resultados foi dividida em três etapas: vamos nos concentrar primeiramente na identificação do nível de comunicação da criança, identificado pela mãe, através da transcrição dos “Check-lists”. Para esta transcrição utilizamos o ROC – Relatório de Observação da Comunicação²⁴ (Apêndice D). Na segunda etapa analisamos os resultados a partir da filmagem inicial da interação livre mãe-criança. E por fim, na terceira etapa analisamos os resultados da filmagem final da interação livre mãe-criança. Para a transcrição do registro videográfico utilizamos na segunda e na terceira etapas o ROC – Relatório de Observação da Comunicação²⁵ (Apêndice D)

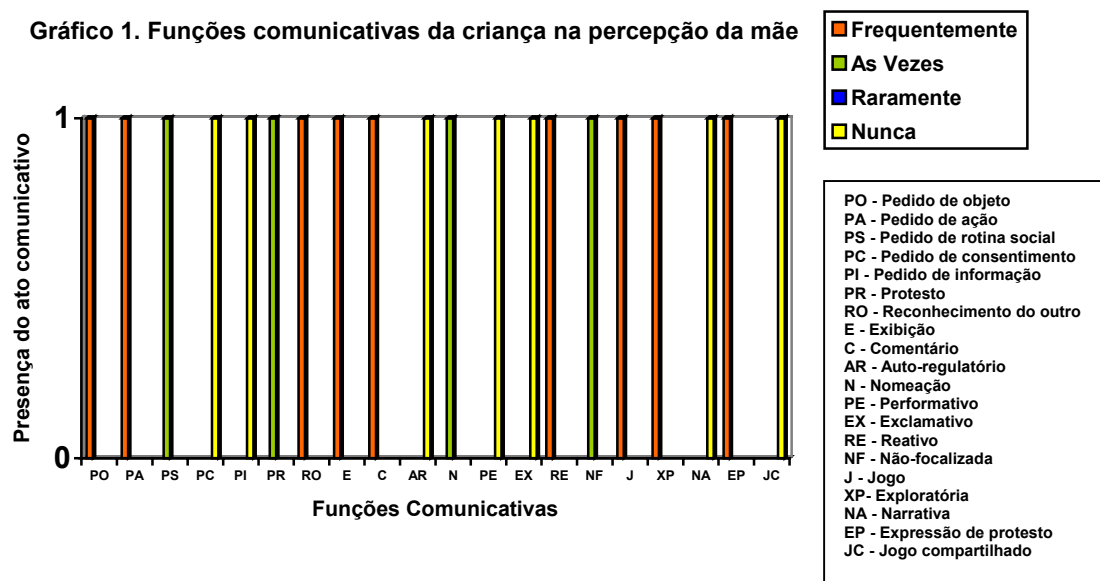
3.2 Análise dos dados (percepção da mãe)

Vejamos no gráfico abaixo as respostas da mãe ao “Check-list” – “Como” e “Porque” (Anexo – C). Estes dados referem-se à transcrição dos achados da mãe quanto à sua identificação da presença ou não de atos comunicativos em seu filho para realizar as funções comunicativas referidas no ABFW²⁶ :

²⁴ Este protocolo de observação foi adaptado pela fonoaudióloga-pesquisadora, baseado no ROC 2 do programa Hanen (MANOLSON, 1992); utilizando as funções comunicativas do ABFW (FERNANDES, 2004).

²⁵ Ibidem.

²⁶ ABFW (FERNANDES, 2004).

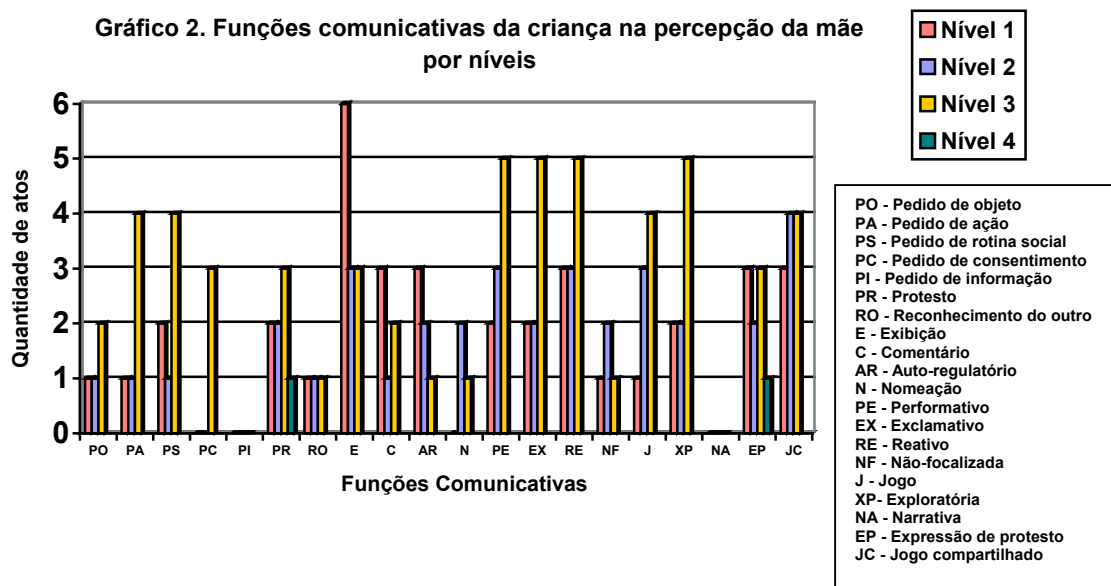


Este gráfico mostra as funções comunicativas utilizadas pela criança também com relação à frequência em que são usadas. De acordo com a percepção da mãe, a criança utiliza frequentemente 9 funções comunicativas (**P**edido de **O**bjeto, **P**edido de **A**ção, **R**econhecimento do **O**utro, **E**xibição, **C**omentário, **R**Eativo, **J**ogo, **eX**ploratória e **E**xpressão de **P**rotesto), e utiliza às vezes 4 funções (**P**edido de rotina **S**ocial, **P**rotesto, **N**omeação e **N**ão-Focalizada). Vemos através destes achados uma criança responsiva ao ambiente e propensa a interagir.

Estes tipos de funções apresentadas pela criança demonstram uma característica da sua forma de interagir onde procura resposta imediata às suas solicitações (desejos e necessidades). Podemos ver então que a mãe de alguma forma reconhece o comportamento regulatório da sua criança. Estes dados também foram percebidos pela fonoaudióloga-pesquisadora no momento da avaliação fonoaudiológica.

Por outro lado a mãe identifica a presença de atos na função **N**ão-Focalizada, isto pode indicar que ela percebe os meios comunicativos utilizados pela criança como aleatórios, resumindo-os a atos sem uma intencionalidade bem definida.

No gráfico 2 identificamos as observações da mãe sobre as funções comunicativas nos níveis em que foram utilizados pela criança de acordo com a resposta ao “Check-list” – Lista das aptidões, do Programa Hanen (Anexo – B) que foi transcrito para o ROC (Apêndice - D):



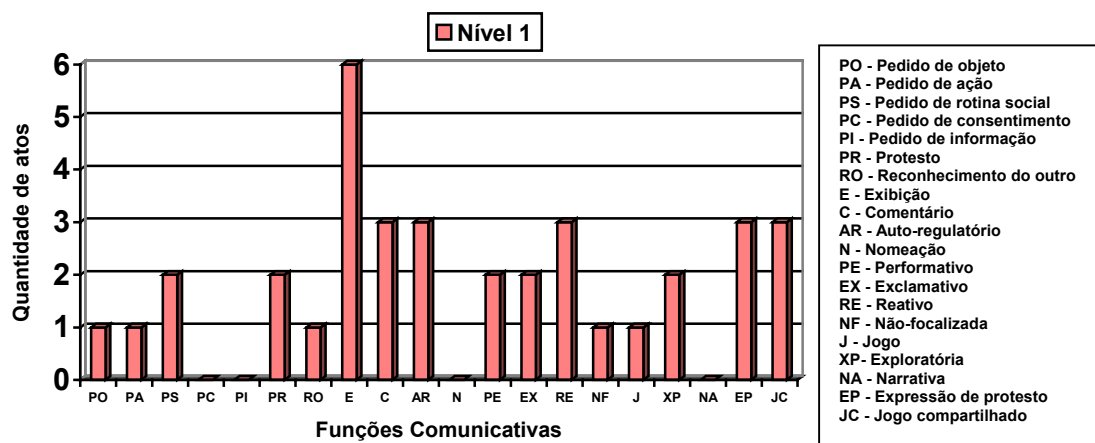
Na percepção da mãe a criança apresenta funções comunicativas com meios utilizados nos diferentes níveis. Observando este gráfico, temos uma visão geral das funções apresentadas assim como, da quantidade de atos utilizados.

Em resposta aos “check-lists” a mãe considera que alguns atos do seu filho, como exemplificado pela mesma – “frequentemente, fica mostrando o que quer apontando, olhando e quando outra coisa lhe é oferecida, balança a cabeça para dizer não, ou quando o objeto lhe interessa ele o pega”. Isto representou para a mãe um pedido de objeto realizado frequentemente com meios utilizados no nível 3. Neste caso a mãe referiu que seu filho apresenta dois atos utilizando diferentes meios (olhar e apontar) para pedir objeto.

Analisando as funções acima apresentadas nos quatro níveis²⁷, passamos a observar cada nível com mais detalhe. No gráfico 3, vemos a presença de 16 funções comunicativas e o número de atos identificados pela mãe expressos pela criança utilizando meios do nível 1 :

²⁷ Ver ROC – Relatório de Observação da Comunicação, de transcrição do « Check-list » em Apêndice D.

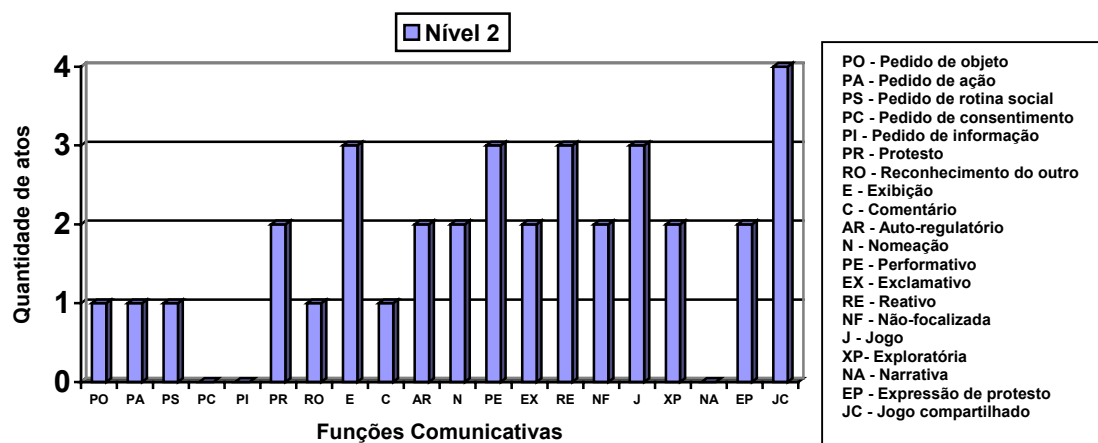
Gráfico 3. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe



No nível 1 a criança utiliza principalmente a função de **Exibição** com 06 atos, seguida de outras como: **Comentário**, **Auto-Regulatória**, **Reativo**, **EXploratória** e **Jogo Compartilhado** com a presença de 03 atos cada uma. Os meios comumente utilizados pela criança neste nível são: o olhar, sons vocálicos e movimentos corporais. Como exemplos, a mãe refere que o filho chora e produz sons; fica sobressaltada quando há mudanças bruscas (barulho, luz e movimento); vira a cabeça em direção à fonte do barulho.

Vejamos o que a criança expressa no nível 2 na percepção da mãe:

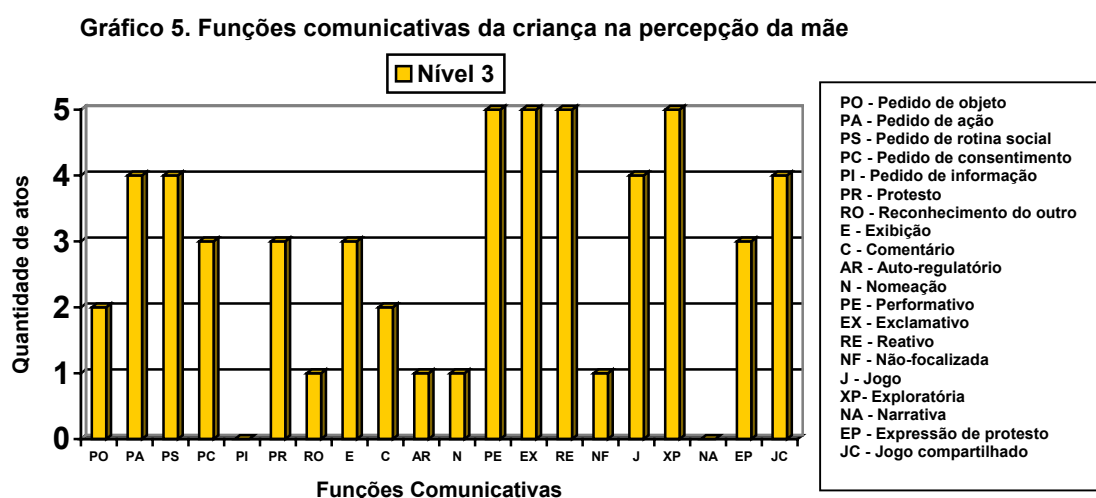
Gráfico 4. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe



Neste nível, a criança utiliza principalmente a função de **Jogo Compartilhado** (04 atos), seguida das funções de: **Exibição**, **PERformativo**, **Reativo** e **Jogo**, realizando 03 atos cada uma e utilizando como meios principalmente os sons

vocálicos e consonantais com modulação de voz e prolongamentos de sons (prosódia). Estes sons podem ser acompanhados de ações tanto tendo sido iniciados por ele mesmo ou iniciados por terceiros.

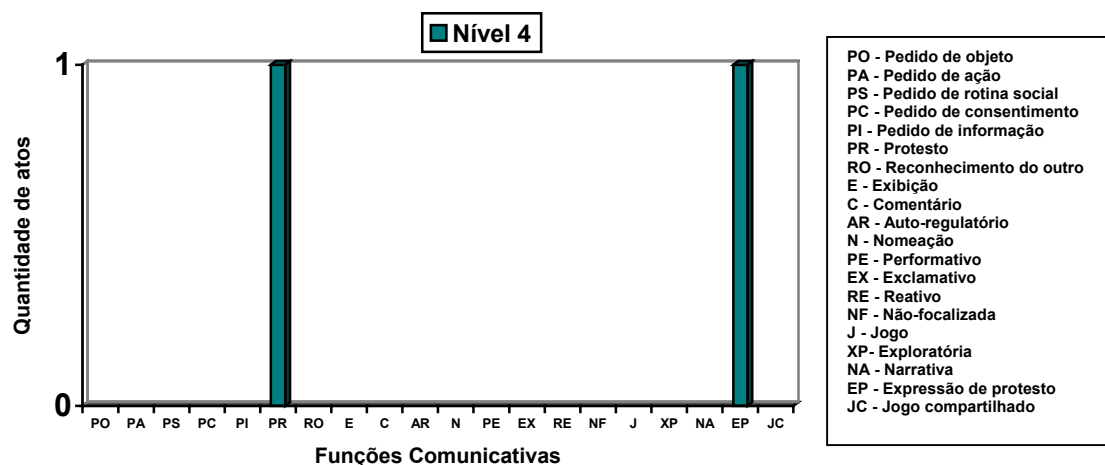
No nível 3 - gráfico 5, observamos um aumento significativo da quantidade de atos e das funções comunicativas utilizando meios comunicativos característicos deste nível. Isto mostra que a mãe identificou mais atos do seu filho neste nível comunicativo.



Constatamos neste nível, o uso de 18 funções comunicativas, e um aumento no número de atos. As funções percebidas pela mãe como mais utilizadas com 05 atos cada uma foram: **P**erformativo, **EX**clamativo, **R**eativo e **eXP**loratória. Foram observadas também pela mãe com 04 atos as funções: **P**edido de **A**ção, **P**edido de rotina **S**ocial, **J**ogo e **J**ogo **C**ompartilhado. Os meios mais usados pela criança neste nível foram : olhar compartilhado, apontar, uso de gestos e sons ao mesmo tempo, iniciando emissão de onomatopéias e começando a emitir sons com entonação de adulto.

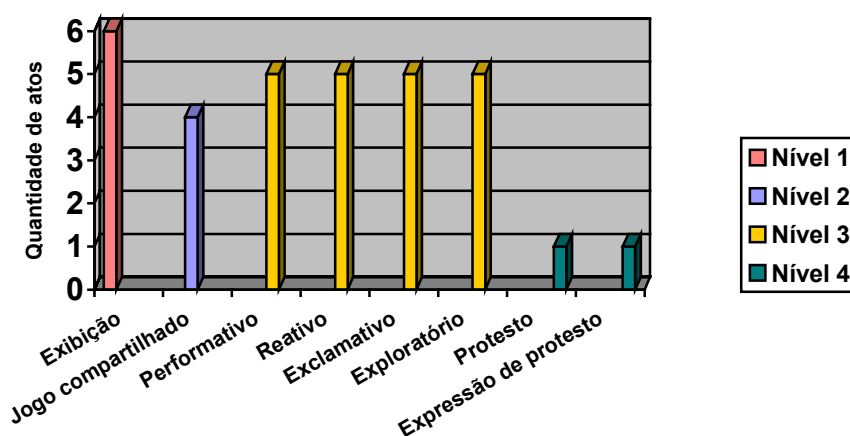
No nível 4 - gráfico 6, foram percebidos pela mãe, dois atos comunicativos para realizar duas funções comunicativas: **P**rotesto e **E**xpressão de **P**rotesto. Para a mãe a criança utilizou como meios uma linguagem gestual, como exemplificado pela mesma: “está começando a responder “sim” e “não”, balançando a cabeça e usando o dedo indicador” :

Gráfico 6. Funções comunicativas da criança na percepção da mãe



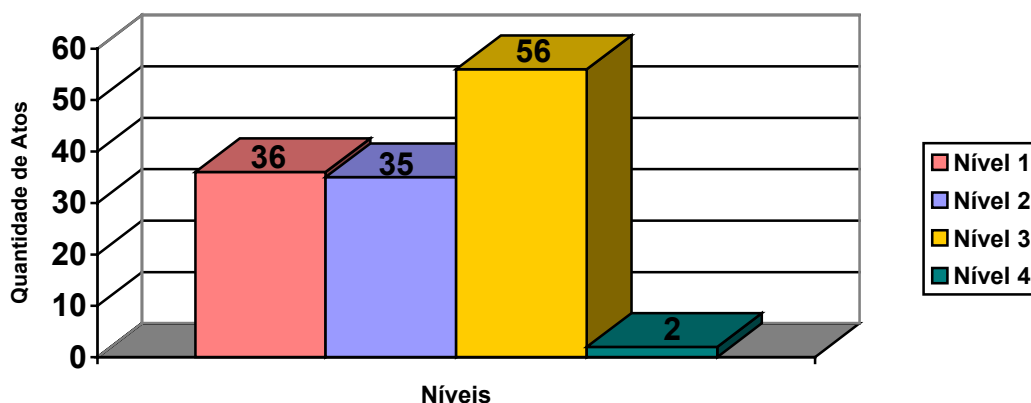
No gráfico 7 apresentamos o resumo das funções mais apresentadas pela criança em cada nível:

Gráfico 7. Funções mais realizadas por nível (percepção da mãe)



No gráfico 8 visualizamos a quantidade de atos comunicativos realizados em cada nível comunicativo na percepção da mãe:

Gráfico 8. Atos ou emissões da criança na percepção da mãe por níveis comunicativos



Podemos visualizar bem, uma concentração maior na quantidade de atos no nível 3, uma vez que a mãe percebe que seu filho comunica-se utilizando com mais freqüência os meios comunicativos característicos deste nível.

Discussão dos resultados:

Vemos com estes resultados que a criança segundo a percepção da mãe, apresenta comunicação principalmente com função regulatória (**Expressão de Protesto, Exibição, PErformativo, EXclamativo**) e de interação social (**Reativo, Jogo Compartilhado**). Além de muitas demonstrações não verbais de estabelecimento de atenção compartilhada.

As funções comunicativas são agrupadas, segundo a literatura, em três categorias (WETHERBY *et al.*, 1989 *apud* HAGE, 2004). Este agrupamento foi estabelecido considerando que o comportamento comunicativo dito intencional é um evento em que a criança dirige um ato motor e/ou vocal ao adulto. Por exemplo: olhar compartilhado, gestos indicativos, vocalização associada a contato físico e outros.

Analisando as funções apresentadas pela criança desse estudo com as três categorias encontradas na literatura podemos observar que:

- Como características da primeira categoria (aquela contendo atos comunicativos com a função de obter algo do meio ambiente ou satisfazer uma necessidade física), a criança deste estudo dirige-se diretamente ao outro, aponta, demonstra através de vocalizações e ações, as funções de protesto e de solicitação de ações.
- A segunda categoria é a que considera os comportamentos da criança com a função de atrair ou manter a atenção do outro sobre si mesmo. Aqui vemos que C. E., apresenta a função de exibição quando mexe o corpo, vocaliza e “dá risadas” para: chamar atenção para si, para pedir permissão para fazer algo ou quando cumprimenta o adulto.
- A terceira categoria é a que contém atos comunicativos ditos intencionais, com a função de atenção compartilhada. Observamos no comportamento de C. E., os gestos de apontar para algo, para si mesmo, para alguém ou para fatos imediatos. Estes atos têm a função de comunicar que C. E., comenta e obtém informação sobre o objeto ou pessoa (função informativa).

Em seguida, continuamos a análise com os resultados da filmagem inicial da interação mãe-criança.

Vejamos antes alguns exemplos das funções comunicativas expressas pela criança durante as duas filmagens com o objetivo de melhor ilustrar seu comportamento comunicativo:

1. EXCLAMATIVO

Ex. a) A criança sorri quando consegue pegar uma peça da caixa num jogo compartilhado com a mãe.

b) A criança demonstra descontentamento e frustração, levando a mão à boca e produzindo sons vocálicos com entonações diferentes.

2. PERFORMATIVO

Ex. A criança enquanto brincava com o carrinho movendo-o associava o som (br...) – onomatopéia.

3. EXPLORATÓRIA

Ex. A criança com a caixa de encaixe explorou-a retirando as peças, batendo na mesa e colocando-as de volta.

4. NOMEAÇÃO

Ex. A criança apontava para o que tinha riscado produzindo sons entoacionais com indicativo de afirmação.

5. JOGO

Ex. A criança rabiscou no papel e explorou as peças do jogo de encaixe de forma auto-centrada.

6. PROTESTO

Ex. A mãe chama a atenção para a saída da fonoaudióloga-pesquisadora da sala e solicita que a criança dê tchau ! A criança responde abanando a cabeça representando o « não ».

7. PEDIDO DE OBJETO

Ex. A criança olhou e apontou para o cavalo de borracha que estava distante dele dentro da sala.

8. COMENTÁRIO

Ex. a. A criança em resposta a questão da mãe sobre “do quê ele queria brincar”, voltou o corpo todo para o lado, apontando e murmurando sons indicando o objeto.

b. a criança abanou a cabeça para informar o fim da ação de guardar as peças do jogo de encaixe.

c. A criança enquanto retirava as peças do jogo de encaixe, fazia sons vocálicos e entoacionais (hum...) como se estivesse contando-as.

9. PEDIDO DE AÇÃO

Ex. A mãe perguntou a criança “de quê ela queria brincar”, ele respondeu apontando para o símbolo : brincar de carrinho da sua pasta de comunicação.

10. JOGO COMPARTILHADO

Ex. A criança deu função adequada ao carrinho oferecido pela mãe estabelecendo uma atividade compartilhada. Utilizou onomatopéias e moveu o carrinho em direção à mãe e esperou que ela o devolvesse.

Repetiu de diferentes formas esta ação.

11. EXIBIÇÃO

Ex. a. Balançando a caixa do jogo de encaixe e produzindo sons.

b. produzindo sons para atrair a atenção da mãe enquanto pintava.

12. PEDIDO DE INFORMAÇÃO

EX. Após riscar no papel a criança olha pra a mãe e produz um som com contorno entoacional de interrogação.

13. AUTO-REGULATÓRIA

Ex. A criança, ao mesmo tempo em que rabiscava o papel fazia sons entoacionais como se estivesse soletrando.

14. PEDIDO DE CONSENTIMENTO

Ex. A criança olha para a mãe enquanto risca sobre o desenho indicado pela mãe.

15. PEDIDO DE ROTINA SOCIAL

Ex. A criança bateu com o lápis no papel indicando que queria continuar a pintura em resposta a pergunta da mãe: você quer água ?

16. REATIVO

Ex. A criança mostrou-se reativa aos estímulos sonoros e visuais do ambiente, apontando e olhando para o local de origem dos estímulos.

17. RECONHECIMENTO DO OUTRO

Ex. A criança olha em direção a porta, apontando, sorrindo e vocalizando sons entoacionais no momento em que a fonoaudióloga-pesquisadora entra na sala.

18. EXPRESSÃO DE PROTESTO

Ex: A criança grita, choraminga quando a mãe insiste em lhe dar água ao invés do pirulito.

19. NARRATIVA

Na nossa observação não detectamos a presença de nenhum ato comunicativo para desempenhar esta função.

20. NÃO-FOCALIZADA

Na nossa observação não detectamos a presença de nenhum ato comunicativo para desempenhar esta função.

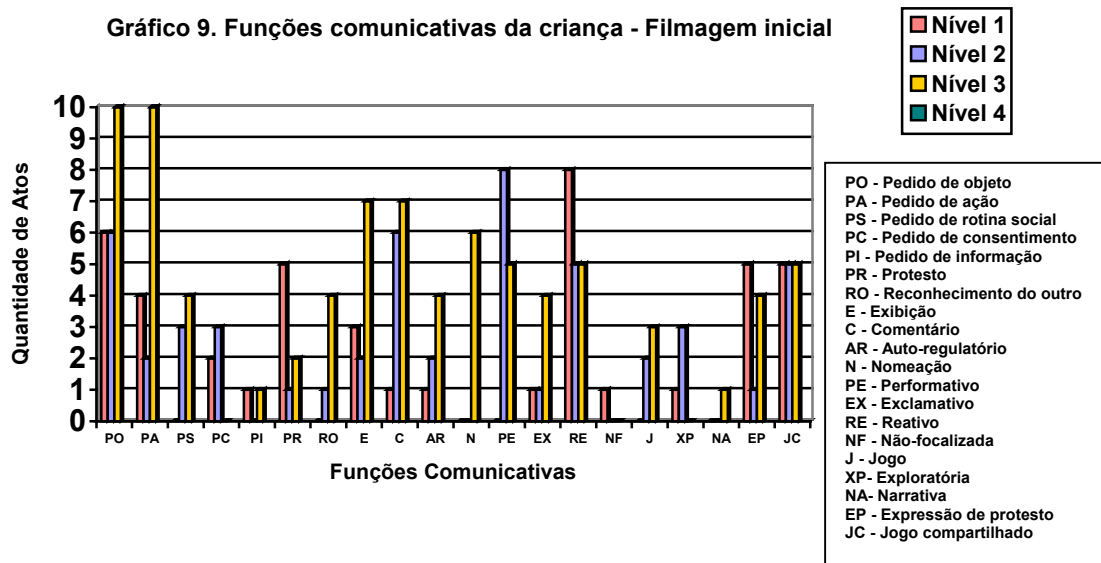
3.3 Análise dos dados da filmagem inicial

Entendendo que o nível comunicativo é estabelecido através dos meios e das funções comunicativas apresentadas pela criança, analisaremos, esta primeira filmagem através da transcrição da observação (registro videográfico) da fonoaudióloga-pesquisadora da interação mãe-criança²⁸.

Os gráficos abaixo dão uma visão geral do que foi observado e serão discutidos após a apresentação destes.

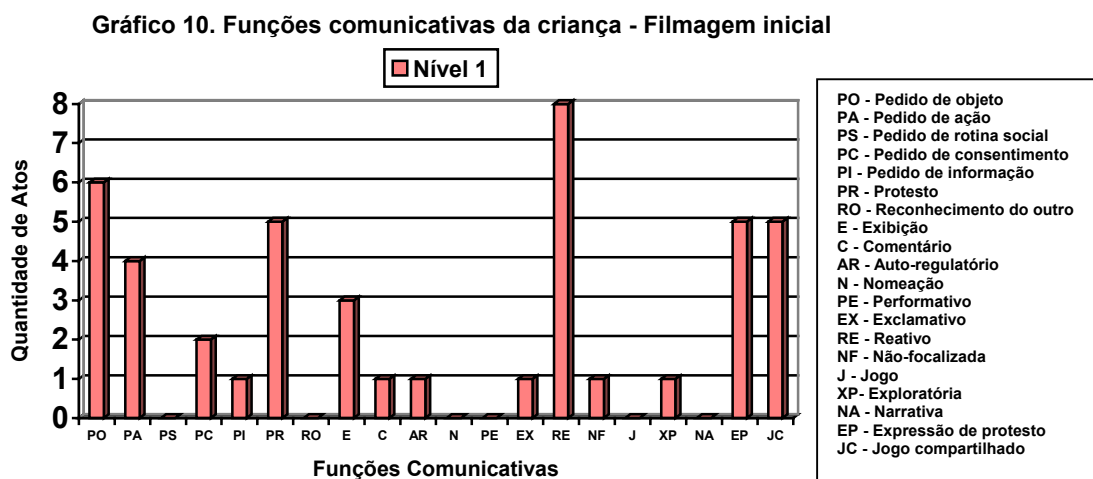
Inicialmente, no gráfico 9, temos a visão geral sobre as funções comunicativas e a quantidade de atos comunicativos realizados pela criança nos quatro níveis encontrados na análise:

²⁸ Pela transcrição das ações da criança para o ROC – Relatório de Observação da Comunicação. Apêndice – D.



Vemos neste gráfico que a criança apresentou todas as funções comunicativas²⁹ de forma heterogênea nos quatro níveis. Tendo apresentado maior quantidade de atos e funções no nível 3.

Em seguida nos gráficos 10, 11 e 12 passaremos a analisar mais detalhadamente os dados encontrados em cada nível:



Vemos neste nível a presença de 14 funções. Sendo as funções de **P**edido de **O**bjeto (06 atos) e **R**eativo (08 atos) as que C. E., mais realizou. Os meios utilizados por ele neste nível foram:

²⁹ Funções estabelecidas pelo ABFW – Parte D – Pragmática ; FERNANDES, 2004

No nível 2 - Gráfico 11, observamos o aumento para 16 funções com predomínio das funções : **PE**rformativo (08 atos), **Pedido de Objeto** (06 atos) e **Comentário** (05 atos). Observamos também a diminuição das funções de **PR**otesto e de **Pedido de Atenção**. Isto indica a capacidade de apresentar funções comunicativas utilizando meios característicos deste nível:

Gráfico 11. Funções comunicativas da criança - Filmagem inicial

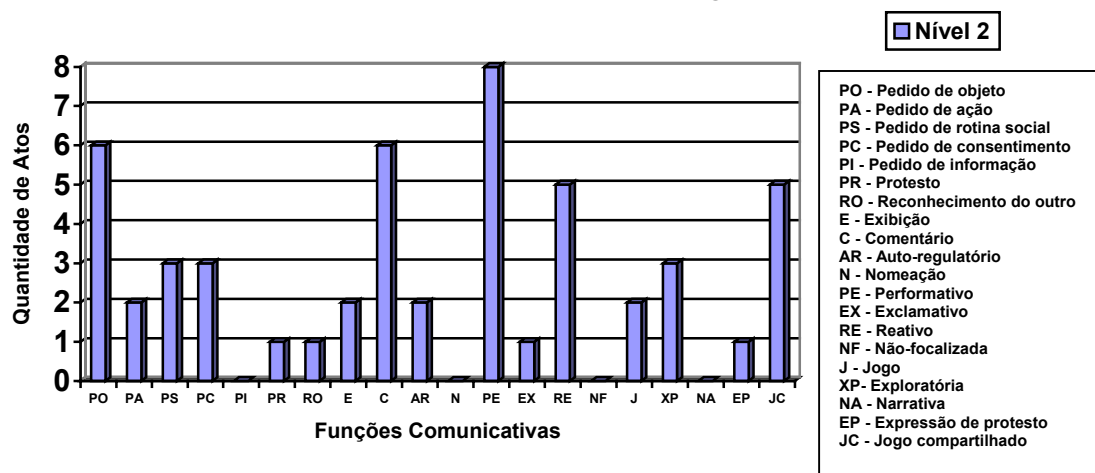
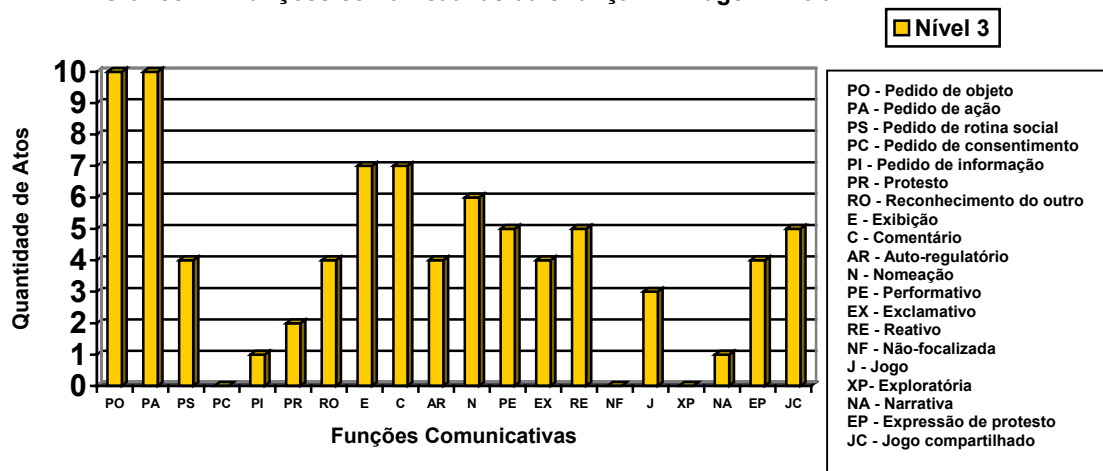


Gráfico 12. Funções comunicativas da criança - Filmagem inicial



No nível 3 as 17 funções encontradas estão representadas, principalmente demonstrando funções interativas com a presença de atos mais elaborados.

Não houve observação de nenhum ato comunicativo no nível 4.

Durante a interação da criança com a mãe, observou-se que as funções comunicativas mais utilizadas foram: **Reativo** (16 atos), seguida de **PE**rformativo (13

atos), **Pedido de Ação** (14 atos), **Jogo Compartilhado** (14 atos) e **Comentário** (14 atos). Como ilustrado no gráfico 13:

Gráfico 13. Funções comunicativas mais utilizadas por níveis (Filmagem inicial)

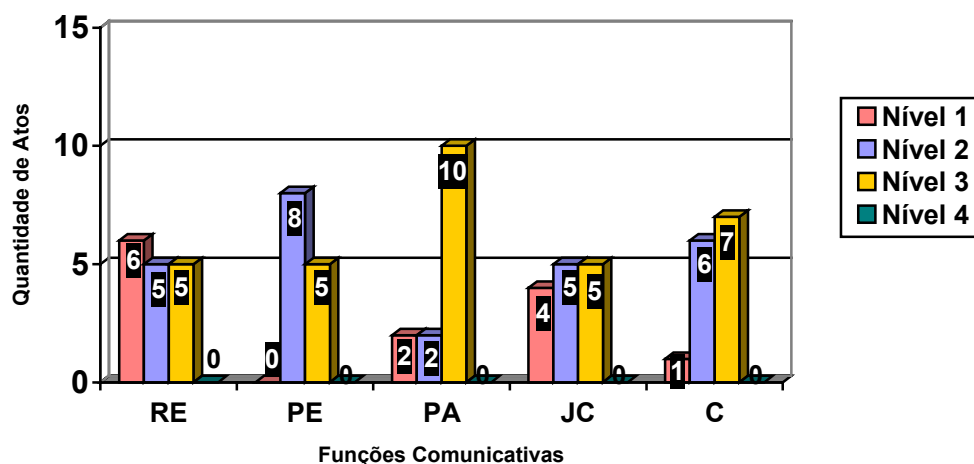
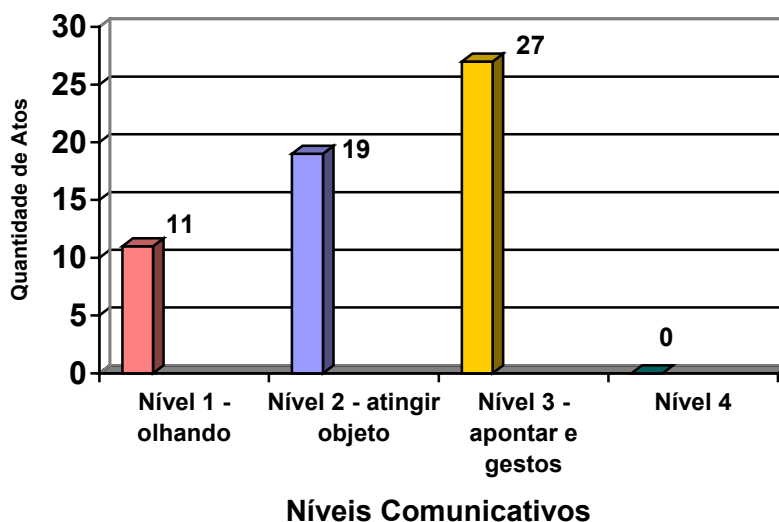


Gráfico 14. Atos comunicativos mais usados pela criança (Filmagem inicial)



O gráfico 14 mostra o resumo dos atos comunicativos mais usados pela criança por nível. Vemos que no nível 1, a criança utilizou o ato de olhar (11 atos) para 7 diferentes funções, por exemplo: **Reativo**, **Pedido de Objeto** e **Pedido de Consentimento**. No nível 2 a criança apresentou o ato de procurar atingir o objeto

desejado (19 atos) para desempenhar 11 funções comunicativas como por exemplo: **EXPloratório**, **Jogo Compartilhado** e **Pedido de Objeto**. No nível 3 o ato de apontar e fazer gestos (27 atos) foi o mais utilizado para desempenhar 13 funções como por exemplo: **Comentário**, **Exibição** e **Pedido de Ação**. No nível 4 a criança não apresentou nenhum ato nesta filmagem.

Discussão dos resultados:

A análise do perfil comunicativo funcional da criança desse estudo mostra que muitas dessas funções apresentadas na filmagem inicial são usadas pela criança, com o objetivo de regular o comportamento do outro e de interação social. Dentro dessas funções estudadas por Halliday (1975), destaca-se a função instrumental usada pela criança desse estudo, como por exemplo, para satisfazer as suas necessidades materiais. Podemos observar que os resultados do perfil comunicativo da filmagem inicial mostram-se coerentes com as respostas apresentadas pela mãe ao “CHECK-LIST” quanto às suas próprias impressões sobre: “como” e “porque” seu filho se comunica.

Podemos também observar uma outra função que se destaca: a função regulatória, que é conhecida na literatura (HALLIDAY, 1975), como a que é utilizada para regular o comportamento do outro. Observamos que as expressões da criança nesse estudo, eram dirigidas para, em particular, causar uma reação na mãe para diferentes tipos de objetivos: como podemos ver no gráfico 12, no nível 3.

A criança também apresenta a função interacional que segundo Halliday (op.cit), é usada para interagir com as pessoas que estão no seu convívio. Nesse estudo, temos como exemplo, no gráfico 14 onde C.E., apresentou 19 atos para tentar chamar a atenção do outro com o objetivo de conseguir atingir o objeto desejado.

Observamos também uma evolução da criança ao realizar atos comunicativos de forma mais concentrada e elaborada principalmente no nível 3 - gráfico 14. Neste nível a criança realizou respostas gestuais/vocais.

Tivemos portanto, na avaliação inicial um perfil comunicativo onde pudemos identificar o “como” e “porque” a criança se comunica estabelecendo precisamente os meios e as funções que ela utiliza para esses fins.

No sentido de avaliar a participação da criança na atividade comunicativa, como realizado nesse estudo, vemos que é de extrema importância verificar que tipo de participação é esta.

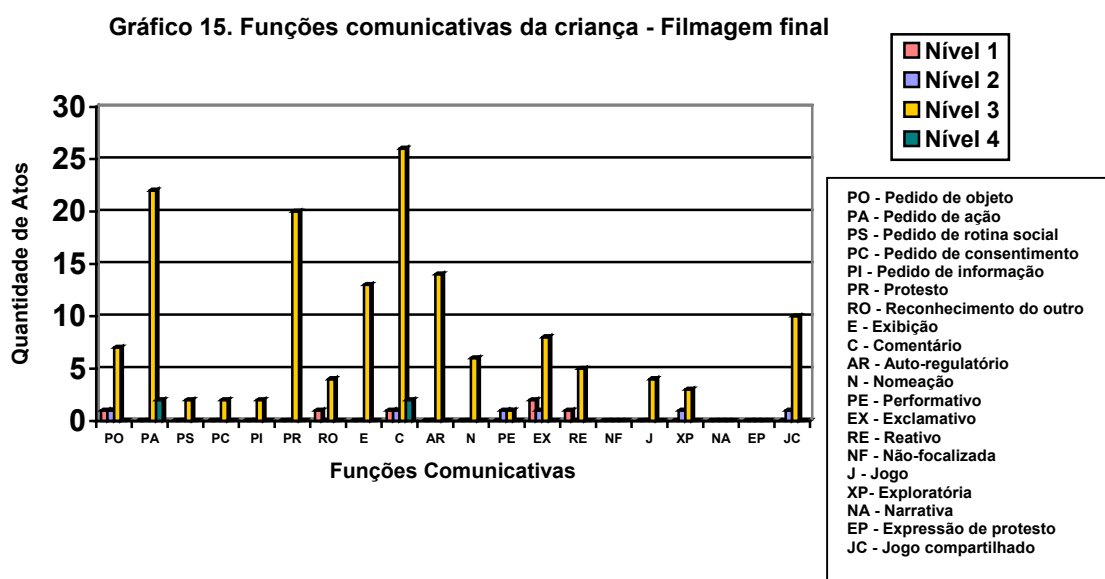
Nos estudos de Wetherby *et al.* (1989), sobre o perfil comunicativo de crianças normais e ainda no estudo comparativo entre o perfil comunicativo de crianças com outras patologias, concordamos com esta autora que a avaliação de comportamentos comunicativos pode possibilitar um diagnóstico precoce de possíveis distúrbios do desenvolvimento da linguagem.

Continuando com nosso processo de análise, realizamos então uma segunda e última filmagem após 4 meses de terapia de linguagem.

Partindo do comportamento comunicativo apresentado pela criança e tendo como objetivo o estabelecimento da comunicação com auxílio da CSA, buscou-se minimizar os problemas com relação às alterações motoras presentes na paralisia cerebral apresentadas pela criança desse estudo.

Em seguida vejamos os resultados da filmagem final, após a terapia de linguagem com a introdução de um sistema suplementar e/ou alternativo de comunicação.

3.4 Análise dos dados da filmagem final



No gráfico 15, temos o quadro geral da comunicação da criança analisado após a transcrição do registro videográfico da filmagem final da interação mãe-criança. Observamos 17 funções comunicativas apresentadas nos quatro diferentes níveis.

Nos gráficos que se seguem abaixo (gráficos: 16; 17; 18 e 19) observamos mais detalhadamente por níveis quais os meios usados pela criança para expressar diferentes funções comunicativas.

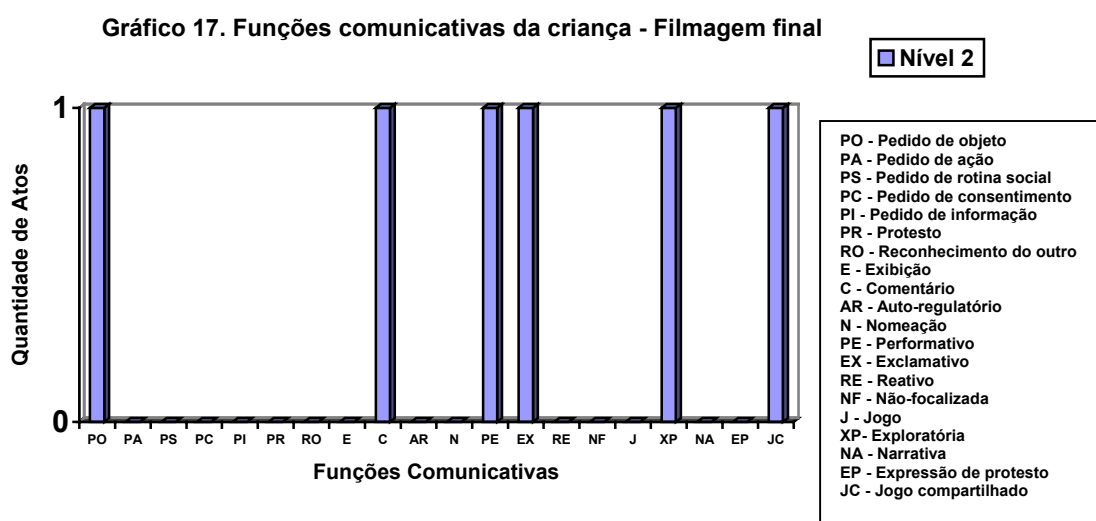
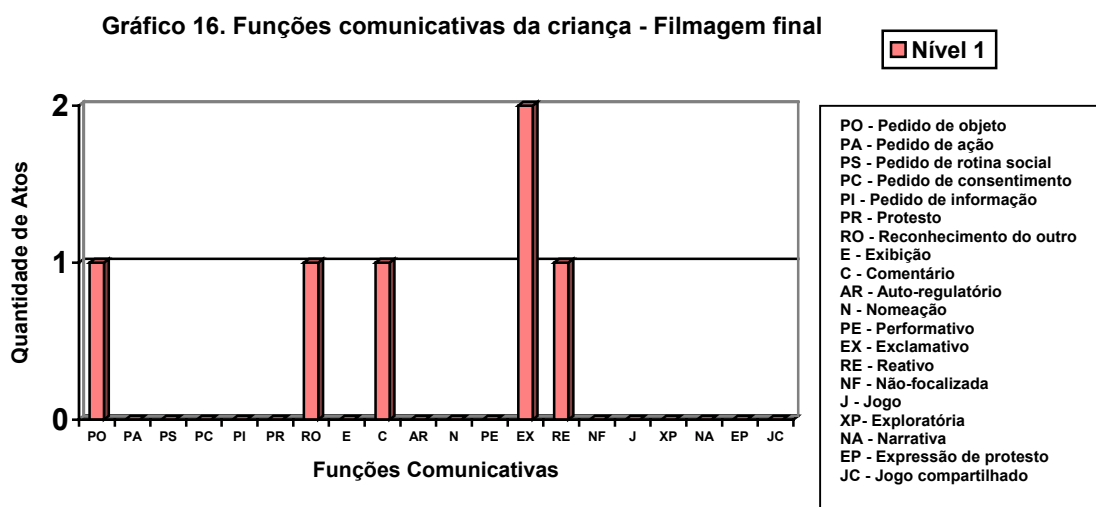


Gráfico 18. Funções comunicativas da criança - Filmagem final

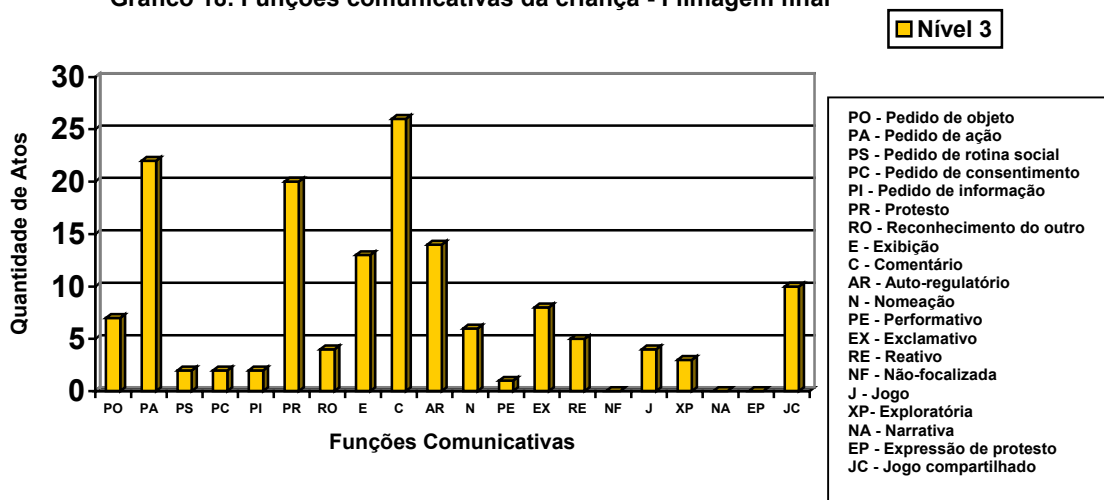
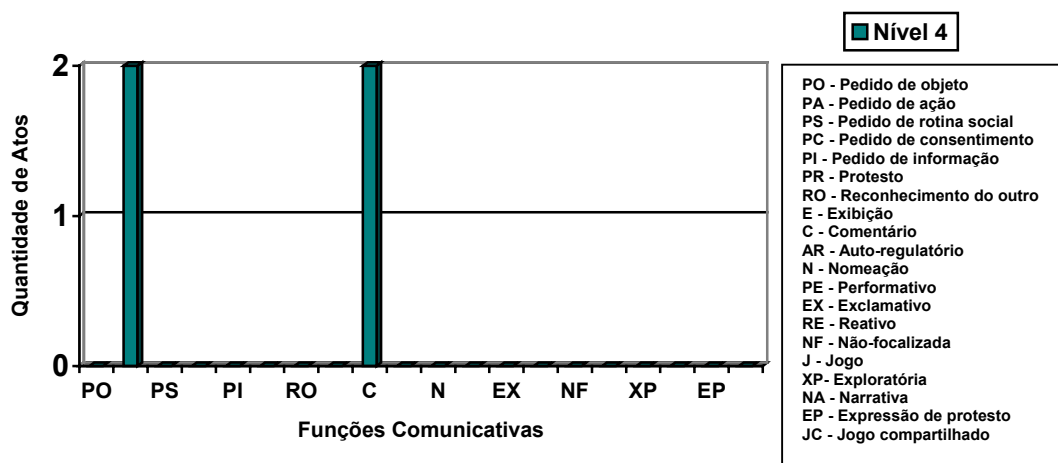


Gráfico 19. Funções comunicativas da criança - Filmagem final

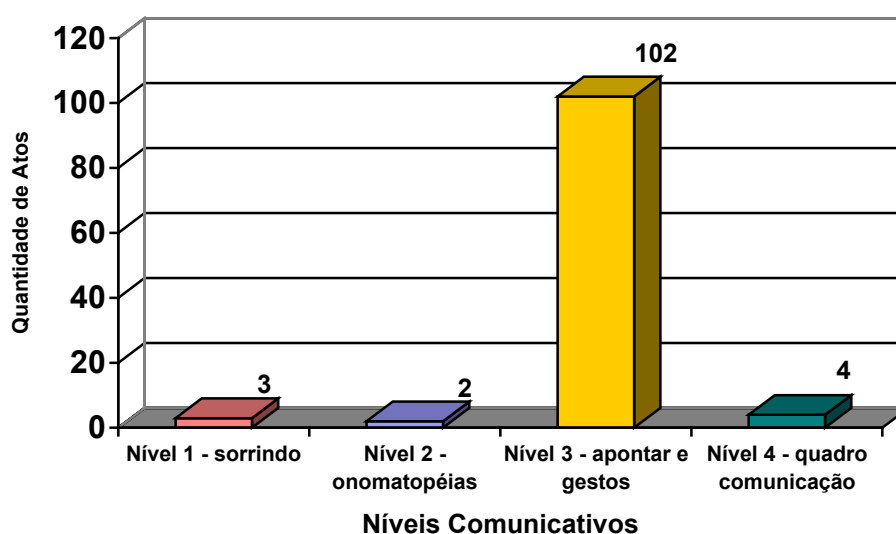


Como podemos ver, a quantidade dos meios comunicativos usados pela criança na interação foram: do Nível 1, um ato para quatro diferentes funções e dois atos para a função: **EX**clamativo. Em seguida o Nível 2 com um ato para as seis diferentes funções e por último o Nível 3, vinte e sete atos para dezessete funções. Observou-se nesta última filmagem dois atos para cada função apresentada no Nível 4.

Em geral, o meio comunicativo mais utilizado pela criança foi o gestual/vocal envolvendo expressões faciais, gestos espontâneos ou convencionais do tipo “bater palmas” expressando contentamento e movimentos corporais globais que dependeram do grau de comprometimento motor ou movimentos de mudança de postura. Os meios vocais mais utilizados relacionaram-se a sons vocálicos com modulação de voz e prolongamentos de sons, murmúrios, gritos ou gargalhadas.

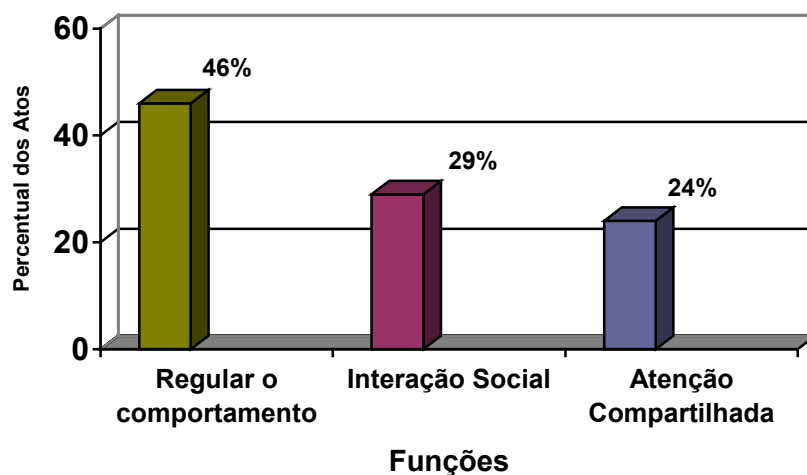
No meio gestual/vocal a criança utilizou os gestos indicativos de apontar, balançar a cabeça para “sim” ou “não” e de vez em quando palavras simples associadas à produção de sons. E por fim, como já mencionado, a criança não se expressou no nível verbal, porém utilizou sua prancha de comunicação - Gráfico 20.

Gráfico 20. Meios comunicativos mais usados pela criança (Filmagem final)



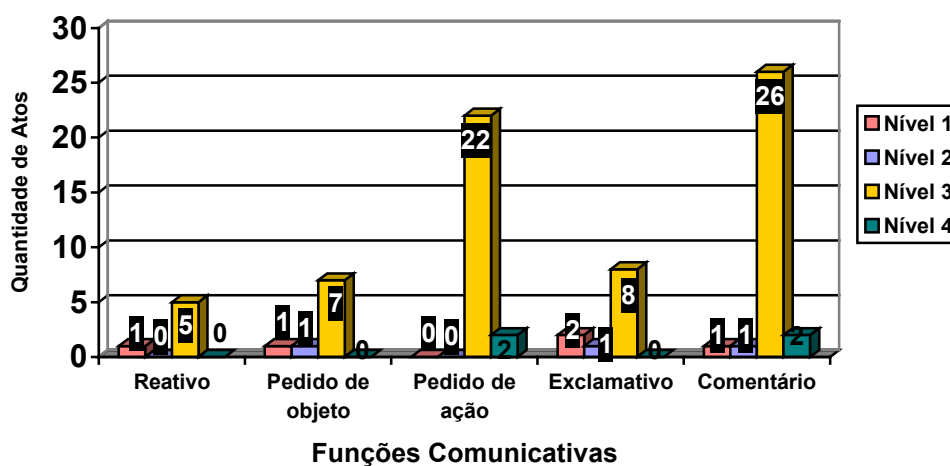
Para uma visualização dos percentuais de utilização da linguagem da criança quanto às funções de interação agrupadas em: aquelas utilizadas para regular o comportamento do outro e o ambiente (**P**edidos de: **I**nformação, **O**bjeto, de **A**ção, **C**onsentimento e de Rotina **S**ocial e **P**rotesto); para a interação social (**C**omentário, **E**xpressão de **P**rotesto, **P**erformativo e **N**arrativa) e aquelas utilizadas para estabelecer a atenção compartilhada (**E**xibição, **J**ogo **C**ompartilhado e **R**econhecimento do **O**utro), conforme a literatura (PRIZANT; WETHERBY, 1990; FERNANDES, 1996), vejamos o gráfico abaixo: (gráfico 21)

Gráfico 21. Funções comunicativas de Interação Social

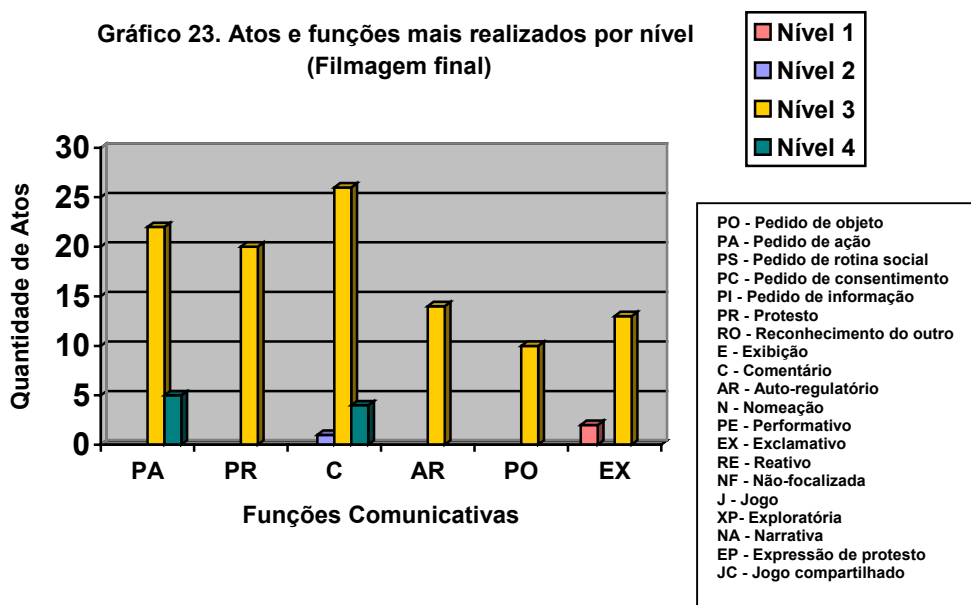


Observamos no gráfico 22 a quantidade de atos produzidos pela criança para desempenhar importantes funções comunicativas.

Gráfico 22. Funções comunicativas mais utilizadas por níveis (Filmagem final)



As funções apresentadas de: **PR**otesto, **P**edido de **A**ção e de **O**bjeto e **J**ogo Compartilhado refletem as intenções da criança atingindo objetivos sociais, ambientais e propósitos interativos sendo estes aspectos estudados pela pragmática. (WETHERBY *et al.*, 1988 *apud* FERNANDES, 1996) - Gráfico 23.



Segundo esta autora (WETHERBY *et al.*, 1988 *apud* FERNANDES, 1996), num estudo realizado com crianças normais durante estágios de aquisição de linguagem, os fatores como a relação criança x interlocutor, o ambiente e a estratégia de interação podem influenciar o comportamento comunicativo da criança. Nesse estudo os resultados demonstram que a criança apresentou semelhanças quanto às funções expressas encontradas nos estudos desses autores.

Esses resultados provavelmente estão relacionados aos procedimentos utilizados para a coleta dos dados, pois não foram realizados em situações planejadas e a ausência de comunicação verbal é amplamente encontrada na literatura. Isto deve ser levado em conta no processo de investigação pelo fonoaudiólogo, pois é neste momento de total interação e participação que o profissional pode identificar qualidades comunicativas no sujeito, que o ajudarão no processo terapêutico junto à criança, os pais e aos demais profissionais de uma equipe multidisciplinar quando for o caso. Portanto deve-se fugir de métodos de investigação que privilegiem a comunicação verbal para não ocorrer em resultados falsos.

Apresentação e discussão dos resultados:

É importante ressaltar que a filmagem final foi realizada após o período de intervenção fonoaudiológica utilizando as estratégias e os recursos alternativos de comunicação e também através de orientações dadas à mãe sobre estratégias de interação para melhor estimular o filho.

Estas orientações foram elaboradas e estabelecidas, a partir do conhecimento apresentado pela mãe de “como” e “porque” seu filho se comunica.

Como resultado da transcrição da filmagem final, após o que foi explicado acima, observamos que a criança apresentou uma linearidade e um aumento do número de atos referentes à funções mais interativas como: o **C**omentário, a **EX**ibição e o **J**ogo **C**ompartilhado. Vimos também nesta filmagem final, que a criança apresentou uma redução na quantidade de funções comunicativas apresentadas em níveis mais elementares (nível 1 e nível 2), e uma maior definição nos atos comunicativos no nível 3. Gráficos 24; 25 e 26.

Gráfico 24. Funções Comunicativas utilizadas por níveis (Filmagem inicial e final)

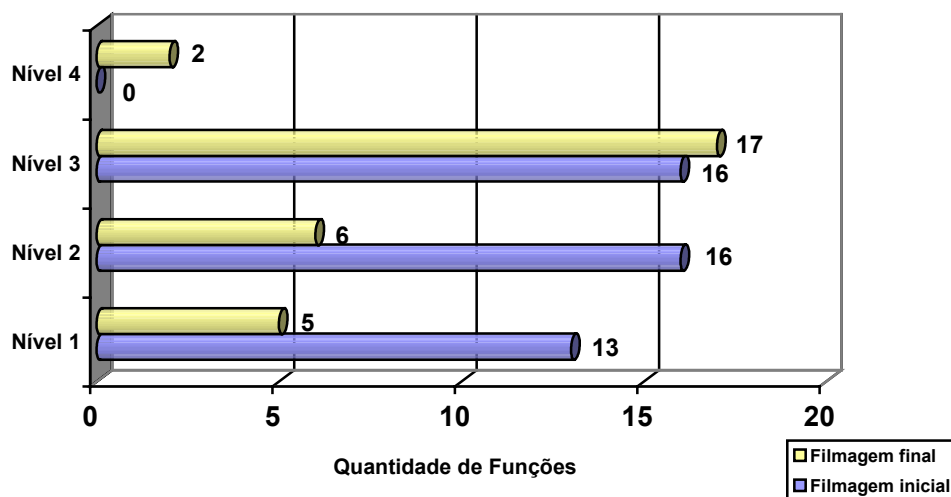


Gráfico 25. Atos ou emissões da criança - Filmagem inicial

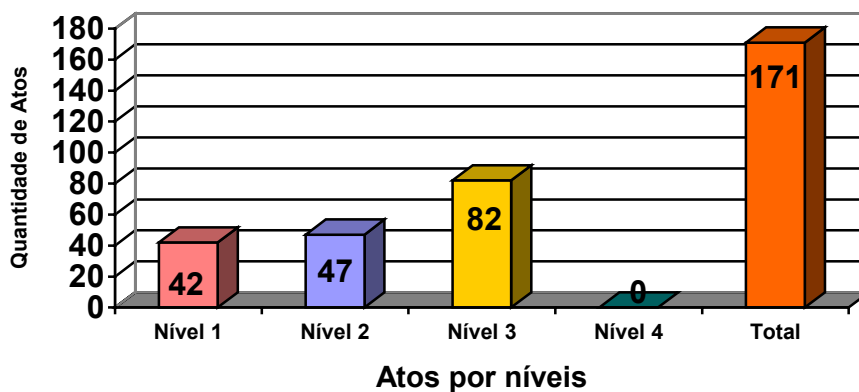
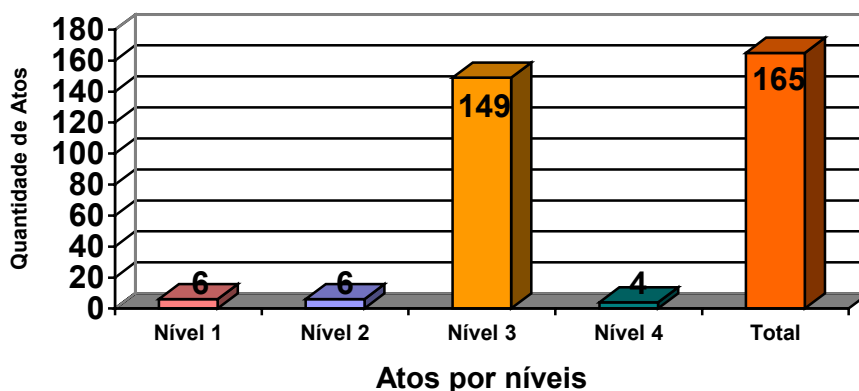


Gráfico 26. Atos ou emissões da criança - Filmagem final

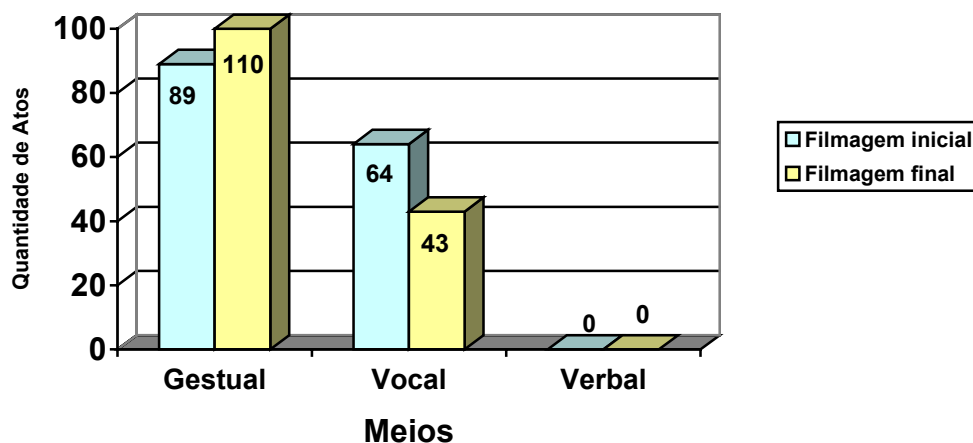


Nesta análise pudemos detectar a presença de duas funções comunicativas já realizadas no nível 4, que compreende o nível verbal.

Pudemos observar também que houve um aumento na gestualidade, onde a criança além de apontar mais e utilizar gestos para expressar 17 funções comunicativas utilizando atos do nível 3, ele também fez uso da sua pasta de comunicação. Um exemplo deste uso foi feito quando foi exigida uma melhor compreensão durante a interação com sua mãe, ou seja, a criança percebeu que

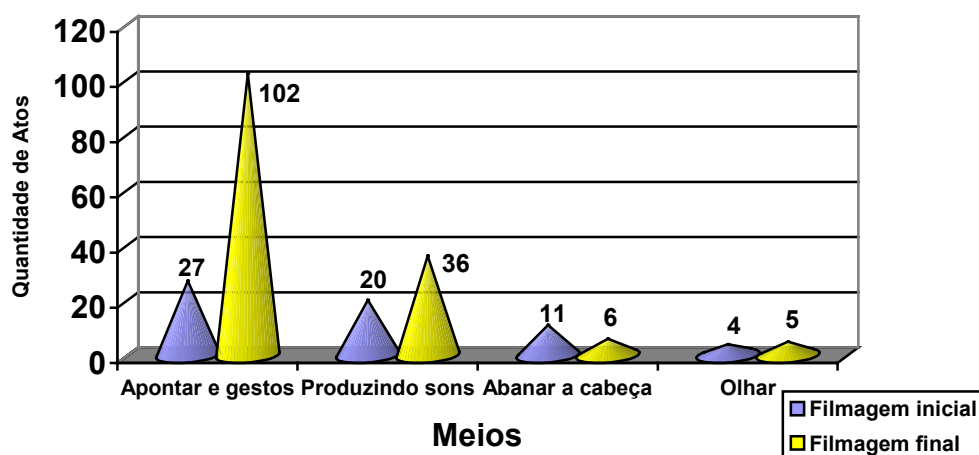
seu interlocutor, no caso sua mãe, precisava de um sinal mais claro para entendê-lo, e no desejo de ser entendido, recorreu à sua prancha de comunicação - Gráfico 27.

Gráfico 27. Meios comunicativos mais usados pela criança (Filmagem inicial e final)



Observamos uma linearidade também nos meios comunicativos, no caso o gestual/ vocal no nível 3 - Gráfico 28.

Gráfico 28. Atos comunicativos mais usados pela criança no nível 3 (Filmagem inicial e final)



Esse aumento do meio gestual é significativo no que diz respeito ao uso de sinais mais precisos de comunicar como, por exemplo: o “sim”, o “não” e gestos que dão idéia de movimento, de ação, como: empurrar o carrinho.

Observando e conduzindo como essa criança opera, então conhecendo bem essa dinâmica, ou seja, a qualidade das trocas com a sua mãe, pode-se ajudar a transformar o perfil de ação, no caso da mãe, onde ela passe a considerar mais seu filho como falante.

Muitas das abordagens terapêuticas como, por exemplo, o Hanen onde se trabalha com o conhecimento da mãe do “como” e do “porque” seu filho se comunica, e “qual” tipo de estratégia ela pode desenvolver junto com a sua criança para torná-lo mais comunicativo. Vemos então nessas abordagens um foco na qualidade dessas trocas interativas.

Essa é também a noção de pragmatismo: trabalhando com a comunicação de forma dialógica e funcional e dentro de um contexto específico para cada criança.

Baseado nesses conceitos, este estudo pretendeu explorar a proposta de unir a questão da funcionalidade do “como” e “porque” a criança se comunica, traçando um perfil comunicativo da criança para a partir deste perfil, estabelecer estratégias comunicativas que podem ser levadas na forma de orientação aos pais para facilitar o processo comunicativo com relação a acessibilidade da comunicação dada pela introdução de um recurso suplementar e/ou alternativo de comunicação.

De acordo com Fernandes (1996, 2000, 2004), quando o perfil comunicativo funcional é investigado, a variedade de atos comunicativos pode ser confirmada como um fato interessante e particular no desenvolvimento do sujeito em sua comunicação.

Observamos também que a diminuição da variabilidade das funções comunicativas observadas nos níveis 2 e 3, mostra que a criança estava experimentando essas funções e que ela estava também aprendendo a utilizar numa situação mais apropriada, com meios mais elaborados, onde ela poderia obter resultados melhores numa comunicação efetiva. Os dados desse estudo vão de acordo com outros estudos como os de Fernandes (1996; 2000; 2004), Wetherby (1982; 1988), que mostram a utilização dos significados usados por uma criança em diferentes situações comunicativas.

Estudos dessa natureza mostram e realçam também que o comportamento comunicativo apresentado pela criança pode ser analisado ao nível de sua

performance sócio-cognitiva. Sugerimos então, que outros estudos como esse precisam realizados em portadores de paralisia cerebral.

Isto torna-se relevante, porque em algumas situações de interação, onde a criança está possibilitada a realizar ativamente e funcionalmente uma comunicação independente do meio utilizado, pode elucidar bem a relação entre a performance dos dois participantes.

Então quando se fala em observar a performance dos dois participantes, nesse estudo, também o comportamento interativo da mãe, observa-se assim, mudanças no comportamento desta após a intervenção fonoaudiológica. As orientações dadas à mãe, assim como as mudanças observadas em seu comportamento interativo após essas orientações, não foram consideradas nesse estudo, mas merecem sem sombra de dúvidas, uma análise mais aprofundada em estudo posterior.

CONCLUSÃO

O objetivo geral deste estudo foi analisar o perfil comunicativo de uma criança com paralisia cerebral associando a uma intervenção terapêutica com o objetivo de introduzir um sistema de comunicação suplementar e/ou alternativa. Então tentando pesquisar sobre a complexa realidade da comunicação de uma criança com paralisia cerebral partiu-se para a pesquisa de como isto está sendo apresentado. Foi então, a partir da necessidade de uma análise funcional da comunicação da criança com paralisia cerebral, associada a uma idéia de funcionalidade ligada à acessibilidade da comunicação suplementar e/ou alternativa que a idéia deste estudo surgiu.

Dois pontos importantes motivaram ainda mais a realização desse estudo: o primeiro foi a ausência de pesquisas onde se pudesse avaliar com mais precisão o meio e as funções comunicativas apresentadas por uma criança com paralisia cerebral, ou seja, numa idéia de “funcionalidade” da comunicação; e o segundo ponto: foi a idéia de como introduzir um recurso de comunicação suplementar e/ou alternativa visando além da acessibilidade a questão da comunicação enquanto um processo interativo e dialógico.

Esse estudo teve como base a perspectiva pragmática ligada aos conceitos utilizados pela comunicação suplementar e/ou alternativa. Buscamos nos concentrar na importância da análise metódica da funcionalidade da comunicação da criança com paralisia cerebral e no surgimento desse processo comunicativo e dialógico. Para isso a abordagem teórica e metodológica da avaliação da perspectiva funcional da comunicação dada pelas teorias pragmáticas se mostrou plenamente aplicável a nossa perspectiva teórica sobre o desenvolvimento da linguagem.

Então dentro dessa força mostrada pela importância da análise funcional da comunicação podemos sugerir uma ampliação de uma perspectiva teórico-metodológica para o estudo da comunicação da criança com paralisia cerebral que englobe as análises centradas sobre o perfil funcional da comunicação e a organização dessa interação, que por vezes está impedida de ser realizada de forma verbal, mas que pode ser facilitada por um recurso alternativo de comunicação.

Sugere-se que essas análises poderiam estar centradas não só sobre esse processo de avaliação mas, sobre os produtos que podem gerar numa análise desse sentido.

Os resultados obtidos a partir da análise desse estudo sobre a comunicação da criança com paralisia cerebral, nos dão uma demonstração empírica do que nos foi expresso anteriormente. Podemos marcar os seguintes pontos:

- Sobre o processo de comunicação analisar a funcionalidade, sobre “como” e o “porque” que a criança se comunica, o “como” sendo os meios comunicativos e o “porque” as funções comunicativas, mostra as características particulares da comunicação de uma criança com paralisia cerebral.
- A perspectiva adotada neste estudo, a análise das funções comunicativas e dos atos comunicativos bem definidos pela pragmática. Isto explica as particularidades apresentadas na análise dos dados.
- Também foi interessante observar o perfil comunicativo apresentado pela criança e pela mãe durante a interação. É importante também observar do ponto de vista da criança com dificuldade motora que apresentou aptidões para cooperar e para interagir em uma atividade conjunta. Outro fato que devemos ressaltar é o papel da mãe, sendo uma co-participante desse processo, principalmente quanto ao seu conhecimento e ação, interferindo no comportamento comunicativo do seu filho.
- Reconhecer e estabelecer um perfil funcional da comunicação levando em consideração os dois participantes dessa interação se mostrou realmente muito interessante dentro do objetivo terapêutico.

De fato esse estudo foi realizado para tentar responder às questões advindas durante uma longa prática profissional na atuação com crianças portadoras de paralisia cerebral. E para ainda continuar respondendo outras questões que esse estudo nos fez suscitar, será interessante continuar com a investigação principalmente na aplicação de um estudo longitudinal de casos múltiplos para que seja feita uma comparação e uma evolução da comunicação.

Eu estou convencida, então, que é dentro de uma análise particular e profunda do perfil funcional da comunicação de uma pessoa com dificuldade específica de linguagem, que está a possibilidade de atuar nas suas primeiras manifestações comunicativas integrando e recriando a história pessoal da criança e construindo a sua comunicação.

Por fim, com o objetivo de continuar respondendo essas observações, uma reflexão sobre uma correlação estreita entre a concepção teórico-metodológica utilizada será necessária.

O que fica mais importante pra mim nesse estudo, é que analisar o perfil funcional da comunicação e tornar a comunicação dessa criança mais acessível, ajuda na desmistificação de que crianças com paralisia cerebral não se comunicam. Essa desmistificação foi importante para a identificação do potencial comunicativo e interacional dessa criança e na intervenção terapêutica.

Este trabalho aponta dados relevantes de que a comunicação da criança teve a função de regulação e interação. Esses dados mostram que a criança comunica mais com o objetivo de interação social. Aponta também para eventuais dificuldades na mediação da atenção com o outro que pode ser uma dificuldade da criança diante de sua patologia, sugerindo variações na conduta do profissional em orientações aos familiares/cuidadores em, por exemplo, na introdução de um sistema alternativo de comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, V.M. *et al.* Avaliação da linguagem: teoria e prática do processo de avaliação do comportamento lingüístico infantil. *In: ACOSTA et al. Avaliação do desenvolvimento pragmático.* São Paulo. Santos. p. 33-52. 2003.

ALBRIGHT, A.L. Spasticity and movement disorders in cerebral palsy. **Journal of Child Neurology.** vol. 11. suppl 1. nov. 1996.

ALMEIDA, M.A.; PIZA, M.H.M.; LAMONICA, D.A.C. **Adaptações do Sistema de comunicação por troca de figuras no contexto escolar.** Barueri. Pró-Fono. v. 17. n 2. maio/ago. 2005.

ALMIRALL, C.B.; BELLACASA, R. Sistemas de comunicación no vocal. *In: MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Comunicación aumentativa.* Madrid, Artegraf. p. 19-47. 1988.

ALMIRALL, C.B.; SORO-CAMATS, E.; BULTO, C. R. **Sistemas de sinais e ajudas para a comunicação alternativa e a escrita:** princípios teóricos e aplicações. São Paulo: Santos, 2003.

AUSTIN. J. L. **Quando dizer é fazer – palavras e ação.** Tradução de Danilo Marcondes de Souza Filho do original em inglês **How to do Things with Words,** 1962. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BATES, E. Language and context. *In: BATES, E. (Org.) The acquisition of pragmatics.* Colorado: Academic Press, 1976. p. 1-41.

BOBATH, B. Método de tratamento neuroevolutivo. **XXIII Curso Bobath.** Recife, 1996. p. 161.

BOBATH, K. **A deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral.** São Paulo, Manole, 1979.

BALE, J.; BELL, W.E. Prenatal and perinatal infections causes of cerebral palsy. *In: The Cerebral Palsy.* Butherworth-Heinemann: 1998. p. 209-220.

BASIL, C. Os alunos com paralisia cerebral: desenvolvimento e educação. *In: COLL, C. : PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (Org.) Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar.* v. 3. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 07-17.

BRAGA, L.W; SOUZA, L.M.; WILLADINO, R. A avaliação psicológica e a criança com paralisia cerebral. Termo *In: LIMONGI, S.C. Paralisia Cerebral: processo terapêutico em linguagem e cognição.* São Paulo: Pró-Fono, 2000. p. 221-32.

BRAGA, L.W. **Cognição e paralisia cerebral:** Piaget e Vygotsky em questão. Salvador: SarahLetras, 1995.

BORGES, L.C.; SALOMÃO, N.M.R. Aquisição da linguagem: Considerações da Perspectiva de Interação Social. **Psicologia Reflexão e Crítica**. v. 16, n. 2, p. 327-36, 2003

BOSA, C. Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 15, n. 1, p. 77-88. 2002.

BULOWA, M. Prelinguistic Communication: a field for scientific research, Before Speech, Bulowa, M. Cambridge Engl.: Cambridge University press, cap I , p. 1-62, 1979.

CAPOVILLA, F.C. *et al.* A memória de trabalho do paralisado cerebral pré alfabetizado. **O mundo da saúde**, v. 21, p. 98-102, 1997.

CAPOVILLA, F.C. *et al.* **Revista Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v. 9, n. 2, 1998.

CHUN, R.Y.S. **Sistema Bliss de Comunicação**: um meio Suplementar e/ou Alternativo para o desenvolvimento da comunicação em indivíduos não falantes portadores de Paralisia Cerebral. 1991. 169 f. Dissertação (Mestrado em Lingüística) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

CLEZY, G. *et al.* **Communication disorders**: an introduction for communication based rehabilitation worken. Hong Kong, University Press, 1996.

DEFNET, Banco de dados para e sobre pessoas com dEficiências, Centro de Informatica e Informações sobre Paralisias Cerebrais.
Disponível em: < <http://www.defnet.org.br/> > . Acesso em 12 fev. 2007.

DIAMENT, A. Encefalopatias crônicas da infância (paralisia cerebral). *In*: DIAMENT, A, CYPEL, S. (Ed.). **Neurologia infantil**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

FERNANDES, A.S. **Protocolo de avaliação para indicação de sistemas suplementares ou alternativos de comunicação para crianças portadores de Paralisia Cerebral**. 1999. 81 f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

FERNANDES, F.D.M. *et al.* Crianças autistas sem comunicação verbal. *In*: MARCHESAN, I. *et al.* (Org.) **Tópicos em Fonoaudiologia**. v. III São Paulo: Lovise, 1996. p. 253-64

FERNANDES, F.D.M. **Autismo infantil repensando o enfoque fonoaudiológico**: aspectos funcionais da comunicação. São Paulo: Lovise, 1996.

_____ Pragmática – Parte D. *In*: ANDRADE, C.R.F. *et al.* **ABFW – Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática**. 2. ed. Barueri: Pró-Fono. 2004. p. 83-97.

FRAZÃO, R.Y.S. **Conhecimentos essenciais para entender bem as relações entre linguagem e paralisia cerebral**. São José dos Campos: Pulso, 2004.

GARCIA, F.C.A. A comunicação alternativa. **Revista do CRFa1**, Rio de Janeiro, ed. esp., jan. 2000.

GAVA, M.L. Os instrumentos da AAC: códigos alternativos, suportes tecnológicos. Termo. *In*: TUPY, T.; PRAVETTONI, G. ... **e se falta a palavra, qual comunicação, qual linguagem?** São Paulo: Memnon, 1999. p. 101-24.

_____. Os instrumentos da AAC: códigos alternativos, suportes tecnológicos. Termo *In*: TUPY, T.; PRAVETTONI, G. ... **e se falta a palavra, qual comunicação, qual linguagem ?** São Paulo: Memnon, 1999, p. 86-99.

GIROLAMETTO, L.; PEARCE, P.S.; WEITZMAN, E. The effects of focused stimulation for promoting vocabulary in young children with delays: A pilot study. **Journal of Children's Communication Development**, v. 17, n. 2, p. 39-49. 1996.

GIROLAMETTO, L.; PEARCE, P.S.; WEITZMAN, E. Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. **Journal of Speech and Hearing Research.**, v. 39, p. 1274-83, 1996.

GRAY, H. Learning to take an object from the mother. *In*: KENDON, A. **Action, gesture and symbol: the emergence of language.** England: Academic Press, 1978. p. 159-82.

HAGE, S.R.V. **Avaliando a linguagem na ausência de oralidade: estudos psicolinguísticos.** São Paulo 2. ed.: EDUSC, 2004.

_____. Investigando a linguagem na ausência de oralidade. *In*: MARCHESAN, I. et al. (Org.) **Tópicos em Fonoaudiologia.** v. III. São Paulo: Lovise, 1996. p. 197-214.

_____. Dispraxia articulatória: correlações com o desenvolvimento da linguagem. *In*: MARCHESAN, I.; ZORZI, J. (Org.) **Anuário CEFAC de Fonoaudiologia.** São Paulo: Revinter, 1999/2000. p. 119-30.

HASSANO, A.Y.S.; BORGNETH, L.R.L; MUELLER, W.I.M. Considerações sobre o desenvolvimento normal no primeiro ano de vida. Termo *In*: LOPES, S.M.; LOPES, J.M. **Follow up do recém-nascido de alto risco.** Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 163-75.

HEYMEYER, U. Os aspectos psico-afetivos do bebê parálítico cerebral e o trabalho de linguagem e comunicação. Termo *In*: LIMONGI, S.C. **Paralisia Cerebral: processo terapêutico em linguagem e cognição.** São Paulo: Pró-Fono, 2000. p. 3-24.

KANDEL, E.; SCHWARTZ, J.; JESSELL, T. **Fundamentos da neurociência e do comportamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KUBAN, K.C.K.; LEVITON, A. Cerebral Palsy. **J. Méd.** New England, v. 20, p. 188-95, 1994

LIMONGI, S.C. A construção da linguagem na criança paralítica cerebral. Termo *In*: LIMONGI, S.C. **Paralisia Cerebral**: processo terapêutico em linguagem e cognição. São Paulo: Pró-Fono, 2000. p. 119-42.

LIMONGI, S.C. **Fonoaudiologia – informação para a formação**: linguagem: Desenvolvimento Normal, Alterações e Distúrbios. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

LOCK, A. The emergence of language. on being picked up. *In*: KENDON, A. **Action, gesture and symbol**: the emergence of language. England: Academic Press, 1978. p. 3-18.

MANCINI; M.C. *et al.* Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 2B, 2002.

MARCHESAN, I.Q. **Fundamentos em Fonoaudiologia**: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.108-112.

MASSI, G.A. **Linguagem e paralisia cerebral**: Um estudo de caso de desenvolvimento da narrativa. Curitiba: Maio, 2002.

MARUJO, V.L. Fonoaudiologia em paralisia cerebral. Termo *In*: SOUZA, A.M.; FERRARETTO, I. **Paralisia Cerebral**: aspectos práticos. São Paulo: Memnon, 1998, p. 207-30.

MEDEIROS, M.E. Disartrofonía: uma visão fonoaudiológica. **Fonoaudiologia Brasil**. São Paulo, ano 2, n. 2, jul. 1999.

MILLER, G.; CLARK, G. **Paralisias cerebrais**: causas, conseqüências e conduta. São Paulo: Manole, 2002.

MORETTI, G. Princípios e significados da comunicação alternativa. Termo *In*: TUPY, T.; PRAVETTONI, G. ... **e se falta a palavra, qual comunicação, qual linguagem?** São Paulo: Memnon, 1999. p. 7-23.

MANOLSON, A. **Falar um jogo a dois**: guia preparado para os pais participantes no programa Hanen de aprendizagem da linguagem. Porto-Portugal: Afrontamento, 1992.

MEAD. G.H. **Mind, self and society**. Chicago: University of Chicago Press, 1934.

MOURA, R.M.V.L. **Sistema nervoso em desenvolvimento**: estudo de alguns aspectos lesionais *In*: **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. São Paulo: Memnon, 1998. p. 2-7.

MURDOCH, B.E. **Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem**: uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

NEVES, A.P.N.M. **Le développement de la communication au début de la vie : Les apports des perspectives dynamiques et socioculturelles aux études de l'interaction**. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Linguagem) – Université Lumière Lyon 2, Lyon, 2006.

NEWSON, J. Dialogue and Development. *In*: KENDON, A. **Action, gesture and symbol: the emergence of language**. England: Academic Press, 1978. p. 31-42.

OCHS, E.; SCHIEFFELIN, B. B. - **Developmental Pragmatics**. New York: Academic Press, 1979

PANHAN, H.M.S. **Fonoaudiologia e comunicação suplementar e alternativa: Método clínico em questão**. 2001. 88 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

PANTOJA, A.P.F.; NELSON-GOENS, G.C. Desenvolvimento da vida emocional durante o segundo ano de vida: narrativas e sistemas dinâmicos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, p. 269-80. 2000.

PENNINGTON, L.; McCONACHIE, H. Mother-child interaction revisited: communication with non-speaking physically disabled children. **Int.l. Language & communication disorders**. *Local?*, v. 34, n. 4, p. 391-416, 1999.

PINTO, J.P. **Pragmática**. *In*: MUSSALIM, F; BENTES, A.C. (Org) **Introdução à Lingüística 2: domínios e fronteiras**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2004. pp 47-68

PIOVESANA, A.M.S.G. **Encefalopatia crônica (paralisia cerebral): etiologia, classificação e tratamento clínico**. *In*: FONSECA L.F.; PIANETTI G.; XAVIER C.C. (Ed). **Compendio de neurologia infantil**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 825-38.

ROSEMBERG, S. **Neuropediatria**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

SARNO, M.T. Neurogenic disorders of speech and language. *In*: **Physical rehabilitation: assessment and treatment**. p.633-649.

SEARLE, J. R. **Os Atos de Fala**, tradução de Carlos Vogt do original em inglês **Speech Acts**; Coimbra: Livraria Almedina, 1981.

SCHIRMER, C.R.; FONTOURA, D.R.; NUNES, M.L. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2; abr. 2004.

SCHWARTZMAN, M.L. Aspectos do desenvolvimento motor oral e da alimentação. Termo *In*: SCHWARTZMAN, J.S. **Síndrome de Down**. São Paulo: Memnon, 1999. p. 155-66.

SCHWARTZMAN, J.S. Paralisia Cerebral. **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**, v. 1, n. 1, p. 4-17, 2004.

SCHWARTZMAN, M.L. Aspectos da alimentação na criança com paralisia cerebral. Termo *In*: LIMONGI, S. **Paralisia Cerebral: processo terapêutico em linguagem e cognição**. São Paulo: Pró-Fono, 2000. p. 35-73.

SPINELLI, M. Distúrbios no desenvolvimento da linguagem. *In*: ASSUMPÇÃO, F.B. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Maltese, 1994. p.171-9.

SOUZA, A.M.; FERRARETTO, I. **Paralisia Cerebral: aspectos práticos**. São Paulo: Memnon, 1998.

SNOW, C.; FERGUSON, C.A. (Ed.) **Talking to Children: language input and acquisition**. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.

_____. Questões no estudo do *INPUT*: sintonia, universalidade, diferenças individuais e evolutivas e causas necessárias. *In*: FLETCHER, P.; WHINNEY, B.M.. **Compêndio da linguagem da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 153-164.

TREVARTHEN, C.; HUBLEY, P. Secondary Intersubjectivity: Confidence, Confiding and Acts of Meaning in the First Year. *In*: KENDON, A. **Action, gesture and symbol: the emergence of language**. England: Academic Press, 1978. p. 183-229.

TETZCHNER, V.; MARTINSEN, H. **Introduction to sign teaching and the use of communication aids**. London: Whurr Publishers, 1992.

TOMASELLO, M. **The cultural origins of human cognition**. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

VANDERHEINDEN, G.C; YODER, D.E. Communication systems and their components. *In*: **Augmentative communication**, Rockville: American Speech Language Association, 1986. p. 49-163.

VASCONCELLOS, R. **Paralisia cerebral: a fala na escrita**. 1999. 128f. Dissertação (Mestrado em Lingüística) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1999.

VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WENDLAND, J. A abordagem clínica das interações pais-bebê: Perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, p. 45-56. 2001.

ZORZI, J.L. **A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

WHO –World Health Organization. Internacional classification of function and disability, Beta 2 version. Geneva, 1999.

WOLFF, L.G. **Comunicação suplementar e/ou alternativa nos transtornos invasivos do desenvolvimento**. 2001. 61 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

WETHERBY, A.M *et al.* Analysis of international communication of normal children from the prelinguistic to the multiword stage. **Journal of Speech and Hearing Research**, v. 31, p. 83-92, 1988.

WETHERBY, A.M.; GAINES, B.H. Cognition and language development in autism. **Journal of Speech and Hearing Research**, v. 47, n. 1, p. 63-70. 1982.

WATSON, C. **Heightening the emphasis on language by blending focused stimulation with the 3^a approach in the Hanen Program**. It takes two to talk. Hanen Program. 1998.

_____ **One language or two? Helping families from other cultures decide on how to talk to their language-delayed child**. The Hanen Centre. 1994/1995.

_____ **The many benefits of Hanen Programs**. The Hanen Centre. 2002.

WATSON, C.; WEITZMAN, E. **It takes two to talk**. The Hanen Program for Parents. Making Hanen Happen, Leaders Guide for Hanen Certified Speech-Language Pathologists. The Hanen Centre Ed. Toronto: Canada, March, 2002.

Apêndice A

TÍTULO: A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA NA CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: ANÁLISE DE UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.

ORIENTADORA : MARIA LÚCIA GURGEL DA COSTA

PESQUISADORA: GERMANA MARIA GOMES CARVALHEIRA

LOCAL DA PESQUISA: CLINICA-ESCOLA DE FONOAUDIOLOGIA DA UNICAP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo com a participação do meu filho _____, no projeto de pesquisa A comunicação suplementar e alternativa na construção da linguagem de crianças com paralisia cerebral: Análise de uma proposta de intervenção. Esta pesquisa será realizada por Germana Maria Gomes Carvalheira, (telefone para contato, 99768855, residente na Av. 17 de agosto, 1820. 201, Casa Forte recife- PE. CEP 52060-540), aluna do Curso de Mestrado de Ciências da Linguagem, orientada pela professora Maria Lucia Gurgel da Costa.

O objetivo do projeto é identificar o benefício do uso da comunicação alternativa como recurso facilitador para a construção da linguagem em crianças com paralisia cerebral, onde este será submetido a intervenção fonoaudiológica e terapia utilizando como recurso a Comunicação Suplementar e Alternativa.

Durante o período da pesquisa, tenho ciência e concordo de que suas sessões de atendimento serão filmadas e seus instrumentos de comunicação serão fotografados e reproduzidos para compor este estudo. Estou informado que os riscos desta pesquisa referem-se a resistência de meu filho a aceitação do uso desse sistema ou constrangimento na participação das atividades. Como forma de minimizar estes riscos, estarei livre para interromper sua participação a qualquer momento sem que isso possa interferir no seu processo terapêutico.

Os benefícios desta pesquisa são a possibilidade de instrumentar meu filho para a utilização de uma ferramenta que facilitará sua comunicação. Além disso, tenho ciência de que a família estará participando e sendo preparada em todo o processo.

A metodologia da pesquisa é do tipo qualitativa e refere-se ao acompanhamento durante 6 meses , através de registro vídeo-fotográfico do processo terapêutico de meu filho.

Os dados colhidos neste processo serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e tenho ciência de que nossa identidade será guardada em sigilo. Este termo de consentimento me foi explicado e entendi o seu conteúdo.

Recife, ____ de _____ de 2006

Nome do Voluntário

Assinatura do Voluntário

Nome do Pesq Responsável

Ass do Pesq Responsável

Testemunha 1

Testemunha 2

Apêndice - B

Data: 02 de Outubro de 2006.

RELATÓRIO DE ANAMNESE

No dia 02.10.06, C.E., 04 anos, portador de encefalopatia não progressiva infantil (Paralisia Cerebral-PC), compareceu para o primeiro contato acompanhado dos pais com o objetivo de dar continuidade ao programa de reabilitação fonoaudiológica iniciado desde os 2 anos de idade.

A criança apresenta um quadro de diplegia espástica com um dimídio esquerdo mais comprometido (MSE) devido a hipóxia isquêmica perinatal.

O mesmo já participou de programa de reabilitação em instituição interdisciplinar, realizando atividades de fisioterapia, hidroterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e pedagogia recebendo alta por apresentar o seu processo de evolução lento. Foi encaminhado para outra instituição onde deu continuidade a fisioterapia, hidroterapia e fonoaudiologia.

Os pais na ocasião mostraram-se disponíveis em oferecer as informações solicitadas pela terapeuta, porém chamou a atenção o fato de apresentarem muitas dúvidas quanto aos objetivos dos tratamentos anteriores. Relataram que durante este período de tratamento (2 anos), as sessões eram realizadas 1 vez por semana e que no momento da intervenção não ficavam presentes, ou seja, não participavam do atendimento. Pudemos observar também que quando solicitados a falar sobre as orientações recebidas ou atividades que realizavam com o seu filho em casa, referiram-se exclusivamente aos aspectos motores tanto globais quanto orais .

Durante o diálogo com os pais, a criança permaneceu sentada ao lado, explorando um carrinho e alguns animais de plástico, sem demonstrar intenção em interagir ou colaborar, através de atitudes que representassem aceitação ou negação daquilo que estava sendo falado sobre ele próprio.

A mãe a todo momento (com uma fralda), enxugava a sua sialorréia (baba) que é freqüente, sem sequer emitir alguma informação sobre esta ação,

como também a criança recebeu de forma passiva e desatenta não participando de fato, do ato de deglutir a sua própria saliva.

Quando questionada sobre quais as intenções em procurar outra fonoaudióloga a mãe referiu "Eu tenho notado que C.E estacionou no seu desenvolvimento e que assim... eu acho que ele pode melhorar em relação a FALA".

Apêndice - C

Data: 09 de Outubro de 2006.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

A avaliação fonoaudiológica do menor C.E, foi realizada em duas etapas. Inicialmente foi feito uma avaliação do sistema estomatognático com o objetivo de verificar as alterações miofuncionais orais presentes. Observamos que a criança apresenta hipotonia e redução da mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, permanecendo com postura oral aberta, alteração oclusiva e sialorréia.

Quanto às funções estomatopônicas verificamos: respiração predominantemente oral, sucção primitiva, escape de líquido, amassamento sem lateralização do bolo alimentar com acúmulo de alimento em vestibulo lateral e anterior. Sua deglutição em todas as consistências é realizada com esforço, sem vedação dos lábios e movimentos compensatórios de língua provocando o escape dos alimentos.

Observamos ainda a presença de alterações de sensibilidade extra e intra oral onde o mesmo reage com intolerância ao toque e estimulação digital.

Dando continuidade a avaliação, a segunda etapa foi realizada através de um processo observacional estabelecido a partir de uma interação entre a criança e a terapeuta. C.E é uma criança sociável, com atitudes comunicativas restritas a pedido de ação e objetos, demonstrando compreender a linguagem oral quando realiza o que a terapeuta solicita. O mesmo estabeleceu um bom contato dual, com interesse por objetos, explorando-os manualmente e usando-os de forma convencional. Para expressar seus sentimentos e solicitar a realização de seus desejos, utilizou como forma de comunicação os gestos (apontar), o choro-sorriso, o olhar e raras vocalizações, devido a presença de alterações fonoarticulatórias e respiratórias caracterizando um quadro de disartrofonía bastante acentuada.



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COORDENAÇÃO DE PESQUISA**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Registro nº 25000-050953/2004-81 CONEP/CNS/MS, de 22/04/2004

Recife, 28 de dezembro de 2005

PARECER CEP N° 117/2005

O Comitê, em reunião do dia **28 de dezembro de 2005**, considerou **APROVADO**, o projeto de número **CAAE-0072.0.096.000-05 (CEP-098/2005)**, intitulado:

- **“A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA NA CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: análise de uma proposta de intervenção”**,

que tem, como pesquisador(a) principal:

- **Prof(a) Dr(a) Maria Lúcia Gurgel da Costa (PSICOLOGIA)**

RESUMO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

- O estudo não apresenta riscos de agravos éticos e está em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho de Saúde, com a Declaração do Helsinque e com o Código de Nuenberg para experimentação humana.

Valemo-nos da oportunidade para solicitar-lhe que, ao consultar a UNICAP/PROPESP, indique o número do processo já referenciado.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Junot Cornélio Matos
Presidente
Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP

Profa. Dra. Arminda Saconi Messias
Coordenadora de Pesquisa

**ANEXO B - LISTA DE APTIDÕES QUE LEVAM AO DIÁLOGO
A CRIANÇA NÃO SE COMUNICA INTENCIONALMENTE**

NÍVEL 1 - A criança responde por reflexos		
O que a criança faz	O que a criança diz	O que a criança entende
A) ela só responde por reflexos		
<input type="checkbox"/> pode ficar sobressaltada quando há mudanças bruscas (barulho, luz, movimento).	<input type="checkbox"/> chora e produz sons	
<input type="checkbox"/> vira a cabeça em direção à fonte do barulho		
<input type="checkbox"/> mama no peito		
<input type="checkbox"/> agarra por instantes um objeto colocado na sua mão		
B) Ela reage a algumas pessoas e objetos ou a atividades		
<input type="checkbox"/> Olha um objeto colocado à sua frente	<input type="checkbox"/> comunica as suas necessidades imediatas modificando a sua maneira de gemer ou de chorar, por exemplo, chorando de uma maneira diferente para mostrar que tem fome, e de uma outra para assinalar que está insatisfeita ou triste	<input type="checkbox"/> reage distintamente às diferentes seqüências de entonação (se você está brava, alegre, dizendo não, etc.)
<input type="checkbox"/> Segue o movimento do objeto com olhos e mãos	<input type="checkbox"/> emite vogais para exprimir um prazer ou desprazer (sons diferentes)	
<input type="checkbox"/> apanha e segura objetos ou tenta fazê-lo	<input type="checkbox"/> ela pode vocalizar se ouve sons, mas ainda não os imita diretamente	
<input type="checkbox"/> prolonga por algum tempo uma atividade agradável		
<input type="checkbox"/> vira a cabeça em direção a uma voz familiar		

NÍVEL 2- A criança manifesta um certo interesse pelo seu ambiente

Ela pode se relacionar com o seu meio, imitando-o

O que a criança faz	O que a criança diz	O que a criança entende
<input type="checkbox"/> rasteja para atingir objetos ou pessoas	<input type="checkbox"/> gosta de produzir sons	<input type="checkbox"/> parece reconhecer algumas palavras como “papa”, “não”, “tchau” e o seu próprio nome
<input type="checkbox"/> faz sempre a mesma coisa com objetos diferentes. Por exemplo: leva tudo à boca	<input type="checkbox"/> mostra interesse em obter e manter a sua atenção	<input type="checkbox"/> começa a prever certas atividades rotineiras, por exemplo, excita-se quando vê os alimentos ou água na banheira
<input type="checkbox"/> repete gestos simples que ela própria iniciou	<input type="checkbox"/> produz sons para acompanhar ações	
<input type="checkbox"/> repete gestos simples iniciados por terceiros	<input type="checkbox"/> balbucia. Por exemplo; “da-da”, “ma-ma”, “gu-gu”	
<input type="checkbox"/> pode ter, por instantes, atenção para certas atividades ou objetos mas se distrai com facilidade	<input type="checkbox"/> reproduz sons familiares que ela própria tenha iniciado	
	<input type="checkbox"/> imita sons familiares iniciados por terceiros	

A CRIANÇA NÃO SE COMUNICA INTENCIONALMENTE		
NÍVEL 3 Atrasado- A criança começa a se comunicar usando sons e gestos convencionais		
O que a criança faz	O que a criança diz	O que a criança entende
Ela coordena sons, gestos e contato ocular		
<input type="checkbox"/> olha e faz gestos simples para chamar a atenção	<input type="checkbox"/> comunica as suas necessidades através de choros acompanhados de movimentos do olhar e de alguns gestos, por exemplo: olha para o outro e estende os braços para pedir colo.	<input type="checkbox"/> responde corretamente a ordens simples, por exemplo “dá um beijo”, “dá tchau”, “bata palmas”.
<input type="checkbox"/> olha para fazer contato ocular direto	<input type="checkbox"/> começa a adquirir entonações de adulto no seu balbucio.	
<input type="checkbox"/> brinca de maneira adequada com certos brinquedos	<input type="checkbox"/> tenta imitar novos sons	
<input type="checkbox"/> pode ficar atenta a uma atividade ou a uma pessoa durante um tempo bastante prolongado.		
<input type="checkbox"/> tenta imitar novas ações		
<input type="checkbox"/> começa a participar mais ativamente em jogos como “esconde-esconde”, “bater palmas”, “pega-pega”, brinquedos de puxar e empurrar.		
<input type="checkbox"/> pode pedir a continuação de brincadeiras corporais		

NÍVEL 3 Adiantado- Muda o foco de interesse do brinquedo o qual está brincando para a pessoa com qual está brincando e vice-versa

O que a criança faz	O que a criança diz	O que a criança entende
Pede objetos ou ações por sinais		
<input type="checkbox"/> Sempre aponta com o dedo para pedir um objeto ou puxa você para conseguir a sua atenção	<input type="checkbox"/> ao mesmo tempo usa gestos, produz sons e aponta para pedir objetos ou desencadear ações	<input type="checkbox"/> aponta para certas partes do corpo
<input type="checkbox"/> pode começar a exprimir as suas necessidades por mímica, experimenta diversos meios para atingir um objetivo específico	<input type="checkbox"/> tenta diversos sons para atingir um objetivo específico	<input type="checkbox"/> reconhece certos objetos familiares pelo nome
<input type="checkbox"/> toma a sua vez numa atividade familiar, por exemplo, não se satisfaz esperando, mas age com a finalidade de terminar uma ação	<input type="checkbox"/> pode utilizar de uma a cinco palavras. Por exemplo: “mãe”, “pai”.	<input type="checkbox"/> parece entender ordens simples, quando acompanhadas de gestos ou ações. Por exemplo: “jogue a bola”.
<input type="checkbox"/> começa a entender o princípio de alternância num jogo; ora toma o turno do outro, ora troca adequadamente os turnos	<input type="checkbox"/> utiliza exclamações como “ah”, “oh”.	
<input type="checkbox"/> inicia o jogo simbólico. Por exemplo: dá de comer à boneca com uma colher, limpa o bebê, põe-no na cama, etc...	<input type="checkbox"/> reage frequentemente às canções e tenta cantar	
<input type="checkbox"/> imita corretamente novas ações.	<input type="checkbox"/> imita facilmente novos sons que fazem parte do seu meio (animais, barulho de motor, etc)	

NÍVEL 4 Atrasado- A criança começa a se comunicar usando palavras

O que a criança faz	O que a criança diz	O que a criança entende
<input type="checkbox"/> continua se comunicando usando gestos	<input type="checkbox"/> aponta com dedo e gesticula ao mesmo tempo	<input type="checkbox"/> compreende cerca de 50 palavras
<input type="checkbox"/> começa a simular ações quotidianas. Por exemplo: faz de conta que um prato é a direção de um carro	<input type="checkbox"/> utiliza constantemente um número limitado de palavras como: “não”, “tchau”, “aqui”, “dá”, “que”, “caiu”, “abô”, etc.	<input type="checkbox"/> responde ativamente e instruções que impliquem em movimento. Por exemplo; “senta”, “vem aqui”, “para”.
<input type="checkbox"/> imita ações que já viu: varrer, lavar, etc.	<input type="checkbox"/> reduz com freqüência as palavras a sua sílaba inicial ou final.	<input type="checkbox"/> entende palavras mesmo que o objeto não esteja presente
<input type="checkbox"/> utiliza regularmente um vocabulário limitado	<input type="checkbox"/> utiliza geralmente palavras simples para se comunicar	<input type="checkbox"/> aponta para diversas partes do corpo ou peças do vestuário ilustradas em grandes imagens
	<input type="checkbox"/> começa a responder “sim” e “não” às perguntas	<input type="checkbox"/> reage adequadamente a instruções simultâneas. Por exemplo: “vai buscar a bola e dá para o papai”.
	<input type="checkbox"/> responde à pergunta “o que é isto?” pelo nome do objeto	

NÍVEL 4 Adiantado- a criança utiliza palavras e frases

O que a criança faz	O que a criança diz	O que a criança entende
<input type="checkbox"/> começa a juntar palavras	<input type="checkbox"/> repete às vezes frases com duas ou três palavras	<input type="checkbox"/> compreende cerca de 100 palavras
	<input type="checkbox"/> emite espontaneamente frases com duas palavras	<input type="checkbox"/> dentro de um grande número de objetos pode apontar aquele que lhe pedimos
	<input type="checkbox"/> utiliza perguntas como: “o que?”, “onde”	
	<input type="checkbox"/> tem um vocabulário de cerca de 50 palavras ou mais	
	<input type="checkbox"/> utiliza mais freqüentemente as perguntas: “o que?”, “aonde?”, “como?”	<input type="checkbox"/> mostra a gravura de um objeto familiar descrito pelo seu uso. Por exemplo: “com que podemos comer?”
	<input type="checkbox"/> faz perguntas ‘porque?”, “quando?”, “como”	<input type="checkbox"/> responde a questões como “aonde”
	<input type="checkbox"/> utiliza uma gramática mais complexa	<input type="checkbox"/> é capaz de compreender passado e futuro
		<input type="checkbox"/> compreende advérbio de lugar como: “sobre”, “debaixo de”, “em frente”, “atrás”.

SESSÃO 1**RESUMO DO CHECK LIST**

Por favor, marque (V) o nível que descreve melhor as habilidades da sua criança

	FAZ	EXPRESSA	COMPREENDE
Nível I Responde por reflexos			
Nível II Explora o ambiente / imita pessoas			
Nível III Já tem intenção comunicativa, coordena sons, gestos e contato ocular para se comunicar. Pode mudar o foco de interesse de um objeto para uma pessoa com a qual está brincando e vice-versa			
Nível IV Começa a falar mais de 5 palavras			

ANEXO C

"COMO E POR QUE"

Nome da sua criança _____

Data ____/____/____

Seu nome _____

Esta lista de checagem de "como e porque" enumera muito dos por quês do bebê e da criança pequena comunicar algo e pede aos pais que preencham exemplos de "como" suas crianças passam a mensagem. A lista começa com o uso primário de comunicação e progride até uma comunicação mais avançada.

Uma vez que você tem uma melhor noção do nível de comunicação da sua criança, você vai poder ter uma idéia melhor de como encorajá-la na conversação do dia a dia.

Eu penso que _____ está no nível _____ do desenvolvimento da linguagem.

Para crianças nos níveis 1,2, e 3

Marque com um X o que mais a sua criança faz para se comunicar em cada situação e o que ela tipicamente faria. Se sua criança está no nível 4, preencha só a folha correspondente ao nível 4.

1- Protesta - PROTESTO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Ela balança seu corpo para frente e para trás quando não quer comer algo

Seu exemplo:

2- Expressa sentimentos ou interesse- EXCLAMATIVO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Ela fica exaltada quando o pai a carrega no colo.

Seu exemplo:

3- Chama a atenção - EXIBIÇÃO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Ela puxa a roupa da mãe enquanto ela fala no telefone.

Seu exemplo:

4- Pede um objeto- PEDIDO DE OBJETO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Ela diz “dá” quando quer brincar com algo que ela não consegue alcançar

Seu exemplo:

5- Solicita uma ação- PEDIDO DE AÇÃO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. ela vocaliza “mamamama” toda vez que ela quer que o pai ou a mãe a carreguem.

Seu exemplo:

6- Pede uma brincadeira social- PEDIDO DE ROTINA SOCIAL

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Ela junta as nossas mãos para brincar de “bate palminhas”

Seu exemplo:

7- Cumprimenta pessoas- RECONHECIMENTO DO OUTRO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Ela levanta os 2 braços num gesto de cumprimento quando chega gente conhecida

Seu exemplo:

8- Chama a atenção para pessoas, coisas ou eventos- COMENTÁRIO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Ela aponta e faz um som quando ela vê um pequeno animal com um gato no parque e ela quer mostrá-lo

Seu exemplo:

9- Nomear- NOMEAÇÃO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. ela usa palavras para “mamãe”, “papai”, “tchau”, “não”, “caiu” e “dá”.

Que palavras sua criança usa (não tem importância se ela falar errado, desde que as palavras sejam usadas de forma consistente).

Seu exemplo:

PARA CRIANÇAS NO NÍVEL IV

Atente para os seguintes motivos para sua criança se comunicar. Assinale o quão freqüentemente sua criança usa a comunicação e escreva seus próprios exemplos.

1- Expressar sentimentos(interesse)- EXPLORATÓRIO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex: É bom!, eu gosto disso, eu gosto de você, eu quero fazer isso! Etc.

Seu exemplo: _____

2- Responder a questões

freqüentemente às vezes raramente nunca

No nível IV crianças aprendem a usar “sim” e “não” ou dar a informação em resposta à sua pergunta

Ex. Você pergunta: Você quer brincar lá fora? Sua criança responde: quero

Ex. Você pergunta: Onde está o seu carrinho? E sua criança responde: Aí em cima (e aponta para a prateleira)

Seu exemplo: _____

3- Fazer perguntas- PEDIDO DE INFORMAÇÃO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. O que é isto? Aonde está o meu ursinho? Quem é este? E perguntas mais avançadas para informações como “por que?” “Isto é verde, papai?” “Para que serve?”.

Seu exemplo: _____

4- Falar sobre seus planos imediatos para fazer algo- AUTO REGULATÓRIO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. sua criança fala “Pôr lá” enquanto ela coloca os brinquedos no lugar ou “Pegar o sapato” enquanto ela vai procurando o sapato debaixo da cama.

Seu exemplo: _____

5- Falar sobre alguma coisa que acabou de acontecer- PERFORMATIVO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. sua criança, vem chorando e gritando: “Beto bateu” para dizer a você que o irmão mais velho bateu nele.

Seu exemplo: _____

6- Falar sobre alguma coisa que aconteceu no passado, do que esta para acontecer, descrever- NARRATIVA

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Perto da hora de dormir sua criança diz: “no balanço” lembrando o passeio que fez ao parque hoje ou outro dia.

Seu exemplo: _____

7- Falar sobre coisas que estão para acontecer- NARRATIVA

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Se sua criança vê você batendo o bolo ela pode dizer: “bolo no forno”.

Seu exemplo: _____

8- Descrever coisas- NARRATIVA

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. “Camisa do papai”, “sapato grande”, “mão suja”, quer um lápis azul”

Seu exemplo: _____

9- Provocar você, fingir, maginar- JOGO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Quando sua criança sabe que alguma coisa não é permitida ela faz do mesmo jeito, como quando ela fala “óculos mamãe” e tenta puxá-lo do seu rosto.

Seu exemplo: _____

10- Fingir e imaginar- JOGO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Sua criança põe o ursinho no carrinho e diz: “vai mercado” ou hesita para entrar em baixo da escada no andar térreo e imagina “monstro”.

Seu exemplo: _____

11- Insistir em algo- JOGO-PEDIDO DE CONSENTIMENTO?

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Sua criança quer brincar com a bola de paia do irmão e diz “minha vez”.

Seu exemplo: _____

12- Pedir permissão para fazer algo- PEDIDO DE CONSENTIMENTO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. sua criança quer usar a sua chave para destrancar a porta e pergunta: “pode porta?”

Seu exemplo: _____

13- Explicar algo para você- AUTO-REGULATÓRIO EXIBIÇÃO OU COMENTÁRIO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Sua criança quebra o biscoito e diz: “quebrou”

Seu exemplo: _____

14- Discordar ou contradizer- EXPRESSÃO DE PROTESTO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Você pega um livro infantil da prateleira e sua criança diz: “não! Quero esse!”

Seu exemplo: _____

15- Contar estórias

freqüentemente às vezes raramente nunca

Sua criança conta pedaços de estórias favoritas com ou sem ajuda.

Seu exemplo: _____

16- Pedir para você ser mais clara

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Você deu uma explicação superficial, e sua criança pergunta: Como é que é mamãe?”“.

Seu exemplo: _____

17- Emitir sons enquanto focaliza sua atencao em algum objeto ou parte do corpo- REATIVO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. A sua crianca ri com cocegas.

Seu exemplo: _____

18- Emitir sons sem intenção comunicativa sem que esteja pretendo atenção a nenhum objeto ou pessoa- NÃO FOCALIZADA

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Sua criança dá pulos se balança ou se morde. Algumas vezes grita sem intenção.

Seu exemplo: _____

19- brinca de forma organizada com m adulto- JOGO COMPARTILHADO

freqüentemente às vezes raramente nunca

Ex. Sua criança gosta de jogar dados ou bola com você.

Seu exemplo: _____

RESUMO DE QUÃO FREQUENTEMENTE SUA CRIANÇA SE COMUNICA POR DIFERENTES RAZÕES

_____ se comunica
(nome da criança)

Freqüentemente para _____

Às vezes para _____

Raramente para _____

Nunca para _____
