

Carla Ciceri Cesa

**FONOAUDIOLOGIA E A GESTÃO DA LINGUAGEM NA ÁREA DA
COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA: da formação à prática**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração Fonoaudiologia e Comunicação Humana: clínica e promoção, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientadora: Dra. Helena Bolli Mota
Co-Orientadora: PhD. Lenisa Brandão

Santa Maria, RS

2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Cesa, Carla Ciceri

FONOAUDIOLOGIA E A GESTÃO DA LINGUAGEM NA ÁREA DA COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA: da formação à prática / Carla Ciceri Cesa.- 2016.

156 p. ; 30 cm

Orientadora: Helena Bolli Mota

Coorientadora: Lenisa Brandão

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2016

1. Fonoaudiologia 2. Comunicação Suplementar Alternativa 3. Linguística 4. Encefalopatia Crônica Não Evolutiva 5. Clínica de linguagem I. Mota, Helena Bolli II. Brandão, Lenisa III. Título.

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Carla Ciceri Cesa. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito da autora.

Endereço: Avenida Professor Paula Soares, 315 ap. 302. Bairro: Jardim Itú, Porto Alegre-RS, CEP 91.220-450

Endereço eletrônico: carlacesafga@yahoo.com.br

Carla Ciceri Cesa

**CONTRIBUIÇÕES DA FONOAUDIOLOGIA PARA ÁREA DA
COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E/OU ALTERNATIVA**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana.**

Aprovado em 31 de agosto de 2016:



Helena Bolli Mota, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Lenisa Brandão, PhD. (UFRGS)
(Co-Orientadora)



Marizete Ilha Ceron, PhD. (UFSM)



Fernanda Marafiga Wiethan, PhD. (UFSM)



Débora Deliberato, PhD. (UNESP)



Sandra Cristina Fonseca Pires, Dra. (FCMSCSP)

Santa Maria, RS
2016

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora orientadora Helena Bolli Mota pela acolhida empática e por viabilizar os meus estudos em uma área tão maravilhosa, quando desafiadora que é a Comunicação Suplementar e Alternativa. Obrigada pelo voto de confiança e pelo seu genuíno incentivo.

À professora co-orientadora Lenisa Brandão pela paciência em respeitar o meu tempo de amadurecimento teórico e também os meus limites. Obrigada pelo seu sorriso em meio ao desconhecido. E, por fim por me apresentar novas possibilidades de crescimento científico.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho ocorreu, principalmente, pelo auxílio, compreensão e dedicação de várias pessoas. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão desta tese.

Ao meu esposo José Mário Pacheco Carvalho pelo companheirismo, caráter e amor compartilhado.

Aos meus pais Carlos Alberto Cesa e Vera Liane Ciceri Cesa que me apoiaram nesta jornada e sempre me oportunizaram o acesso ao estudo e saúde. À Claudia Cesa minha irmã pela alegria de te ver transbordando de saúde e mais feliz ainda com a chegada do Arthur Cesa Facin: sobrinho “momoso” e lindão da titia. À minha sogra Neida Pacheco Carvalho a qual foi fundamental pela escuta em momentos de transição durante esta jornada. Aos meus padrinhos Bea e Egon Steinstrasser pela presença amiga e alegre.

Ao “Magro” Marcelo Carvalho Lopes (*in memoriam*) pela acolhida e pouso em Santa Maria para que eu pudesse estudar durante o período do mestrado e do doutorado. Primo queria que estivesse mais perto para comemorar comigo e com o Zico este momento. Obrigada também à família Resch-Lopes pela acolhida.

À Universidade Federal de Santa Maria e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela excelência de ensino público oferecido.

À Coordenação e Professores do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, obrigada pela oportunidade de estudo e aprendizagem.

À professora Marcia Keske-Soares durante a sua gestão na Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, pela sua dedicação e consideração.

À secretária Adriana Ribas, do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, pela atenção recebida ao longo destes anos.

Às professoras Carolina Mezzomo e Karina Pagliarin que compuseram a banca de qualificação de tese. Os apontamentos e sinalizações realizadas com tanta sensibilidade foram fundamentais para o trabalho que hoje se apresenta.

Às bolsistas Pós-Doc Marizete Ceron e Fernanda Wiethan que compuseram a banca de defesa de tese. Agradeço a dedicação e empenho na leitura, assim como as contribuições.

À professora Débora Deliberato e à profa Sandra Cristina Fonseca Pires por dedicarem parte do seu tempo concorrido, à leitura de meu trabalho, com dedicação e empenho em diferentes etapas no meu processo de doutoramento. Mais uma vez muito obrigada pelo aceite, pelas recomendações e apontamentos teóricos acerca da área da Comunicação Suplementar Alternativa.

Ao centro de reabilitação, às crianças e suas mães, às fonoaudiólogas e à terapeuta ocupacional pelo aceite em colaborar com a pesquisa em prol da Fonoaudiologia e da área da Comunicação Suplementar Alternativa.

A todas as fonoaudiólogas colaboradoras da pesquisa por acreditarem que juntas podemos avançar e aprimorar nossos estudos em prol da ciência e saúde comunicativa.

Às preciosas fonoaudiólogas juízas dos meus estudos Natalie Pereira e Iara Costa Machado.

À professora Marlene Canarim Danesi, por ter me apresentado em 1994 a linguagem enquanto objeto de estudo.

Ao Dr. Fleming Salvador Pedroso, pelo voto de confiança em 2006, na ocasião rumo ao mestrado na Universidade Federal de Santa Maria.

Às amigas que a vida me apresentou. A amizade abastece a alma e compartilha o bem! Obrigada amigas... Cintia Santos, Lisandra Brum, Keytth Carvalho, Fabiana Amorim, Daniela Polonia, Daniela Ilha, Simone Kappaun, Roberta Dias e Léa Lamonato.

Aos vizinhos-amigos pelas palavras constantes de incentivo: obrigada à Família Cabral e à Aline Daitx e família.

À Coordenação, colegas e alunos do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade Nossa Senhora de Fátima, de Caxias do Sul, bem como às colegas, crianças e famílias da Criação Espaço de Desenvolvimento Integral, de Porto Alegre, pelo incentivo durante a minha jornada de estudos.

RESUMO

Tese de Doutorado
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

FONOAUDIOLOGIA E A GESTÃO DA LINGUAGEM NA ÁREA DA COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA: da formação à prática

AUTORA: Carla Ciceri Cesa
ORIENTADORA: Helena Bolli Mota
CO-ORIENTADORA: Lenisa Brandão

Esta tese teve o objetivo geral de investigar a formação e a atuação do fonoaudiólogo em Comunicação Suplementar e Alternativa com crianças com encefalopatia crônica não evolutiva e o padrão conversacional em sessões fonoaudiológicas das díades, bem como desenvolver um protocolo fonoaudiológico de avaliação conversacional direcionado a essa população. Para isso, foram desenvolvidos três estudos com distintas metodologias. Todas as fonoaudiólogas do estudo um apresentaram a iniciativa de suprir a ausência da formação na graduação da disciplina de linguagem com Comunicação Suplementar e Alternativa de diferentes formas. Em relação à inclusão de diferentes parceiros conversacionais todos os fonoaudiólogos são favoráveis a esta prática, entretanto relatam conforme a experiência resistência da família, da escola e de outros terapeutas. O estudo dois evidencia os meios comunicativos utilizados pelas crianças e interlocutores, a saber: meios verbal, verbal assistido, gestual, vocal e não verbal assistido com figuras avulsas. Os atos de fala do interlocutor foram predominantemente os do tipo diretivos e a das crianças deu-se em forma de pares adjacentes. O protocolo fonoaudiológico de análise conversacional desenvolvido, a partir, do estudo anterior a versão final deste é composta por 54 itens e é dividida em três partes: (a) meios comunicativos, atos de falas, manutenção temática e turno de diálogo comuns às díades; (b) atos de fala da criança, uso do recurso da Comunicação Suplementar Alternativa, manutenção temática e turno de diálogo e (c) atos de fala do interlocutor. Há necessidade de inserir nos projetos políticos pedagógicos dos cursos de Fonoaudiologia a previsão de disciplinas teóricas, de observação clínica e disciplinas práticas com a temática intervenção em linguagem com Comunicação Suplementar e Alternativa. Os fonoaudiólogos inserem diferentes interlocutores na intervenção com Comunicação Suplementar Alternativa e guiam-se em princípios linguísticos implícitos ou explícitos, conforme seu discurso escrito, em referenciais teóricos específicos à área do conhecimento Comunicação Suplementar e Alternativa, em elementos neuromotores globais e, por fim, em princípios de funcionalidade e bem-estar geral. Em relação aos meios comunicativos utilizados pelas crianças e interlocutores foram produzidos os meios oral, oral assistido, gestual, vocal e pictórico, entretanto são assimétricos no uso, dificultando um sistema comunicativo multimodal. Os atos de fala das crianças são mais efetivos e funcionais na forma de pares adjacentes (protesto, indagação e solicitações), pois são mais dependentes linguisticamente dos parceiros conversacional. O protocolo de avaliação fonoaudiológica da conversação para crianças com encefalopatia crônica não evolutiva e seus interlocutores desenvolvido no estudo três poderá ser utilizado para avaliar os meios, os atos comunicativos e os pares adjacentes observados em contexto conversacional, conduzindo o processo de avaliação fonoaudiológica inicial da linguagem para a introdução, manutenção e generalização do uso da comunicação Suplementar e alternativa com diferentes interlocutores e ambientes. Desta forma poderá ter um critério avaliativo mais delineado da competência linguística, por considerar a linguagem em uso com diferentes interlocutores, favorecendo a criação de programas que ampliem as habilidades comunicativas e, por consequência, da qualidade de vida das crianças com encefalopatia crônica não evolutiva e suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Fonoaudiologia; Comunicação; Linguagem Infantil; Avaliação; Equipamentos de Auto-Ajuda; Paralisia Cerebral.

ABSTRACT

**Doctoral Thesis
Federal University of Santa Maria, RS, Brazil
Post-Graduation Program in Human Communication Disorders**

SPEECH, LANGUAGE AND HEARING SCIENCE AND THE MANAGEMENT OF LANGUAGE IN AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATIONS AREA: from the formation to practice

**AUTHOR: Carla Ciceri Cesa
ADVISOR: Helena Bolli Mota
CO-ADVISOR: Lenisa Brandão**

This thesis has the general objective to investigate the role of the Speech, Language and Hearing Science Therapist in Augmentative and Alternative Communication with children with cerebral palsy and the conversational standard I in Speech, Language and Hearing Science in dyad sessions. It also aims at developing a conversational evaluation Speech, Language and Hearing protocol to guide evaluation and Speech, Language and Hearing intervention in Augmentative and Alternative Communication directed to this population. For these objectives, three studies were developed with different methods. All the Speech, Language and Hearing Science professionals of study one had the initiative to compensate for the lack of training in their undergraduate Augmentative and Alternative Communication course in different ways. Regarding the inclusion of different conversational partners all Speech, Language and Hearing Science professionals are in favor of this practice. However, they report the family, school and other therapists as resistant to that. Study two shows communicative means used by children and partners, namely oral means, oral assisted, gestural, vocal and pictographic ones. The speech acts of the speaker were predominantly the directive type ones and the children's speech acts came in the form of adjacent pairs. The conversational analysis Speech, Language and Hearing Science protocol developed from the previous study of the final version of this present study is made up of fifty-four items and it is divided into three parts: (a) communicative means, acts of speech, theme maintenance and dialogue turns common to the dyads; (b) acts of child speech, the Augmentative and Alternative Communication resource use, thematic maintenance and dialogue turn and (c) speech acts of the speaker. There is a need to insert theoretical subjects, clinical observation and practical classes with the intervention in language with Augmentative and Alternative Communication theme in the pedagogical political projects of Speech, Language and Hearing Science courses. Speech, Language and Hearing therapists insert different interlocutors in intervention with Augmentative and Alternative Communication and guide themselves in implicit or explicit linguistic principles according to their written speech, in theoretical reference specific to Augmentative and Alternative Communication area, in global neuromotor elements and, finally, on functionality principles and general well being. Regarding the communicative means used by children and partners, the verbal means, assisted verbal, gestural, vocal, assisted non-verbal one with loose figures were produced. However, they are asymmetrical in use hampering a multimodal communication system. The speech acts of children are more effective and functional in the form of adjacent pairs (protest, inquiries and requests) because they are more dependent linguistically on conversational partners. The conversational clinical assessment protocol for children with cerebral palsy and their partners developed in study three can be used to evaluate the means, the communicative acts and adjacent-pairs observed in conversational context, leading the initial language evaluation process to the introduction, maintenance and generalization of Augmentative and Alternative Communication use with different interlocutors and environments. This way, there might be a more delineated evaluative criterion of linguistic competence by considering the language in use with different interlocutors, encouraging the creation of programs that enhance the communication skills and, consequently, the quality of life of children with cerebral palsy and thus, their families.

KEYWORDS: Speech, Language and Hearing Sciences; Communication; Child Language; Evaluation; Self-Help Devices; Cerebral Palsy.

LISTA DE QUADROS

ARTIGO 1

Quadro 1 - Meios de acesso à informação da CSA pelas fonoaudiólogas.....	51
Quadro 2 – Princípios que guiam o atendimento com CSA e estratégias terapêuticas.....	53

ARTIGO 2

Quadro 1 – Detalhes dos domínios linguístico e operacional (Light 1989).....	67
Quadro 2 – Tempo de sessão por atendimento fonoaudiológico com uso da CSA...	70

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 2

Figura 1 - Meios comunicativos das crianças com os interlocutores.....	75
Figura 2 - Meios comunicativos dos interlocutores com as crianças.....	76
Figura 3 - Porcentagem de atos de fala expressos pela fonoaudióloga 1 com a criança 1.....	77
Figura 4 - Porcentagem dos atos de fala da mãe 1 com a criança 1.....	78
Figura 5 - Porcentagem dos atos de fala da fonoaudióloga 2 com a criança 2.....	79
Figura 6 - Porcentagem dos atos de fala da terapeuta ocupacional com a criança 2.....	80
Figura 7 - Porcentagem dos atos de fala da fonoaudióloga 2 com a criança 3.....	81
Figura 8 - Porcentagem dos atos de fala do tipo par adjacente do tipo execução-ordem das crianças aos seus interlocutores.....	82
Figura 9 - Porcentagem dos atos de fala do tipo par adjacente do tipo resposta-indagação das crianças aos seus interlocutores.....	83

ARTIGO 3

Figura 1: fluxo metodológico do desenvolvimento do protocolo.....	105
---	-----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas do perfil da amostra de fonoaudiólogas.....48

ARTIGO 2

Tabela 1 - Variáveis demográficas de cada criança.....66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASHA	<i>American Speech-Language-Hearing Association</i>
BERA	<i>Brainstem Evoked Response Audiometry</i>
C	Criança
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CSA	Comunicação Suplementar e Alternativa
DAP	<i>Delaware Autistic Program</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECNE	Encefalopatia crônica não evolutiva
F	Fonoaudióloga
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GE	Gestual
LB	Linha de base
M	Mãe
MG	Minas Gerais
O	Oral
OA	Oral assistido
PCS	<i>Picture Communication Symbols</i>
PECS	<i>Picture Exchange Communication System</i>
PEAT-TC	Potencial evocado auditivo de tronco encefálico
PET	<i>Positron emission tomography</i>
PIC	<i>Pictogram Ideogram Communication Symbols</i>
PIC	Pictórico
PROC	Protocolo de observação comportamental
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SBFa	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SC	Santa Catarina
SEG	Sistema estomatognático
SIG	<i>Special Interest Groups</i>
SINASC	Sistema de informações sobre nascidos vivos
SIR	Sala de integração e recursos
SNC	Sistema nervoso central
SP	São Paulo
TA	Tecnologia assistiva
TO	Terapeuta Ocupacional
TORCH	Toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes-vírus, sífilis, hepatite B, vírus da imunodeficiência humana, dentre outros.
UC	Unidade comunicativa
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VO	Vocal

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
1.1 INTRODUÇÃO.....	14
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
1.2.1 Encefalopatia Crônica Não Evolutiva: caracterização	17
1.2.2 Comunicação Suplementar e Alternativa	24
1.2.3 Ato Conversacional	32
2 ARTIGO 1: A prática fonoaudiológica clínica com a Comunicação Suplementar e Alternativa.....	42
3 ARTIGO 2: Análise conversacional de crianças com Encefalopatia Crônica Não Evolutiva: estudos de casos clínicos.....	61
4 ARTIGO 3: Protocolo de análise conversacional de Comunicação Suplementar e Alternativa.....	99
5 DISCUSSÃO	118
6 CONCLUSÃO	123
REFERÊNCIAS	124
ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	136
APÊNDICE A - Questionário aos fonoaudiólogos voluntários.....	139
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido aos fonoaudiólogos voluntários.....	141
APÊNDICE C - Termo de autorização institucional.....	143
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido aos pais ou responsáveis pelos pacientes.....	144
APÊNDICE E - Termo de assentimento para as crianças.....	147
APÊNDICE F - Termo de confidencialidade.....	150
APÊNDICE G - Protocolo de análise conversacional da criança.....	151
APÊNDICE H - Protocolo de análise conversacional dos interlocutores.....	154

1 APRESENTAÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a Fonoaudiologia enfatizou a intervenção motora orofacial com crianças com encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE). Assim, o trabalho fonoaudiológico em linguagem, nem sempre ocupava um lugar de destaque ou era reduzido, muitas vezes, a uma intervenção de treino articulatorio, apesar de evidente impedimento na comunicação oral (LIMONGI, 2000).

Não se nega que pacientes com transtornos neuromotores demandam intervenções nas estruturas e funções do sistema estomatognático (SEG). Mas também se deve atentar para uma intervenção fonoaudiológica ampliada, em que ambas as demandas, linguagem e alterações do SEG, possam receber atenção e serem priorizadas, à medida da condição clínica do paciente.

As descrições encontradas sobre a linguagem de crianças com ECNE, afirmam que há discrepância entre a compreensão e a expressão, pois à medida que elas crescem, vão entendendo mais do que são capazes de expressar. As pesquisas ressaltam a necessidade de que um meio especializado adicional de expressão seja requerido pela impossibilidade ou limitação da fala e pelas consequências que o déficit de linguagem expressiva pode ter nas experiências comunicativas e na aquisição de conhecimentos, interferindo no desenvolvimento global e na interação social (ALMEIDA, PIZA e LAMÔNICA, 2005; BROWNE, 2000; GONZÁLEZ, GÓMES e DONOSO, 1996; MOREIRA e CHUN, 1997; PIRES e LIMONGI, 2002;).

Apesar da heterogeneidade dos quadros linguísticos e cognitivos em pacientes com ECNE, um estudo norte americano refere que 31 a 88% dos pacientes apresentam distúrbios da comunicação (HIDECKER *et al.*, 2011). Essa grande variação observada poderá relacionar-se à falta de consenso sobre a definição de distúrbios da comunicação, gravidade da ECNE e variabilidade dos fatores interferentes no desenvolvimento da linguagem e da aquisição de habilidades comunicativas (BRASIL, 2013).

Boa parte dos indivíduos com ECNE graves, tanto do ponto de vista motor, como linguístico, requerem o uso de sistemas de Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), e a incorporação desses sistemas no cotidiano. O estudo (COCKERILL *et al.*, 2013) com 346 adolescentes entre 16 a 18 anos com ECNE, afirma que 63% têm prejuízos na fala com diferentes graus de comprometimento. Mesmo tendo sido

prescrito um suporte de CSA, poucos usam em casa para comunicar-se. A baixa e/ou ausente manutenção do uso CSA observada, na prática clínica, precisa ser amplamente refletida por clínicos e pesquisadores, para, dessa forma, iniciar a proposição de programas de intervenção em CSA.

Poucos são os estudos a respeito de como ocorre à aquisição e desenvolvimento da linguagem das crianças que usam os sistemas de CSA, gerando uma falta de critérios para a elaboração de programas de intervenção de forma mais direcionada (TETZCHNER e GROVE, 2003). Essas justificativas movem a escrita dessa tese.

Schlosser e Lee (2000) realizaram um estudo de revisão de literatura em que se propuseram a determinar a efetividade das intervenções em CSA com uma ênfase particular nas estratégias que induzem generalizações e/ou manutenção, através de uma meta-análise. Os autores analisaram 50 artigos selecionados através de banco de dados eletrônico dos últimos 20 anos. Foram realizadas 232 comparações de fases experimentais e de desfechos relatados. Os estudos foram agrupados por categorias: intervenção, generalização, manutenção. Os autores concluíram que a intervenção e a generalização são melhores sucedidas do que a manutenção. Imagina-se que a manutenção tem menor sucesso, pois o processo depende da participação ativa de diferentes interlocutores (DELIBERATO, 2009), para manter a generalização do uso fora do ambiente formal terapêutico, além da motivação para conversar e da qualidade linguística usada perante a criança que tem a CSA, mas não mantém o uso.

Destaca-se que CSA, por si só, não é um método de comunicação, sendo necessário desenvolver mais conhecimentos frente à diversidade de aspectos objetivos e subjetivos, implicados no processo da introdução e uso da CSA (CESA, 2015). Não basta implementar um sistema de CSA, ou seja, um conjunto de recursos (sistema multimodal, combinação de diferentes modos de ação, expressões faciais e auxílios de comunicação), estratégias e técnicas (SCHIRMER e BERSCH, 2007). Isso não significa desconsiderar a sua relevância, mas há necessidade de ampliar esse escopo, como proposto por Light (1989), Light (2003) e Light e McNaughton (2014). As próprias (SCHIRMER e BERSCH, 2007) referem que o recorrido são informações e sugestões para uma introdução da CSA.

Em 1989, a pesquisadora Light argumentou que a competência comunicativa de usuários de CSA é desenvolvida e integrada pelo conhecimento, julgamento e habilidades inter-relacionadas em quatro domínios: linguístico, operacional, social e

estratégico. Light (2003) expandiu suas próprias colocações afirmando que a competência comunicativa dos usuários não é influenciada somente pelos quatro domínios propostos anteriormente (LIGHT, 1989). Mas também por uma variedade de fatores psicossociais, como por exemplo, motivação, atitude, confiança e resiliência, assim como por barreiras e apoio do meio ambiente (LIGHT, 2003).

A nova era de promoção de intervenção para pessoas com complexas necessidades comunicativas é dar apoio para a interação com outras pessoas, indo além da comunicação face a face, incentivando a interação virtual por meio de *Facebook, Ipad, Twitter*, dentre outros. Encorajar e viabilizar interações sociais e linguísticas em meio ambientes naturalísticos e participar ativamente da sociedade é fundamental para a manutenção e generalização do uso da CSA por seus usuários e familiares (BEUKELMAN e MIRENDA, 2013; LIGHT e McNAUGHTON, 2014).

Nesse sentido, essa tese tem como objetivo geral investigar a atuação do fonoaudiólogo em CSA com crianças com ECNE e o padrão conversacional em sessões fonoaudiológicas junto a essas crianças, bem como desenvolver um protocolo de avaliação para intervenção fonoaudiológica em CSA direcionado a essa população.

O capítulo 1 expõe a introdução do trabalho, situando à proposta de pesquisa, a qual privilegia o usuário de CSA. No capítulo 2 é apresentado o referencial teórico acerca da caracterização da ECNE, conceitos da CSA e estudos da área terapêutica fonoaudiológica com CSA. Nos capítulos 3, 4 e 5 são apresentados os três estudos que compõem a tese de modelo alternativo. O estudo 1 investigará a formação e a prática clínica do fonoaudiólogo que atua em comunicação alternativa com crianças com ECNE. O estudo 2 examinará o padrão conversacional de crianças com ECNE e seus parceiros comunicativos em sessões fonoaudiológicas. E por fim, o estudo 3 desenvolverá um protocolo de cunho linguístico para melhor direcionar programas de intervenção com CSA direcionado às crianças com ECNE. No capítulo 6 será feita uma discussão geral dos resultados dos três estudos que compõem a tese, no capítulo 7 a conclusão geral e por fim, o capítulo 8 apresenta as referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

1.2.1 Encefalopatia Crônica Não Evolutiva: caracterização

Diament (2010), médico polonês, naturalizado brasileiro em 1953, descreve a ECNE como tendo caráter não progressivo, mas frequentemente mutável, devido a uma disfunção do encéfalo presente antes do crescimento e desenvolvimento estarem completos, apresentando alterações neuromotoras nos padrões de postura, tônus e movimento (BOBATH, 1978).

O evento lesivo pode ocorrer durante o período pré, peri ou pós-natal. Ao discorrer sobre a causa perinatal, difere fatores maternos, fetais e de parto (ROTTA, 2002). Estudos concluíram que na maioria dos casos, não se sabe a causa da ECNE (NELSON, 1988; NELSON e ELLENBERG, 1986; NELSON, SWAIMAN e RUSSMAN, 1994). Nesses estudos (*op. cit*), 40.000 crianças foram acompanhadas do nascimento até os 7 anos de idade, descobriu-se que a maioria das crianças com ECNE não tinha apresentado evidência de asfixia ao nascimento, e mesmo naquelas em que haviam sido observados sintomas de asfixia ao nascer, havia evidências de anormalidades fetais, pré-natais. As evidências mais atuais indicam que a ECNE resulta de uma associação de fatores incluindo a predisposição genética e os desencadeantes ambientais intra e extrauterinos (BRASIL, 2010).

Diament (2010) assinala o caráter estacionário da lesão e o fato de que o transtorno funcional irá se estruturar no tempo, sendo essa evolução determinada pelo momento em que o fator nóxico agiu no sistema nervoso central (SNC) em plena maturação estrutural e funcional. Permanecem, entretanto, os sinais sequelares da encefalopatia, embora cada criança apresente sua própria maturação peculiar.

O limite de idade para que se considere que uma lesão do SNC possa causar quadro clínico compatível com ECNE causa discussão e controvérsias entre os autores. No simpósio organizado em Oxford, em 1958, pelo Little Club, define-se o critério de seu aparecimento antes da idade de três anos (McKEITH, MACKENZIE e POLANI, 1959). Entretanto, a maturação estrutural e funcional do sistema nervoso central não pára na primeira infância; há estruturas que somente finalizam sua maturação aos 18 anos ou mais (DIAMENT, 2010).

O comprometimento do SNC nos casos de ECNE decorre de fatores endógenos e exógenos. Deve-se considerar, dentre os fatores endógenos, o potencial genético herdado, ou seja, a suscetibilidade maior ou menor do cérebro para se lesar. Entre os fatores exógenos, considera-se que o tipo de comprometimento cerebral vai depender do momento em que o agente atua, de sua duração e intensidade (ROTTA, 2002). Em Volpe (1995), há registros de que se esperava que os avanços nos cuidados pré e perinatais baixassem a incidência de ECNE. No entanto, o que ocorreu foi a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da taxa de morbidade, principalmente com a sobrevivência dos nascidos com baixo peso, entre os quais a prevalência de ECNE é de 25 a 31 vezes maior do que entre os nascidos a termo.

Zanini, Cemin e Peralles (2009), em uma revisão de literatura se depararam com estudos em que países como a Austrália, Suécia, Reino Unido e os Estados Unidos da América verificaram taxas de ECNE de 2,0 a 2,5 por 1.000 nascidos vivos. Pereira (2012) refere que, de acordo com, o maior banco de dados sobre a ECNE do mundo, Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, houve uma tênue tendência de aumento na taxa global da ECNE no período de 1970 a 1989, principalmente nos casos mais severos. A Vigilância da ECNE na Europa realizou um estudo longitudinal em 8 países entre 1976 e 1990, verificando que a proporção de crianças com ECNE foi de origem pós-natal (7,8%) e as taxas absolutas de ECNE variaram de 1,3 a 1,9 por 10.000 nascimentos (REID, LANIGAN E REDDIHOUGH, 2006). Já na Turquia em 2006 a prevalência de ECNE foi de 4,4 por 1.000 nascidos vivos (SERDAROGLU, CANSU e TEZCAN, 2006).

Edelmuth (1992) em publicação do Departamento de Educação Especial da Secretaria de Educação Fundamental do Ministério da Cultura e Educação estimou 17.000 novos casos de ECNE ao ano no Brasil. Em 1996, o médico psiquiatra Dr. Jorge Márcio Pereira de Andrade, pai de duas crianças com ECNE criou um ambiente virtual denominado DefNet, com registro civil de pessoa jurídica no Rio de Janeiro, em 1997, sob o n. 107.043, do livro C, n. 31, o qual se ampliou como um Banco de Dados On Line Sobre e Para Pessoas com Deficiência. Nesse refere-se que no Brasil pode-se situar a faixa de casos novos de ECNE, a cada ano, entre 30.000 a 40.000 recém-nascidos.

Na detalhada revisão de literatura realizada para essa tese, muitos são os artigos que atribuem a informação epidemiológica à Mancini *et al.* (2002), quando na

realidade a autora e colaboradores, adequadamente citam a fonte primária do DefNet. Outros artigos também inadvertidamente atribuem à Diament (1996, 2005, 2010) o registro de incidência de 7 por 1000 nascidos vivos. Na verdade o que o autor afirma é que a estimativa provável da incidência de ECNE em nosso país deve ser mais elevada do que as pesquisas citadas em seu levantamento bibliográfico, as quais são referentes aos países de primeiro mundo.

A ECNEI apesar de ser uma das mais comuns entidades nosológicas na infância (CLAUDINO e SILVA, 2012; PEREIRA, 2012), no Brasil não há estudos conclusivos a respeito da incidência e da prevalência da ECNEI (DIAMENT, 2010; LEITE e PRADO, 2004; MONTEIRO *et al.*, 2011; ROTA, 2002;). De qualquer forma, imagina-se uma alta incidência correlacionada aos poucos cuidados com as gestantes no período pré e perinatal (DIAMENT, 2010; LEITE e PRADO, 2004;).

A ECNE é uma entidade nosológica complexa e de grande prevalência no nosso meio, pois, enquanto país em desenvolvimento, o Brasil ainda carece de melhor assistência pré-natal, a respeito do que tem sido feito pelo Programa de Saúde da Família (CÂNDIDO, 2004). A pesquisa de Valarelli, Saes e Vieira (2010) evidencia essa carência ao analisar as experiências vivenciadas por mães de lactentes com ECNE do diagnóstico à prática do aleitamento materno e demais aspectos alimentares. Assim, alertam para a necessidade de qualificar o acompanhamento das gestantes, puérperas, neonatos e lactentes expostos a intercorrências pré, peri e pós-natal.

Monteiro e colaboradores (2011) corroboram a afirmativa ao lembrar que o desenvolvimento do país tem uma influência muito grande no atendimento médico oferecido à população, particularmente à gestante e ao bebê. Dessa maneira, não há dúvidas de que a incidência em países do terceiro mundo é maior, principalmente pela falta de prevenção, especialmente, no período perinatal.

Em consulta ao site do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, os dados do Observatório sobre Iniquidades em Saúde (indicador 030204) revelam que a proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal aumentou de 46,2% em 2000 para 58,8% em 2009.

Além disso, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), essa tendência de aumento manteve-se de modo contínuo, e em 2010, dos 2.861.868 nascidos vivos em todo Brasil, 60% das mães tiveram 7 ou mais

consultas de pré-natal (1.733.492). De forma, geral houve melhorias na atenção à saúde das gestantes, mas deve-se destacar que esse indicador esconde diferenças inter-regionais importantes no Brasil. Em 2010, a região Sul apresentou 75,3% dos nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, enquanto na região Norte essa proporção foi de 36,8% (região Nordeste 45,3%; região Centro-Oeste 67,2%; região Sudeste 72,7%).

Os principais fatores responsáveis pela falta de dados epidemiológicos sobre a ECNE no Brasil, estão correlacionados à dificuldade do critério diagnóstico uniforme de cada estudo (MONTEIRO *et al.*, 2011), por não ser moléstia de notificação compulsória em nosso país (BALADI, CASTRO e MORAIS FILHO 2007; DIAMENT, 2010). Conforme consulta à Portaria do Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que atualiza a lista nacional dos agravos, doenças e eventos de notificação compulsória, divulgada no Diário Oficial da União de 26 de janeiro de 2011, infelizmente a ECNE ainda não é contemplada.

Em relação às características clínicas, Rotta (2002) aponta que a ECNE constitui um grupo heterogêneo, tanto do ponto de vista etiológico quanto em relação ao quadro clínico. Tem como elo comum o fato de apresentar predominantemente sintomatologia motora, à qual se juntam, em diferentes combinações, outros sinais e sintomas, quais sejam: epilepsia, disartria, apraxia, dispraxia, disfagia, doença do refluxo gastroesofágico, sialorréia, alterações das funções motoras orais de sucção, sorção e mastigação, pneumonia e outras doenças respiratórias, disfunções metabólicas e sistêmicas, desnutrição, desidratação, desprazer alimentar, constipação, disfunções urinárias, doenças periodontais, cárie dentária, gengivite, má-oclusão dentária, disfunções temporomandibulares, problemas musculoesqueléticos secundários, problemas visuais (estrabismo, nistagmo, erros de refração, hemianopsia, etc.), perda auditiva, surdez, distúrbios sensoriais e de integração sensorial, ausência ou exacerbação de reflexos corporais globais e/ou orais, deficiência intelectual, dificuldades no processo ensino-aprendizagem, distúrbios cognitivos, comportamentais e psíquicos, distúrbio do sono, dentre outros (BADER e NIEMANN, 2010; CÂNDIDO, 2004; DIAMENT, 2010; FIDOS *et al.*, 2007; FREITAS, CARDOSO e SIQUARA, 2009; FURKIM e SACCO, 2008; GUSMAN, 1998; HAAK *et al.*, 2009; LOGEMANN, 2008; LUCCHI *et al.*, 2009; MARUJO, 1998; SCHWARTZMAN, 1993, 2004, 2008; VIANNA e SUZUKI, 2011).

Os modernos exames complementares auxiliam na confirmação diagnóstica, investigação da etiologia, contribuindo assim para a orientação prognóstica. Cita-se alguns exemplos: ultrassonografia fetal, convencional e morfológica, ultrassonografia transfontanela associada ou não ao Doppler transcraniano; testes sorológicos e pesquisa de vírus (TORCH – toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes-vírus, sífilis, hepatite B, vírus da imunodeficiência humana, dentre outros); tomografia axial computadorizada de crânio, ressonância nuclear magnética do encéfalo; tomografia por emissão de Pósitrons (Positron emission tomography - PET), potencial evocado auditivo cerebral (PEAT-TC), audiometria de tronco cerebral (Brainstem Evoked Response Audiometry - BERA), potencial evocado visual, exames para triagem de erros inatos do metabolismo, eletroneuromiografia, biópsia muscular, enzimas musculares, testes de biologia molecular, etc. (BALADI, CASTRO e MORAIS FILHO 2007).

Em relação à classificação dos tipos de ECNE, Shepherd (2002) analisa os sinais clínicos, sendo conhecidas as formas espástica, atetósica, atáxica, hipotônica e mista. A forma espástica, tipo mais comum da ECNE, apresenta maior incidência (DIAMENT, 2010), sobretudo na topografia dos casos mais graves que são as quadriparesias espásticas (9 a 43%).

Em relação ao desenvolvimento da linguagem e cognição em crianças com ECNE, essas se constituem um grupo heterogêneo. O motivo deve-se aos diferentes tipos, comorbidades, meio ambiente, experiências. O desenvolvimento abrange a integridade do SNC, o processo maturacional, a integridade sensorial e motora, as habilidades cognitivas e intelectuais, o processamento das informações ou aspectos perceptivos (LAMÔNICA, 2008; PENNINGTON, GOLDBART e MARSHALL, 2005). Ao contrário dos aspectos motores que configuram a ECNE, não há um atraso de linguagem característico, podendo inclusive ocorrer um desenvolvimento de linguagem normal ou até mesmo superior à normalidade (PUYUELO, 2001).

Entretanto, o processo de desenvolvimento cognitivo e linguístico na ECNE pode estar mais ou menos afetado, tanto por distúrbios primários, quanto em consequência secundária a limitações neuromotoras que restringem as experiências da criança nos contextos de referência e no processo de aprendizagem (ROSENBAUM *et al.*, 2007, 2008). A linguagem não verbal como a mímica facial e os gestos simbólicos e não simbólicos também poderão afetar crianças com ECNE. Puyuelo (2001) atenta sobre a importância dos sintomas de alteração na mímica

facial observados ainda nos primeiros meses de vida do bebê com ECNE. Pouco sorriso, mesma ou escassa expressão facial a diferentes estímulos dos familiares, em especial os linguísticos podem ser observados. Outra forma de expressão não verbal são os gestos usados na comunicação, os quais estarão prejudicados também devido ao componente motor da ECNE (ASHA, 2011).

Nos bebês com ECNE o balbucio é mais pobre em diversidade de sons e em frequência de emissão, sendo observado desde as primeiras semanas (PUYUELO, 2001). Da mesma forma, as vocalizações em crianças com ECNE (BASIL, 1997; HUNT *et al.* 1986; JOHNSON, 1998; McCOLLUM, 1984;) são importantes e relevantes expressões e que muitas vezes constituem a principal forma de se comunicar, além dos gestos e expressões faciais (JOHNSON, 1998; PUYUELO, 2001).

A presença de distúrbio intelectual (PARKES *et al.*, 2010) potencializa ainda mais o distúrbio de linguagem na ECNE, o qual apresenta maior porcentagem no tipo tetraparesia espástica (PUYUELO, 2001). Provavelmente, essa maior porcentagem ocorra por ser a forma espástica a de maior incidência, sobretudo o subtipo quadriparesia espástica (DIAMENT, 2010).

As alterações vocais e de fonação na ECNE estão intimamente ligadas aos transtornos da respiração. No tipo espástico são causadas pela hiperadução das pregas vocais, nos hipotônicos há hipoadução e no caso dos tipos atáxicos e atetósicos por incoordenação dos movimentos (PUYUELO, 2001)

Em relação à fala poderá ser inteligível, mas quando prejudicada observa-se variação de gravidade (COCKERILL *et al.* 2013), podendo ser ausente devido a uma anartria (PINTO, 2002) a uma fala quase ininteligível (BRASILEIRO *et al.*, 2009; COCKERILL *et al.* 2013), denominada de disartria (ASHA, 2011). A disartria afeta a fonação, respiração, ressonância, articulação e a prosódia (ASHA, 2011). A ressonância hipernasal é a mais comumente observada, devido à falta ou pouca coordenação para o fechamento velo faríngeo (PUYUELO, 2001).

A disartria quando presente há variações de moderada a grave na ECNE (COCKERILL *et al.* 2013; SIGUDARDOTTIR e VIK, 2011). Quando a disartria é muito grave não é possível desenvolver a fala, sendo então denominada de anartria. A anartria é muito frequente na ECNE dos tipos graves de quadriparesias espásticas e coreoatetose (PINTO, 2002).

Mesmo não podendo referir que haja um transtorno característico de linguagem na ECNE, é possível descrever algumas características dos sistemas fonológico, lexical, morfossintático e pragmático da linguagem nessas circunstâncias. O desenvolvimento fonológico, em geral, está atrasado em relação às crianças sem o acometimento da ECNE.

Dentre os diferentes tipos de ECNE, a capacidade fonológica das crianças espásticas tende a ser mais apurada do que em relação às crianças com atetose. Em relação à construção morfossintática, os impedimentos motores orais e globais implicam negativamente na longitude média dos enunciados verbais (PUYUELO, 2001) e alterações na estrutura sintática (LIMONGI, 2000). Assim, utilizam um repertório lexical mais restrito (LIMONGI, 2000, PUYUELO, 2001), do mesmo modo que as regras gramaticais do discurso. Quanto ao desenvolvimento da pragmática, normalmente está mais limitado quanto às funções linguísticas, na frequência de uso e nas interações com um menor número de interlocutores (PUYUELO, 2001).

Distúrbios sensoriais e perceptivos auditivos, visuais e/ou táteis (MARUJO, 1998; PUYUELO, 2001; ROSENBAUM *et al*, 2007, 2008), ou seja, deficiências na integração sensorial (BRASIL, 2013) também poderão estar presentes na ECNE, dificultando ou impedindo o desenvolvimento global. Reid *et al* (2011) atenta para a presença de diferentes tipos perda auditiva em alguns casos de ECNE. Lamônica *et al*. (2014) investigou o processamento das habilidades auditivas e visuais de crianças com ECNE do tipo diparéticas. Houve diferenças estatisticamente significantes nos subtestes auditivos e visuais de recepção e associação nessa população.

Os autores (*op. cit*) concluem que as habilidades psicolinguísticas auditivas e visuais são de extrema importância para o desenvolvimento linguístico e comunicativo que devem ser pensados nos programas de (re) habilitação de pessoas com ECNE.

Há também de se atentar para o desenvolvimento da leitura, interpretação, escrita e escrita alfabética assistida, ou seja, sobre o processo de alfabetização em crianças e adolescentes com ECNE (CAPOVILLA, 2009; COSTA e COSTA, 2012).

Os distúrbios de comunicação e cognitivos comprometem seriamente a independência, o status emocional e a qualidade de vida. Para algumas dessas pessoas, um dos únicos meios viáveis de compreender e fazer-se compreender é o uso de Sistemas de CSA (THIERS e CAPOVILLA, 2006) de alta e/ou baixa

tecnologia (BRASIL, 2009; MANZINI e DELIBERATO, 2006; SCHIRMER e BERSCH, 2007).

Nesse sentido a CSA favorece a comunicação de pessoas em todos os ciclos da vida (PELOSI, 2011). A introdução da CSA deve acontecer sempre que houver um distanciamento entre a capacidade compreensiva e expressiva (CESA 2009; PIRES, 2009; SCHIRMER e BERSCH, 2007) ou quando o sujeito não é capaz de se fazer entender, diminuindo, assim, as oportunidades de interação e relacionamentos do indivíduo (SCHIRMER e BERSCH, 2007).

A subseção seguinte discorrerá sobre definição, aplicabilidade, tipos e iconicidade da CSA.

1.2.2 Comunicação Suplementar e Alternativa

A CSA é uma das modalidades de Tecnologia Assistiva (TA) (PELOSI, 2011; SCHIRMER, 2009) e vem contribuir para o desenvolvimento da linguagem expressiva e receptiva, desenvolvimento cognitivo e processo de aprendizagem educacional e inclusão social. A Tecnologia Assistiva advém da aplicação de avanços tecnológicos de áreas interdisciplinares que interagem para restaurar e/ou viabilizar atividades da vida diária, prática, do trabalho e de lazer. Diz respeito à pesquisa, fabricação, uso de equipamentos, recursos ou estratégias utilizadas para potencializar as habilidades funcionais das pessoas com deficiência (BRASIL, 2009; PELOSI, 2011).

A *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA, 2005) refere que a CSA visa “compensar, por incapacidades temporárias ou permanentes, limitações de atividades e restrições de participação de pessoas com graves distúrbios de linguagem expressivos e/ou compreensivos”. O termo comunicação aumentativa é indicado quando é preciso complementar ou compensar as deficiências da fala, sem substituí-la totalmente (TETZCHNER e MARTINSEN, 1992).

Entretanto, vê-se no artigo de Chun (2009) que os autores Lloyd e Kangas (1988) atentam para a dificuldade de tradução de “*Augmentative Communication*”, para manter o significado pretendido na língua original, indicando problema de definição e de lógica na tradução para aumentativa.

Manzini e Deliberato (2006) usam os termos suplementar ou ampliada para uma comunicação de suporte, ou seja, um apoio suplementar a fala. A nomenclatura

alternativa, segundo Tetzchner e Martinsen (1992), é indicada quando outro meio de se comunicar é usado que não a fala. No Estado do Rio de Janeiro (Brasil), as publicações referem Comunicação Alternativa e Ampliada (PELOSI 2011; SCHIRMER, 2009;). Outras nômimas foram observadas na literatura, tais como Comunicação Suplementar e Alternativa, Suplementar e/ou Alternativa (CHUN, 2009a; DELIBERATO, 2011; PAURA e DELIBERATO, 2014), Comunicação Alternativa e Facilitadora (DUDUCHI e MACEDO, 2009) e Comunicação Facilitada (SCHLOSSER *et al.* 2014).

Nesse trabalho será adotado a nômima Comunicação Suplementar e Alternativa, em consonância com as definições conceituais, claras e objetivas, de Manzini e Deliberato (2006) e de Tetzchner e Martinsen (1992). A outra justificativa para a adoção da nômima CSA é no sentido de fomentar a uniformização do termo na literatura brasileira, inclusive para facilitar e agilizar a busca nos bancos de dados de pesquisas através de um descritor uniforme.

Prescreve-se a CSA, temporária ou permanentemente para pessoas em todos os diferentes ciclos da vida e por diferentes motivações (expressivas, compreensivas, cognitivas e/ou psíquicas). Alguns exemplos de indicação são para pessoas acometidas pelo câncer de cabeça e pescoço, uso de traqueostomia e/ou intubação, afasia, anartria, disartria, dispraxia verbal, distúrbio específico de linguagem, distúrbio de linguagem, pessoas com transtorno do espectro do autismo, ECNE, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, síndromes degenerativas cerebelares, distrofia muscular, tumor cerebral, acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico, deficiência intelectual, Alzheimer, doença de Parkinson, demência, Síndrome de Down, má formações congênitas, lesão medular, surdo cegueira, deficiências múltiplas (ASHA, 2005; BRASIL, 2009; CESA, 2015; CHUN, 2009b; CORMEDI, 2009; ISAAC, 2015; PANHAN, 2009; PELOSI, 2005, 2011; PIRES, 2008; WALTER, 2009), pessoas com queimadura de face e pescoço, dentre outras.

Na CSA podemos encontrar as seguintes subdivisões: comunicação não apoiada e comunicação apoiada. A comunicação não apoiada depende somente de ações que o próprio usuário pode produzir, como gestos, movimentos corporais, língua de sinais, piscar de olhos e/ou expressões faciais. A comunicação apoiada, objeto dessa pesquisa, requer assistência externa, instrumento ou ajuda técnica para haver comunicação, como objetos reais, pranchas de comunicação com

fotografias e outros símbolos gráficos ou sistemas computadorizados. Esses recursos são adaptados de acordo com as necessidades do usuário (MANZINI e DELIBERATO, 2006). A portabilidade é um aspecto a ser considerado na comunicação apoiada e deverá ser avaliada no processo de introdução e uso da CSA (CESA, RAMOS-SOUZA e KESSLER, 2010a).

Há inúmeros sistemas alternativos para a comunicação, como os de baixa tecnologia: objetos reais que o indivíduo aponta; miniaturas utilizadas com usuários com dificuldade de reconhecer e significar símbolos gráficos ou com indivíduos com baixa visão; fotografias de objetos, pessoas, ações, lugares, sentimentos ou atividades; e símbolos gráficos específicos, que foram desenvolvidos para construir as pranchas e cartões de comunicação (SCHIRMER e BERSCH, 2007).

Utilizam-se também recursos de alta tecnologia como os sistemas computadorizados e *softwares* específicos. O vocalizador é um dos recursos mais sofisticados, que contém as pranchas de comunicação com voz e que ajudam a comunicação das pessoas em seu dia a dia. O computador pode ser um ótimo aliado com vocabulário ilimitado, o uso de *software* especial com pranchas dinâmicas, ou teclados virtuais e programas de síntese de voz. Recursos de acessibilidade como os teclados, mouses e acionadores, poderão ser úteis para que aconteça o acesso ao símbolo ou a letra (MANZINI e DELIBERATO, 2006).

Há diferentes técnicas de seleção, ou seja, a forma pela qual o usuário escolhe os símbolos em uma prancha de comunicação de alta ou baixa tecnologia. Essas devem ser eficientes, considerando aspectos como precisão, fadiga e velocidade. Podem ser divididas em seleção direta, varredura e codificação (JOHNSON, 1998).

Alguns pesquisadores tem se dedicado a investigar e comparar a eficácia dessas técnicas de seleção. Em relação às crianças, a seleção direta tem sido considerada mais adequada do que a varredura em tela fixa (WAGNER e JACKSON, 2006), e a contextualização, via animação, favorece a compreensão e uso da CSA (McCARTHY *et al.*, 2006).

Em relação à iconicidade, os símbolos gráficos podem ser divididos em pictográficos, quando apresentam semelhança física com aquilo que representam; ideográficos, quando têm uma relação conceitual ou lógica com aquilo que representam; arbitrários, quando o significado obedece a convenções preestabelecidas; ou compostos, quando são agrupados os símbolos para

representar objetos ou ideias. Conhecidos internacionalmente existem vários sistemas gráficos utilizados também na confecção de pranchas e cartões de comunicação, entre eles mencionamos: *Blissymbolics*, o *Pictogram Ideogram Communication Symbols (PIC)* e o *Picture Communication Symbols (PCS)* (MANZINI e DELIBERATO, 2006).

A aprendizagem e o desenvolvimento do uso dos símbolos gráficos podem obedecer a uma sequência hierárquica, de acordo com a sua translucência. O estudo de Mirenda e Locke (1989) demonstrou que pessoas com deficiência intelectual reconheceram o significado dos símbolos na seguinte ordem: (1) objetos, (2) miniaturas, (3) fotografias coloridas idênticas, (4) fotografias coloridas não idênticas, (5) fotografias em preto e branco, (6) PCS, *Picsyms*, REBUS, *Self-Talk*, Bliss (6) ortografia de palavras (MIRENDA e LOCKE, 1989).

Thiers e Capovilla (2006) pesquisaram a hierarquia de translucência somente de quatro Sistemas de Comunicação Alternativa e Suplementar. Os sistemas mais icônicos foram, em ordem decrescente, ImagoAnaVox, PCS, PIC e Bliss. O recurso ImagoAnaVox mostrou-se particularmente eficiente para representar verbos, devido à animação de ações. Símbolos modificadores (advérbios e adjetivos) foram mais difíceis de serem reconhecidos pela limitação de se representarem em imagens do que a categoria dos substantivos. Esses achados são altamente relevantes para o planejamento da introdução da CSA.

Entre os símbolos icônicos, o PCS, desenvolvido por Roxanne Mayer Johnson em 1980 (JOHNSON, 1998), destaca-se como provavelmente um dos mais utilizados por pessoas com complexas necessidades comunicativas (NUNES, 2003). Johnson (1998) agrupou os símbolos PCS por categorias, em um total de seis, constituídas por verbo, social, descritivo (adjetivos e advérbios), pessoas, substantivos e miscelânea. Baseado no sistema Blissymbolics, recomenda-se amarelo para pessoas, verde para verbos, azul para descritivos, laranja para substantivos, branco para miscelânea e rosa para social. O tópico “miscelânea” compreende basicamente artigos, conjunções, preposições, conceito de tempo, cores, o alfabeto, números e outras palavras abstratas variadas.

Bondy e Frost (1994) descreveram um sistema de treinamento de comunicação com o *Picture Exchange Communication System (PECS)*, desenvolvido dentro de um programa para pessoas com transtorno do espectro do autismo, denominado Delaware Autistic Program (DAP). Conforme os autores (*op.*

cit.) o PECS permite o ensino de um meio de comunicação dentro de um contexto social. Pesquisadores brasileiros tem se dedicado ao estudo do PECS e do PECS-ADAPTADO (MIZAEL e AIELLO, 2013; TAMANAHA, 2011, WALTER 2000, 2006, 2009).

A CSA pode combinar modos de ação e utilizar todas as capacidades do indivíduo, como gestos, fala residual ou vocalizações, expressões faciais e auxílios de comunicação, visando substituir, suplementar ou apoiar a fala. As associações entre as possibilidades comunicativas introduzem e ampliam o funcionamento linguístico e discursivo do sujeito limitado em sua expressividade oral (SCHIRMER e BERSCH, 2007).

Quando se pretende introduzir algum tipo de comunicação alternativa, deve-se, inicialmente, compreender a situação conversando com o usuário, familiares, professores, profissionais da saúde, entre outros. Assim, é possível ter ideias para escolher o tipo de comunicação a ser utilizada, levando em conta as necessidades do usuário, construindo o objeto, avaliando e acompanhando o uso (MANZINI e DELIBERATO, 2006).

A introdução da CSA para crianças demanda uma abordagem que inclui o lúdico, pois é a partir do jogo simbólico que se desenvolve a comunicação (FERNANDES, 1999; PIRES, 2005, 2008).

Nesse contexto, o terapeuta deve atentar para o fato de que o estímulo dos pais e da escola, o repertório de recursos disponíveis para a criança brincar, assim como o convívio com outras crianças podem influenciar o desenvolvimento do brincar de faz de conta da criança com a ECNE (SANTOS *et al.*, 2010, 2011). Além disso, o nível do comprometimento motor influencia na elaboração e repertório do brincar de faz de conta (PFEIFER *et al.*, 2011). Desse modo, o terapeuta deve atentar-se em fornecer apoios necessários para que a criança se engaje da forma mais ativa possível no contexto lúdico da CSA.

Para a indicação de qualquer que seja o tipo de recurso de CSA, é necessário considerar fatores associados, como o nível de sofisticação da linguagem, a acuidade visual e percepção, as habilidades cognitivas, a atitude do usuário, o apoio de parceiros de comunicação, um facilitador, as habilidades de fala atuais e possíveis no futuro, as habilidades de comunicação adicionais e os problemas de comportamento. Os parceiros de comunicação devem dispor de

tempo, envolvimento e interesse para compreender e interagir utilizando o recurso de comunicação (JOHNSON, 1998).

Profissionais de diferentes áreas devem atentar para a introdução o mais precoce possível da CSA (DELIBERATO, 2009; FARIAS, 2009). Diversos são os estudos que afirmam que a CSA além de não impedir a fala (BEUKELMAN e MIRENDA, 2013; DELIBERATO, 2007), favorece o seu desenvolvimento (BRANCALIONI *et al.*, 2011; MILLAR, LIGHT e SCHLOSSER, 2006).

Para isso, preconiza-se o desenvolvimento de um trabalho em grupo multidisciplinar ou interdisciplinar. O exercício de integrar as expertises, respeitando as atribuições inerentes a cada profissão e compartilhar áreas fronteiriças é o desafio na prática clínica.

Pedagogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, médicos de diferentes especialidades (neurologista, fisiatra, oftalmologista, otorrinolaringologista, dentre outros), protéticos, *designers* e engenheiros são exemplos de profissões importantes para a implementação da CSA com o usuário e seus os parceiros comunicativos (FARIAS, 2009; PIRES 2009; SCHIRMER e BERSCH, 2007). Como já exposto a área da CSA é um campo multidisciplinar e a Fonoaudiologia também contribui para o seu desenvolvimento.

Um estudo de revisão de literatura (CESA, RAMOS-SOUZA e KESSLER, 2010a) criou um organograma de princípios de seleção, criação, confecção, introdução, intervenção, generalização e manutenção do uso da CSA. Esse foi dividido em processos de seleção do recurso em si (design e acessibilidade), processos de intervenção, generalização e manutenção (aspectos linguísticos, estratégias com foco no usuário, na família e foco duplo, ou seja, no usuário, família e demais parceiros conversacionais).

Estudos, com foco no sujeito, destacam a importância do posicionamento face a face, assim como a alternância de turnos, a exploração de outras formas expressivas como os gestos faciais e corporais, a criação de oportunidades de comunicação e responsividade aos sinais comunicativos da criança, favorecendo o desenvolvimento linguístico (CRESS, 2004; PENNINGTON, GOLDBART e MARSHALL, 2004). Os próximos estudos (PENNINGTON, GOLDBART e MARSHALL, 2007; PINDER e OLSWANG, 1995; McCONACHIE e PENNINGTON,

1997), mesmo sendo mais antigos, serão apresentados, pois trazem contribuições interventivas relevantes.

Pinder e Olswang (1995) estudaram quatro crianças (dois meninos e duas meninas), com idades entre 11 e 13 meses com ECNE. Foi realizado um trabalho de 12 semanas, em duas sessões semanais de 50 a 60 minutos que abordou o pedido de objetos principalmente pelo olhar. Para isso, foram utilizadas as estratégias de realização do modelo pelo terapeuta (modelagem) e controle da espera, com uso do reforço positivo. Para compor a situação experimental, foi escolhida a ação de pedir objetos durante a brincadeira e, para a situação controle, a ação de pedir objetos durante o lanche.

Os autores observaram que todos tiveram aumento do número de pedidos, alguns no início do treinamento e outros a partir da terceira e quarta sessão de treinamento. Esse estudo mostra maior rigor no delineamento metodológico, favorecendo assim maior credibilidade ao experimento. Observa-se que o paciente é o seu próprio controle, fato que para a clínica traz grande benefício, pois postula e torna viáveis situações da rotina clínica para estudo de casos múltiplos.

Pennington, Goldbart e Marshall (2007), investigaram quatro estudos centrados na relação dos pais ou outros parceiros conversacionais com usuários crianças. Os autores apontam êxito na intervenção com foco duplo demonstrado através das mudanças de seus estilos de interação. No estudo (*op. cit.*) o aumento do número de perguntas abertas realizadas pelo interlocutor e o cuidado balanceado de perguntas e respostas, promoveu um diálogo mais produtivo por parte do usuário.

O trabalho fonoaudiológico com foco duplo visa auxiliar no processo de tomada de iniciativa e manutenção do turno de diálogo pelo sujeito com complexas necessidades comunicativas. Esse trabalho justifica-se, pois muitas vezes a criança com grave deficiência neuromotora, se encontra ainda na dependência linguística e psíquica, especialmente da mãe, ou de outra pessoa, afetivamente significativa (CESA, RAMOS-SOUZA e KESSLER, 2010b).

Por fim, o estudo de McConachie e Pennington (1997) também privilegiou foco-duplo, porém num ambiente naturalístico, a escola. O estudo experimental com 19 sujeitos (nove professores, 10 assistentes de professores), teve um grupo controle de 14 sujeitos (oito professores e seis assistentes). Esse estudo foi denominado “Minha vez de falar”. As estratégias de ensino incluíam conversas

curtas, demonstrações em vídeo, tarefas escritas, livre associação de idéias, teatro, planejamento da intervenção.

Foram feitos vídeos de cinco minutos de cada adulto interagindo com a criança no mês anterior ao tratamento, um mês após e quatro meses mais tarde. Metade dos vídeos foi avaliado por um dos autores, e a outra metade, por um juizcego. Ao total, a duração foi de cinco sessões de 90 minutos na escola ao longo de 10 a 12 semanas. Como desfechos houve diferença de um mês após o treinamento para os professores, mas não para os assistentes do grupo experimental. O grupo experimental usou mais estratégias para facilitar a comunicação da criança quatro meses após o treinamento, e o grupo controle não teve mudança nos padrões de interação.

Apesar de a pesquisa orientar e treinar os professores e assistentes do grupo controle e experimental, os autores não avaliaram os efeitos (resultados) do programa na atitude linguística das crianças. Entretanto, houve divisão de grupos controle e experimental, sendo esse o ponto de destaque do estudo, pois permite a replicação com as variáveis propostas, a saber: incentivar a atividade dialógica em diferentes posições enunciativas (ativas e passivas), investigar métodos de acesso, criar oportunidades de interação, negociar uma falha/quebra de comunicação e planejar o desenvolvimento da comunicação.

Cuidados metodológicos como relatados nos estudos acima fomentam pesquisas com maior poder de sensibilidade e especificidade. Pois, como bem ressalta, um estudo (PENNINGTON, GOLDBART e MARSHALL, 2004), muitas pesquisas contêm falhas metodológicas, e os resultados podem não demonstrar se as mudanças são definitivamente um resultado da intervenção (YIN, 2010).

Percebe-se que as pesquisas mais recentes estão dedicando-se à temáticas como a orientações as famílias na implementação com CSA (GOLDONI, 2014), no ambiente educacional e valorizando o papel do fonoaudiólogo em relação do desenvolvimento linguístico para ampliar as habilidades comunicativas (DELIBERATO, 2013). A compreensão verbal e da leitura na dificuldade em oralizar, também têm sido objeto de pesquisa (ORLANDIN, 2015). A importância de considerar-se a atenção conjunta no uso da CSA é um dos aspectos primários para a comunicação (PASSERINO, 2015).

1.2.3 Ato Conversacional

Rodrigues (1998) registra que no panorama geral a área de estudos da análise do discurso há duas linhas de orientação: uma desenvolvida na Grã-Bretanha e outra na Suíça, representada pela escola de Genebra. Nessa tese, serão abordados alguns elementos sobre essa última.

Dentre os principais representantes da escola de Genebra, elegeu-se para esse trabalho, Austin (1962/1970), Searle (1969/1981) e Grice (1975), três filósofos da linguagem que se dedicaram a dimensão interacional da língua. Austin (1962/1970) a partir da relação entre o locutor e o alocutário elaborou uma teoria de atos de fala, segundo a qual, conforme Rodrigues (1998, p. 14),

Ao enunciar uma frase numa situação de interação, um locutor realiza um tipo de ato social que comporta uma determinada força ilocutiva e um conteúdo proposicional e que é definido por uma relação que se estabelece entre o falante e o ouvinte através da enunciação.

Austin (1962/1970) propõe cinco tipos de atos: representativos, diretivos, promissivos, declarativos e explicativos. A teoria dos atos de fala é continuada por Searle (1969/1981) que evidencia o sentido convencional, mas não literal. Segundo o autor, deve-se considerar durante a enunciação de um ato de fala indireto a realização simultânea de dois atos locutivos: um primário, com um significado ilocucional não literal e outro secundário, com um significado ilocucional literal.

Conforme Rodrigues (1998), esse conceito está intimamente conectado com a noção de implicatura conversacional de Grice (1975), partindo do princípio de que existe uma relação de cooperação entre falantes e ouvintes. Nessa perspectiva, Grice (1975), cria o princípio de cooperação, caracterizado pelas máximas conversacionais de quantidade, qualidade, relação e modo. As máximas conversacionais ao serem violadas geram uma implicatura conversacional.

Grice (1975) sistematiza o seu princípio de cooperação através das quatro categorias já mencionadas, articuladas a máximas e submáximas. As mesmas foram descritas por Costa (2009):

- Categoria da Quantidade

Relacionada à quantidade de informação que deve ser fornecida numa mensagem. A ela correspondem duas máximas:

- a) Faça com que sua mensagem seja tão informativa quanto necessária para a conversação;
- b) Não dê mais informações que o necessário.

- Categoria da Qualidade

Relacionada inicialmente à supermáxima “Procure afirmar coisas verdadeiras” e, indiretamente, a duas máximas mais específicas:

- a) Não afirme o que você acredita ser falso;
- b) Não afirme algo para o qual você não possa fornecer evidência adequada.

- Categoria de Relação

Ligada à máxima “Seja Relevante”.

- Categoria do Modo

Ligada à super máxima “seja claro” e a várias máximas como as citadas abaixo, entre outras:

- a) Evite obscuridade de expressão;
- b) Evite ambiguidade;
- c) Seja breve (evite prolixidade desnecessária);
- d) Seja ordenado.

O ato de fala como definido por Austin (1962/1970) e Searle (1969/1981), não permite dar conta do caráter interacional da conversação, visto que, considera somente a partir da perspectiva do falante, além de não abranger os comportamentos não linguísticos, nem dar conta da sequencialidade do diálogo. Esse fato conduziu principalmente a investigação alemã (WUNDERLICH, 1974) a um alargamento dessa categoria, dando origem à noção de ato conversacional.

Essa unidade contribui para a descrição funcional das microestruturas conversacionais, permitindo não só uma abordagem mais precisa do aspecto temático, mas também considera a interação linguística entre falante e ouvinte, mais

concretamente, de sinais linguísticos e/ou não-linguísticos que desempenham uma determinada função na organização da alternância de vez (RODRIGUES, 1998).

Essa corrente teórica dá atenção a análise da vez, a unidade básica, e às sequências de vezes. Para isso, é necessária a compreensão e explicação do funcionamento da organização da alternância de vez, ou seja, dos mecanismos subjacentes capazes de organizar a “fala” de modo a garantir a efetividade da comunicação. Conforme explicita Rodrigues (1998, p. 40):

- a) No nível pragmático, a conversação parece desenvolver-se em dois planos: o plano temático, onde se criam obrigações de alcance global relativas ao planejamento temático da ação, e o plano interacional, onde se articulam às vezes;
- b) Ao longo da conversação manifestam-se sinais que parecem ser relevantes para o desenvolvimento temático e interacional, pois são os indicadores da orientação dada ao tema e das atitudes a tomar pelos participantes. A sua função pode abranger vários aspectos ao mesmo tempo, fato este que lhes confere a propriedade de desempenhar mais do que uma função conversacional.

A análise da conversação iniciou-se na década de 1960 na linha da etnometodologia e da antropologia cognitiva e preocupou-se até meados dos anos 1970, com a descrição das estruturas da conversação e seus mecanismos organizadores (MARCUSCHI, 2003). Conforme o autor (*op. cit.*) constitui características organizacionais básicas da conversação:

- a) Interação entre pelo menos dois falantes;
- b) Ocorrência de pelo menos uma troca de falantes;
- c) Presença de uma sequência de ações coordenadas;
- d) Execução numa identidade temporal;
- e) Envolvimento numa “interação centrada”.

A conversação é composta por uma série de turnos alternados que compõe sequências em movimentos coordenados e cooperativos. Entre essas sequências existem algumas altamente padronizadas quanto a sua estruturação, devido à contiguidade e ao tipo de relações. Tais sequências são chamadas de pares adjacentes (MARCUSCHI, 2003). Schegloff (1972) cunhou o termo par adjacente

(par conversacional), para caracterizar uma sequência de dois turnos que coocorrem e servem para a organização local da conversação (MARCUSCHI, 2003). Os exemplos a seguir configuram pares adjacentes: (a) pergunta/resposta; (b) ordem/execução; (c) convite/aceitação ou recusa; (d) cumprimento/cumprimento; (e) xingamento/defesa ou revide; (f) acusação/defesa ou justificativa e (g) pedido de desculpa/perdão.

Com a meta de desenvolver pesquisas na área da Fonoaudiologia, engendrando CSA e Linguística, essa tese se apresenta.

1.4 MATERIAIS E MÉTODOS

Todos os três artigos que compõe a tese no modelo alternativo atende as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria, conforme parecer número 909.685, Certificado de Apresentação para Apresentação Ética (CAAE) número 38137814.3.0000.5346 (ANEXO A), e está de acordo com as normas do Ministério da Saúde conforme a Resolução 196/96 e 466/12.

O artigo 1 é caracterizado por uma análise de conteúdo a partir do *corpus* escrito de fonoaudiólogas com experiência em CSA. Já o artigo 2 foi realizado a partir da análise conversacional de díades durante os atendimentos fonoaudiológicos de crianças com ECNE usuárias de CSA. Por fim, o artigo 3 trata-se de um estudo propositivo de desenvolvimento e criação de um instrumento de avaliação fonoaudiológica de análise conversacional dialógica. Tem como fonte a pesquisa relatada no artigo 2, apresentando fortes relações teóricas e metodológicas com o mesmo

O artigo 1 tratou-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, individual e contemporâneo. Em relação às considerações éticas, as fonoaudiólogas foram convidadas e devidamente esclarecidas sobre os propósitos da pesquisa. Mediante o aceite por escrito do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) foi enviado via e-mail ou entregue pessoalmente, o questionário foi recebido e preenchido posteriormente. Vinte e quatro fonoaudiólogas compuseram a amostra por conveniência e atuam em diferentes estados do Brasil.

O instrumento de coleta foi desenvolvido para essa pesquisa, um questionário com 20 questões (APÊNDICE A) com perguntas abertas e fechadas sobre formação

e experiência em CSA. Destaca-se que foi realizada a aplicação de um piloto inicial. Questionário com duas fonoaudiólogas escolhidas aleatoriamente para verificar a adequação, sendo constatado que o instrumento atendia o objetivo do trabalho.

O convite para participar da pesquisa foi realizado via contato telefônico e/ou envio de email a 42 fonoaudiólogas de diferentes estados brasileiros, por amostra de conveniência. Foram incluídas profissionais com experiência clínica em CSA, as quais aceitaram participar e excluídas da pesquisa as fonoaudiólogas que não enviaram o questionário no prazo estipulado ou que não aceitaram participar. O período de obtenção da coleta de dados foi de 07 de janeiro de 2015 a 19 de agosto de 2015.

Quanto ao procedimento da análise de conteúdo os dados foram estudados baseando-se em Minayo (2010). As quatro categorias de análise foram extraídas a partir da leitura das respostas dos questionários, a saber: (a) meios de acesso à informação sobre a CSA; (b) foco duplo na intervenção (usuário e demais interlocutores); (c) resistência à adesão dos interlocutores na introdução e uso da CSA e (d) estratégias terapêuticas. As categorias foram avaliadas por duas juízas fonoaudiólogas. Segundo Fagundes (2015), o parâmetro comparativo aceitável relativo às ocorrências de concordâncias deveria ser igual ou superior a 70%. O índice de concordância nesse estudo variou de 75% a 100%.

O artigo 2 tratou-se de um estudo de casos múltiplos (YIN, 2010), descritivos, transversais e contemporâneo.

Foram incluídas, na pesquisa, crianças com até 12 anos incompletos, com oralidade restrita ou ausente, devido ao acometimento do diagnóstico médico de ECNE, em atendimento fonoaudiológico regular e que possuíam prancha de alta ou baixa tecnologia de CSA. Foram excluídos os pacientes que apresentassem deficiências auditiva e/ou visual, graves associados ou não, transtorno do espectro do autismo ou psicose. No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) em criado em 1990 consideram-se crianças, a pessoa de até 12 anos e 11 meses de idade. Em relação às terapeutas, foram incluídas as respectivas fonoaudiólogas que atuavam com as crianças da amostra selecionada, com experiência em CSA e que consentissem participar da pesquisa. Foram excluídas as terapeutas que não tivessem, no mínimo, 1 ano de atuação profissional na área da reabilitação com crianças com lesão encefálica congênita ou adquirida.

Quatro crianças foram selecionadas, mas houve uma perda amostral no momento da análise dos dados, pois não foi possível analisar o perfil conversacional da fonoaudióloga, da criança e de sua mãe, devido à inconsistência das respostas da criança às perguntas da terapeuta. Portanto, o estudo foi composto por três crianças, todas com ECNE do tipo quadriparesia espástica e epilepsia controlada por medicação anticonvulsivante, com idade cronológica entre 8 anos e 11 meses e 12 anos e 1 mês; suas respectivas fonoaudiólogas e demais parceiros conversacionais (mãe e terapeuta ocupacional) que participaram dos atendimentos fonoaudiológicos.

As crianças da amostragem realizam atendimento fonoaudiológico em um centro de reabilitação filantrópico do município do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Quanto às fonoaudiólogas voluntárias que compuseram a amostra, a fonoaudióloga 1 (F1) tinha 37 anos e 9 anos de formação e a fonoaudióloga 2 (F2), 32 anos de idade e 7 de formação. Ambas estudaram na mesma instituição de ensino superior no Estado do Rio Grande do Sul. A fonoaudióloga 1 atende a criança 1 e a fonoaudióloga 2 as crianças 2 e 3. Optou-se por não realizar nenhuma interferência durante a coleta nas sessões fonoaudiológicas, e por este motivo, surgiram também outros interlocutores (mãe e terapeuta ocupacional), que fizeram parte da amostra e por assinar o termo de consentimento livre e esclarecido dos pais ou responsáveis pelos pacientes (APÊNDICE D).

Em relação aos procedimentos da pesquisa, primeiramente, foi encaminhado um convite, via e-mail aos gestores dos centros de reabilitação para participarem da pesquisa. Dos cinco centros convidados, quatro aceitaram em participar e um não retornou os contatos. Entretanto, somente uma instituição apresentava crianças com o perfil de amostra desejado, conforme sondagem no contato inicial.

Mediante o aceite da instituição, foi realizado contato telefônico com as fonoaudiólogas desse respectivo centro. Foi agendada uma visita com os referidos gestores e fonoaudiólogas para apresentação da pesquisa e procedida à coleta da assinatura do Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE C) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais e/ou responsáveis (APÊNDICE D).

Foram anotados os dados de identificação civil e formação dos fonoaudiólogos voluntários: idade, sexo, formação, local, tempo de experiência e área de atuação profissional. Nesse mesmo momento, também foram selecionadas as crianças, conforme o perfil da amostra pretendida.

A partir dessa etapa, os pais ou responsáveis das crianças que compõe a amostra foram convidados e esclarecidos pelas pesquisadoras. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aos pais ou responsáveis pelos pacientes. As crianças que tiveram condições motoras, cognitivas e intelectuais foram convidadas e esclarecidas pelas pesquisadoras. Duas assinaram da forma como foi possível o termo de assentimento para as crianças (APÊNDICE E), juntamente com a assinatura de seus pais.

As pesquisadoras assinaram o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE F), se comprometendo a preservar a privacidade e a confidencialidade das informações dos pacientes, cujos dados foram coletados em prontuários e bases de dados do centro de reabilitação colaborador.

Os procedimentos de coleta consistiram em filmagens de três atendimentos fonoaudiológicos consecutivos de cada criança. As pesquisadoras não presenciaram os registros para que não houvesse interferência direta ou indiretamente no andamento da terapia fonoaudiológica. Os registros foram feitos semanalmente, utilizando uma filmadora digital Sony PJ15 apoiada em um mini tripé flexível D-Concepts. As filmagens foram salvas em cartões de memória 32GB Micro SD Ultra SanDisk.

Foi então realizada a transcrição dos primeiros 10 minutos dos vídeos de cada uma das três sessões de atendimento fonoaudiológico com uso da CSA. Uma exceção, no caso 3, foi necessária, utilizando as filmagens de duas sessões diferentes para contemplar 10 minutos de análise, devido à realização de tarefas não discursivas na primeira sessão (atividade de assistir musicais animados). Nesse caso, para atingir o tempo previsto para a análise da primeira sessão, foi realizada análise de diferentes episódios discursivos não contínuos da primeira e da segunda sessão, até contemplar o tempo estimado. A segunda e terceira sessões, dessa criança, continham tempo total suficiente para analisar também de forma não contínua dez minutos de episódios discursivos. O tempo justifica-se, pois a menor média do tempo total de sessão com uso da CSA foi de 15 minutos, além de considerar-se a representatividade do *corpus* (SINCLAIR, 2004).

O *corpus* total de cada criança com seus interlocutores consistiu, portanto, na transcrição de trinta minutos (somando as três sessões). As filmagens foram cuidadosamente analisadas, sendo revistas onze vezes para finalizar a categorização dos atos de fala e dos meios comunicativos

Para a realização da análise conversacional o *corpus* foi dividido em unidades comunicativas (UC). Cada UC da pesquisa foi classificada de acordo com o meio comunicativo usado e o tipo de ato de fala de cada participante da cena dialógica. Foram desenvolvidas denominações para categorias e subcategorias, a partir das características comunicativas singulares das crianças com ECNE (APÊNDICE 7) e de seus interlocutores (APÊNDICE 8) observadas nas filmagens do contexto terapêutico, a partir dos referenciais de fala de Searle (1969/1981) e de Marcuschi (2007).

Primeiramente, foram quantificados os meios comunicativos das díades.

As definições criadas para os meios comunicativos adotados foram:

- Oral: emissão de fala inteligível parcial e/ou totalmente.
- Oral assistido: expressão via CSA de alta tecnologia com emissão sonorizada do recurso
- Gestual: expressão com mímica facial, movimentos e gestos corporais.
- Pictórico: expressão via uso de figuras de comunicação.
- Vocal: emissão de vocalização não articulada, sorriso, gargalhada, urro gritos, gemido, choro, suspiro e/ou bocejo sonorizado.

Portanto, ao averiguar-se o predomínio de indagações (atos do tipo diretivo), optou-se por analisar as perguntas e respostas dos participantes como pares adjacentes (Marcuschi 2007), assim como as solicitações e os protestos. Observou-se uma grande variedade de atos de fala das crianças e dos adultos. A análise dos mesmos ocorreu com base na teoria dos atos de fala (Searle 1969/1981). Já a análise dos pares adjacentes realizou-se com base em Marcuschi (2007), sendo analisada a proporção entre cada tipo de indagação e o correspondente tipo de resposta expressa pela criança. Além dos dados quantificados, a análise incluiu de forma qualitativa a consideração de aspectos suprasegmentais (como prosódia e ritmo de conversação) sempre que considerados relevantes para a mesma.

Os dados foram transcritos, revisados e analisados. Após, as filmagens e transcrições foram enviadas a duas juízas que conferiram as análises separadamente, sendo contabilizada a frequência de concordâncias e discordâncias. Foram selecionados de forma aleatória episódios discursivos de 4 minutos e 30 segundos (15% do *corpus* total de cada criança-adulto) para conferência das juízas (de acordo com o método empregado por Brandão 2005). O parâmetro comparativo aceitável, relativo às ocorrências de

concordâncias, deveria ser igual ou superior a 70% (FAGUNDES, 2015). O índice de concordância, das análises, variou entre 71% e 89%, sendo considerado adequado.

O artigo 3 tratou-se de um estudo propositivo de desenvolvimento e criação de um instrumento de avaliação fonoaudiológica de análise conversacional dialógica. Tem como fonte a pesquisa relatada no artigo 2, apresentando fortes relações teóricas e metodológicas com o mesmo.

Participaram desse estudo, de acordo com as suas respectivas fases de construção, duas juízas fonoaudiólogas. Uma delas apresenta três anos de experiência clínica com CSA, tendo realizado o seu trabalho de conclusão de curso sobre o assunto; a outra fonoaudióloga é pesquisadora, com doutorado em andamento na área de análise conversacional de pacientes com dano neurológico.

Quanto aos procedimentos da pesquisa foram divididos em cinco fases, descritas a seguir:

Na fase 1 os itens do protocolo foram gerados a partir da análise de dados de filmagens de três crianças com ECNE e suas díades durante 3 atendimentos fonoaudiológicos (Estudo 2), sendo o *corpus* analisado com a teoria dos atos de fala de Searle (1969/1981) e dos pares adjacentes de Marcuschi (2007). Na fase 2 as filmagens foram analisadas, sendo revistas onze vezes para ser finalizada a categorização dos atos de fala e dos meios comunicativos de criança usuárias de CSA e de seus interlocutores, com itens considerados relevantes para compreender o perfil comunicativo dos usuários da CSA. Na fase 3 a lista de itens selecionados e a lista geral de atos de fala foram enviadas para as duas juízas fonoaudiólogas. Essa fase teve como objetivo examinar a concordância de análises no que diz respeito à seleção dos itens, bem como coletar sugestões das juízas sobre como aperfeiçoar o instrumento. A primeira análise do piloto do protocolo foi realizada pelas juízas e, a partir, das contribuições recebidas, observou-se a necessidade de realizar algumas reformulações, tanto de termos usados, como da forma de apresentar os itens (mais descritiva e explicativa). Já na fase 4 foi elaborado um segundo protocolo piloto, sendo realizada uma segunda rodada de avaliação com as mesmas juízas, gerando a versão final do protocolo de avaliação. O parâmetro comparativo aceitável relativo às ocorrências de concordâncias deveria ser igual ou superior a 70%, conforme Fagundes (2015). Na segunda rodada de avaliação o índice foi de 97%. Por fim, na fase 5 foi elaborada a versão final do protocolo,

composto pelas seguintes partes: (a) meios comunicativos das díades; (b) atos de fala das díades; (c) atos de fala somente da criança e (d) atos de fala somente do interlocutor.

Na seção a seguir serão apresentados os três artigos que compõe esta tese.

2 ARTIGO 1: COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR ALTERNATIVA: DA FORMAÇÃO A ATUAÇÃO CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

RESUMO

Objetivo: investigar a formação do fonoaudiólogo e sua atuação clínica com a Comunicação Suplementar e Alternativa. **Métodos:** tratou-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, individual e contemporâneo. Os dados foram coletados dados por meio de questionário, com perguntas abertas e fechadas, preenchido por vinte e quatro fonoaudiólogas, selecionadas por amostra de conveniência. Elegeu-se a análise de conteúdo para estudo dos dados. As quatro categorias de análise foram extraídas a partir da leitura das respostas do questionário; (a) meios de acesso à informação sobre a Comunicação Suplementar e Alternativa; (b) foco duplo na intervenção (usuário e demais interlocutores); (c) resistência à adesão dos interlocutores na introdução e uso da Comunicação Suplementar e Alternativa e (d) estratégias terapêuticas. **Resultados:** quanto ao acesso aos meios de informação todas as fonoaudiólogas da amostra apresentaram a iniciativa de suprir a ausência da formação em linguagem com Comunicação Suplementar e Alternativa na graduação por meio de estágio extracurricular, congressos e cursos específicos da área, palestras em eventos científicos, experiência com suas próprias práticas, leitura da literatura nacional e internacional, supervisão (assessoria), discussão com colegas, curso de especialização em CSA e de aprimoramento que incluía a temática Comunicação Suplementar e Alternativa. Em relação ao foco duplo na intervenção todos os fonoaudiólogos são favoráveis a essa prática, entretanto relatam, conforme a experiência, resistência da família, da escola e de outros terapeutas. Os resultados mostram dois tipos diferentes de implementação da introdução e uso da Comunicação Suplementar e Alternativa, sendo predominantemente por estratégias que contemplem o uso pragmático da linguagem por meio de contextualização de atividades significativas para o usuário. A outra forma foi o uso do método comportamentalista nomeado no Brasil de pela Troca de Figuras (*Picture Exchange Communication System*). Sistema de Comunicação **Conclusão:** os fonoaudiólogos inserem diferentes interlocutores na intervenção com CSA e guiam-se em princípios linguísticos implícitos ou explícitos, em referenciais teóricos específicos à área do conhecimento Comunicação

Suplementar e Alternativa, em elementos neuromotores globais e, por fim, em princípios de funcionalidade e bem-estar geral.

DESCRITORES: Fonoaudiologia; Comunicação; Linguagem infantil; Paralisia Cerebral

**AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATION: FROM THE SPEECH,
LANGUAGE AND HEARING SCIENCE FORMATION TO ITS CLINICAL
PRACTICE**

ABSTRACT

Purpose: to investigate the formation of the Speech, Language and Hearing Science therapist and their clinical work with the Supplementary and / or Alternative Communication. **Methods:** this is a descriptive, cross, individual and contemporary character study. The data was collected through a questionnaire with open and closed questions filled by twenty-four Speech, Language and Hearing therapists, selected by convenience sample. The content analysis was elected to study the data. The four categories were extracted from reading the questionnaire responses which were: (a) means of access to information on Augmentative and Alternative Communication; (b) dual focus on intervention (user and other parties); (c) the resistance for users in joining the introduction and use of Augmentative and Alternative Communication and (d) therapeutic strategies. **Results:** all the speech, Language and Hearing Science therapists presented the initiative to compensate for the lack of training in language with Augmentative and Alternative Communication at their graduation through extra-curricular training, conferences and specific area courses, lectures at scientific events, experiment with their own practices, reading national and international literature, supervision (advice), discussion with colleagues, specialization course in Augmentative and Alternative Communication and improvement which included the Augmentative and Alternative Communication theme. Regarding the inclusion of different conversational partners all Speech, Language and Hearing Science therapists are in favor of this practice. However, they also reported some resistance from the family, school and other therapists. The results show two different types of implementation of the introduction and use of Augmentative and Alternative Communication, being predominantly strategies that address the pragmatic use of language through contextualization of significant activities for the user. The other way was the use of behaviorist method in Brazil called Picture Exchange Communication System. **Conclusion:** the Speech, Language and Hearing Science therapists insert different interlocutors in intervention with Augmentative and Alternative Communication and guide themselves in implicit

or explicit linguistic principles, in specific theoretical references to Augmentative and Alternative Communication area knowledge , in global neuromotor elements and finally, in functionality principles and general well-being.

KEYWORDS: Speech, Language and Hearing Sciences; communication; child language; cerebral palsy.

INTRODUÇÃO

A American Speech and Hearing Association (ASHA)¹ refere que as Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) abrange todas as formas de comunicação alternativas à fala, sendo usada para expressar pensamentos, necessidades, pedidos e ideias de pessoas com complexas necessidades comunicativas.

No Brasil a área da CSA apresentou crescimento, mas ainda necessita ampliar o seu número de pesquisadores. As áreas do conhecimento relacionadas com o atendimento ao usuário na implementação de recursos de CSA foram: fonoaudiologia, psicologia, pedagogia e terapia ocupacional; já as áreas de informática e engenharia elétrica poderão influenciar ou impactar na criação de recursos eletrônicos². Em outro estudo³ foi identificado dois trabalhos da área da fisioterapia com CSA e onze na fonoaudiologia.

Sobre esse aspecto, percebe-se que um grande número de estudos de CSA tem foco nas questões tecnológicas do recurso, acessibilidade e portabilidade. Não se discute a importância, mas sinaliza-se que o foco principal é a pessoa com complexa necessidade comunicativa que almeja expressar seus desejos e ideias, desenvolver relacionamentos e ampliar sua participação social^{4,5}.

O fonoaudiólogo, profissional que atua na área da comunicação⁶, tem condições de colaborar ainda mais na equipe interdisciplinar, considerando sua *expertise* a cerca dos aspectos linguísticos implicados no processo de implementação de um sistema de CSA.

O Comitê de Comunicação Suplementar e Alternativa do Departamento de Linguagem da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa)⁷ visa organizar ações que ampliem a inserção da atuação do fonoaudiólogo na área, com discussões científicas a respeito dos referenciais teóricos e práticos.

Para isso, a atuação fonoaudiológica nas práticas com CSA precisa ser ainda mais investigada e difundida, através de estudos baseados em evidências clínicas e científicas. Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de investigar o perfil de atuação e a formação do fonoaudiólogo sobre a CSA.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, individual e contemporâneo.

Considerações Éticas

Esse estudo atende as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de uma Universidade, conforme parecer número 909.685, Certificado de Apresentação para Apresentação Ética (CAAE) número 38137814.3.0000.5346 (ANEXO A), e está de acordo com as normas do Ministério da Saúde conforme a Resolução 196/96 e 466/12.

As fonoaudiólogas foram convidadas e devidamente esclarecidas sobre os propósitos da pesquisa. Mediante o aceite por escrito do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) foi enviado via e-mail ou entregue pessoalmente, o questionário foi recebido e preenchido posteriormente.

Participantes

Vinte e quatro fonoaudiólogas compuseram a amostra por conveniência e atuam em diferentes estados do Brasil. Treze fonoaudiólogas graduaram-se no Rio Grande do Sul, oito em São Paulo, uma em Minas Gerais, uma em Santa Catarina e uma no Rio de Janeiro. A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas do perfil da amostra de fonoaudiólogos.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas do perfil da amostra de fonoaudiólogas

Sujeito	Idade (anos)	Tempo de Formação (anos)	Tempo de experiência com CSA (anos)	Estado	Atuação no momento
F1	43	19	19	RS	Clínica
F2	57	37	37	SP	Docência, supervisão clínica e pesquisa
F3	42	22	6	SP	Membro de equipe da Secretaria da Saúde
F4	44	23	21	SP	Clínica, docência, supervisão clínica e membro de equipe da Secretaria de Educação
F5	32	7	7	RS	Clínica
F6	37	9	9	RS	Clínica
F7	36	11	11	RS	Clínica
F8	31	10	8	RS	Clínica
F9	42	18	5	RS	Clínica
F10	39	15	14	RS	Clínica, supervisão clínica, pesquisadora e professora convidada
F11	25	4	6	RS	Clínica, pesquisadora e membro da equipe da Secretaria da Educação
F12	40	18	10	RS	Clínica e supervisora clínica
F13	37	14	6	RS	Membro de equipe da Secretaria da Saúde
F14	39	17	17	RS	Clínica
F15	53	32	28	RJ	Clínica e Docência
F16	30	7	1	MG	Docência, supervisão clínica e pesquisa
F17	40	17	10	RS	Docência e pesquisa
F18	22	2	1	RS	Clínica, supervisão clínica e pesquisa
F19	28	4	6	SC	Clínica e supervisão clínica
F20	51	30	25	SP	Docência e pesquisa
F21	27	6	6	SP	Clínica, docência e pesquisa
F22	35	15	9	SP	Docência, pesquisa e membro de equipe da Secretaria da Educação
F23	52	30	25	SP	Docência e pesquisa
F24	28	1	1	SP	Clínica

CSA: Comunicação Suplementar e Alternativa F: Fonoaudióloga RS: Rio Grande do Sul SP: São Paulo MG: Minas Gerais SC: Santa Catarina RJ: Rio de Janeiro

Instrumento de Coleta

O instrumento de coleta foi desenvolvido para essa pesquisa, um questionário com 20 questões (APÊNDICE A) com perguntas abertas e fechadas sobre formação e experiência em CSA. Destaca-se que foi realizada a aplicação de um piloto inicial. Questionário com duas fonoaudiólogas escolhidas aleatoriamente para verificar a adequação, sendo constatado que o instrumento atendia o objetivo do trabalho.

Procedimento de Coleta de Dados

O convite para participar da pesquisa foi realizado via contato telefônico e/ou envio de email a 42 fonoaudiólogas de diferentes estados brasileiros, por amostra de conveniência.

Foram incluídas profissionais com experiência clínica em CSA, as quais aceitaram participar e excluídas da pesquisa as fonoaudiólogas que não enviaram o questionário no prazo estipulado ou que não aceitaram participar.

O período de obtenção da coleta de dados foi de 07 de janeiro de 2015 a 19 de agosto de 2015.

Procedimento da Análise de Conteúdo

Os dados foram estudados pelo método de análise de conteúdo baseando-se em Minayo (2010). As quatro categorias de análise foram extraídas a partir da leitura das respostas dos questionários, a saber: (a) meios de acesso à informação sobre a CSA; (b) foco duplo na intervenção (usuário e demais interlocutores); (c) resistência à adesão dos interlocutores na introdução e uso da CSA e (d) estratégias terapêuticas.

As categorias foram avaliadas por duas juízas fonoaudiólogas. Segundo Fagundes (2015), o parâmetro comparativo aceitável relativo às ocorrências de concordâncias deveria ser igual ou superior a 70%. O índice de concordância nesse estudo variou de 75% a 100%.

RESULTADOS

Vinte e quatro fonoaudiólogas, brasileiras, do sexo feminino, aceitaram participar do estudo. Dessas, 23 profissionais afirmaram já terem atendido pacientes crianças com encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE) com CSA. Uma fonoaudióloga (F16) atendeu somente adultos com lesão encefálica com CSA.

A idade média das fonoaudiólogas foi de 38 anos de idade, com tempo médio de formação de 15 anos e média de 12 anos de experiência com CSA. Nove fonoaudiólogas estudaram em instituições de ensino superior públicas, abrangendo os estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo e 15 em particulares,

abrangendo os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro e São Paulo.

Atualmente as fonoaudiólogas que compuseram a amostra trabalham em diferentes campos de atuação fonoaudiológica, como atendimento clínico, ensino, pesquisa e como membro da secretaria de saúde, membro da secretaria de educação do Município ou do Estado.

Os resultados serão dispostos conforme as quatro categorias extraídas durante a análise de conteúdo.

Meios de acesso à informação sobre a CSA

As fonoaudiólogas F5, F6 e F11 receberam supervisões em ambiente de estágio extracurricular do período da graduação. F5 acrescenta que também aprendeu observando fonoaudiólogas atendendo durante o estágio extracurricular em uma instituição filantrópica.

Duas fonoaudiólogas (F9 e F19) não realizaram cursos, supervisão (assessoria), pesquisa ou outro meio de acesso à informação sobre a temática.

Algumas fonoaudiólogas (F5, F20 e F23) responderam explicitamente que aprenderam também com a própria experiência clínica.

Os dados colhidos, a respeito dessa categoria de análise, indicam que a busca por meios de acesso a informação sobre como intervir com CSA partiu, sobretudo da iniciativa própria. O Quadro 1 apresenta os meios de acesso à informação da CSA.

Quadro 1 – Meios de acesso à informação da CSA pelas fonoaudiólogas

Meios de acesso à informação da CSA	Ocorrências	Fonoaudiólogas
Congressos específicos da área da CSA	3	F1, F10 e F23
Palestra em congressos não específicos da área da CSA, em seminários e outros eventos científicos	3	F8, F11 e F18
Cursos internacionais diversos	4	F2, F15, F20 e F23
Curso internacional sobre o Sistema Bliss de Comunicação	1	F2
Cursos de extensão	13	F1, F6, F7, F8, F10, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F20 e F23
Curso de aprimoramento em universidade estadual	1	F24
Curso de especialização em CSA em universidade privada	1	F4
Curso específico da metodologia do <i>Picture Exchange Communication System</i> (PECS): Sistema de Comunicação pela Troca de Figuras	2	F7 e F22
Participação em grupo de pesquisa e grupo de trabalho vinculado a uma universidade estadual	1	F3
Produção de artigos em sua própria linha de pesquisa em universidade estadual	1	F23
Supervisão (assessoria)	3	F12, F16 e F21
Estágio e supervisão durante a graduação	3	F5, F6 e F11

Legenda:

CSA: Comunicação Suplementar Alternativa F: Fonoaudiólogas

PECS: *Picture Exchange Communication System*

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Foco duplo na intervenção (usuário e demais interlocutores)

Vinte e duas fonoaudiólogas afirmam atuar com foco duplo na intervenção com CSA, inserindo além da família e da escola, outros interlocutores significativos para a criança como outros responsáveis pela mesma, cuidadores, amigos e outros terapeutas.

A F18 atua em um abrigo que acolhe crianças com graves comprometimentos neurológico em que o Estado é o tutor dessas, não tendo a família presente. Já F20 não mencionou nada a respeito sobre esse aspecto.

Por meio do questionário respondido pelas fonoaudiólogas, os seguintes exemplos representativos a respeito dos aspectos da categoria foco duplo na intervenção foram selecionados:

F5: *“Família e sociedade se adaptarem ao novo, a uma forma “diferente” de se comunicar (...). Persistência e diálogo é o que geralmente fazem a diferença no processo”.*

F6: *“A aceitação e sistematização do uso pela família. Acredito que conversas contínuas e exemplos práticos e engajamento nos objetivos há maior adesão”.*

F16: *“Sinceramente participa que tem o interesse. O paciente, o terapeuta e a terceira pessoa varia. Prefiro que seja alguém com bastante contato com o paciente (familiar, amigo e/ou cuidador). Nem sempre esta pessoa está disposta ou motivada, e neste caso procuro um sujeito bem motivado (mesmo que não tenha tanto contato) que me ajude a contagiar as pessoas mais próximas do paciente. Também exploro outros profissionais que atendam o paciente ou o professor.*

Os dados indicam que a estratégia terapêutica das fonoaudiólogas ao incluir as famílias e demais interlocutores no processo terapêutico têm em vista a generalização do uso da CSA para ambientes naturalísticos e não somente durante a sessão fonoaudiológica.

Resistência à adesão dos interlocutores na introdução e uso da CSA

Vinte e uma fonoaudiólogas relataram que em suas experiências há resistência das famílias na introdução e uso da CSA. Registra-se que muitas profissionais, afirmaram também, que há resistência de educadores em usar o recurso comunicativo no ambiente escolar.

Como já discorrido na categoria anterior F18 atua em um abrigo não tendo a família das crianças presentes. F20 e F21 não mencionaram a respeito sobre esse aspecto.

A seguir serão apresentados alguns exemplos representativos extraídos das entrevistas sobre a categoria resistência à adesão familiar:

F2: *“(...) favorecer e manter a adesão e motivar o uso, além de desmistificar que inibe a fala”.*

F3: *“Depende da motivação, preparo educacional e consciência do professor”.*

F4: *“A maior dificuldade são as outras pessoas, e não a própria criança”.*

F10: *“Acredito que sejam família e profissionais envolvidos que não conhecem a CSA e os benefícios dela e apresentam certo preconceito com o uso desse sistema. Também percebo que algumas escolas (direção e professores) são resistentes em aplicar a CSA no contexto e/ou rotina da escola”.*

F13: *“O engajamento, de fato, da família para que a criança seja o sujeito de sua comunicação também no ambiente familiar”.*

Estratégias terapêuticas

Os resultados dessa categoria foram agrupados em subcategorias, também criadas a partir dos dados analisados nas entrevistas. Foi elaborado um quadro único que apresenta também os princípios utilizados para guiar a atuação clínica.

Quadro 2 – Princípios que guiam o atendimento com CSA e estratégias terapêuticas

PRINCÍPIOS			ESTRATÉGIAS		
Tipos	Ocorrências	Fonoaudiólogas	Fonoaudiólogas	Ocorrências	Tipos
Abordagem discursiva considerando a linguagem como constitutiva dela própria	1	F2	F1, F4, F14 e F20	4	Motivar e favorecer a descoberta do prazer em se comunicar
Abordagem interacionista e psicanalítica	1	F4	F2, F3, F4, F5, F6, F7, F10, F11, F13, F16, F17, F21 e F23	13	Criar atividades contextualizadas e de interesse do usuário de CSA. Simular atividades do cotidiano.
Produzir perguntas objetivas, além de atender logo em seguida pedidos das crianças.	1	F5	F15, F18, F21, F22 e F24	5	Focadas nos recursos de alta e baixa tecnologia
Considera a cognição, a linguagem compreensiva e expressiva	5	F8, F10, F15, F1 e F22	F8, F9 e F12	3	Personalizadas de acordo com o usuário de CSA
Considera os aspectos motores, sensoriais, auditivos, visuais e coordenação viso-motora	7	F5, F6, F10, F12, F15, F16 e F17	F3	1	Inicia com interlocutores que tem mais aceitação de uso
Favorecer relacionamentos sociais, atentar à intenção comunicativa no brincar e no diálogo	4	F10, F12, F17, F20	Todas	24	Incluir os interlocutores
Favorecer a descoberta do prazer em se comunicar	1	F11	F7	1	Ampliação gradual dos símbolos, ampliando o vocabulário
Abordagem construtivista	1	F13	F16	1	Uso durante o atendimento conjunto com o fisioterapeuta
Escuta ao paciente e à família, além de considerar os processos dialógicos	1	F14			
Nível de independência; considera a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF); direito de se comunicar	3	F2, F16 e F20			
Princípios pragmáticos	1	F16			
Calcados em referenciais teóricos da área específica da CSA	4	F19, F21, F23 e F24			
Competência linguística para ampliar a habilidade comunicativa	1	F23			
Sistema multimodal de comunicação	1	F23			
Método denominado <i>Picture Exchange Communication System (PECS)</i> : Sistema de Comunicação pela Troca de Figuras	4	F1, F7, F22 e F24			

Legenda:

CSA: Comunicação Suplementar e Alternativa F: Fonoaudióloga

PECS: *Picture Exchange Communication System* CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Uma fonoaudióloga (F19) não respondeu a questão específica em relação às estratégias terapêuticas e três fonoaudiólogas (F3, F9 e F18) não responderam a pergunta sobre os princípios terapêuticos.

Abaixo há alguns dos exemplos significativos selecionados das categorias de estratégias terapêuticas:

F1: *“(...) que a criança perceba o efeito que o recurso da CSA proporciona e o prazer da comunicação”.*

F2: *“Atividades contextualizadas de interesse do usuário e de seu ambiente, envolvendo a família. Jogos, fotos e história de vida pessoal e familiar, jornal, livros de histórias, revistas, brincadeiras, jogos dramáticos, música, canto, rodas de conversa e de debate, etc.”.*

F5: *“Costumo respeitar suas escolhas para que perceba que pode ser entendido, então se na comunicação alternativa mostra que esta querendo beber água, procuro logo dar um copo de água, assim trabalho a ação e reação”.*

F11: *“(...) valorizando atividades de vida diária e todos os episódios de interação social para introduzir estratégias de CAA. Além de realizarem as estratégias supracitadas, os familiares são orientados a manter uma rotina diária de pelo menos 45 minutos de estimulação de atividades trabalhadas em fonoterapia”.*

F14: *“Saber escutar o paciente e sua família, observar como a comunicação se estabelece entre o paciente e seu meio familiar e social, e intervir para facilitar (...)”.*

F16: *“Eu tento simular situações reais de comunicação. Na verdade busco as situações mais cotidianas”.*

F20: *“O importante é mostrar que todos podem expressar de forma melhor seus desejos e necessidades”.*

F23: *“As estratégias são desenvolvidas a partir do vocabulário básico do cliente nas diferentes situações de sua rotina, ampliando o uso em temas de interesse, assim como o envolvimento nas produções de narrativa e demais tipos de textos. As estratégias são fundamentais para a funcionalidade do sistema gráfico e dos recursos que devem ser utilizados. As estratégias devem prever mudança de ambiente, mudanças de tarefas e mudanças de interlocutores conhecidos e desconhecidos”.*

Em relação aos princípios que guiam à terapêutica verificou-se quatro diferentes princípios, não necessariamente excludentes entre si:

1° Princípios teóricos de aquisição de linguagem, de sujeito e de aprendizagem

Houve a adoção explícita a diferentes linhas teóricas de aquisição de linguagem (interacionista e discursiva), de como se dá o processo de aprendizagem ativa (construtivismo) e de sujeito (psicanálise).

2° Princípios teóricos específicos à área do conhecimento CSA

Autores nacionais e internacionais foram mencionados, como referências, a saber: Deliberato, Manzini e Deliberato, Paura e Light e McNaughton.

O método *Picture Exchange Communication System (PECS)*: Sistema de Comunicação pela Troca de Figuras também foi citado.

3° Princípios linguísticos explicitados

Foram mencionados a relevância de se atentar à pragmática, a intenção comunicativa, aos tipos de indagação que facilitam a comunicação, os processos dialógicos, as habilidades de compreensão verbal, desenvolver a competência linguística para ampliar a habilidade comunicativa, os meios expressivos e o sistema multimodal de comunicação.

4° Princípios Neuromotores globais

Aspectos motores globais, acuidade e percepção visual e auditiva, coordenação visomotora também foram considerados.

5° Princípios de Funcionalidade

Uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para avaliar a comunicação em consonância com as políticas mundiais de saúde, qualificando medidas de capacidade, fatores ambientais e pessoais para o processo de saúde geral. Uma fonoaudióloga (F20) refere que sua primeira diretriz mais voltada às questões socioantropológicas, como elucida o exemplo: *“primeiro o princípio que todos têm o direito de comunicar”*.

DISCUSSÃO

Os diferentes meios de acesso à informação da CSA pelas fonoaudiólogas da amostra dessa pesquisa evidenciam a necessidade da inclusão da temática na formação da graduação. Os achados corroboram a afirmativa de estudo¹⁰ que recomenda incluir nas grades curriculares a disciplina especializada em CSA com práticas laboratoriais ou, no mínimo, contemplá-la em algum plano de ensino da área da linguagem.

Exemplo dessa lacuna teórica é observada no Quadro 2, o qual apresenta os princípios que guiam as estratégias terapêuticas das fonoaudiólogas. Alguns dos

princípios não se enquadram metodologicamente com a estratégia exemplificada, conforme as amostras F7 e F22, considerando o método PECS¹¹⁻¹³ informado no questionário.

O aparecimento de recursos como estratégias terapêuticas mostram que a definição do que são estratégias focadas no usuário não estão suficientemente claras, pois o domínio operacional é o que abrange esse aspecto. Já as respostas que mencionam a personalização de acordo com o usuário, é muito abrangente para poder compreender na prática quais são as reais estratégias de implementação da CSA.

Na presente pesquisa, as estratégias terapêuticas evidenciam diferentes abordagens na introdução e uso da CSA. Há o predomínio da estratégia que contempla o uso pragmático da linguagem por meio de contextualização de atividades significativas para o usuário. O aporte em conceitos cognitivistas também foi mencionado como fundamentação teórica. Por fim, a outra forma de abordagem baseia-se na perspectiva comportamentalista, caracterizada por um método nomeado no Brasil de Sistema de Comunicação pela Troca de Figuras (*Picture Exchange Communication System, idealizado por Bondy e Frost em 1994*)^{12,13}. Em um estudo¹⁰, com fonoaudiólogas, sobre suas bases teóricas no atendimento com CSA, foram constatadas abordagens de base sociointeracionista, comportamentalista e cognitivista, corroborando os dados do presente estudo.

Mesmo tendo visões teóricas diferentes, as fonoaudiólogas relatam dificuldades e até insucesso na implementação da CSA junto à família e/ou escola. Dessa maneira, percebe-se que somente a variável de pesquisa “linha teórica” não sustenta a generalização do uso para o cotidiano. Portanto, há de se considerar a atitude pró-ativa e a vontade do interlocutor em querer se comunicar com a criança. Pesquisadores internacionais¹⁴, divulgaram na *Special Interest Groups (SIG 12)*, publicação temática somente sobre CSA da American Speech and Hearing Association (ASHA), evidências que há indecisão da família e/ou de profissionais para implementar estratégias de CSA, por isso incentiva-se a motivação para o empoderamento familiar nesse processo de implementação com suporte dos profissionais.

Nessa pesquisa infere-se que as famílias não utilizam o recurso, pois demanda vontade, tempo e persistência em usar com as crianças, na realidade o

desejo genuíno era de que as crianças usassem a linguagem oral, e não a alternativa.

Já em relação aos interlocutores no ambiente educacional há a carência de formação e consultoria continuada em CSA. Outro aspecto a ser considerado, no momento da seleção, professores que tenham real vontade e perfil para trabalhar junto às crianças com complexas necessidades de comunicação, além da presença de monitores e número reduzido de alunos por turma.

No âmbito educacional, o êxito do acompanhamento de uma fonoaudióloga junto a uma professora, em uma pesquisa de campo¹⁵, favoreceu um aumento do uso, inclusive como ferramenta de avaliação e ensino de conceitos pedagógicos.

Estudos sobre o diálogo do usuário e demais interlocutores é tema de diversas pesquisas¹⁶⁻¹⁹. Sobre essa temática uma pesquisa¹⁷ de relato de caso considerou uma metodologia longitudinal, com uma linha de base (LB), um seguimento e um *follow up* da díade mãe e criança com ECNE. Foi utilizado um material desenvolvido no doutoramento da primeira autora do trabalho no estudo (*op. cit.*), desenvolvendo um programa individualizado de CSA para mães de crianças com ECNE. Vê-se que pontos norteadores de programas de intervenção de comunicação mais funcional estão sendo pesquisados e difundidos.

Percebe-se um aumento dos estudos linguísticos em CSA, considerando o uso da linguagem e da comunicação no cotidiano. Exemplo dessa afirmativa é a lista de 269 vocábulos, classificadas em 18 temas semânticos e sintático desenvolvida por autoras brasileiras¹⁸ para profissionais da saúde e educação, mas especialmente aos fonoaudiólogos para que a criação de pranchas de comunicação e seu uso sejam mais funcionais.

Outro estudo¹⁹, direcionado para a avaliação da sintaxe, também com CSA, têm grande relevância para ampliar as habilidades comunicativas. As crianças com complexas necessidades comunicativas tendem a usar um único símbolo (miniatura, rótulo, símbolo gráfico, fotografia, desenho, etc.), permanecendo em uma estrutura vertical. Já para desenvolver uma narrativa há de se desenvolver uma estrutura horizontal em que diferentes símbolos são usados e produzidos por diferentes meios comunicativos¹⁹, favorecendo a competência linguística para ampliar as habilidades comunicativas⁵.

CONCLUSÃO

Enfim, verifica-se a necessidade de inserir nos projetos políticos pedagógicos dos cursos de fonoaudiologia, disciplinas teóricas de observação clínica e disciplinas práticas (estágios curriculares) com a temática intervenção em linguagem com CSA. Os fonoaudiólogos inserem diferentes interlocutores na intervenção com CSA e guiam-se em princípios linguísticos implícitos ou explícitos, conforme seu discurso escrito, em referenciais teóricos específicos à área do conhecimento CSA, em elementos neuromotores globais e, por fim, em princípios de funcionalidade e bem-estar geral.

REFEFÊNCIAS

1 American Speech and Hearing Association - ASHA: [acesso em 2016 Ago 16].

Disponível em: <http://www.asha.org>

2 Manzini EJ. Formação de pesquisadores para a área de Comunicação Alternativa.

In: Nunes, LROP, Pelosi MB, Walter CCF. (orgs.) Compartilhando experiências: ampliando a comunicação alternativa. Marília: ABPEE; 2011. p. 139-160.

3 Cesa CC, Mota HB. Comunicação Aumentativa e Alternativa: panorama dos periódicos brasileiros. Rev CEFAC. 2015;17(1)

4 Light J, McNaughton D. Putting people first: Re-thinking the role of technology in Augmentative and Alternative Communication intervention. AAC. 2013;29(4):299-309.

5 Light J, McNaughton D. Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? AAC.2014;30(1):1-18.

6 Brasil. Presidência da República. Lei nº 6965 de 9 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências.

7 Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa. [acesso em 2016 Ago 07].

Disponível em: URL:

<http://www.sbfa.org.br/portal/pg.php?id=comite&tppg=COMIT%CA%20DE%20COMUNICA%C7%C3O%20SUPLEMENTAR%20E%20ALTERNATIVA&tpc=cinza>

8 Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

9 Fagundes AJFM. Descrição, definição e registro de comportamento. 17a ed. São Paulo: EDICON; 2015.

10 Cesa CC, Kessler TM. Comunicação alternativa: teoria e prática clínica. Comunicação Alternativa: teoria e prática clínica. *Distúrb Comun.*, 2014;26(3):493-502.

11 Oliveira GC, Rosa VSV, Carvalho W, Freitas EF. Considerações da aplicação do método PECS em indivíduos com TEA. *EVS.* 2015;42(3):303-14.

12 Bondy AS, Frost LA. The Picture Exchange Communication System. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 1994;9(3):1-19 [acesso em 2016 Ago 07]. Disponível em: URL: <http://pecs-canada.com/Brochures/pecsfocuspdf.pdf>

13 Bondy A. PECS: Potential benefits and risks. *Behav Anal Today.* 2001;2:127-32.

14 Smith AL, Barton-Hulsey A, Nwosu N. AAC and Families: Dispelling Myths and Empowering Parents. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups – SIG 12.* 2016;1:10-20.

15 Silva RLM, Silva SSC, Pontes FAR, Oliveira AIA, Deliberato D. Efeitos da comunicação alternativa na interação professor-aluno com paralisia cerebral não-falante. *Rev Bras Ed Esp.* 2013;19(1):25-42.

16 Deliberato D. Percepção de mães e fonoaudiólogos a respeito do uso de Sistemas Suplementares e Alternativos de Comunicação. In: Nunes, LROP, Pelosi MB, Walter CCF. (orgs.) Compartilhando experiências: ampliando a comunicação alternativa. Marília: ABPEE; 2011. p.57-69.

17 Manzini MG, Martinez CMS, Almeida MM. Programa individualizado de comunicação alternativa para mães de crianças com paralisia cerebral não oralizadas. *Distúrb Comum*. 2015;27(1):26-38.

18 Paura AC, Deliberato D. Estudo de vocábulos para avaliação de crianças com deficiência sem linguagem oral. *Rev Bras Ed Esp*. 2014;20(1):37-52.

19 Deliberato D. Sistemas suplementares e alternativos de comunicação nas habilidades expressivas de um aluno com paralisia cerebral. *Rev Bras Ed Espec*. 2011;17(2):225-44.

3 ARTIGO 2: ANÁLISE CONVERSACIONAL DE CRIANÇAS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO EVOLUTIVA: ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS

RESUMO

Tema: o fonoaudiólogo pode e deve contribuir de uma maneira mais ativa e embasada teoricamente, nos aspectos linguísticos das alternativas à comunicação oral. Para isso, práticas investigativas do uso da Comunicação Suplementar e Alternativa na área fonoaudiológica são necessárias. **Objetivo:** examinar o padrão conversacional de crianças com Encefalopatia Crônica Não Evolutiva e seus parceiros comunicativos em sessões fonoaudiológicas. **Método e Procedimentos:** estudo de casos múltiplos, descritivos, transversais e contemporâneos. Foram usadas para realizar uma análise conversacional: filmagens de três atendimentos fonoaudiológicos consecutivos, de três crianças com recurso expressivo e seus interlocutores. **Resultados:** os meios comunicativos utilizados pelas crianças e interlocutores foram os meios: oral, oral assistido, gestual, vocal e pictórico. Os atos de fala das crianças são mais efetivos quando ocorrem na forma de pares adjacentes do tipo indagação/resposta e ordem/execução, pois dependem linguisticamente dos parceiros conversacionais. Esses parceiros apresentaram atos diretivos e não diretivos. **Conclusões e Implicações:** os diferentes interlocutores evidenciaram um padrão assimétrico na interação linguística com as crianças, com uso excessivo do meio oral. Quanto aos atos de fala do interlocutor foram predominantemente os do tipo diretivos e a das crianças deu-se em forma de pares adjacentes, pois são mais dependentes linguisticamente do parceiro conversacional, que demanda uma execução e uma resposta da criança, a partir de uma ordem e de um pedido. Indagações fechadas que fazem uso da Comunicação Suplementar e Alternativa pareceram facilitar as respostas das crianças. Enquanto perguntas abertas pareceram ser desfavoráveis. O fonoaudiólogo ao reduzir o número de possibilidades de resposta e ao mesmo tempo disponibilizar o recurso da Comunicação Suplementar e Alternativa para a expressão por parte da criança favorece o desenvolvimento da competência linguística.

DESCRITORES: Fonoaudiologia; Comunicação; Linguagem; Equipamentos de Auto-Ajuda; Paralisia Cerebral.

ANALYSIS CONVERSATIONAL OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY: STUDY A MULTIPLE CASES

ABSTRACT

Background: the Speech, Language and Hearing Science therapist can and should contribute more actively and more theoretically grounded in linguistic aspects of alternatives to oral communication. For this objective investigative practices of the language working with Augmentative and Alternative Communication in the Speech, Language and Hearing Sciences area are needed. **Aims:** to examine the conversational pattern of children with Cerebral Palsy and their communicative partners in Speech, Language and Hearing Science sessions. **Methods and Procedure:** a multiple, descriptive, cross and contemporary case study. A film of three consecutive therapeutic sessions of three children with expressive resource were used to perform a conversational analysis with their interlocutors. **Results:** the communicative means used by children and partners were the oral means, oral assisted, gestural, vocal and pictures. The speech acts of children are most effective when working in the form of adjacent pairs (protest, inquiries and requests) because they are more dependent linguistically of conversational partners. These partners presented directive and non-directive acts. **Conclusions and Implications:** The different interlocutors evidenced an asymmetric pattern in the linguistic interaction with the children, with excessive use of the oral medium. The speech acts of the interlocutor were predominantly those of the directive type and the children's ones occurred in the form of adjacent pairs, since they are more linguistically dependent on the conversational partner, which demands an execution and a response from the child, from an order and a request. Closed inquiries using the Augmentative and Alternative Communication seemed to facilitate the children's responses, while open-ended questions seemed unfavorable. There was a greater use of less successful inquiries than inquiries that produced adequate responses by Speech, Language and Hearing Science therapists in this study, resulting in poor communication. In this sense, it is recommended that the Speech, Language and Hearing Science therapist attends to the hierarchization of the type of question in the therapeutic process, initially conducting closed inquiries of yes/no type via Augmentative and Alternative Communication, and after performing closed inquiries that offer two alternatives of

answers via Augmentative and Alternative Communication, besides providing the Augmentative and Alternative Communication resource for the child's expression, thus favoring the development of their language competence.

KEYWORDS: Speech, Language and Hearing Sciences; Communication; Language; Self-Help Devices; Cerebral Palsy.

INTRODUÇÃO

A caracterização da aquisição e desenvolvimento da linguagem e da cognição em crianças com encefalopatia crônica não evolutiva Infantil (ECNE) é bastante heterogênea. Por definição a ECNE também conhecida como paralisia cerebral, tem caráter não progressivo, mas frequentemente mutável (Diament, 2010). É causada por uma disfunção do encéfalo presente antes do seu crescimento e desenvolvimento estarem completos, caracterizando-se pela presença de alterações neuromotoras nos padrões de postura, tônus e movimento (Bobath 1997).

O motivo de não haver um perfil linguístico e cognitivo característico deve-se aos diferentes tipos de ECNE, comorbidades, meio-ambiente e experiências da pessoa com deficiência. Por ser causada por uma lesão no Sistema Nervoso Central (SNC), ficam prejudicados: todo o processo maturacional central, a integração sensorial e motora, a linguagem, as habilidades intelectuais, o processamento das informações e os aspectos perceptivos (Lamônica 2008, Pennington, Goldbart e Marshall 2005).

Apesar da heterogeneidade dos quadros linguísticos e cognitivos em pacientes com ECNE, um estudo norte americano refere que 31 a 88% dos pacientes apresentam distúrbios da comunicação (Hidecker *et al.* 2011). A grande variação observada poderá relacionar-se à falta de consenso sobre a definição de distúrbios da comunicação, gravidade da ECNE e variabilidade dos fatores interferentes no desenvolvimento da linguagem e da aquisição de habilidades comunicativas (Brasil 2013).

A fala poderá prejudicar-se com variação de gravidade (Cockerill *et al.* 2013), podendo ocorrer anartria ou disartria (Cockerill *et al.* 2013, Sigurdottir e Vik 2011). Já as descrições que se encontram sobre a linguagem afirmam que há discrepância entre a compreensão e a expressão da criança com ECNE. Pois, à medida que ela cresce, vai entendendo mais do que é capaz de expressar. As pesquisas ressaltam a necessidade de que um meio especializado adicional de expressão seja requerido pela impossibilidade da fala e pelas consequências que o déficit de linguagem expressiva pode ter nas experiências comunicativas e na aquisição de conhecimentos, interferindo no desenvolvimento global e na interação social (Almeida, Piza e Lamônica 2005, Pires e Limongi 2002).

Por isso, fomenta-se que profissionais de diferentes áreas devem atentar para a introdução o mais precoce possível da CSA, pois estudos (Beukelman e Mirenda, 2013, Deliberato 2007) afirmam que a CSA além de não impedir a fala, favorece o seu desenvolvimento (Brancalioni *et al.* 2011).

Fonoaudiólogos, pedagogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, médicos de diferentes especialidades (neurologista, fisiatra, oftalmologista, otorrinolaringologista, dentre outros), protéticos, *designers* e engenheiros são exemplos de profissões importantes para a implementação da CSA com o usuário e seus os parceiros comunicativos (Pires 2009). Preconiza-se o desenvolvimento de um trabalho em equipe balizado pelo exercício de integrar asexpertises, respeitando as atribuições inerentes a cada profissão e compartilhando conhecimentos nas áreas fronteiriças.

O fonoaudiólogo pode e deve contribuir de uma maneira ativa e embasada teoricamente nos aspectos linguísticos das alternativas à comunicação oral. Para isso, o aumento de práticas investigativas sobre o uso da CSA na área fonoaudiológica são necessárias. Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo geral examinar o padrão conversacional de crianças com ECNE e seus parceiros comunicativos em sessões fonoaudiológicas. A pesquisa teve como objetivo específico investigar os meios comunicativos e os atos de fala predominantes entre díades criança-adultos. A hipótese foi que os terapeutas usariam mais o meio oral e atos de fala diretivos, enquanto as crianças com ECNE se expressariam mais com o meio gestual e teriam um perfil comunicativo mais dependente do interlocutor.

Foram investigados se determinados atos de fala, predominantes do fonoaudiólogo, facilitariam ou dificultariam a expressão de respostas inteligíveis e adequadas ao tema. Nesse caso, a hipótese foi que a efetividade da comunicação das crianças com ECNE durante as sessões de terapia fonoaudiológica poderia ser facilitada ou dificultada conforme o tipo de ato de fala do fonoaudiólogo.

MÉTODO

Procedimentos Éticos

Esse estudo atende as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de uma Universidade, conforme parecer número 909.685, Certificado de Apresentação para Apresentação Ética (CAAE) número 38137814.3.0000.5346 (ANEXO A), e está

de acordo com as normas do Ministério da Saúde conforme a Resolução 196/96 e 466/12.

Amostra

Foram incluídas, na pesquisa, crianças com até 12 anos incompletos, com oralidade restrita ou ausente, devido ao acometimento do diagnóstico médico de ECNE, em atendimento fonoaudiológico regular e que possuíam prancha de alta ou baixa tecnologia de CSA. Foram excluídos os pacientes que apresentassem deficiências auditiva e/ou visual, graves associados ou não, transtorno do espectro do autismo ou psicose.

No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) consideram-se crianças, a pessoa de até 12 anos e 11 meses de idade. Em relação às terapeutas, foram incluídas as respectivas fonoaudiólogas que atuavam com as crianças da amostra selecionada, com experiência em CSA e que consentissem participar da pesquisa. Foram excluídas as terapeutas que não tivessem, no mínimo, 1 ano de atuação profissional na área da reabilitação com crianças com lesão encefálica congênita ou adquirida.

Quatro crianças foram selecionadas, mas houve uma perda amostral no momento da análise dos dados, pois não foi possível analisar o perfil conversacional da fonoaudióloga, da criança e de sua mãe, devido à inconsistência das respostas da criança às perguntas da terapeuta. Portanto, o estudo foi composto por três crianças (Tabela 1), todas com ECNE do tipo quadriparesia espástica e epilepsia controlada por medicação anticonvulsivante, com idade cronológica entre 8 anos e 11 meses e 12 anos e 1 mês; suas respectivas fonoaudiólogas e demais parceiros conversacionais (mãe e terapeuta ocupacional) que participaram dos atendimentos fonoaudiológicos.

Tabela 1 – Variáveis demográficas de cada criança

Características	Crianças		
	1	2	3
Sexo	masculino	feminino	masculino
Idade	8 anos e 11 meses	10 anos e 6 meses	12 anos e 1 mês

As crianças foram avaliadas também por dois domínios de Light (1989), conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Detalhes dos domínios linguístico e operacional (Light 1989)

Domínios	Crianças		
	1	2	3
Linguístico	<p>Oraliza pouco GE, VO, O, OA Sintaxe vertical Aparente dificuldade na compreensão verbal. Não alfabetizado Estuda em escola pública municipal em turma regular</p>	<p>Não-verbal GE, VO, OA, PIC Sintaxe vertical Aparente boa compreensão verbal. Não alfabetizada Estuda em escola pública municipal em turma regular</p>	<p>Não-verbal GE, PIC Sintaxe vertical Aparente grande prejuízo na compreensão verbal. Não alfabetizado Frequenta a turma de Comunicação Alternativa de uma escola especial vinculada a uma instituição de assistência social sem fins lucrativos</p>
Operacional	<p>Alta tecnologia Uso do aplicativo Que Fala© no <i>tablet</i> Fotografia e símbolos representando uma palavra e também contendo uma sentença. Acesso direto e indireto ao <i>tablet</i>.</p>	<p>Alta e baixa tecnologia Uso do aplicativo Livox© no <i>tablet</i> Fotografia e símbolos representando uma palavra e também contendo uma sentença Acesso indireto ao <i>tablet</i>. Uso eventual de figuras pictográficas, do tipo cartões avulsos, para lembrar as regras de comportamento social</p>	<p>Baixa tecnologia Uso de figuras avulsas confeccionadas com Símbolos do tipo <i>Picture Communication Symbols (PCS)</i> do <i>software</i> Boarmaker Mayer-Johnson©. Estas figuras avulsas são de dois tipos: cartões e adesivos aplicados sobre a mesa adaptada da cadeira de rodas. Acesso direto e indireto às figuras isoladas.</p>

Legenda:

VO: vocal

GE: gestual

O: oral

OA: oral assistido

PIC: pictórico via figuras de comunicação

PCS: *Picture Communication Symbols (Símbolos de Comunicação Pictórica)*

As crianças da amostragem realizam atendimento fonoaudiológico em um centro de reabilitação filantrópico do município do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

Quanto às fonoaudiólogas voluntárias que compuseram a amostra, a fonoaudióloga 1 (F1) tinha 37 anos e 9 anos de formação e a fonoaudióloga 2 (F2), 32 anos de idade e 7 de formação. Ambas estudaram na mesma instituição de ensino superior no Estado do Rio Grande do Sul. A fonoaudióloga 1 atende a criança 1 e a fonoaudióloga 2 as crianças 2 e 3.

Optou-se por não realizar nenhuma interferência durante a coleta nas sessões fonoaudiológicas, e por este motivo, surgiram também outros interlocutores (mãe e terapeuta ocupacional), que fizeram parte da amostra e por assinar o termo de consentimento livre e esclarecido dos pais ou responsáveis pelos pacientes (APÊNDICE D).

Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo de casos múltiplos (Yin 2010), descritivos, transversais e contemporâneo.

Procedimentos da Pesquisa

Primeiramente foi encaminhado um convite, via e-mail aos gestores dos centros de reabilitação para participarem da pesquisa. Dos cinco centros convidados, quatro aceitaram em participar e um não retornou os contatos. Entretanto, somente uma instituição apresentava crianças com o perfil de amostra desejado, conforme sondagem no contato inicial. No ano de 2014, a referida instituição que apresentou os pré-requisitos para a pesquisa, prestou atendimento multidisciplinar a uma população de 130 pacientes com ECNE; destes, 35 sujeitos ingressaram no atendimento fonoaudiológico semanal. Sendo que destes, quatro crianças se enquadraram nos critérios de inclusão desta pesquisa, sendo ocorreu uma perda amostral, ficando três crianças para o estudo.

Mediante o aceite da instituição, foi realizado contato telefônico com as fonoaudiólogas desse respectivo centro. Foi agendada uma visita com os referidos gestores e fonoaudiólogas para apresentação da pesquisa e procedida à coleta da assinatura do Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE C) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais e/ou responsáveis (APÊNDICE D).

Foram anotados os dados de identificação civil e formação dos fonoaudiólogos voluntários: idade, sexo, formação, local, tempo de experiência e área de atuação profissional. Nesse mesmo momento, também foram selecionadas as crianças, conforme o perfil da amostra pretendida.

A partir dessa etapa, os pais ou responsáveis das crianças que compõe a amostra foram convidados e esclarecidos pelas pesquisadoras. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aos pais ou responsáveis pelos pacientes. As crianças que tiveram condições motoras, cognitivas e intelectuais

foram convidadas e esclarecidas pelas pesquisadoras. Duas assinaram da forma como foi possível o termo de assentimento para as crianças (APÊNDICE E), juntamente com a assinatura de seus pais.

As pesquisadoras assinaram o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE F), se comprometendo a preservar a privacidade e a confidencialidade das informações dos pacientes, cujos dados foram coletados em prontuários e bases de dados do centro de reabilitação colaborador.

Procedimento de Coleta

Foram realizadas filmagens de três atendimentos fonoaudiológicos consecutivos de cada criança.

As pesquisadoras não presenciaram os registros para que não houvesse interferência direta ou indiretamente no andamento da terapia fonoaudiológica. Os registros foram feitos semanalmente, utilizando uma filmadora digital Sony PJ15 apoiada em um mini tripé flexível D-Concepts. As filmagens foram salvas em cartões de memória 32GB Micro SD Ultra SanDisk.

Transcrição e derivação de categorias discursivas

Foi realizada a transcrição dos primeiros 10 minutos dos vídeos de cada uma das três sessões de atendimento fonoaudiológico com uso da CSA. Uma exceção, no caso 3, foi necessária, utilizando as filmagens de duas sessões diferentes para contemplar 10 minutos de análise, devido à realização de tarefas não discursivas na primeira sessão (atividade de assistir musicais animados). Nesse caso, para atingir o tempo previsto para a análise da primeira sessão, foi realizada análise de diferentes episódios discursivos não contínuos da primeira e da segunda sessão, até contemplar o tempo estimado. A segunda e terceira sessões, dessa criança, continham tempo total suficiente para analisar também de forma não contínua dez minutos de episódios discursivos.

O tempo justifica-se, pois a menor média do tempo total de sessão com uso da CSA foi de 15 minutos, além de considerar-se a representatividade do *corpus* (SINCLAIR 2004).

Abaixo, o quadro 2 mostra o tempo por sessão e a média de tempo do total de sessões:

Amostra	Tempo Sessão 1	Tempo Sessão 2	Tempo Sessão 3	Média de tempo total das sessões
Criança1	18 minutos	19 minutos	26 minutos	21 minutos
Criança 2	13 minutos	14 minutos	19 minutos	15 minutos
Criança 3	11 minutos	20 minutos	21 minutos	17 minutos

Quadro 2 – Tempo de sessão por atendimento fonoaudiológico com uso da CSA.

O *corpus* total de cada criança com seus interlocutores consistiu, portanto, na transcrição de trinta minutos (somando as três sessões).

As filmagens foram cuidadosamente analisadas, sendo revistas onze vezes para finalizar a categorização dos atos de fala e dos meios comunicativos

Procedimentos de Análise Conversacional

O *corpus* foi dividido em unidades comunicativas (UC). Uma UC é a expressão de um conteúdo ou ideia que poderá ou não ser expresso numa unidade sintática tipo frase (Rath 1979). Cada UC da pesquisa foi classificada de acordo com o meio comunicativo usado e o tipo de ato de fala de cada participante da cena dialógica. Foram desenvolvidas denominações para categorias e subcategorias, a partir das características comunicativas singulares das crianças com ECNE (APÊNDICE G) e de seus interlocutores (APÊNDICE H) observadas nas filmagens do contexto terapêutico, a partir dos referenciais de fala de Searle (1969/1981) e de Marcuschi (2007).

Primeiramente, foram quantificados os meios comunicativos das díades. De acordo com a hipótese sobre os meios comunicativos dos interlocutores, esperava-se encontrar um padrão assimétrico com predomínio do meio oral por terapeutas e predomínio do meio gestual pelas crianças.

As definições criadas para os meios comunicativos adotados foram:

- Oral: emissão de fala inteligível parcial e/ou totalmente.
- Oral assistido: expressão via CSA de alta tecnologia com emissão sonorizada do recurso.
- Pictórico: expressão via uso de figuras de comunicação.

- Gestual: expressão com mímica facial, movimentos e gestos corporais.
- Vocal: emissão de vocalização não articulada, sorriso, gargalhada, urro gritos, gemido, choro, suspiro e/ou bocejo sonorizado.

A hipótese do estudo quanto aos atos de fala produzidos foi que os terapeutas expressariam predominantemente atos de fala diretivos e que determinados tipos de atos de fala dos terapeutas poderiam, em comparação a outros, facilitar a expressão de respostas adequadas pelas crianças. Para investigar essa hipótese, primeiramente foi concluída a análise quantitativa dos tipos de atos de fala produzidos. Em seguida, a resposta de cada criança aos atos de fala predominantes dos adultos foi analisada.

Portanto, ao averiguar-se o predomínio de indagações (atos do tipo diretivo), optou-se por analisar as perguntas e respostas dos participantes como pares adjacentes (Marcuschi 2007), assim como as solicitações e os protestos.

Observou-se uma grande variedade de atos de fala das crianças e dos adultos. A análise dos mesmos ocorreu com base na teoria dos atos de fala (Searle 1969/1981). Já a análise dos pares adjacentes realizou-se com base em Marcuschi (2007), sendo analisada a proporção entre cada tipo de indagação e o correspondente tipo de resposta expressa pela criança.

Além dos dados quantificados, a análise incluiu de forma qualitativa a consideração de aspectos suprasegmentais (como prosódia e ritmo de conversação) sempre que considerados relevantes para a mesma.

Concordância das Análises

Os dados foram transcritos, revisados e analisados. Após, as filmagens e transcrições foram enviadas a duas juízas que conferiram as análises separadamente, sendo contabilizada a frequência de concordâncias e discordâncias. Foram selecionados de forma aleatória episódios discursivos de 4 minutos e 30 segundos (15% do *corpus* total de cada criança-adulto) para conferência das juízas (de acordo com o método empregado por Brandão 2005). O parâmetro comparativo aceitável, relativo às ocorrências de concordâncias, deveria ser igual ou superior a 70% (Fagundes 2015). O índice de concordância, das análises, variou entre 71% e 89%, sendo considerado adequado.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Caso 1

O menino (L) com 8 anos e 11 meses de idade, tem ECNE do tipo quadriparesia espástica, devido à anoxia perinatal e epilepsia, motivo ao qual utiliza medicamento. Apresenta astigmatismo e miopia, utilizando óculos. É cadeirante. Não é alfabetizado, frequenta o 3º ano do ensino fundamental regular municipal em uma escola da região metropolitana do Estado do Rio Grande do Sul (RS), e semanalmente, frequenta a sala de integração e recursos (SIR).

Aos 2 anos de idade, iniciou intervenção fonoaudiológica em um centro de reabilitação, sendo desligado após 1 ano, devido às normas institucionais. Há 5 anos está em outro centro, com a mesma fonoaudióloga acompanhando-o, a qual introduziu o uso da CSA desde o seu ingresso. Recebe também intervenções terapêuticas nas áreas da Fisioterapia, Hidroterapia e Terapia Ocupacional.

Quando iniciou a intervenção fonoaudiológica apresentava compreensão e expressão oral muito limitada. Suas emissões se restringiam a repetições da última sílaba da palavra dita pelo seu parceiro conversacional (exemplo: comer: “me”). Atualmente, expressa-se emitindo uma sílaba da palavra, entretanto emite sem depender da modelagem do seu interlocutor. Não há laudo psicológico sobre as habilidades cognitivas da criança. Tanto a linguagem compreensiva quanto a expressiva apresentaram evoluções terapêuticas, com destaque para o aumento do vocabulário e da oralização. O prontuário também relata progressos no que diz respeito às praxias motoras orofaciais. O perfil ativo dos pais e da criança foi relevante para a adesão ao uso da CSA, a qual inicialmente foi introduzida com o recurso de pranchas temáticas e evoluiu para uso do aplicativo Que Fala© no *tablet*.

Apresenta disfagia orofaríngea neurogênica de grau leve e está há 2 anos sem infecção respiratória de vias aéreas inferiores. Ingere todas as consistências. Precisou engrossar e espessar o líquido e o utensílio para canudo para deglutir com mais segurança. Inicialmente mascava o alimento e passou a mastigar com predomínio do lado direito. Por não ser o objetivo do estudo, não serão aprofundadas questões sobre a intervenção nesses aspectos.

Caso 2

A criança 2 é uma menina (E), tem 10 anos e 6 meses de idade, apresenta ECNE do tipo quadriparesia espástica por parada cardiorrespiratória por anoxia

perinatal. Apresenta epilepsia. Utiliza medicações anticonvulsivantes. Usa óculos, pois apresenta astigmatismo e miopia. É cadeirante.

Cursou a Educação Infantil e no momento está no 1º ano do ensinofundamental de uma escola municipal regular em uma cidade do RS. Recebe intervenções terapêuticas nas áreas da Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Hidroterapia e Psicologia. Destaca-se que o atendimento fonoaudiológico semanal ocorre em parceria com a Terapia Ocupacional. Essa atuação conjunta visa desenvolver maior independência comunicativa por meio de facilitações da adaptação postural e da acessibilidade ao recurso do *tablet* para a CSA.

Os padrões de comunicação de E, nas sessões fonoaudiológicas demonstram que a menina apresenta habilidades atencionais e compreensão relativamente bem desenvolvidas.

Iniciou intervenção fonoaudiológica com 2 anos de idade, mas com trocas de terapeutas ao longo do tempo. Não emitia sons e usava o movimento ocular para se comunicar, olhando para o objeto concreto, para o interlocutor e para o objeto novamente, principalmente brinquedos e alimentos. A comunicação por meio do olhar se estabelece principalmente com a mãe, mas também com outros parceiros conversacionais mais próximos, como os terapeutas.

Após a introdução da CSA com a prancha, ocorrida em 2009, a menina passou a ter desejo de comunicar-se, ampliou significativamente a iniciativa comunicativa, passando a chamar mais a atenção materna para solicitar ações e objetos, bem como para fazer comentários e opinar. Dessa forma, a mãe percebeu que não precisa mais fazer escolhas pela filha, nem mais se balizar pela rotina cotidiana para lidar com E, pois pode perguntar diretamente à menina.

A introdução da CSA deu-se por meio de prancha temática de baixa tecnologia e atualmente faz uso do aplicativo Livox© em seu *tablet*. Compreende o significado das 3 figuras avulsas de ações com desenho de linha PCS, as quais representam as regras estabelecidas no atendimento multidisciplinar com a criança, a saber: (1) Relaxar (referindo-se à tensão corporal); (2) Não chorar; e (3) Escutar as terapeutas. Destaca-se que a menina solicita constantemente o recurso do *tablet* para se comunicar.

A família e terapeuta incentivam o uso do recurso comunicativo na escola. Nesse ambiente, parece haver receptividade e uso não sistemático da CSA, assim como nos atendimentos fisioterapêuticos.

Em relação aos aspectos de alimentação, apresentava disfagia orofaríngea neurogênica grave, tendo avanços terapêuticos. Hoje, está compatível com o grau moderado de disfagia. Não ingere a consistência sólida, o líquido é espessado e o pastoso é a consistência que favorece o desempenho da deglutição segura.

Caso 3

Trata-se de um menino (G) com 12 anos e 1 mês de idade, que sofreu anoxia perinatal e tem diagnóstico médico de ECNE do tipo quadriparesia espástica. Apresenta epilepsia, utilizando medicações anticonvulsivantes. Realizou gastrostomia, além da funduplicatura devido ao refluxo gastroesofágico. Histórico de internações hospitalares longas e recorrentes, relacionadas às convulsões e/ou pneumopatia crônica com presença de atelectasia pulmonar. É cadeirante.

Não consta no prontuário avaliação oftalmológica, não sendo possível afirmar a acuidade, nem outros parâmetros do desempenho funcional da visão, somente se pode inferir que não há dificuldades no sistema visual. Da mesma forma, não há laudo formal, da área da Psicologia em relação aos aspectos cognitivos. Faz tratamento Fonoaudiológico e Fisioterapêutico. É aluno da turma de CSA em uma escola de educação especial, vinculada a uma instituição de assistência social sem fins lucrativos da capital do Estado do RS. A intervenção fonoaudiológica foi iniciada aos 2 anos de idade e logo foi introduzida a CSA com brinquedos e figuras avulsas. Mesmo com a mudança de fonoaudiólogas, houve a manutenção do uso da CSA nas sessões. No Setor de Fisioterapia, e quando fazia Terapia Ocupacional, a CSA também era usada, mas não semanalmente. No ambiente familiar, não houve generalização para o uso da CSA no cotidiano, devido a não adesão familiar, apesar das orientações que incentivavam o uso.

Em sessão fonoaudiológica faz escolhas simples quando solicitado, sendo frequentemente necessário realizar a repetição da pergunta e sempre mostrando a figura avulsa simultaneamente à fala do terapeuta. Não se observa iniciativa para comunicar-se e não faz solicitações, seja com ou sem a CSA. Quando manifesta

alguma expressão é realizada pelo choro e pelo sorriso. Reage com choro ao perceber a mudança do aspecto suprasegmental prosódico do interlocutor, quando esse insiste que a criança responda.

Alimenta-se totalmente pela via alternativa de gastrostomia, em virtude da disfagia orofaríngea neurogênica grave. A estimulação fonoaudiológica para a deglutição de saliva e secreção de via aérea superior foi suspensa, pois quando eram realizados estímulos para a promoção do alerta oral, havia maior produção salivar sem desencadear o reflexo de deglutição. O gerenciamento fonoaudiológico mensal ocorre para monitorar o retorno às consultas médicas, para reforçar a orientação de não realizar oferta via oral, e também, para não ofertar a dieta com a seringa via gastrostomia.

RESULTADOS

Meios Comunicativos

As Figuras 1 e 2 apresentam a porcentagem dos diferentes meios comunicativos usados pelas díades. Percebe-se que todas as crianças apresentaram o meio gestual para expressarem-se (54,3%), corroborando com a hipótese cogitada.

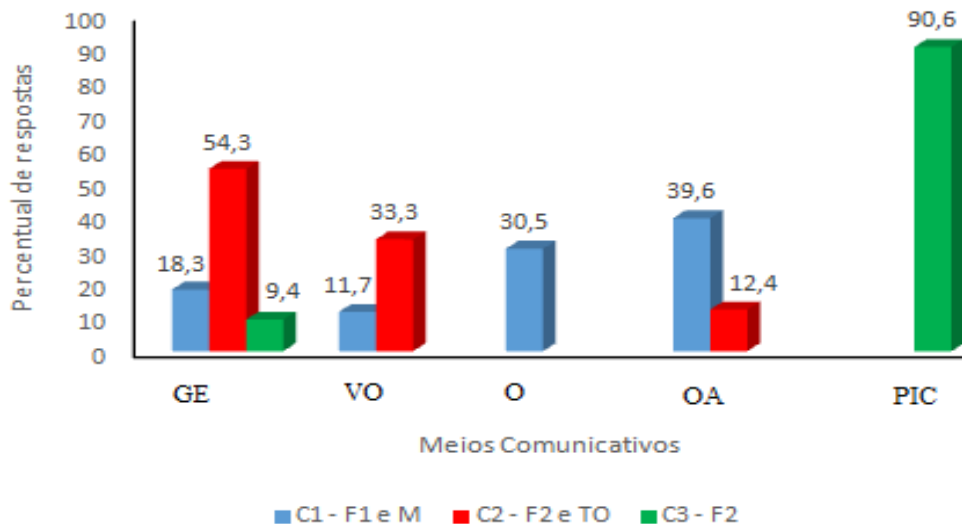


Figura 1 – Meios comunicativos das crianças com os interlocutores

Legenda: C: criança F: Fonoaudióloga TO: Terapeuta GE: gestual VO: vocal O: oral OA: oral assistido PIC: via uso de figuras de comunicação

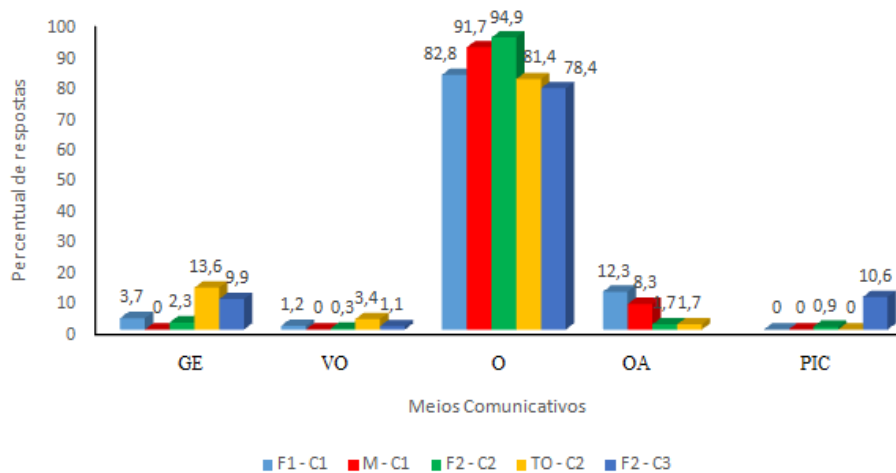


Figura 2 – Meios comunicativos dos interlocutores com as crianças

Legenda: C: criança F: Fonoaudióloga TO: Terapeuta GE: gestual VO: vocal O: oral
OA: oral assistido PIC: via uso de figuras de comunicação

Atos de fala dos interlocutores com as crianças

Caso 1

Na Figura 3, observa-se que o ato de fala mais emitido pela fonoaudióloga foi do tipo “indagação aberta”, seguido da “indagação fechada do tipo sim/não”, do chamamento de atenção e da “repetição de indagação aberta”. Portanto, a fonoaudióloga da criança 1 apresenta predomínio de atos de fala diretivos em que se observa um padrão de uso escasso dos meios estratégicos e recursos oferecidos pela comunicação alternativa, tais como as indagações fechadas via CSA com duas alternativas de resposta ou mesmo indagações fechadas do tipo sim/não via CSA.

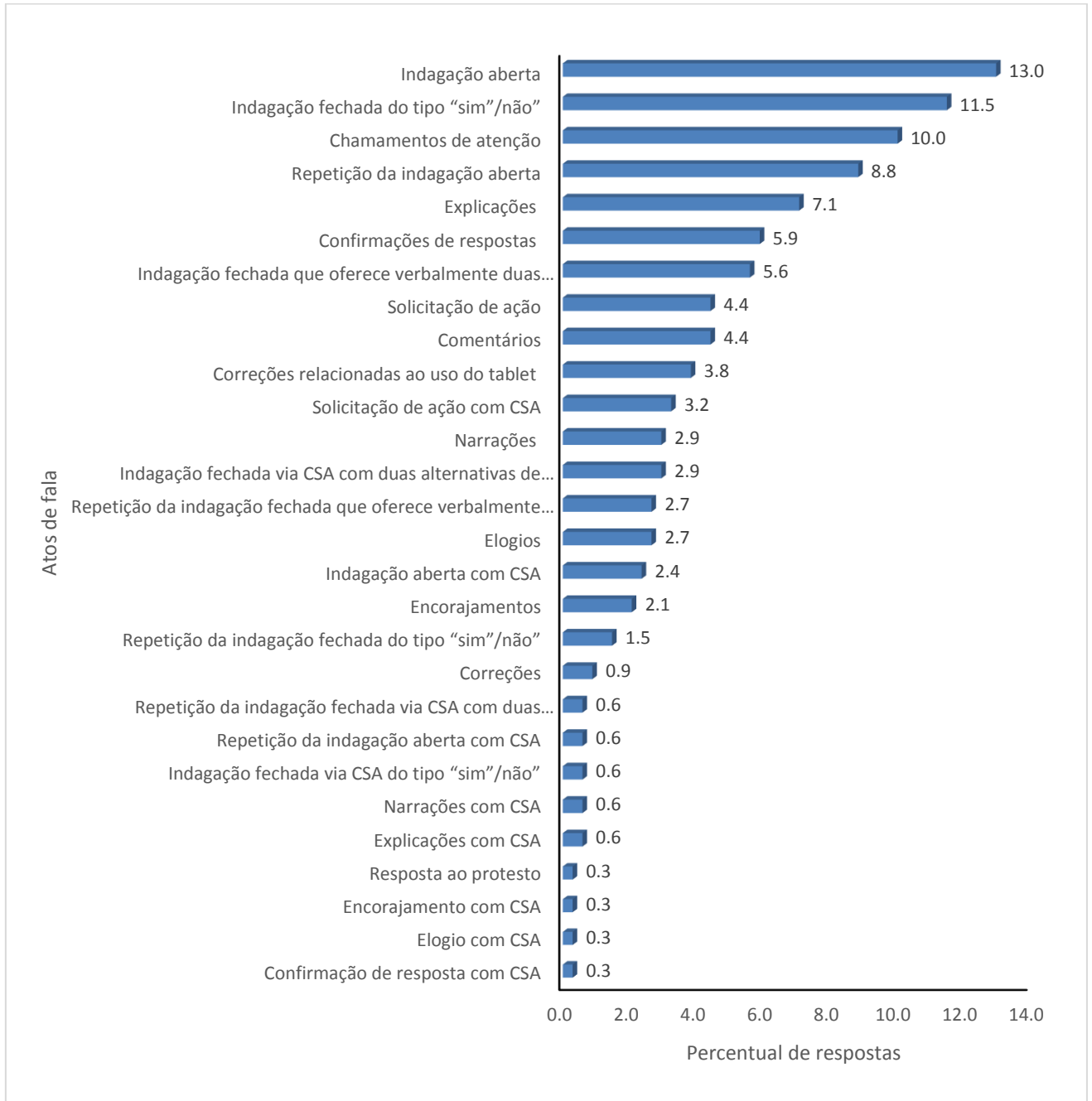


Figura 3 – Porcentagem de atos de fala expressos pela fonoaudióloga 1 com a criança 1.

Legenda: CSA - Comunicação Suplementar e Alternativa

Na figura 4, observa-se que a mãe produziu predominantemente atos de fala diretivos (“indagação do tipo sim/não” e “indagação aberta”), porém em comparação à fonoaudióloga, a mãe emitiu mais atos de fala não diretivos (nomeações, narrativas, comentários e explicações). Deve-se salientar que o tempo de sua participação foi muito pequeno (1 minuto e 10 segundos no terceiro atendimento fonoaudiológico).

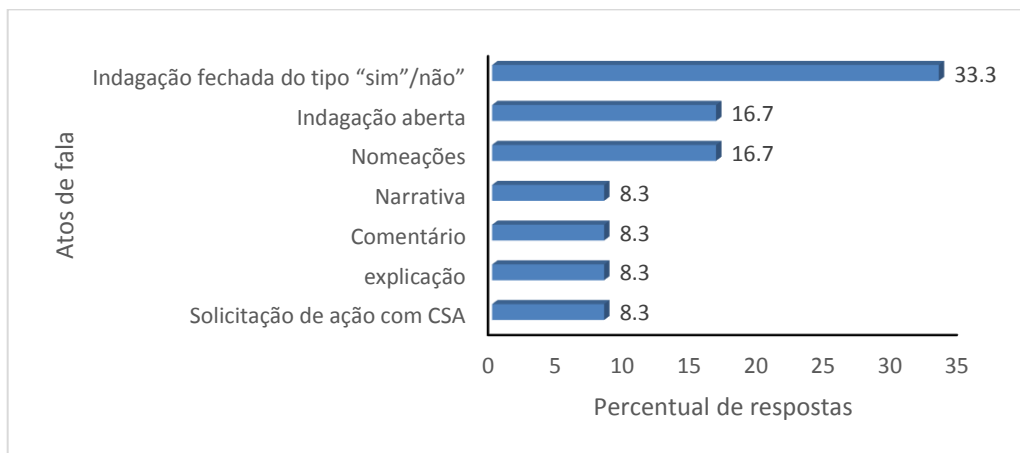


Figura 4 – Porcentagem dos atos de fala da mãe 1 com a criança 1.

Legenda: CSA - Comunicação Suplementar e Alternativa

Caso 2

Na Figura 5, observa-se que o ato de fala mais emitido pela fonoaudióloga foi a “indagação fechada do tipo sim/não”, seguida da “indagação aberta”, das “explicações” e da “indagação fechada via CSA do tipo sim/não”.

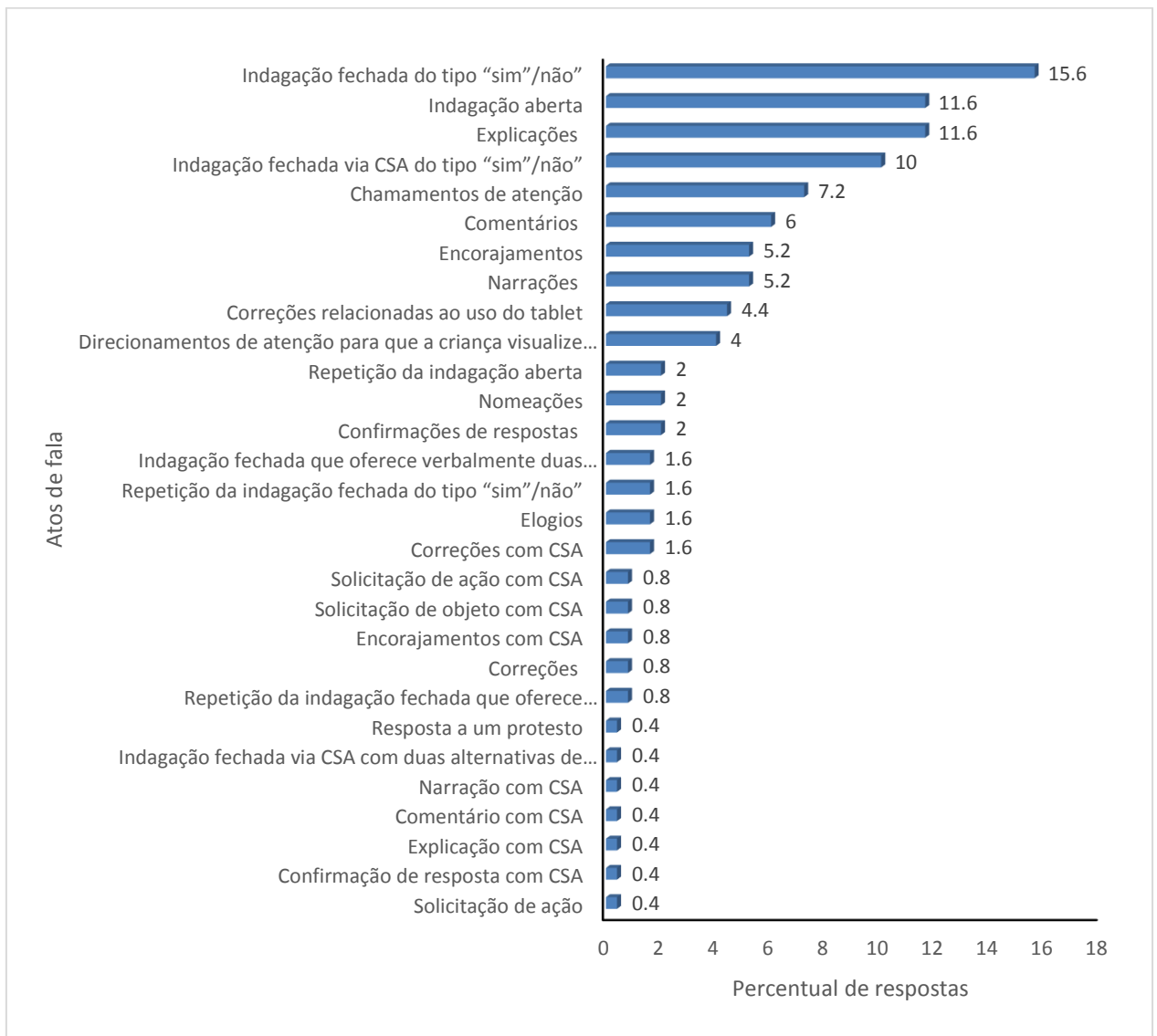


Figura 5 - Porcentagem dos atos de fala da fonoaudióloga 2 com a criança 2.

Legenda: CSA - Comunicação Suplementar e Alternativa

A terapeuta ocupacional participou do primeiro e do segundo atendimentos fonoaudiológicos, observando-se que a mesma concentrou-se em fazer predominantemente atos de correção relacionados ao domínio operacional da comunicação alternativa, utilizando-se de elogios com recursos de comunicação alternativa sempre que a criança produziu respostas adequadas (Figura 6).

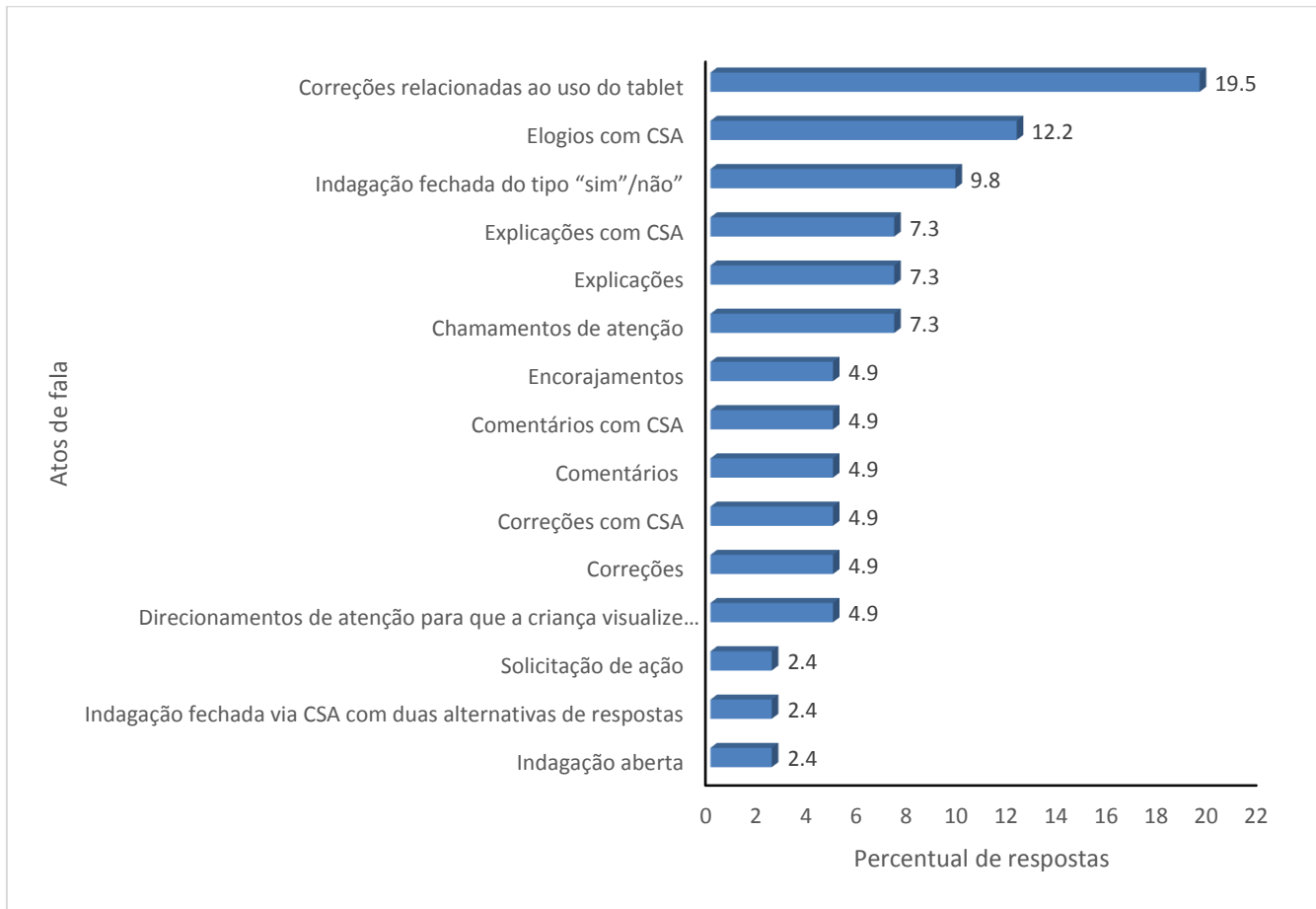


Figura 6 - Porcentagem dos atos de fala da terapeuta ocupacional com a criança 2.

Legenda: CSA - Comunicação Suplementar e Alternativa

Caso 3

Na Figura 7, observa-se que o ato de fala mais emitido pela fonoaudióloga foi a “indagação fechada via CSA do tipo sim/não”, seguida da “confirmação de resposta”, da “indagação fechada do tipo sim/não”, da solicitação de atenção e de “explicações”.

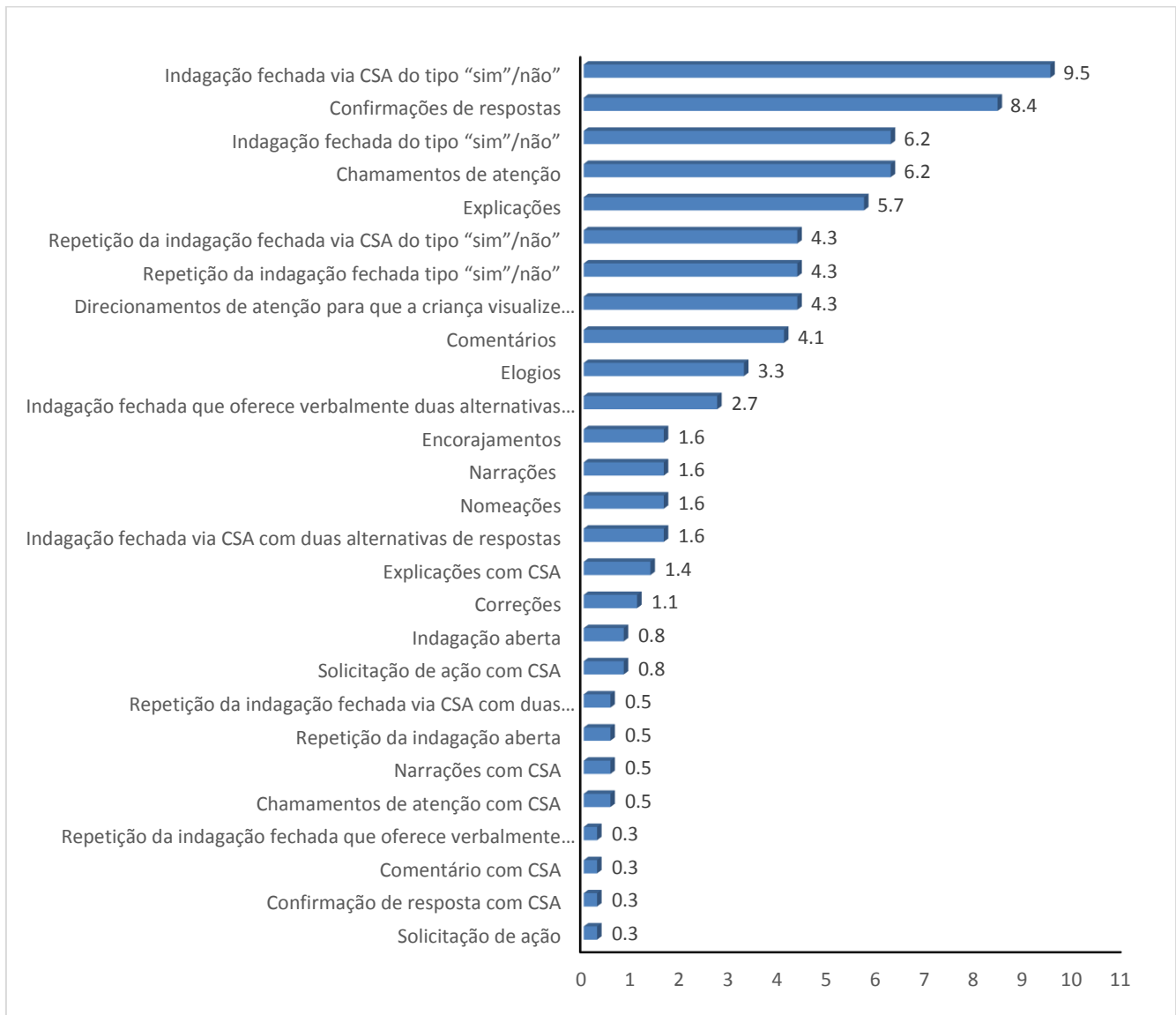


Figura 7 - Porcentagem dos atos de fala da fonoaudióloga 2 com a criança 3.

Legenda: CSA - Comunicação Suplementar e Alternativa

Pares adjacentes

Todas as crianças produziram atos de fala (conversacionais) do tipo pares conversacionais, pois pela sua natureza linguística são subjacentes a alguma fala inicial dos interlocutores. Entretanto, duas crianças (C1 e C2) iniciaram um turno conversacional a partir do par adjacente do tipo protesto delas próprias dirigindo-se aos interlocutores.

Os pares adjacentes observados foram do tipo protesto-revide, indagação (aberta e fechada com ou sem CSA)-resposta e ordem-execução, conforme, respectivamente, as figuras 8 e 9.

Quando não há sinalização gráfica significa que o interlocutor não produziu este tipo par adjacente à criança. Já quando produzido pelo interlocutor e a criança não correspondeu o esperado, está sinalizado com 0% (zero).

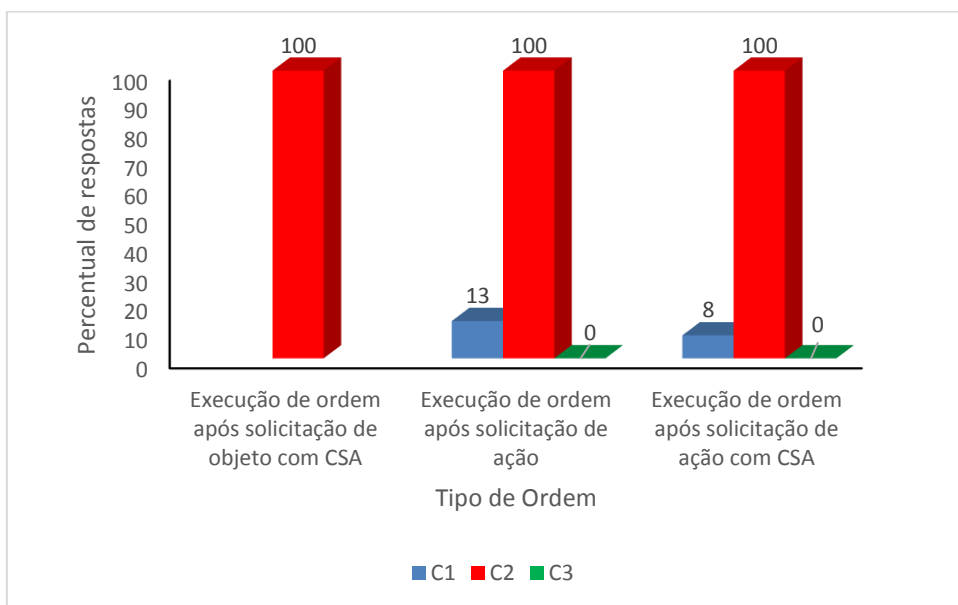


Figura 8 – Porcentagem dos atos de fala do tipo par adjacente do tipo execução-ordem das crianças aos seus interlocutores.

Legenda: CSA - Comunicação Suplementar e Alternativa

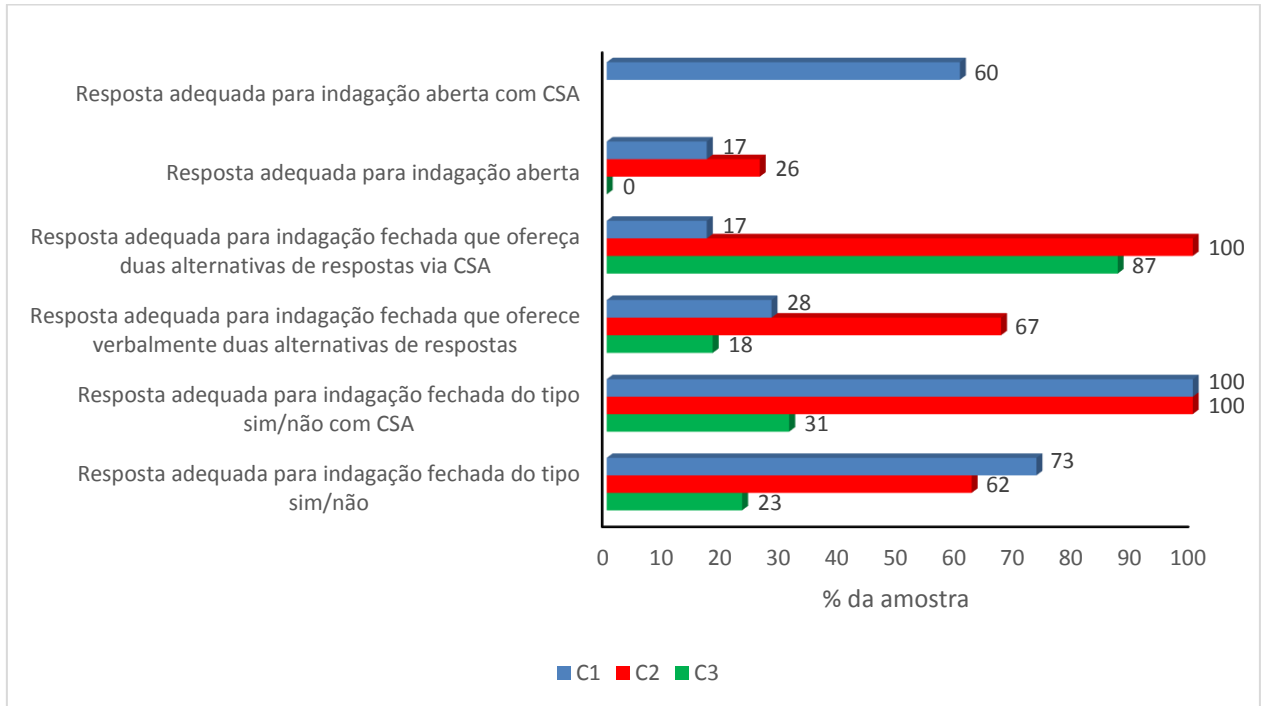


Figura 9 – Porcentagem dos atos de fala do tipo par adjacente do tipo resposta-indagação das crianças aos seus interlocutores.

Legenda: CSA - Comunicação Suplementar e Alternativa

DISCUSSÃO

Considerando o predomínio do meio oral por interlocutores, sejam as fonoaudiólogas, a terapeuta ocupacional ou a mãe, observou-se que a hipótese do estudo foi confirmada, evidenciando um padrão extremadamente assimétrico na interação com as crianças no que tange ao pouco uso de meios não verbais, com predomínio do meio oral.

Da mesma forma, confirmou-se a hipótese de que as crianças em comparação a elas próprias usam mais o meio gestual. Observou-se que duas crianças caracterizaram-se por mesclar diferentes meios (uma mais gestual e outra mais oral), sendo que o uso de apenas um meio foi observado somente no caso 3, que se expressou muito mais pelo meio pictórico do que pelos outros meios.

A criança 1 apresentou predominantemente, o meio oral assistido, isto é, a maior parte das unidades comunicativas expressas por ela, nas sessões, foram via CSA de alta tecnologia com emissão sonorizada. O segundo meio comunicativo mais utilizado pela criança 1 foi o meio oral, enfatizando-se que esse foi o único

caso que fez uso do meio oral. A criança 2 teve como principal meio comunicativo o gestual, seguido do vocal. A criança 3 apresentou como principal meio comunicativo o meio pictórico via figuras de comunicação. Já em relação aos interlocutores todos (fonoaudiólogos ou não) apresentaram o uso predominante do meio oral, como previa a hipótese do estudo.

Considerando-se a suspeita registrada no prontuário de que a criança 1 apresenta dificuldade de compreensão verbal, porém com parecer de progresso em terapia fonoaudiológica (aumento do vocabulário, da oralização e melhora das praxias motoras orofaciais), justifica-se o uso acentuado do meio oral no caso 1. Ressalta-se, que essa criança, portanto beneficia-se da função suplementar da comunicação alternativa. A mãe participou durante 1 minuto e 10 segundos do terceiro atendimento fonoaudiológico, com predomínio do meio oral. Entretanto, como se demonstrará a seguir, os resultados no que tange aos tipos de atos de fala expressos pela fonoaudióloga e pela mãe, bem como sobre a porcentagem de repostas adequadas aos atos de fala dos interlocutores fornecem informações que fazem considerar a necessidade de que os interlocutores façam maior uso da CSA com essa criança.

Considerando-se o parecer de que a criança 2 apresenta compreensão verbal, pode-se inferir que também houve excessivo uso do meio exclusivamente oral pelos interlocutores da mesma. Pode-se afirmar, pela análise das respostas da criança, a seguir, que se fosse feito uso dos recursos de comunicação alternativa com mais frequência também poderia haver uma ampliação da sua capacidade expressiva. A terapeuta ocupacional, que participou do primeiro e do segundo atendimentos fonoaudiológicos com a criança 2, embora também tenha feito uso predominante do meio oral para se expressar, destacou-se pelos aspectos prosódicos de sua fala. Os atos de fala expressos pela TO tiveram foco nos processos de aprendizagem do uso da CSA, como mencionado no decorrer do estudo.

De acordo com o parecer no prontuário, a criança 3 apresenta grande prejuízo nos aspectos motores globais e orofaciais e apresenta comprometimento grave da compreensão. O fato de que esse menino utiliza predominantemente o meio pictórico demonstra que a criança encontra-se motivada a utilizar esse recurso, provavelmente por ter nele o seu meio melhor sucedido de comunicação. Isso contrasta fortemente com o perfil predominante da fonoaudióloga, com excessivo

uso do meio exclusivamente oral e pouco uso do mesmo meio usado pela criança. Esse dado é atenuado pela maior produção de um ato de fala via CSA, como transcorrerá no estudo.

No presente estudo todas as crianças apresentaram o meio gestual de se expressar e todos os interlocutores apresentaram o uso predominante do meio oral, percebendo-se um baixo uso da CSA como meio de expressão do interlocutor oralizado, corroborando a afirmativa de Smith e Grove (2003) de que principalmente o meio comunicativo entre os falantes e não falantes é assimétrico. Deliberato (2011) verificou o impacto positivo do uso de diferentes modalidades expressivas para ampliar a comunicação da criança.

Nos casos estudados na presente pesquisa, percebe-se a carência da oferta de modelo de uso de diferentes sistemas de CSA pelos interlocutores para ampliar a comunicação funcional das crianças (Deliberato 2011).

Sobre os atos de fala a fonoaudióloga 1 com a criança 1, apresentou repetido uso da estratégia de confirmação de resposta. Vê-se que a repetição desse ato de fala realizado em diferentes situações pela fonoaudióloga é um ato que, para essa criança, não favoreceu a fluidez da conversação (exemplo no Episódio Comunicativo 1).

Episódio Comunicativo 1

L: Com ajuda fica apertando no tablet que emite as palavras “no computador”

F1: No computador? (CONFIRMAÇÃO DE RESPOSTA)

C1: É

F1: Brincar de que no computador?

C1: Com ajuda fica apertando no tablet que emite as palavras “McQueen” e fala Méc

F1: Do McQueen? Tu quer brincar com ele aqui? (CONFIRMAÇÃO DE RESPOSTA)

C1: É

F1: Ó. Tu quer brincar com ele ali ou pode ser aqui no tablet?

C1: Aponta com o dedo da mão direita (em direção ao computador)

F1: Lá no computador? (CONFIRMAÇÃO DE RESPOSTA)

C1: É e balança a cabeça para frente afirmando

F1: A gente vai ter que ir lá para ver o McQueen

C1: É e balança a cabeça para frente afirmando

Outros exemplos de comunicação estratégica usada pela fonoaudióloga 1 com a criança 1 são demonstrados nos episódios abaixo, que mostraram como a mudança do tipo de pergunta, aberta para fechada, e como a retomada do tópico podem favorecer o sucesso na comunicação.

Episódio Comunicativo 2

F1: Onde que tu tá agora? (Indagação aberta)

C1: Não responde

F1: Na escola, no XXX (nome do centro de reabilitação), onde tu tá agora? (Indagação fechada que oferece verbalmente duas alternativas de respostas)

C1: No X (fala uma sílaba do nome do centro de reabilitação).

Episódio Comunicativo 3

F1: A dinda te deu colo?

C1: É

F1: Tá, mas olha só, vamos voltar um pouquinho

F1: Eu perguntei o que que tu que faze hoje aqui. E o que que tu que faze?

F1: Eu não tenho como trazer a dinda aqui né C1!

F1: O que que tu quer fazer aqui na fono hoje? Onde estão as brincadeiras?

A mãe 1 com a criança 1 demonstra mais a iniciativa de fazer uso dos recursos da comunicação alternativa, demonstrando um perfil colaborativo. Entretanto, salienta-se que o tempo de coleta em relação à interlocutora fonoaudióloga, foi menor. Pode-se observar no episódio comunicativo exemplificado abaixo, que a mãe favorece um ambiente mais naturalístico, com atos de fala que questionam e auxiliam a construção do significado e justificam as mensagens da criança na conversação:

Episódio Comunicativo 4

M: Me conta o que que tu quer? Mostra o tablet

C1: Clica no tablet que emite “ Fazer cocô”, “ Fazer xixi”

M: Tu quer fazer xixi?

C1: Faz meneio de cabeça afirmando e sorri

M: Tu quer mesmo?

C1: Faz meneio de cabeça afirmando

F1: Depois a mãe X vai contar se tu fez ou não xixi

M: Eu conto mesmo

(...)

F1: E aí X, fez alguma coisa?

M: Não fez, nem xixi, nem cocô

F1: Não C1?

C1: faz um movimento com a boca

M: Por quê? O que que tu disse pra nós que tu queria?

F1: Eu acho que na verdade quando ele está sendo filmado, ele fica olhando, daí ele sempre... É a segunda vez já que quando ele é filmado ele pede

C1: Fica olhando para a terapeuta

M: Pum ele tem bastante

C1: Pum, pum, pum

F1: Tu soltou pum?

C1: É pum, pum, pum GESTUAL: sorri (...) VOCAL: faz barulho com a boca (onomatopeia para pum)

(...)

M: Levanta o teu braço C1.

C1: Levanta os braços e sorri

M: Coloca a mesa adaptada à cadeira de rodas enquanto fala “Um monte de pum né filho?”

C1: É. GESTUAL: Faz meneio de cabeça afirmando

Portanto, novamente observou-se confirmação da hipótese, com predomínio de atos de fala diretivos expressos pela fonoaudióloga. Dessa vez, porém, a indagação fechada aparece em maior número do que a aberta, o que demonstra um padrão estratégico da fonoaudióloga, visando à diminuição da demanda cognitiva, facilitação da compreensão e expressão da criança. O uso acentuado de “explicações” indica também a tentativa de compensar dificuldades de compreensão da criança. Muitas explicações feitas pela fonoaudióloga foram em função do uso do recurso em si, ocupando grande parte da sessão fonoaudiológica, como mostra o exemplo de um episódio de comunicação abaixo:

Episódio Comunicativo 5

T: C2., tá tudo bem contigo. Sim ou não?

C2: Olha para o tablet (em direção ao SIM)

F2: Sim quer fazer uma coisa diferente agora? Qué? Tá agora olha para o símbolo e tenta ir com a mão

TO: Segura a mão da menina que tem uma ponteira

C2: com o auxílio da TO aciona com a ponteira adaptada clica no tablet, que emite a palavra “beber”

F2: Tu quer beber alguma coisa?

C2: GESTUAL: faz balanceio de cabeça (não) e sorriso; VOCAL: vocalização não articulada

F2: Não. Então aonde é o voltar? Aonde é o voltar C2?

TO: C2! Ó tu vai apertar em beber chá. Vamos dobrar um pouco o braço e vamos voltar (manipulando a mão da criança)

F2: Aonde é o voltar?

C2: Sinaliza com a cabeça onde é o voltar no tablet

F2: Ali. Então vai com a mão, te concentra e vai com a mão. Mais uma vez. Ali, foi, voltou!

Em relação à fonoaudióloga 2 com a criança 2, as frequentes “indagações fechadas via CSA do tipo sim/não”, atingiram o objetivo de facilitar a compreensão e a expressão da criança por meio de indagações contextualizadas que permitiram respostas curtas de confirmação ou não de afirmações prontas.

A terapeuta ocupacional com a criança 2 fez uso acentuado de elogios e de prosódia emocional favorável, destacando-se como uma estratégia bastante benéfica promovendo a motivação para a comunicação pela criança. A terapeuta ocupacional também fez uso frequente da “indagação fechada do tipo “sim/não” e de explicações com CSA. Esse padrão comunicativo estratégico reflete uma preocupação com a aprendizagem do uso da CSA pela criança e, ao mesmo tempo, o próprio uso frequente dos recursos da CSA pela terapeuta evidenciou-se durante esse processo.

Já, o padrão comunicativo da fonoaudióloga 2 com a criança 3 demonstra um maior uso do recurso visual da CSA para atingir o objetivo de facilitar a

compreensão e a expressão da criança por meio de indagações contextualizadas que permitiram respostas curtas de confirmação ou não de afirmações prontas. Observa-se uma preocupação com a aprendizagem do uso da CSA, chamando com frequência a atenção da criança para a CSA e dando explicações. As indagações fechadas do tipo sim/não (tanto aquelas via CSA como as exclusivamente verbais) foram feitas com o intuito de obter respostas de forma mais imediata pela criança. Entretanto, apesar de fazer maior uso desse recurso, a fonoaudióloga 2 pareceu realizar um excessivo número de diferentes indagações do tipo sim e não, dificultando o processamento linguístico da criança que apresenta prejuízo da compreensão verbal.

Provavelmente devido ao comprometimento cognitivo da criança, percebe-se que a fonoaudióloga 2 busca direcionar a atenção de C3 para a CSA para que essa visualize alternativas de respostas “sim/não” às suas perguntas. Esse tipo de estratégia pode ser bastante útil, porém é preciso atentar para a consistência na qual o recurso é apresentado, bem como no ajuste ao tempo de processamento e resposta da criança.

A análise qualitativa de aspectos suprasegmentais da fala da terapeuta revelou velocidade de fala aumentada, além de se observar um bombardeio de indagações, dificultando o processamento linguístico e cognitivo de C3 para a conversação. O trecho, transcrito abaixo, exemplifica a quebra na comunicação quando, por engano, a fonoaudióloga 2 troca de lugares as figuras do “sim” e do “não”. Pode-se afirmar que foi um engano, pois o posicionamento das referidas figuras desse episódio, foi comparado com outros momentos de filmagem das três sessões fonoaudiológicas:

Episódio Comunicativo 6

F2: É Palavra Cantada C3, sim ou não? (mostra dois cartões: na mão esquerda “Não” e na direita “Sim”)

C3: Olha para o sim e pende a cabeça (pobre controle cervical). Não fica claro se o movimento que faz com a mão esquerda é para pegar o cartão do sim

F2: C3, tu quer ver outra do Palavra Cantada, sim ou não? (mostra dois cartões: na mão esquerda “Sim” e na direita “Não”). Olha para os dois cartões, um de cada vez (primeiro para o “não” e depois para o “sim”). Sim? Tu tem que olhar pro sim ou pro não? (mostra os cartões)(...). Tu quer ver outro do Palavra Cantada?

C3: Olha para o cartão do “não” e tenta pegar com a mão esquerda

F2: Não? Não quer ver outra do Palavra Cantada? Tem que escolher sim ou não? (mostra os cartões)

C3: Olha para o cartão do “não” (...)

*F2: Galinha Pintadinha? **Sim ou não? Não ou sim?** (aponta para os cartões em cima da mesa adaptada, um de cada vez). Com a mão! (pega os cartões da mesa e mostra)*

C3: Toca com a mão esquerda o cartão do “não”

F2: Não que ver Galinha Pintadinha? Aqui é o “não” C3 (mostra o cartão do “não” na mão direita). Aqui é o “sim” (mostra o cartão do “sim” na mão esquerda) (...) Tu quer ver Galinha Pintadinha, sim ou não? (coloca os cartões na mesa)

C3: Toca com a mão o cartão do não

F2: Não? Ããã. Tu quer ver Xuxa? Sim ou não? É. Então tu vai com a mão no sim. Se tu quer sim, vai com a mão no sim

C3: Foi com as duas mãos no não

F2: Tu só tá indo com a mão no não. Ai nós não vamos ver nada.

É importante registrar que em todas as filmagens da díade F2-C3, a fonoaudióloga realizou tarefas não discursivas, caracterizadas por atividade de assistir musicais animados, os quais ocupavam grande parte do tempo da sessão, sendo basicamente a tarefa linguística, a escolha do vídeo pela C3. Em muitos momentos, observa-se apatia da díade pela repetição da tarefa não discursiva e no último vídeo dispersão de C3 por não ter mais interesse nos vídeos.

A seguir serão percorridos os atos de fala do tipo pares adjacentes encontrados na amostra. Os episódios representativos do ato de fala do tipo protesto estão exemplificados abaixo, com as crianças 1 e 2, suas respectivas díades no contexto de atendimento fonoaudiológico:

Episódio Comunicativo 7

C1: Pega a mesa adaptada de papelão e levanta em frente ao seu tronco e rosto. Estende o corpo.

F1: O que tu tá fazendo? Bagunça? Mas, guri bagunceiro! Vamos arrumar aqui ó (pega a mesa adaptada de papelão)

C1: Não!

Já no episódio comunicativo 8 quando a luz da tela do *tablet* se apaga é pelo meio vocal que a menina demonstra o seu protesto:

Episódio Comunicativo 8

C2: emite sons não articulados com diferentes prosódias com a expressão facial de brava e olha para a fonoaudióloga quando a tela do tablet escurece.

F2: Calma!

Observou-se uma baixa produção de protestos durante as sessões por parte das crianças, o que por um lado pode ser interpretado como um sinal de predominância de conforto, motivação e vínculo propício na terapia. Por outro lado, de certo modo, a falta de protestos também pode ter alguma relação com o padrão comunicativo passivo das crianças. Nas duas situações em que os protestos ocorreram, observou-se que ambos foram claramente distintos.

No primeiro, surge uma dúvida sobre a intenção da criança 1 ao iniciar o protesto, com comportamento interpretado pela fonoaudióloga como inadequado em dado momento da sessão. O protesto fica evidente, quando a criança, depois responde oralizando “não” para a solicitação de ação da terapeuta.

No segundo episódio, a criança 2 utiliza o comportamento de protesto, via vocal, para comunicar à fonoaudióloga o que está ocorrendo. Ambos os protestos são ocorrências de iniciativa das crianças, porém o segundo indica o uso do protesto como iniciativa comunicativa, apresentando finalidade clara. Em ambas as situações, considera-se a importância de atentar para a necessidade de reconhecimento dessa iniciativa em demonstrar sua insatisfação com algo, bem como fornecer uma resposta que pudesse demonstrar a compreensão dessa intenção (ou pelo menos a tentativa da terapeuta de compreender essa intenção) e sanar ou não a causa do desconforto, explicando de forma simples e clara o porquê de uma contrariedade.

Embora a execução de uma ordem não possa ser considerada propriamente um ato intencional de comunicação dirigido para o outro, a mesma indica compreensão de um ato de fala do interlocutor e, portanto, as execuções de ordens foram consideradas na análise como fonte de informações importantes sobre o perfil comunicativo das crianças, bem como sobre a quantidade de diferentes atos de fala de solicitação feitos pelas fonoaudiólogas com cada criança. A execução das solicitações feitas nas sessões demandou o processamento de uma informação e a produção de uma ação motora.

A criança 1 não conseguiu executar nenhuma solicitação de objeto, tendo baixo desempenho na solicitação de ações, tenham elas sido feitas com ou sem CSA.

Já a criança 2 executou todos os pedidos de objeto e/ou de ação recebidos, confirmando o parecer registrado no prontuário de que a criança 2 apresenta compreensão verbal e condições cognitivas preservadas. A criança 2 não recebeu de seu terapeuta nenhum pedido de objeto, por isso não consta porcentagem correspondente na Figura 7.

Além disso, a criança 3 não conseguiu executar nenhuma das ações solicitadas pelo terapeuta, provavelmente pelo seu perfil cognitivo, sobre o qual o prontuário salienta grave prejuízo da compreensão verbal.

Percebeu-se que os diferentes subtipos de indagações tiveram uma porcentagem maior ou menor de respostas adequadas. Dentre todos os tipos de indagações feitas pela fonoaudióloga, a “indagação fechada do tipo sim/não com CSA” foi a melhor sucedida, considerando as respostas das crianças. A seguir, a “indagação fechada que ofereça duas alternativas de respostas via CSA” também teve alto índice de sucesso nas respostas das três crianças. O fato de que indagações fechadas com CSA tiveram maior percentual de sucesso na resposta das crianças indica que a fonoaudióloga deve tirar proveito da estratégia de dirigir perguntas que contém duas possibilidades de resposta a ser apontada por via de CSA.

Nesse sentido, as indagações que demandam respostas “sim” e “não” por via CSA são mais simples, pois nelas o interlocutor já emite uma afirmação simples contextualizada sobre a qual a criança tem apenas de confirmar ou não aquiescência. Esse tipo de indagação, portanto, facilita o processamento da informação e a produção de uma resposta por crianças com comprometimento da compreensão.

As indagações fechadas que oferecem duas alternativas de respostas via CSA são também facilitadoras por não exigirem que a criança elabore de forma independente o conteúdo a ser expresso, permitindo ainda uma variabilidade de informação semântica, utilizando os recursos de vocabulário expressivo da criança ao mesmo tempo em que fornece o recurso visual para que se comunique. O mesmo tipo de indagação só que sem o recurso da CSA obtém menor sucesso, o que mostra que não basta fornecer oralmente as alternativas de resposta para a criança, principalmente quando as indagações exigem maior recurso do vocabulário expressivo da mesma.

Portanto, as indagações melhor sucedidas foram aquelas que reduziram o número de possibilidades de resposta e ao mesmo tempo forneceram o recurso da CSA para a expressão da mesma.

A indagação aberta sem CSA foi o tipo de indagação com menor sucesso em termos de respostas das crianças. Esse resultado confirma a ideia de que a fonoaudióloga deve atentar para o fornecimento de alternativas de resposta por via da CSA. A indagação aberta demanda demasiadamente de crianças com comprometimentos cognitivos e dificuldades de compreensão que além disso, estão aprendendo a utilizar os recursos da CSA.

Possivelmente esse tipo de indagação pode ser utilizado com sucesso e motivação por crianças e adolescentes que tem vocabulário compreensivo e expressivo mais amplo e que já possuem um domínio maior dos recursos da CSA.

Considerando os resultados sobre os pares adjacentes de respostas adequadas para diferentes tipos de indagação, pode-se delinear um roteiro de prioridades no uso de indagações para as crianças desse estudo:

- 1° Indagação fechada do tipo sim/não com CSA;
- 2° Indagação fechada que ofereça duas alternativas de respostas via CSA;
- 3° Indagação fechada do tipo sim/não;
- 4° Indagação fechada que oferece oralmente duas alternativas de respostas;
- 5° Indagação aberta.

Se compararmos esse roteiro para o melhor desempenho dos questionamentos com o percentual de tipos de indagações produzidos pelas fonoaudiólogas com as crianças, percebe-se que (com exceção da fonoaudióloga que interagiu com a criança 3) houve um uso maior de indagações malsucedidas do que de indagações que produziram respostas adequadas. Possivelmente, o padrão comunicativo da fonoaudióloga que interagiu com a criança 3 tenha sido mais estratégico devido à consideração por parte da fonoaudióloga de que o caso 3 apresenta perfil com grande prejuízo nos aspectos motores globais e de suspeita de deficiência mental com comprometimento grave da compreensão. Esse exemplo de consideração do quadro reflete-se nos outros casos.

Considerando a interação das fonoaudiólogas com todas as crianças, a indagação aberta foi um dos tipos mais frequentes de indagação, sendo que esse tipo de ato de fala diretiva é o menos recomendável para crianças com o perfil da amostra investigada. A criança para a qual foram dirigidas mais indagações abertas foi a criança 1, que segundo o prontuário, apresenta dificuldade de compreensão verbal. Possivelmente o acentuado número desse tipo de indagação deve-se ao fato de que essa criança é a única que consegue expressar-se oralmente.

Portanto, não por acaso essa criança é a única que consegue algum sucesso (embora reduzido) nas respostas a indagações abertas, porém alcança maior sucesso em indagações abertas que oferecem a via de CSA. Assim sendo, mesmo

em crianças que conseguem se expressar pouco oralmente, o meio facilitador é o que oferece a CSA.

Os atos de fala de “indagação fechada do tipo sim ou não” tanto com quanto os sem o uso da CSA foram bastante frequentes e eliciaram uma grande porcentagem de êxito, favorecendo a manutenção das conversações. Tanto as fonoaudiólogas, como a terapeuta ocupacional e as mães que participaram como interlocutoras, já tem automatizado o uso dessa estratégia, devido ao aproveitamento observado com essa forma de dirigir perguntas às crianças. Há, entretanto, a necessidade de reforçar a importância de fazer maior uso da via de CSA para o direcionamento da resposta de “sim” ou “não”.

Ao analisar todas as amostras, foi confirmada a hipótese que os fonoaudiólogos apresentariam um perfil diretivo, enquanto que as crianças apresentariam passividade e dependência. Isso foi demonstrado pela quase ausência de pares adjacentes que se caracterizassem pela iniciativa das crianças, com resposta emitida pelo interlocutor.

O tipo de ato de fala em que foi evidenciado um padrão menos dependente do interlocutor foi o protesto, porém ocorreu apenas uma vez para duas crianças, tendo sido observadas respostas consideradas pouco estratégicas por parte das fonoaudiólogas.

Uma possibilidade de diminuir a dependência dialógica das crianças comprometidas globalmente, como no caso de crianças com ECNE é a introdução efetiva da CSA. As crianças com essas características, por serem mais dependentes nos aspectos linguísticos, físicos e psíquicos apresentam um perfil mais passivo comunicativo (Cesa 2009).

A hipótese de que a efetividade da comunicação das crianças com ECNE durante as sessões de terapia fonoaudiológica seria facilitada ou dificultada conforme o tipo de ato de fala do terapeuta foi confirmada. Indagações fechadas que fazem uso da CSA facilitaram as respostas das crianças, enquanto perguntas abertas foram desfavoráveis. A revisão sistemática exploratória de uma pesquisa (Pennington, Goldbart and Marshall 2007) de crianças com ECNE afirmou que houve êxito da mudança no estilo de interação com a diminuição na frequência de perguntas abertas e na proporção de perguntas e respostas.

Durante as três filmagens da terapia da fonoaudióloga2 com a criança 3 com ocorrem repetidamente tarefas não discursivas (atividade de assistir musicais

animados). Ao se analisar o vídeo, infere-se que a criança por vezes, não mantém o foco de atenção, mas, mesmo assim, a tarefa é mantida pela fonoaudióloga. Recomenda-se que a empatia e escuta atenta/ativa ao que se passa na cena dialógica é uma variável relevante a ser avaliada, pois a prosódia imperativa oscila com momentos de silêncio e falta de expressão emocional motivadora

Uma escuta empática (Rogers 1987), como a observada pela fonoaudióloga 1 com a criança 1 e da terapeuta ocupacional com a criança 2 compõe as habilidades comunicativas da profissional como parte do fazer técnico. O guia de *Calgary-Cambridge* (Silverman, Kurtz e Draper 2013) desenvolvido em 1998 sinaliza tópicos a serem cuidados durante a intervenção.

Os tópicos desse guia mais relevantes para o presente estudo são: (a) escutar atentamente, sem interromper o outro; (b) facilitar as respostas de forma verbal e não-verbal; (c) perceber pistas verbais e não-verbais, (d) uso de termos facilmente compreensíveis, (e) demonstrar comportamento não-verbal apropriado: contato visual, expressão facial, postura, posição e movimento. Características vocais, intensidade e tom, (f) incentivar o paciente a expressar os seus sentimentos, dentro outros tópicos.

No estudo, a hierarquização de tipos de perguntas, baseada em evidência clínica auxilia o fonoaudiólogo a realizar um planejamento linguístico-discursivo mais fundamentado cientificamente.

Os princípios cooperativos das máximas conversacionais de Grice (1975) também são elementos linguísticos importantes a serem levados em consideração na avaliação de linguagem com ou sem CSA.À exceção da mãe com seu filho (criança 1) todos os outros interlocutores violaram a **máxima de quantidade** a qual extrapola a quantidade de informação necessária. A fonoaudióloga 1 viola essa máxima quando a todo o momento realiza desnecessariamente a confirmação de resposta. A fonoaudióloga 2 e a terapeuta ocupacional com a criança 2 não mantém a **máxima de qualidade** na conversação, pois há uma preocupação na acessibilidade ao recurso de alta tecnologia, que poderia ser sanada com a utilização de baixa tecnologia. No caso da fonoaudióloga 2 com a criança 3 não há manutenção da interação devido ao grande uso de atividades não discursivas que permeiam as sessões.

CONCLUSÃO

Os diferentes interlocutores evidenciaram um padrão assimétrico na interação linguística com as crianças, com uso excessivo do meio oral.

Quanto aos atos de fala do interlocutor foram predominantemente os do tipo diretivos e a das crianças deu-se em forma de pares adjacentes, pois são mais dependentes linguisticamente do parceiro conversacional, que demanda uma execução e uma resposta dessas crianças, a partir de uma ordem ou de um pedido. Indagações fechadas que fazem uso da CSA pareceram facilitar as respostas das crianças, enquanto perguntas abertas foram desfavoráveis.

Houve maior uso de indagações menos bem-sucedidas do que de indagações que produziram respostas adequadas, por parte dos fonoaudiólogos desse estudo. Resultando em uma comunicação pouco efetiva.

Nesse sentido, recomenda-se que o fonoaudiólogo atente à hierarquização do tipo de pergunta no processo terapêutico, realizando inicialmente indagações fechadas do tipo sim/não via CSA, para após realizar indagações fechadas que ofereçam duas alternativas de respostas via CSA, além de disponibilizar o recurso da CSA para a expressão por parte da criança, favorecendo assim o desenvolvimento da sua competência linguística.

Ressalta-se que as limitações do trabalho consistiu em um número baixo amostral. Destaca-se que a amostra foi composta por crianças com ECNE com perfil grave e com necessidades complexas comunicativas. Futuras pesquisas são necessárias para ampliar as contribuições da área da Fonoaudiologia vinculada a área da CSA para este perfil de crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A., PIZA, M. H. M. e LAMÔNICA, D. A. C., 2005, Adaptações do sistema de comunicação por troca de figuras no contexto escolar. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 17, 2, 233-240.

BEUKELMAN, D. e MIRENDA, P., 2013, *Augmentative and alternative communication: supporting children and adults with complex communication needs*. 4th ed., (Baltimore, MD: Brookes).

BOBATH, B., 1997. *Actividades postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales*, 3th. ed., (Buenos Aires, ARG: Panamericana).

BRANCALIONI, A. R., MORENO, A. C., SOUZA, A. P. R. e CESA, C. C., 2011, Dialogismo e comunicação aumentativa alternativa em um caso. *Revista CEFAC*, 13, 2, 377-384.

BRANDÃO, L., 2005, *Perfil discursivo e interativo de pessoas com Doença de Alzheimer* (tese). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

BRASIL, 2013. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral (Brasília, DF: Ministério da Saúde).

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Brasília, DF: DOU).

CESA, C. C. A Comunicação Suplementar e/ou Alternativa em uma perspectiva dialógica na clínica de linguagem. 2009. 144f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

COCKERILL, H., ELBOURNE, D., ALLEN E., SCRUTTON, D., WILL, E., McNEE, A., FAIRHURST, C. e BAIRD, G., 2014, Speech, communication and use of augmentative communication in young people with cerebral palsy: The SH & PE population study, *Child: care, health and development*, 40, 2, 149-157.

DELIBERATO, D., 2007, *Acessibilidade comunicativa no contexto acadêmico*. In: E. J. Manzini (ed.). *Inclusão do aluno com deficiência na escola: os desafios continuam* (Marília, SP: ABPEE/FAPESP), pp. 25-36.

DELIBERATO, D., 2011. Sistemas suplementares e alternativos de comunicação nas habilidades expressivas de um aluno com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 17, 2, 225-44.

DIAMENT, A., 2010, *Encefalopatias crônicas da infância (Paralisia Cerebral)*. In A. Diament, S. Cypel; U. C. Reed (eds.), *Neurologia infantil*. 5th. ed. (São Paulo, SP: Atheneu), pp. 923-942

FAGUNDES, A. J. F. M., 2015, *Descrição, definição e registro de comportamento*. 17th ed. (São Paulo, SP: EDICON).

GRICE, P., 1975, *Logic and conversation*. In P. Cole, J. L. Morgan (eds.), *Syntax and Semantics: speech acts*, vol. 3. (New York, NY: Academic Press), pp 41-58.

HIDECKER, M. J. C., PANETH, N., ROSEMBAUM, P. L., KENT, R. D., LILIE, J., EULEMBERG, J. B., CHESTER, K., JOHNSON, B., MICHALSEN, L., EVATT, M. e TAYLOR, K., 2011. Developing and validating Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. ***Developmental Medicine and Child Neurology***, 53, 8, 704-710.

LAMÔNICA, D. A. C., 2008. *Estimulação de linguagem de crianças com paralisia cerebral*. In D. A. C. Lamônica (ed.) *Estimulação de linguagem aspectos teóricos e práticos* (São José dos Campos, SP: Pulso), pp.163-177.

LIGHT, J., 1989, Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentativa and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication*, 5, 137-144.

LIGHT, J., 2003, *Shattering the silence: development of communicative competence by individuals who use AAC*. In J.C. Light, D.R. Beukelman and J. Reichle (eds). *Communicative competence for individuals who use AAC: from research to effective practice* (Baltimore, MD: Brookes), pp. 3-38.

MARCUSCHI, L. A., 2007, *Análise da conversação*. 6th. ed. (São Paulo, SP: Ática).

PENNINGTON, L., GOLDBART, J. e MARSHALL, J., 2005, Direct speech and language therapy for children with cerebral palsy: Findings from a systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 1, 57-63.

- PENNINGTON, L., GOLDBART, J. e MARSHALL, J., 2007, *Tratamiento del habla y el lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación de niños con parálisis cerebral* (Oxford, ING: Wiley).
- PIRES, S. C. F. e LIMONGI, S. C. O., 2002, Introdução de comunicação suplementar em paciente com paralisia cerebral atetóide. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 14, 1, 51-60.
- PIRES, S. C. F., 2009, *Perspectiva da composição da equipe multidisciplinar na área de comunicação alternativa*. In: D. Deliberato, M. J. Gonçalves, E. C. Macedo (eds). *Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa* (São Paulo, SP: Memnon), pp. 293-301.
- RATH, R., 1979, *Kommunikationspraxis. Analysen zur textbildung und textgliederung im gesprochenen Deutsch* (Göttingen, AL: Vandehoeck & Ruprecht).
- ROGERS C., 1987. *Tornar-se Pessoa* (São Paulo, SP: Martins Fontes).
- SEARLE, J. R., 1981 (1969), *Os actos de fala: um ensaio de filosofia da linguagem*. (Coimbra, PORT: Almedina).
- SIGUDARDOTTIR, S. e VIK, T., 2011, Speech, expressive language and verbal cognition of preschool children with cerebral palsy in Iceland. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53, 74-80.
- SMITH, M. M. e GROVE N., 2003, *Asymmetry in input and output for individuals who use AAC*. In: J. C. Light, D. R. Beukelman e J. Reichle (eds). *Communicative competence for individuals who use AAC: from research to effective practice* (Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing), pp. 163-195.
- SINCLAIR, J. 2004. *Corpus and Text - Basic Principles*. In: M. WYNNE (ed.), *Developing Linguistic Corpora: a Guide to Good Practice*. Oxford, Oxbow Books, p. 1-16. Disponível em <http://ota.ox.ac.uk/documents/creating/dlc/chapter1.htm>. Acesso em: 20/09/2016
- YIN, R. K., 2010 (1994), *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4th ed. (Porto Alegre, RS: Bookman).

4 ARTIGO 3: PROTOCOLO DE ANÁLISE CONVERSACIONAL DE COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA

RESUMO

Objetivo: propor uma avaliação fonoaudiológica que contemple a análise conversacional de crianças com encefalopatia crônica não evolutiva com necessidades complexas de comunicação e seus interlocutores. **Métodos:** estudo do tipo propositivo de um instrumento de avaliação fonoaudiológica, cujo fluxograma metodológico foi dividido em cinco fases: análise conversacional que teve como fonte um estudo de casos múltiplos (Estudo 2); (a) geração de uma lista de atos de fala para o protocolo; (b) coleta de dados de concordância e sugestões de juízes; (c) reelaboração e coleta de concordâncias e sugestões da segunda versão; (d) elaboração final. Participaram, de acordo com as suas respectivas fases de construção, duas juízas fonoaudiólogas com experiência de pesquisa na temática da Comunicação Suplementar e Alternativa e da análise conversacional. **Resultados:** a versão final do protocolo é composta por 54 itens divididos em três partes: (a) meios comunicativos, atos de fala, manutenção temática e turno de diálogos comuns às díades; (b) atos de fala da criança, uso do recurso da Comunicação Suplementar e Alternativa, manutenção temática e turno de diálogo e (c) atos de fala do interlocutor, incentivo ao uso do recurso da Comunicação Suplementar e Alternativa, manutenção temática e turno de diálogo. Todos os itens da avaliação devem receber uma pontuação por registro de avaliação, conforme o comportamento linguístico apresentado. **Conclusão:** o presente estudo apresentou o desenvolvimento e a criação de um protocolo de avaliação da conversação para crianças com encefalopatia crônica não evolutiva e seus interlocutores. Esse poderá ser utilizado para avaliar os meios, os atos comunicativos e os pares adjacentes observados em contexto conversacional, conduzindo o processo de avaliação fonoaudiológica inicial da linguagem para a introdução, manutenção e generalização do uso da Comunicação Suplementar e Alternativa com diferentes interlocutores e ambientes.

DESCRITORES: Fonoaudiologia; Comunicação; Linguagem infantil; Estudos de avaliação; Avaliação; Paralisia Cerebral.

AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATION CONVERSATIONAL ANALYSIS PROTOCOL

ABSTRACT

Purpose: to propose a Speech, Language and Hearing Science assessment that includes the conversational analysis of children who have cerebral palsy with complex communication needs and their interlocutors. **Methods:** a propositional study type of a Speech, Language and Hearing Science assessment tool, whose methodological flowchart was divided into five phases: a conversational analysis whose source was a study of multiple cases (Study 1); (a) a list generation of speech acts for the protocol; (b) an agreement data collection and judges suggestions; (c) a second version agreements and suggestions reworking and collection; (d) final elaboration. Two Speech, Language and Hearing Science judges with research experience in the theme of Augmentative and Alternative Communication and conversational analysis participated in this work, according to their respective stages of construction. **Results:** the final version of the protocol consists of fifty-four items divided into three parts: (a) communicative means, acts of speech, topic maintenance and dialogue turn common in the dyads; (b) acts of child speech, use of additional communications and/or alternative resource, thematic maintenance and dialogue turn and (c) speaker speech acts, encouragement of the use of supplementary and/or alternative additional communication resource, maintenance theme and turn dialogue. All assessment items must receive a score by the assessment record according to presented linguistic behavior. **Conclusion:** this study showed the development and creation of a conversation evaluation protocol for children with cerebral palsy and their partners. This can be used to evaluate the means, the communicative acts and adjacent-pairs observed in conversational context, conducting the initial clinical language assessment process for the introduction, maintenance and general use of the Augmentative and Alternative Communication with different speakers and environments.

INTRODUÇÃO

A complexidade da linguagem é fato, considerando sua característica multimídia¹ e multimodal^{1,2} na forma de se expressar, utilizando diferentes meios (mímica, gesto, palavra, escrita, etc.) de diversos modos (tom e estilo na prosódia, gestualidade, comportamento corpóreo, etc.)^{1,3}.

O processo de avaliação da linguagem e da compreensão verbal de crianças é um desafio constante para fonoaudiólogos clínicos e/ou pesquisadores. Na literatura de nosso país essa problemática do processo avaliativo da linguagem infantil é tema presente. Em crianças sem dano neurológico as publicações de pesquisadores brasileiros têm aumentado nas últimas décadas. Apesar da necessidade de maior disponibilização de instrumentos para a avaliação da linguagem infantil, já existem vários instrumentos para avaliar habilidades expressivas e de compreensão⁴; aspectos semânticos, morfológicos e sintáticos⁵; fonológicos, lexicais, de fluência e pragmático⁶ e sintáticas⁷.

Em se tratando de sujeitos com encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE), o número de instrumentos disponíveis no Brasil é muito escasso, aumentando a dificuldade de avaliar a comunicação dessa população. Nessas crianças, estão prejudicadas as capacidades neuromotoras globais, e muitas vezes, também se observa deficiência das praxias orofaciais, dificultando a expressão por meios típicos. Autoras⁸ utilizaram o Protocolo de Observação Comportamental (PROC)⁴, sinalizando a sua possibilidade de uso na população com lesões neurológicas e grave comprometimento comunicativo, entretanto recomendam associar outros instrumentos e medidas de avaliação processual. Parte das avaliações fonoaudiológicas que consideram os parâmetros cognitivos na população infantil com ECNE fundamentam-se na epistemologia genética piagetiana⁹⁻¹¹.

Nesse campo, ainda escasso em publicações, observa-se que a investigação dos efeitos do uso da Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) em populações especiais pode se utilizar de testes como o ABFW⁶ para demonstrar efeitos na capacidade lexical¹⁰. A avaliação das habilidades de compreensão verbal em crianças que fazem uso da CSA é fundamental, pois determinará como os cuidadores, professores e outros deverão interagir com elas. Sem dúvida, essas

habilidades têm importantes implicações para o desenvolvimento da CSA e do programa educacional individual¹².

Outro tipo de avaliação importante, além da linguística é a mensuração da qualidade de vida de usuários da CSA e suas famílias. Autores¹³ investigaram por meio de um questionário sobre a qualidade de vida familiar. Detectaram que o impacto das práticas de CSA na família interage com cinco domínios da qualidade de vida familiar: interação familiar, função parental, bem-estar físico e material, suporte em relação ao distúrbio e bem-estar emocional.

Quando se trata de crianças que apresentam necessidades complexas de comunicação, como é o caso dos usuários da CSA, a avaliação da linguagem e de outros aspectos importantes se torna ainda mais difícil, demandando a elaboração específica ou adaptação de instrumentos já existentes. Embora se observe uma consciência cada vez maior de se considerar aspectos ligados ao uso da CSA e seu impacto na vida diária de crianças e de seus interlocutores, a lacuna existente na literatura dessa área é evidente no que concerne à consideração da dimensão dialógica conversacional que o uso da CSA requer. Os instrumentos existentes não possibilitam que se obtenha um retrato mais claro sobre a forma como díades utilizam a CSA.

Devido ao notório impacto que as interações diárias da criança têm na aprendizagem desse meio comunicativo, há necessidade de avaliar não apenas as habilidades comunicativas da criança, mas também o uso da CSA por seu interlocutor. As competências e habilidades comunicativas da criança e de seus principais interlocutores são elementos importantes a serem considerados no processo terapêutico fonoaudiológico. Os próprios fonoaudiólogos, bem como demais terapeutas e educadores que, de certa forma, tem o papel de atuar como interlocutores modelos para a família, não dispõem de meios para avaliar sua prática conversacional com pacientes usuários da CSA. Há necessidade de ampliar estudos a respeito de avaliações que abrangem demais parceiros conversacionais de crianças com ECNE não-verbais.

Esse tipo de avaliação poderá oferecer parâmetros que serviriam para refletir sobre o aperfeiçoamento dos serviços profissionais prestados, bem como para detectar dificuldades de comunicação que poderiam ser sanadas pelos próprios interlocutores. Dessa forma, avaliações conversacionais sem dúvida poderiam produzir material importante de orientação à família e à escola.

A carência de estudos dos aspectos conversacionais gera uma falta de critérios para a elaboração de programas de intervenção direcionados às necessidades comunicativas das crianças e suas famílias¹⁴. Avaliações assistidas são fundamentais para compreender melhor o potencial dos usuários da CSA, favorecendo o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades individuais¹⁵ e em orientações aos familiares e demais interlocutores¹⁶⁻¹⁷.

Nesse sentido, esse estudo tem o objetivo de propor uma avaliação fonoaudiológica que contemple a análise conversacional de crianças com ECNE com necessidades complexas de comunicação e seus interlocutores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo propositivo de desenvolvimento e criação de um instrumento de avaliação fonoaudiológica de análise conversacional dialógica. Tem como fonte a pesquisa relatada no estudo 2, apresentando fortes relações teóricas e metodológicas com o mesmo.

Procedimentos Éticos

Esse estudo atende as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de uma Universidade, conforme parecer número 909.685, Certificado de Apresentação para Apresentação Ética (CAAE) número 38137814.3.0000.5346 (ANEXO A), e está de acordo com as normas do Ministério da Saúde conforme a Resolução 196/96 e 466/12.

Participantes

Participaram desse estudo, de acordo com as suas respectivas fases de construção, duas juízas fonoaudiólogas. Uma delas apresenta três anos de experiência clínica com CSA, tendo realizado o seu trabalho de conclusão de curso sobre o assunto; a outra fonoaudióloga é pesquisadora, com doutorado em andamento na área de análise conversacional de pacientes com dano neurológico.

Procedimentos

Fase 1

Os itens do protocolo foram gerados a partir da análise de dados de filmagens de três crianças com ECNE e suas díades durante 3 atendimentos fonoaudiológicos (Estudo 2), sendo o *corpus* analisado com a teoria dos atos de fala de Searle (1981)¹⁸ e dos pares adjacentes de Marcuschi (2007)¹⁹.

Fase 2

As filmagens foram analisadas, sendo revistas onze vezes para ser finalizada a categorização dos atos de fala e dos meios comunicativos de criança usuárias de CSA e de seus interlocutores, com itens considerados relevantes para compreender o perfil comunicativo dos usuários da CSA.

Fase 3

A lista de itens selecionados e a lista geral de atos de fala foram enviadas para as duas juízas fonoaudiólogas. Essa fase teve como objetivo examinar a concordância de análises no que diz respeito à seleção dos itens, bem como coletar sugestões das juízas sobre como aperfeiçoar o instrumento.

A primeira análise do piloto do protocolo foi realizada pelas juízas e, a partir, das contribuições recebidas, observou-se a necessidade de realizar algumas reformulações, tanto de termos usados, como da forma de apresentar os itens (mais descritiva e explicativa).

Fase 4

Foi elaborado um segundo protocolo piloto, sendo realizada uma segunda rodada de avaliação com as mesmas juízas, gerando a versão final do protocolo de avaliação. O parâmetro comparativo aceitável relativo às ocorrências de concordâncias deveria ser igual ou superior a 70%, conforme Fagundes (2015)²⁰. Na segunda rodada de avaliação o índice foi de 97%.

Fase 5

Nessa fase foi elaborada a versão final do protocolo, composto pelas seguintes partes:

- a) Meios comunicativos das díades;
- b) Atos de fala das díades;
- c) Atos de fala somente da criança;
- d) Atos de fala somente do interlocutor.

A Figura 1 abaixo representa o fluxo metodológico:

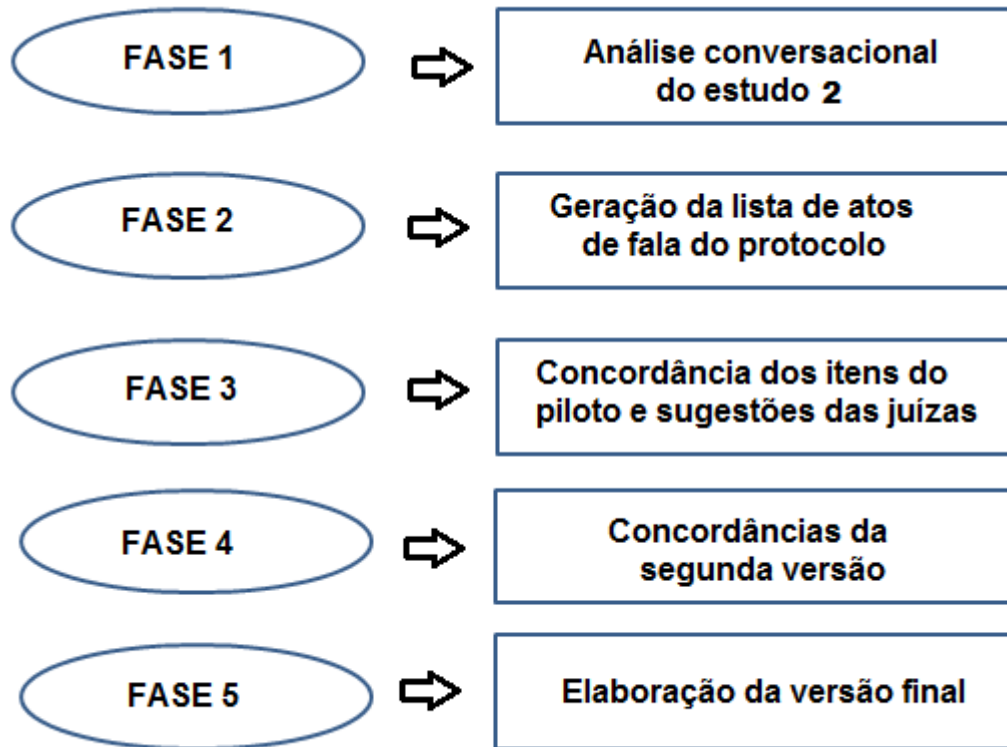


Figura 1: fluxo metodológico do desenvolvimento do protocolo.

RESULTADOS

O protocolo elaborado visa servir como um meio de avaliação funcional da comunicação, complementar a avaliações linguísticas. Propõe-se fornecer dados sobre o modo como a criança usuária da CSA e seu interlocutor comunicam-se em conversações na vida diária. Recomenda-se que o registro de dados seja feito por meio da análise de filmagens com duração de dez minutos cada, de três sessões fonoaudiológicas com diferentes interlocutores. As filmagens devem focar-se em atividades comunicativas da criança junto a um ou dois interlocutores relevantes.

A ideia de demandar observações sistemáticas visa evitar os riscos de estabelecer conclusões precoces baseadas em uma única avaliação subjetiva. Sugere-se que o examinador recorra, sempre que possível, à comparação de suas observações com a análise realizada por outro avaliador experiente no uso da CSA.

O protocolo pode ser aplicado tanto no contexto terapêutico quanto educacional, servindo como uma forma de aperfeiçoar o trabalho de profissionais que atendem pacientes comunicando-se via CSA; como também no contexto doméstico, servindo como uma forma de identificar, juntamente com os pais, pontos que necessitam de orientação e caracterizar estratégias bem sucedidas já utilizadas.

A versão final do protocolo apresentada nessa seção é composta por 54 itens, dividida em três partes: (a) meios comunicativos, atos de falas, manutenção temática e turno de diálogo comuns às díades; (b) atos de fala somente da criança, uso do recurso da Comunicação Suplementar e Alternativa, manutenção temática e turno de diálogo e (c) atos de fala somente do interlocutor, incentivo ao uso do recurso da Comunicação Suplementar e Alternativa, manutenção temática e turno de diálogo.

Como o instrumento não possui dados normativos, tendo sido criado a partir de um estudo predominantemente qualitativo, optou-se por proporcionar, pelo menos nessa fase de desenvolvimento atual do protocolo, uma forma de pontuação categórica e descritiva. Todos os itens da avaliação devem receber uma pontuação em forma de escala por dia de avaliação, conforme o comportamento linguístico apresentado, a saber: não apresentou, eventualmente, frequentemente e sempre.

PROTOCOLO DE ANÁLISE CONVERSACIONAL DAS DÍADES

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Registro	Data	Tempo de coleta	Interlocutores	
			Nome	Díade
1º dia				
2º dia				
3º dia				

ORIENTAÇÃO: anotar por dia de registro quem era a díade da criança:

B) ATOS DE FALA DAS DÍADES

Item	Tópico	Díades		Registro		
		C	I	1º	2º	3º
1	Solicita um objeto ao outro					
2	Solicita uma ação					
3	Atende a um pedido de objeto					
4	Atende a um pedido de ação					
5	Protesta frente a uma situação e/ou pessoa					
6	Consegue revidar ao protesto do outro					
7	Realiza a nomeação					
8	Produz perguntas ao outro					
9	Realiza a narrativa					
10	Produz uma explicação sobre algo e/ou alguém					

C) MANUTENÇÃO TEMÁTICA DAS DÍADES

Item	Tópico	Díades		Registro		
		C	I	1º	2º	3º
1	Consegue iniciar um novo assunto (tema)					
2	Consegue manter algum assunto durante uma conversa					

D) TURNO DE DIÁLOGO DAS DÍADES

Item	Tópico	Díades		Registro		
		C	I	1º	2º	3º
1	Consegue esperar a sua vez para falar					
2	Consegue passar a vez de falar por algum meio comunicativo (olhar ou gesto)					

3	Consegue sinalizar por algum meio comunicativo que está atento atenção ao que o outro está falando					
4	Aceita a passagem de turno e comunica de algum modo que vai ocupar a sua vez de falar					

PARTE 2 – ANÁLISE CONVERSACIONAL DAS CRIANÇAS

A) ATOS DE FALA DAS CRIANÇAS

Subtipos de respostas

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Responde corretamente a uma pergunta que oferece o “sim” ou “não” como possibilidades de respostas via CSA			
2	Responde corretamente uma pergunta que oferece duas outras possibilidades de respostas apresentadas via CSA			
3	Responde corretamente uma pergunta que oferece mais de duas possibilidades de respostas apresentadas via CSA			
4	Responde corretamente a uma pergunta aberta via CSA			
5	Responde corretamente a uma pergunta que oferece o “sim” ou “não” verbalmente			
6	Responde corretamente uma pergunta que oferece duas outras possibilidades de respostas apresentadas verbalmente			
7	Responde corretamente uma pergunta que oferece mais de duas possibilidades de respostas apresentadas verbalmente			
8	Responde corretamente a uma pergunta aberta apresentada verbalmente			
9	Produz uma resposta ininteligível a uma indagação que			

	oferece o “sim” ou “não” via CSA			
10	Produz uma resposta ininteligível a uma pergunta que oferece duas outras possibilidades de respostas apresentadas via CSA			
11	Produz uma resposta ininteligível a uma pergunta que oferece mais de duas possibilidades de respostas apresentadas via CSA			
10	Produz uma resposta ininteligível a uma pergunta que oferece o “sim” ou “não” como possibilidades de respostas via verbal			
11	Produz uma resposta ininteligível a uma pergunta que oferece duas outras possibilidades de respostas apresentadas via verbal			
12	Produz uma resposta ininteligível a uma pergunta que oferece mais de duas possibilidades de respostas apresentadas via verbal			
13	Produz uma resposta ininteligível a uma pergunta aberta apresentada via verbal			

Subtipos de execuções

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Atende a um pedido de objeto			
2	Atende a um pedido de ação simbólica			

B) USO DO RECURSO DA CSA

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Atende a um pedido de ação específico relacionado ao manejo do recurso comunicativo			

C) MANUTENÇÃO TEMÁTICA

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Engaja após a retomada do assunto pelo outro			

D) TURNO DE DIÁLOGO

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Ocupa um turno para procurar no recurso da CSA algo que deseja comunicar			

PARTE 3 – ANÁLISE CONVERSACIONAL DOS INTERLOCUTORES

A) ATOS DE FALA DO INTERLOCUTOR

Indagações

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Produz uma pergunta que ofereça verbalmente o “sim” e o “não” como alternativas de respostas e/ou também produz uma pergunta que deixe subtendido as possibilidades do “sim” e do “não” como resposta à criança.			
2	Produz uma pergunta que ofereça duas possibilidades de respostas que não seja as do tipo “sim” ou “não”			
3	Produz uma pergunta que ofereça mais de duas possibilidades de respostas que não seja as do tipo “sim” ou “não”			
4	Produz uma pergunta aberta			

Subtipos de respostas

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Responde à criança			
2	Responde pela criança sem ter dado tempo mínimo de até 10 segundos para que ela respondesse			
3	Responde pela criança após ter dado tempo mínimo de até 10 segundos para que ela respondesse			

Atos de fala auxiliares e incentivadores

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Elogia a criança para ela mesma e/ou para familiares e/ou outros interlocutores com ela presente			
2	Incentiva a criança a comunicar-se			
3	Corrige a criança quando essa oferece uma resposta ou faz uma ação equivocada.			
4	Realiza chamamento de atenção para que a criança preste atenção na conversa			
5	Confirma a resposta da criança através da repetição da mesma resposta que a criança expressou			

B) INCENTIVO AO USO DO RECURSO DA CSA

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Aponta e mostra o símbolo que está sendo referido na CSA. No recurso de alta tecnologia aperta o botão que contém o símbolo e o aparelho vocaliza.			
2	Oferece assistência motora para que a criança use o recurso da CSA			
3	Realiza correções relacionadas ao uso do recurso da CSA			
4	Consegue direcionar a atenção da criança para que ela			

	emita a sua resposta usando a CSA			
5	Encoraja a criança a usar a CSA			

C) MANUTENÇÃO TEMÁTICA

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Favorece o engajamento da criança na conversa para que retorne ao tópico			

D) TURNO DE DIÁLOGO

Item	Tópico	Registro		
		1º	2º	3º
1	Favorece oportunidades para que a criança inicie um novo turno de diálogo			

Legenda:

C: criança

CSA: Comunicação Suplementar e Alternativa

I: interlocutor

DISCUSSÃO

A ferramenta de avaliação funcional da comunicação idealizada nesse estudo é o resultado de um processo de construção elaborado a partir da conversação naturalística de crianças com ECNE e seus diferentes parceiros conversacionais, durante sessões fonoaudiológicas, gerando categorias de análises justificadas pela linguagem em uso.

A proposição aqui realizada não exclui a importância de se utilizar outros instrumentos, como por exemplo, aqueles que avaliam outras dimensões importantes da linguagem e da cognição⁹, ressaltando-se que as habilidades de compreensão verbal têm grandes implicações clínicas e educacionais para o desenvolvimento de crianças que fazem uso da CSA¹².

O uso desse protocolo na clínica fonoaudiológica favorece a detecção do perfil linguístico funcional, tanto da criança, como de seus interlocutores, ou seja, é uma avaliação que apresenta focoduplo, podendo também servir como um modo de acompanhar o desenvolvimento do uso da CSA, quando utilizada como avaliação inicial e posteriormente como uma avaliação periódica.

Portanto, o protocolo proposto poderá ser utilizado em diferentes momentos do processo terapêutico fonoaudiológico para que, dessa forma, seja investigado como está o processo de manutenção do uso na sessão e, especialmente, para mensurar a generalização do uso da CSA para diferentes ambientes, além do clínico, favorecendo o aumento da qualidade de vida da criança e da família.

Assim, o fonoaudiólogo poderá elaborar programas terapêuticos que contribuam para o desenvolvimento do uso da CSA, numa visão de sistema multimodal da CSA; e não num funcionamento em que se limite a selecionar figuras e recursos tecnológicos²¹.

Dessa forma, deve-se atentar para o uso complementar de outras avaliações e para a interpretação adequada dos dados desse protocolo, visando obter informações importantes sobre a competência e habilidades linguística e comunicativa²¹⁻²³.

Fornecer um modelo de comunicação múltipla e não centrada no modelo da linguagem oral²³ por parte do fonoaudiólogo e outros interlocutores da criança, especialmente os mais significativos, é fundamental para o desenvolvimento da área.

Assim como observado em um estudo⁸ com 14 crianças com lesões neurológicas e com graves comprometimentos de comunicação avaliadas com o PROC, o presente estudo, também ressalta a importância da realização da avaliação assistida para melhor direcionar o plano terapêutico fonoaudiológico com uso da CSA.

CONCLUSÃO

O presente artigo apresentou o desenvolvimento e criação de um protocolo de avaliação da conversação para crianças com ECNE e seus interlocutores. Esse poderá ser utilizado para avaliar os meios, os atos comunicativos e os pares adjacentes produzidos a partir dos atos, conduzindo o processo de avaliação

fonoaudiológica da linguagem para a introdução, manutenção e generalização do uso da CSA com diferentes interlocutores e em diferentes contextos.

Futuras pesquisas são necessárias para a normatização e validação do instrumento proposto pelo estudo.

REFERÊNCIAS

1 Gava ML. AAC – Comunicação aumentativa alternativa – como resposta às deficiências verbais. In: Tupy TM, Pravettoni DG (eds.)... E se falta a palavra, qual comunicação, qual linguagem? São Paulo: Memnon, 1999. p. 79-99.

2 Tetzchner S, Martinsen H. Competências de conversação. In: Tetzchner S, Martinsen H. Introdução à comunicação aumentativa e alternativa. Porto: Porto; 2000; p. 235-259.

3 Rodrigues IMG. Sinais conversacionais de alternância de vez. Porto: Granito, Editores e Livreiros; 1998.

4 Vasconcellos SRVH, Pereira TC, Zorzi JL. Protocolo de observação comportamental-PROC: valores de referência para uma análise quantitativa. Rev CEFAC. 2012; 14(4): 677-90.

5 Menezes MLN. A construção de um instrumento para avaliação do desenvolvimento da linguagem: idealização, estudo piloto para padronização e validação. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2003.

6 Andrade CRF, Béfi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. ABFW – Teste de linguagem. 2 a. ed. Barueri: Pró-Fono; 2004.

7 Capovilla AGS, Capovilla, FC. Avaliando a habilidade metassintática por meio da Prova de Consciência Sintática. In: FC Capovilla e AGS Capovilla (eds.), Prova de Consciência Sintática (PCS) normatizada e validada para avaliar a habilidade metassintática de escolares de 1 a. a 4 a. séries do ensino fundamental. São Paulo: Memnon; 2006. p. 14-24.

- 8 Tenor AC, Deliberato D. Análise do uso de instrumento de avaliação para crianças usuárias de comunicação alternativa. VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Londrina 08 a 10 de nov 2011 p. 1704-1711.
- 9 Fernandes AS. Protocolo de avaliação para indicação de sistemas suplementares ou alternativos de comunicação para crianças portadores de paralisia cerebral [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999.
- 10 Limongi SCO, Carvalho RMM, Souza R. Auditory processing and language in Down Syndrome. *J Med Speech-Lang Pathol*. 2000; 8(1): 27-34.
- 11 Pires SCF. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa e ganho lexical na criança com Síndrome de Down: estudo piloto [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
- 12 Geytenbeek JJM, Heim MMJ, Vermeulen RJ, Ostrom KJ. Assessing comprehension of spoken language in nonspeaking children with cerebral palsy: application of a newly developed computer based instrument. *AAC*. 2010;26(2):97-107.
- 13 Saito Y, Turnbull A. Augmentative and Alternative Communication Practice in the Pursuit of Family Quality of Life: A Review of the Literature. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 2007;3(1):50-65.
- 14 Tetzchner S, Grove N. The development of alternative languages forms. In: Tetzchner S, Grove N (eds.). *AAC: developmental issues*. London: Whurr, 2003.p. 1-27.
- 15 Walter C, Almeida MA. Avaliação de um programa de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo. *Rev. Bras. Ed. Esp*. 2010;16(3):429-46.

16 Pinto MCF. Programa Hanen de Estimulação de Linguagem. In: Souza AMC (ed.). A criança especial: temas médicos, educativos e sociais. São Paulo: Roca, 2003. p. 257-68.

17 Goldoni NI. Orientação para familiares de alunos com paralisia cerebral usuários de Sistema de Comunicação Suplementar e Alternativa [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Estadual Paulista; 2014.

18 Searle JR. Os actos de fala: um ensaio de filosofia da linguagem. Coimbra: Almedina; 1981.

19 Marcuschi LA. Análise da conversação. 6a. ed. São Paulo: Ática; 2007.

20 Fagundes AJFM. Descrição, definição e registro de comportamento. 17a ed. São Paulo: EDICON; 2015.

21 Light J, McNaughton D. Putting people first: Re-thinking the role of technology in Augmentative and Alternative Communication intervention. AAC. 2013;29(4):299-309.

22 Light J, McNaughton D. Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? AAC.2014;30(1):1-18.

23 Deliberato D. Sistemas gráficos na comunicação alternativa: aquisição da competência comunicativa. In: Passerino LM *et al.* (eds.). Comunicar para incluir. Porto Alegre: CRBF; 2013. p. 425-35. do propositivo de desenvolvimento e criação de um instrumento de avaliação fonoaudiológica de análise conversacional dialógica.

5 DISCUSSÃO

O estudo 1 revela que a formação acadêmica na graduação apresenta carências, as quais são supridas pelos fonoaudiólogos através de outros meios de acesso ao conhecimento. Estes dados corroboram com estudo realizado em 2010 com dez fonoaudiólogas brasileiras (CESA e KESSLER). As vinte e quatro fonoaudiólogas da presente pesquisa tiveram atitudes pró-ativas de diferentes maneiras para suprir a demanda de estudo, através da participação em eventos nacionais e internacionais, supervisões, cursos de extensão, especialização e de aprimoramento, participações em congressos gerais e específicos da área da CSA e também através da produção científica vinculada à universidade que atua e as supervisões. Somente três fonoaudiólogas da amostra (F5, F6 e F11) tiveram a oportunidade na graduação de realizar estágios durante o período da graduação.

Esta fragilidade teórica incide em práticas calcadas na própria experiência clínica com CSA e no desempenho auto-didata do fonoaudiólogo. Cogita-se que este seja um dos motivos pelos os fonoaudiólogos não assumem a gestão da linguagem na área da CSA, pois lhes falta instrumentalização teórica, para poder contribuir efetivamente. O saber linguístico é da ordem da fonoaudiologia e do fonoaudiólogo. Sabe-se que a área da CSA é composta por diferentes profissões e isso é salutar. Entretanto, percebe-se que muitas vezes na prática cotidiana há profissionais de outras áreas que exercem funções na área da CSA que são da competência da fonoaudiologia. Grande parte deste movimento ocorre pela falta de apropriação da área pelos próprios fonoaudiólogos.

Neste estudo, percebe-se que o discurso a cerca dos princípios que subsidiam o atendimento fonoaudiológico são de diferentes tipos, mas não excludentes entre si:

1º Princípios teóricos de aquisição de linguagem, de sujeito e de aprendizagem

Houve a adoção explícita a diferentes linhas teóricas de aquisição de linguagem (interacionista e discursiva), de como se dá o processo de aprendizagem ativa (construtivismo) e de sujeito (psicanálise).

2° Princípios teóricos específicos à área do conhecimento CSA

Autores nacionais e internacionais foram mencionados, como referências, a saber: Deliberato, Manzini e Deliberato, Paura e Light e McNaughton.

O método *Picture Exchange Communication System (PECS)*: Sistema de Comunicação pela Troca de Figuras também foi citado.

3° Princípios linguísticos explicitados

Foram mencionados a relevância de se atentar à pragmática, a intenção comunicativa, aos tipos de indagação que facilitam a comunicação, os processos dialógicos, as habilidades de compreensão verbal, desenvolver a competência linguística para ampliar a habilidade comunicativa, os meios expressivos e o sistema multimodal de comunicação.

4° Princípios Neuromotores globais

Aspectos motores globais, acuidade e percepção visual e auditiva, coordenação visomotora também foram considerados.

5° Princípios de Funcionalidade

Uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para avaliar a comunicação em consonância com as políticas mundiais de saúde, qualificando medidas de capacidade, fatores ambientais e pessoais para o processo de saúde geral.

O aparecimento de recursos como estratégias terapêuticas, como explicitado por cinco fonoaudiólogos (F15, F18, F21, F22 e F24), no estudo 1 demonstra fragilidade conceitual. Outros quatro fonoaudiólogos (F3, F9, F18 e F19) não responderam as questões relacionadas a princípios e/ou estratégias terapêuticas. O fonoaudiólogo ao tomar para si o domínio operacional (LIGHT, 1989), ao invés de derivar, por exemplo, aos terapeutas ocupacionais, toma equivocadamente este domínio para si, e além, toma como prioridade, não focando na promoção das competências e habilidades linguísticas necessárias às crianças. Cogita-se que a carência teórica de como se realiza esta promoção comunicativa seja a questão nodal que sustenta este foco no aspecto instrumental da CSA.

Uma das possibilidades para mudar este panorama é atentar às afirmações de estudiosos da área da CSA os quais sustentam a importância de se pensar a CSA numa visão de sistema multimodal de comunicação, tanto pelos usuários quanto por seus interlocutores (DELIBERATO, 2010, 2013; LIGHT e McNAUGHTON, 2014). O meio comunicativo entre os falantes e não falantes é assimétrico (SMITH e GROVE, 2003) e o uso de diferentes modalidades expressivas para ampliar a comunicação da criança tem impacto positivo quando há mudança na atitude do interlocutor (DELIBERATO, 2011).

Portanto, verifica-se que não somente a intervenção com a criança é necessário, mas sim incluir diferentes parceiros conversacionais da rotina familiar, social e educacional, em situações de contexto real e semi-estruturado (CESA, 2015). O interesse e a atitude comunicativa do interlocutor perante a criança favorecem a sua competência e habilidade comunicativa, conforme observado no estudo 2 desta tese.

Apesar de uma amostra constituída de apenas três crianças com perfil grave de ECNE e, portanto, com complexas necessidades comunicativas, foi possível a partir da análise conversacional das díades em sessões fonoaudiológicas naturalísticas, inferir algumas evidências clínicas importantes para a atuação clínica fonoaudiológica com CSA.

Uma dessas constatações é a importância dos pares adjacentes (MARCUSCHI, 2003; SCHEGLOFF, 1972) no favorecimento da competência e habilidade linguística deste perfil de crianças. Justifica-se tal afirmativa, a partir dos dados do estudo 2. Como as crianças são mais dependentes linguisticamente do outro, pela limitação oral e pelo pouco ou ausente uso funcional do sistema de CSA, o uso de dois tipos de pares adjacentes são preditores favoráveis para a comunicação, a saber: (a) pares adjacentes do tipo ordem/execução (b) pares adjacentes pergunta/resposta. No estudo realizado somente o par adjacente do tipo **protesto** foi realizado inicialmente pela criança (iniciativa de turno de diálogo), demandando do fonoaudiólogo um revide ou uma defesa. No *corpus* analisado não constou do par adjacente cumprimento/cumprimento, mas este também seria uma boa estratégia comunicativa.

Os atos de fala sejam em forma de pares adjacentes ou não, serão a partir deste momento, propostos como ato conversacional (RODRIGUES, 1998).

Outro elemento fundamental observado é a grande assimetria entre os meios comunicativos entre os falantes e as crianças não oralizadas usuárias da CSA, tendo pouca noção de sistema de comunicação alternativa entre as díades. Entre os falantes há o predomínio do meio oral e entre as crianças há o predomínio do meio gestual.

Como há esta discrepância entre os tipos de meios comunicativos os dados deste estudo indicam que o fonoaudiólogo ao reduzir o número de possibilidades de resposta e ao mesmo tempo disponibilizar o recurso da CSA para a expressão por parte da criança favorece o desenvolvimento da competência linguística. Assim como, indagações fechadas que fazem uso da CSA pareceram facilitar as respostas das crianças. Enquanto perguntas abertas pareceram ser mais desfavoráveis.

Baseado nas evidências clínicas pesquisadas nesta tese recomenda-se que o fonoaudiólogo realize um planejamento linguístico-discursivo. Ao produzir atos conversacionais do tipo par adjacente pergunta-resposta, atente à hierarquização de tipos de perguntas a seguir apresentada:

- 1° Indagação fechada do tipo sim/não com CSA;
- 2° Indagação fechada que ofereça duas alternativas de respostas via CSA;
- 3° Indagação fechada do tipo sim/não;
- 4° Indagação fechada que oferece oralmente duas alternativas de respostas;
- 5° Indagação aberta.

No intuito de facilitar o planejamento fonoaudiológico linguístico-discursivo de crianças com grave ECNE e com complexas necessidades comunicativas, o estudo 3 apresenta uma proposição de um protocolo de análise conversacional a ser aplicado com diferentes parceiros conversacionais. Este foi desenvolvido a partir da análise conversacional das díades durante os atendimentos fonoaudiológicos.

A versão final do protocolo desenvolvido nesta tese é composto por 54 itens, dividida em três partes: (a) meios comunicativos, atos de falas, manutenção temática e turno de diálogo comuns às díades; (b) atos de fala somente da criança, uso do recurso da CSA, manutenção temática e turno de diálogo e (c) atos de fala somente

do interlocutor, incentivo ao uso do recurso da CSA, manutenção temática e turno de diálogo.

Registra-se que esta proposição em nenhum momento renega a importância de serem avaliados aspectos de cunho cognitivo, como propõe o protocolo de Fernandes (1999), ao valorizar a avaliação da permanência do objeto, atenção compartilhada e noção de ação-reação para o uso da CSA. Da mesma forma valoriza-se a qualidade do desempenho das funções parentais, no processo do desenvolvimento da linguagem e da comunicação de seus filhos via CSA (CESA, 2015).

Percebe-se o fonoaudiólogo tem condições, a partir de uma maior apropriação teórica e boas práticas, favorecer o uso funcional de um sistema de CSA, assumindo explicitamente a sua função de gestão da comunicação da CSA perante uma equipe profissional na área da CSA.

6 CONCLUSÃO

É necessário inserir nas grades curriculares da graduação a disciplina de CSA, devido à existência de práticas empíricas, as quais muitas vezes são positivas, entretanto, sem um aporte científico que as sustente.

As análises conversacionais pesquisadas indicam que os fonoaudiólogos precisam atentar a sua forma de produzir atos conversacionais às crianças não orais com ECNE.

Há necessidade do fonoaudiólogo utilizar os mesmos meios comunicativos da criança e ampliar as delas. O fonoaudiólogo deve usar o mesmo recurso comunicativo que a criança usa para se comunicar, assim como deve adequar o seu tipo de pergunta para que o efeito seja a redução do número de possibilidades de resposta por parte da criança, e ao mesmo tempo disponibilizar o recurso da CSA para a expressão por parte da criança, favorecendo assim a promoção da competência e habilidade linguística-discursiva. Recomenda-se priorizar indagações fechadas via CSA, pois pareceram facilitar as respostas das crianças, enquanto que perguntas abertas pareceram ser mais desfavoráveis.

O uso do protocolo de análise conversacional tem o intuito de sistematizar o processo de avaliação, acompanhamento e reavaliação fonoaudiológica. Para futuros estudos sugere-se pesquisas sobre a sua validação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A.; PIZA, M. H. M.; LAMÔNICA, D. A. C. Adaptações do sistema de comunicação por troca de figuras no contexto escolar. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, v. 17, n. 2, p. 233-240, 2005.
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). Rockville, 2005 [acesso em 2016 Ago 16]. Disponível em: <http://www.asha.org>
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). Rockville, 2011 [acesso em 2016 Ago 16]. Disponível em: <http://www.asha.org>
- AUSTIN, J. (1962) How to do things with words. Paris: Cambridge; 1970.
- BADER, C. A., NIEMANN, G. Dhysphagia in children with cerebral palsy – fiberoptic – endoscopic findings. *Laryngo-Rhino-Otologie*, v. 89, n. 2, p. 90-94, 2010.
- BALADI, A. B. P.; CASTRO, N. M. D.; MORAIS FILHO, M. C. Paralisia cerebral. In: FERNANDES, A. C.; RAMOS, A. C. R.; CASALIS, M. E. P.; HEBERT, S. K. (Coord.). **AACD Medicina e Reabilitação: princípios e prática**. São Paulo: Artes Médicas, p. 15-34, 2007.
- BASIL, C. Sistemas aumentativos e alternativos de comunicação. In: PEÑA, J.; CASANOVA, J. (Orgs.). **Manual de Fonoaudiologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 238-348.
- BEUKELMAN, D.; MIRENDA, P. Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs. 4 ed. Baltimore: Brookes. 2013
- BOBATH B. **Atividade postural reflexa anormal causada por lesões cerebrais**. Barueri: Manole, 1978.
- BONDY, A. S.; FROST, L. A. The Picture Exchange Communication System. Pyramid Educational Consultants. *Focus Autism Other Dev Disabl*, v. 9, n. 3, 1994. Disponível em <<http://pecs-canada.com/Brochures/pecsfocuspdf.pdf>> Acesso em: 04 fev. 2015.
- BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: DOU, 1990.
- _____. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Comitê de Ajudas Técnicas**. Brasília: CORDE, 2009. 138 p. Disponível em <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-tecnologia-assistiva.pdf>> Acesso em: 02 fev. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 03 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral**. Brasília, DF, 2013. Disponível em <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_enerico_imagens-filefield-description%5D_70.pdf> Acesso em: 02 fev. 2015.

BRASILEIRO, I.C.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B; QUEIROZ, M. V. O.; MONT'ALVERNE, D. G. B. Atividades e participação de crianças com paralisia cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enf.* 2009;62(4):503-11.

BRANCALIONI, A. R.; MORENO, A. C.; SOUZA, A. P. R.; CESA, C. C. Dialogismo e comunicação aumentativa alternativa em um caso. **Rev CEFAC**, v. 13, n. 2, p. 377-384, 2011.

BROWNE, M. Comunicação e tecnologia. In: FINNIE N. R. (Org.). **O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 122-128.

CÂNDIDO, A. M. D. M. **Paralisia Cerebral: abordagem para o Pediatra Geral e Manejo Multidisciplinar**. Monografia (Curso de Residência Médica em Pediatria) – Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, 2004.

CAPOVILLA, F. C. Relações psicolinguísticas entre itens de comunicação alternativa (figuras-sinais) e palavras na transição da comunicação alternativa à alfabetização em paralisia cerebral e surdez. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 40-54.

CESA, C. C. **A Comunicação Suplementar e/ou Alternativa em uma perspectiva dialógica na clínica de linguagem**. 2009. 144f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

_____. Comunicação Aumentativa e Alternativa – Abordagem Enunciativa. In: Fonoaudiologia na infância: avaliação e terapia. CARDOSO M. C. (Org.). Rio de Janeiro: Revinter, 2015. p. 39 a 52.

CESA C.C.; KESSLER TM. Comunicação alternativa: teoria e prática clínica. **Comunicação Alternativa: teoria e prática clínica. Distúrb Comun.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 493-502.

CESA, C. C.; RAMOS-SOUZA, A. P.; KESSLER, T. M. Novas perspectivas em comunicação suplementar e/ou alternativa a partir da análise de periódicos internacionais. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 870-880, 2010a.

_____. Intersubjetividade mãe-filho na experiência com comunicação ampliada e alternativa. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 57-67, 2010b.

CHUN, R. Y. S. Comunicação complementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil. **Pró-Fono R Atual Cient.**, v. 21, n. 1, p. 69-74, 2009a.

_____. Afasia e comunicação complementar e/ou alternativa: processos de significação e possibilidade de *prompting*. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009b. p. 148-156.

CLAUDINO, K. A.; SILVA, L. V. C. Complicações respiratórias em pacientes com encefalopatia crônica não progressiva. **Rev Neurocienc.**, v. 20, n. 1, p. 94-100, 2012.

COCKERILL, H.; ELBOURNE, D.; ALLEN E.; SCRUTTON, D.; WILL, E.; McNEE, A.; FAIRHURST, C.; BAIRD, G. Speech, communication and use of augmentative communication in young people with cerebral palsy: The SH&PE population study. *Child: care, health and development*, 40, 2, 2013, p.149–157.

CORMEDI, M. A. A comunicação alternativa no centro de recursos para surdocegueira e deficiência múltipla. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 244-254.

COSTA, J. C. A Teoria Inferencial das Implicaturas: descrição do modelo clássico de Grice. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, 2009, p. 12-17.

COSTA, L. I. S.; COSTA, M. R. C. Produção de escrita de um paciente com paralisia cerebral coreoatetóide em atendimento educacional especializado. **ABPC**, v. 6, n. 13, 2012, p. 21-28.

CRESS, C. J. Augmentative and alternative communication and language: understanding and responding to parents' perspectives. **Top Lang Disorders**, v. 24, n. 1, p. 51-61, 2004.

DELIBERATO, D. Acessibilidade comunicativa no contexto acadêmico. In: Inclusão do aluno com deficiência na escola: os desafios continuam. MANZINI, E. J. (Org.). Marília: ABPEE/FAPESP, 2007. p.25-36.

_____. Uso de expressões orais durante a implementação do recurso de comunicação complementar e alternativa. **Rev. Bras. Educ. Esp.**, Marília, v. 15, n. 3, p. 369-388, 2009.

_____. **Caracterização das habilidades expressivas de um aluno usuário de comunicação alternativa durante intervenção fonoaudiológica**. 2010. 178 f. Livre-Docência. Universidade Estadual Paulista, Marília, 2010.

_____. Sistema suplementares e alternativos de comunicação nas habilidades expressivas de um aluno com paralisia cerebral. **Rev. Bras. Educ. Esp.**, Marília, v. 17, n. 2, p. 225-244, 2011.

_____. Sistemas gráficos na comunicação alternativa: aquisição da competência comunicativa. In: Passerino LM, Bez MR, Pereira ACC and Peres A. (eds.), *Comunicar para incluir* (Porto Alegre, RS: CRBF), 2013. pp. 425-435.
DIAMENT, A. Encefalopatias crônicas da infância (Paralisia Cerebral). In: DIAMENT A.; CYPEL S. (Orgs.). **Neurologia infantil**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

DUDUCHI, M.; MACEDO, E. C. Interação multimodal em sistemas de comunicação alternativa e construção de interfaces com acionamento por direção do olhar. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 188-204.

EDELMUTH C. E. **Pessoas portadoras de deficiência: a realidade brasileira**. Departamento de Educação Especial da Secretaria de Educação Fundamental do MEC, v. 10, p. 8-9, 1992.

FAGUNDES A. J. F. M. **Descrição, definição e registro de comportamento**. 17a ed. São Paulo: EDICON, 2015.

FARIAS, L. P. A equipe interdisciplinar na intervenção precoce: desafios e conquistas. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 256-263.

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

FIDOS, E. L. S.; NARUMIA, L. C.; OLIVEIRA, M. C., SANTOS, E. Utilização dos princípios da integração sensorial na paralisia cerebral: estudo de caso. **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**, v. 2, n. 6, p. 36-41, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI DSS)/ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/depto.php?id=254>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FREITAS, P. M.; CARDOSO, T. S. G.; SIQUARA, G. M. Aspectos cognitivos e comportamentais na paralisia cerebral hemiplégica. **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**, v. 4, n. 9, p. 31-37, 2009.

FURKIM, A. M., SACCO, A. B. F. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. **Rev CEFAC**, v. 10, n. 4, p. 503-512, 2008.

GONZÁLEZ, R.; GÓMEZ, A.; DONOSO, A. Comunicación aumentativa y alternativa en pacientes con afasia severa. **Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.**, Santiago, v. 34, p. 33-37, 1996.

GUSMAN, S.; TORRE, C. A. Fisioterapia em paralisia cerebral. In: SOUZA, A. M. C.; FERRARETTO, I. (eds). **Paralisia Cerebral – Aspectos Práticos**. São Paulo: Memnon; 1998. p.169-206.

GRICE, H. P. Logic and conversation. In: COLE, P; MORGAN, L. R. (eds). **Syntax and Semantics: Speech Acts**. New York: Academic Press; 1975. p. 41-58.
HAAK, P.; LENSKI, M.; HIDECKER, M. J.; LI, M.; PANETH, N. Cerebral Palsy and aging. **Dev. Med. Child Neurol.**, v. 51, n. 4, p. 16-23, 2009.

HIDECKER, M. J. C.; PANETH, N.; ROSEMBAUM, P. L.; KENT, R. D.; LILIE, J.; EULEMBERG, J. B.; CHESTER, K.; JOHNSON, B.; MICHALSEN, L.; EVATT, M.; TAYLOR, K. Developing and validating Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. **Dev Med Child Neurol.**, v. 53, n. 8, p. 704-710, 2011.

HUNT, P.; GOETZ, L.; ALWELL, M.; SAILOR, W. Using an interrupted behavior chain strategy to teach generalized communication responses. **Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps**, Baltimore, v. 11, n. 3, p. 196-204, 1986.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATION (ISAAC). 20015. Disponível em <<https://www.isaac-online.org/english/what-is-aac/>> Acesso em: 04 fev. 2015.

JOHNSON, R. M. Guia dos símbolos de comunicação pictórica. Porto Alegre: Clik; 1998.

LAMÔNICA, D. A. C. Estimulação de linguagem de crianças com paralisia cerebral. In: LAMÔNICA, D. A. C. (Org.) **Estimulação de linguagem aspectos teóricos e práticos**. São José dos Campos, Pulso, 2008. p.163-177.

LAMÔNICA, D. A. C.; PAIVA, C. S. T.; MESSAGE, D. M.; LOZANO, J. C.; FERRAZ, P. M. P. Comparação das habilidades auditivas e visuais em paráliticos cerebrais diplégicos Rev. CEFAC. v. 16, n. 2. 2014, p. 457-462.

LEITE J. M. R. S.; PRADO G. F. **Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos**, v. 12, n. 1, p. 41-45, 2004.

LIGHT, J. Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative. *Augmentative and Alternative Communication*. Oxfordshire, v. 5, p. 137–144, 1989.

LIGHT, J. Shattering the silence: Development of communicative competence by individuals Who use AAC. In: LIGHT, J. C.; BEUKELMAN, D. R.; REICHLE, J. (Eds.) *Communicative competence for individuals Who use AAT: From research to effective practice*. Baltimore: Brookes. p. 3-38, 2003.

LIGHT, J.; McNAUGHTON, D. Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: A new definition for a new era of communication? **Augmentative and Alternative Communication**. Oxfordshire, v. 30, n. 1, p. 1–18, 2014. Disponível em <http://www.academia.edu/6728637/Communicative_competence_for_individuals_who_require_augmentative_and_alternative_communication_A_new_definition_for_a_new_era_of_communication> Acesso em: 20 jan. 2015.

LIMONGI, S. C. O. A construção da linguagem na criança parálitica cerebral. In: LIMONGI, S. C. O. (Org.). *Paralisia cerebral: processo terapêutico em linguagem e cognição (pontos de vista e abrangência)*. Carapicuíba: Pró-Fono, 2000. 232p.

LLOYD, L. L.; KANGAS, K. AAC Terminology Policy and Issues Update. **Augmentative and Alternative Communication**, Oxfordshire v. 4, n. 1, p. 167-70, 1988.

LOGEMANN, J. A. Treatment of oral and pharyngeal. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. v. 19, n. 4, p. 803-816, 2008.

LUCCHI, C.; FLORIO, C. P. F.; SILVERIO, C. C.; REIS, T. M. Incidência de disfagia orofaríngea em pacientes com paralisia cerebral do tipo tetraparéticos espásticos institucionalizados. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, v. 14, n. 2, p. 172-176, 2009.

MANCINI M. C.; FIÚZA P. M.; REBELO J.M.; MAGALHÃES L. C.; COELHO Z. A. C.; PAIXÃO M. L. et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 60, n. 2B, p. 446-452, 2002.

MANZINI, E. J.; DELIBERATO, D. **Portal de ajudas técnicas para educação: equipamento e material pedagógico especial para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física: recursos para comunicação alternativa**. 2. ed. Brasília: MEC; SEESP, 2006, 52 p.

MARCUSCHI, L. A. **Análise da conversação**. 6 ed. São Paulo: Ática; 2007. 94p.
MARUJO, V. L. M. B. Fonoaudiologia em paralisia cerebral. In: SOUZA, A. M. C.; FERRARETTO, I. (Orgs). **Paralisia cerebral – aspectos práticos**. São Paulo: Memnon, 1998. p. 207-230.

McCARTHY, J.; LIGHT, J.; DRAGER, K.; McNAUGHTON, D.; GRODZICKI, L.; JONES, J.; PANEK, E.; PARKIN, E. Re-designing scanning to reduce learning demands: the performance of typically developing 2-years-olds. **Augmentative and Alternative Communication**, Oxfordshire, v. 22, n. 4, p. 269-283, 2006.

McCOLLUM, J. A. Social interaction between parents and babies: validation of an intervention procedure. **Child: Care, Health and Development**, Newark, v. 10, n. 5, p. 301-315, 1984.

McCONACHIE, H.; PENNINGTON, L. In-service training for schools on augmentative and alternative communication. **European Journal of Disorders of Communication**, v. 32, n. 3, p. 277-288, 1997.

McKEITH, R. C., MACKENZIE, I. C. K., POLANI, P. E. **Memorandum on terminology and classification of cerebral palsy**. Symposium of the Oxford Study Group on Child Neurology and Cerebral Palsy. *Cereb Palsy Bull* 5:37, 1959.

MILLAR, D. C.; LIGHT, J. C.; SCHLOSSER, R. W. The impact of augmentative and alternative communication intervention on the speech production of individuals with developmental disabilities: a research review. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 49, p. 248-264, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MIRENDA, P.; LOCKE, P. A comparison of symbol transparency in nonspeaking persons with intellectual disabilities. **J Speech Hear Res**, Rockville, v. 54, p. 131-140, 1989.

MIZAEEL, T. M., AIELLO, A. L. R. Revisão de estudos sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) para o ensino de linguagem a indivíduos com autismo e outras dificuldades de fala. *Rev. Bras. Ed. Esp., Marília*, v. 19, n. 4, p. 623-636, 2013.

MONTEIRO, C. B. M.; SILVA, T. D.; ABREU, L. C.; MASSA, M.; LEÃO, E. K. E. A. Paralisia cerebral: breve conceituação. In: MONTEIRO C. B. M. (Org.). **Realidade virtual na paralisia cerebral**. São Paulo: Plêiade, p. 25-43, 2011.

MOREIRA, E. C.; CHUN, R. Y. S. Comunicação suplementar e/ou alternativa – ampliando possibilidades de indivíduos sem fala funcional. In: LACERDA, C. B. F.; PANHOCA, I. **Tempo de Fonoaudiologia**, Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1997. p. 139-175.

NELSON, K. B. What proportion of cerebral palsy is related to birth asphyxia? *The Journal of Pediatrics*, 122, 1988. p. 572-574.

NELSON, K. B.; ELLENBERG, J. H. Antecedents of cerebral palsy: Multivariate analysis of risk. *New England Journal of Medicine*, 315. 1986. p. 81-86.

NELSON, K. B.; SWAIMAN, K. F.; RUSSMAN, B. S. Cerebral palsy. In: SWAIMAN, K. F (ed.) **Pediatric Neurology – Principles and Practice**. v. 1 St Louis, Mosby Company, p. 471-488, 1994.

NUNES, L. R. O. P. Linguagem e comunicação alternativa: uma introdução. In: NUNES, L. R. O. P. (Org). Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais. Rio de Janeiro: Dunya, 2003.

ORLANDIN APG. Protocolo de avaliação da compreensão oral e da leitura na dificuldade de oralidade [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.

PANHAN, H. O adulto silenciado: questões de lugar na linguagem. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 132-140.

PARKES, J.; HILL, N.; PLATT, M.; DONNELLY, C. Oromotor function and communication impairments in children with cerebral palsy: a register study. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 52, n. 12, 2010. p. 1113–1119.

PASSERINO, L. M.; BEZ, M. R.; FOSCARINI, A. C. Proposta metodológica de ação mediada e atenção conjunta para déficits de comunicação. In Passerino LM, Bez MR. **Comunicação Alternativa: mediação para uma inclusão social a partir do Scala**. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo; 2015. p. 44-58.

PAURA, A. C.; DELIBERATO, D. Estudo de vocábulos para avaliação de crianças com deficiência sem linguagem oral. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 20, n. 1, p. 37-52, 2014.

PFEIFER, L. I.; PEREIRA, L. C. R. S.; SILVA, D. B. R.; PANÚNCIO-PINTO, M. P. Habilidades de desempenho no brincar de crianças com paralisia cerebral. **ABPC**, São Paulo, v. 5, n. 12, p. 4-11, 2011.

PELOSI, M. B. Proposta de implementação da comunicação alternativa e ampliada nos hospitais do município do Rio de Janeiro. **Temas desenvolv.**, São Paulo, v. 14, n. 80-81, p. 47-53, 2005.

PELOSI, M. Pesquisas em comunicação alternativa no Brasil: participação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. In: NUNES, L. R. O. P.; PELOSI, M. B.; WALTER, C. C. F. (Orgs.) **Compartilhando experiências: ampliando a comunicação alternativa**. Marília: ABPEE, 2011. p. 125-138.

PENNINGTON, L.; GOLDBART, J.; MARSHALL, J. Interaction training for conversational partners of children with cerebral palsy: a systematic review. **Int. J. Lang. Comm. Dis.**, v. 39, n. 2, p. 151-170, 2004.

_____. Direct speech and language therapy for children with cerebral palsy: Findings from a systematic review. *Dev Med Child Neurol.*, v. 47, n. 1, p. 57-63, 2005.

_____. Tratamiento del habla y el lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación de niños con parálisis cerebral. Oxford: Update Software, n. 4, p. 1-33, 2007. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logoterapia_paralisis_cerebral.pdf> Acesso em: 10 mai. 2008.

PFEIFER, L. I.; PACCIULIO, A. M.; SANTOS, C. A.; SANTOS, J. L.; STAGNITTI, K. E. Pretend Play of Children with Cerebral Palsy. **Phys Occup Ther Pediatr.**, v. 31, n. 4, p. 390-402, 2011.

PEREIRA, J. C. Discriminação cromática em crianças com paralisia cerebral do tipo espástica. 2012.110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

PINDER, G. L.; OLSWANG, L. B. Development of communicative intent in young children with cerebral palsy: a treatment efficacy study. **Infant Toddler Intervention**, v. 5, n. 1, p. 51-70, 1995.

PIRES, S. C. F.; LIMONGI, S. C. O. Introdução de comunicação suplementar em paciente com paralisia cerebral atetóide. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, v. 14, n. 1, p.51-60, 2002.

PIRES, S. C. F. **A relação linguagem-cognição no trabalho com Comunicação Suplementar e/ou Alternativa com criança com paralisia cerebral**. 2005.181 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. **Comunicação suplementar e/ou alternativa e ganho lexical na criança com síndrome de Down: estudo piloto**. 2008. 155 f. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

_____. Perspectiva da composição da equipe multidisciplinar na área de comunicação alternativa. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 293-301.

PINTO, M. C. F. Fonoaudiologia na paralisia cerebral. 2002 Disponível em: <<http://www.profala.com/arttf66.htm>> Acesso em: 28 out. 2002.

PUYUELO, M. Problemas de linguagem na paralisia cerebral: diagnóstico e tratamento. In: PUYUELO, M.; PÓO, P.; BASIL, C.; MÉTAYER, M. **A fonoaudiologia na paralisia cerebral: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Santos, 2001. p. 17-91.

REID S. M.; LANIGAN A.; REDDIHOUGH D. S. Post-neonatally acquired cerebral palsy in Victoria, Australia, 1970-1999. **J Paediatr Child Health.**, v. 42, n. 10, p. 606-611, 2006.

REID SM, MODAK MB, BERKOWITZ RG, REDDIHOUGH DS. A population based study and systematic review of hearing loss in children with cerebral palsy. **Dev Med Child Neurol.** v. 53, n. 11, 2011, p. 1038-45.

RODRIGUES, I. M. G. **Sinais conversacionais de alternância de vez**. Porto: Granito; 1998. 236p.

ROSENBAUM P., PANETH N, LEVITON A, GOLDSTEIN M, BAX M. A report: The definition and classification o cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 49, n. 2, 8-14, 2007.

ROSENBAUM, P. L. et al. Development of the Gross Motor Function Classification System for Cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 50, p. 249-253, 2008.

ROTTA, N. T. **Paralisia Cerebral, novas perspectivas terapêuticas**. *Jornal de Pediatria*, v. 78, supl. 1, p. 48-54, 2002.

SINCLAIR, J. 2004. Corpus and Text - Basic Principles. In: M. WYNNE (ed.), **Developing Linguistic Corpora: a Guide to Good Practice**. Oxford, Oxbow Books, p. 1-16.

SANTOS, C. A.; PACCIULIO, A. M.; PFEIFER, L. I. Influência do Contexto Familiar no Brincar Simbólico de Crianças com Paralisia Cerebral. **Revista do NUFEN**, v. 2, p. 3-20, 2010.

SANTOS, T. R.; PFEIFER, L. I.; SILVA, D. B. R.; PANUNCIO-PINTO, M. P. Avaliação do comportamento lúdico de crianças com paralisia cerebral. **ABPC**, São Paulo, v. 5, n. 11, 2011, p. 18-25, 2011.

SCHEGLOFF, E. E. Sequencing in conversational openings. In: GUMPERZ, J. J.; HYMES, D. (eds). *Directions in Sociolinguistics*. New York: Holt, Rinehart & Winston. 1972, p. 346-380.

SCHIRMER, C. R.; BERSCH, R. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. In: SCHIRMER, C. R.; BROWNING, N.; BERSCH, R.; MACHADO, R. (Orgs.). **Atendimento educacional especializado: deficiência física**. Brasília: SEESP; SEED; MEC, 2007. p. 57-129 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae_df.pdf> Acesso em: 06 set. 2015.

SCHIRMER, C. R. Formação de professores para atuar na área de comunicação alternativa: uma proposta de abordagem problematizadora. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 264-274.

SCHLOSSER, R. W.; LEE, D. L. Promoting generalization and maintenance in augmentative and alternative communication: a meta-analysis of 20 years of effectiveness research. **Augmentative and Alternative Communication**, v. 16, n. 4, p. 208-226, 2000.

SCHLOSSER, R. W.; BALANDINI, S.; HEWSLEY, B.; IACONO, T.; PROBST, P.; TETZCHNER, S. Facilitated communication and authorship: a systematic review. *Augmentative and Alternative Communication*, v. 30, n. 4, p. 359-368, 2014.

SCHWARTZMAN, J. S. Paralisia cerebral. **Temas desenvolv.**, v. 3, n. 13, p. 4-21, 1993.

_____. Paralisia cerebral. **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**, v. 1, n. 1, p. 4-17, 2004.

SCHWARTZMAN, J. S. *Tratamento medicamentoso da espasticidade na paralisia cerebral*. In: FONSECA L. F., LIMA, C. L. A. (Orgs.). **Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia e reabilitação**. 2. ed. Belo Horizonte: MedBook, 2008.

SEARLE, J. R. (1969). **Os actos de fala**: um ensaio de filosofia da linguagem. Coimbra: Almedina. 1981. 270 p.

SERDAROGLU A, CANSU A, ÖZKAN S, TEZCAN S. Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. **Dev Med Child Neurol**. v. 48, n. 6, p. 413-16, 2006.

SHEPHERD, R. B. Paralisia Cerebral. In: SHEPHERD, R. B. (Org.) **Fisioterapia em pediatria**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1998. p. 110-144.

SIGUDARDOTTIR, S.; VIK, T. Speech, expressive language and verbal cognition of preschool children with cerebral palsy in Iceland. **Developmental Medicine and Child Neurology**, **53**, 2011. p. 74-80.

TAMANAH, A. C. O uso da comunicação alternativa no autismo: baseando-se em evidências científicas para implementação de Picture Exchange Communication System. In: NUNES, L. R. O. P.; PELOSI, M. B.; WALTER, C. C. F. (Orgs.) **Compartilhando experiências**: ampliando a comunicação alternativa. Marília: ABPEE, 2011. p. 175-181.

TETZCHNER, E. V.; MARTINSEN, H. **Augmentative and Alternative Communication**. In: TETZCHNER, E. V.; MARTINSEN, H. (Orgs.) Sign teaching & the use of communication aids. London: Whurr Publishers, 1992. p. 6-24.

THIERS, V. O.; CAPOVILLA, F. C. Julgamento de translucência em sistemas de comunicação alternativa e suplementar por universitários. **Alethéia**, Canoas, n. 24, p. 49-56, jul./dez. 2006.

VALARELLI, L. P.; SAES, S. O.; VIEIRA, L. M. Encefalopatia crônica infantil não progressiva: realidade inesperada. **Salusvita**, Bauru, v. 29, n. 3, p. 229-246, 2010.

VIANNA, C. I. O.; SUZUKI, H. S. Paralisia cerebral: análise dos padrões da deglutição antes e após intervenção fonoaudiológica. **Rev CEFAC**, Barueri, v. 13, n. 5, p. 790-800, 2011.

VOLPE, J. J. Intracranial hemorrhage: intraventricular hemorrhage of the premature infant. In: VOLPE, J. J. (Org.) **Neurology of the newborn**. 3. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1995. p. 403-63.

TETZCHNER, S.; GROVE, N. The development of alternative languages forms. In: TETZCHNER, S; GROVE, N. (Ed.). **Augmentative and alternative communication: developmental issues**. London: Whurr, 2003. p. 1-27.

ZANINI G.; CEMIN N. F.; PERALLES S. N. Paralisia Cerebral: causas e prevalências. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 375-381, 2009.

WALTER, C. C. F. **Os efeitos da adaptação do PECS ao *curriculum* funcional natural em pessoas com autismo infantil**. 2000. 89 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.

_____. **Avaliação de um programa de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo**. 2006. 110 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

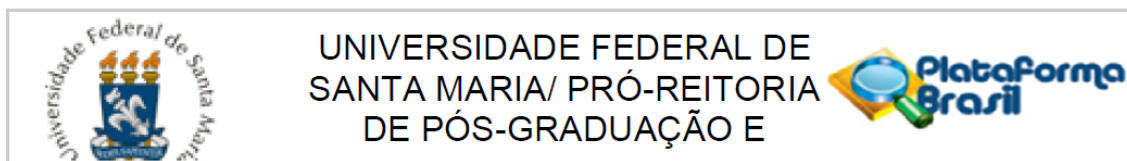
_____. Comunicação alternativa para pessoas com autismo: o que as pesquisas revelam sobre o uso do PECS por pessoas com autismo. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C. (Orgs.). **Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 96-106.

WAGNER, B. T.; JACKSON, H. M. Developmental memory capacity resources of typical children retrieving picture communication symbols using direct selection and visual linear scanning with fixed communication displays. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, Rockville, v. 49, p. 113-126, 2006.

WUNDERLICH, D. **Grundlagen der Linguistik**. Reinbek: Rowohlt Taschenbücher Verlag GmbH, 1974.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação Aumentativa e Alternativa: proposição de um programa de intervenção

Pesquisador: Helena Bolli Mota

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38137814.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 909.685

Data da Relatoria: 20/11/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana.

Este projeto é composto por três estudos que têm como o tema Comunicação Aumentativa e Alternativa e como desfecho principal, a proposição de um programa fonoaudiológico de estratégias linguístico discursivas em Comunicação Aumentativa e Alternativa. Conforme a American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (1991), a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) é uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa para terapeutas que tentam compensar e facilitar, temporária ou permanentemente, os prejuízos e incapacidades dos indivíduos com graves distúrbios da compreensão e da comunicação expressiva, seja gestual, falada e/ou escrita.

ESTUDO 1: Trata-se de um estudo descritivo e transversal com 30 fonoaudiólogos que tenham experiência clínica em CAA. A pesquisadora aplicará um questionário que contemplará a formação acadêmica e atualização profissional. Abrangerá também perguntas sobre CAA e a atuação com crianças com Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI).

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

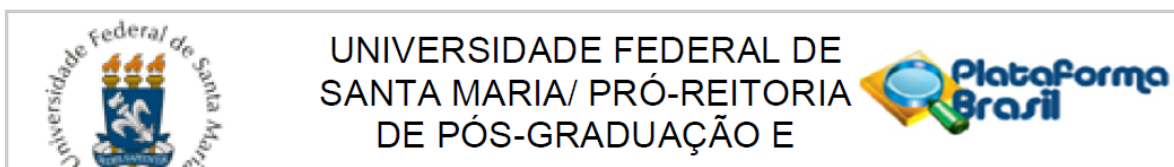
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 909.685

ESTUDO 2: Trata-se de um estudo de casos múltiplos (YIN, 2001). Farão parte da pesquisa 3 crianças, por amostra de conveniência, entre 5 a 11 anos que realizam atendimento fonoaudiológico em clínicas de reabilitação do município de Porto Alegre-RS. Instrumentos: Filmagens de três atendimentos fonoaudiólogos consecutivos da criança com seu respectivo fonoaudiólogo.

ESTUDO 3 – estudo propositivo, irá propor um programa de intervenção fonoaudiológica em CAA, utilizando-se de artigos e livros sobre CAA e ECNPI, assim como os estudos 1 e 2 deste projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Desenvolver um programa de estratégias linguístico-discursivas em Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) destinado a crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância (ECNPI).

Secundários:

- a) investigar o conhecimento do fonoaudiólogo quanto às estratégias linguístico-discursivas em CAA;
- b) pesquisar quais estratégias linguístico-discursivas são utilizadas na clínica fonoaudiológica em CAA;
- c) propor um programa de estratégias linguístico-discursivas para a ampliação do uso da CAA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados adequadamente, com os riscos previstos e condutas em caso de sua ocorrência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

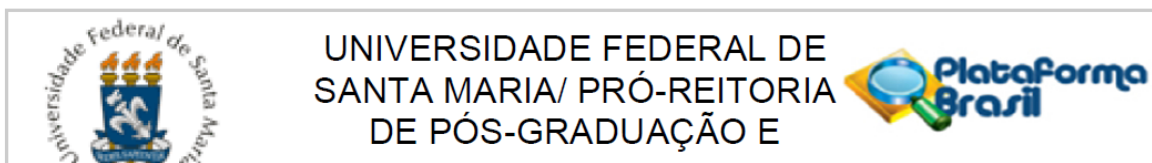
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 909.685

disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 11 de Dezembro de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE A – Questionário aos fonoaudiólogos voluntários

Dados de Identificação

Nome:

Idade:

Instituição de graduação:

Tempo de formação em Fonoaudiologia:

Tempo de trabalho com Comunicação Suplementar e/ou Alternativa:

Aproximadamente quantos pacientes com paralisia cerebral e Comunicação Suplementar e/ou Alternativa você já atendeu:

Atualmente você desempenha qual (is) função (ões):

() terapeuta

() supervisora clínica

() docente

() docente e pesquisadora

() pesquisadora

() compõe equipe técnica de Secretaria da Saúde (Estado ou Município?)

() compõe equipe técnica da Secretaria de Educação do (Estado ou Município?)

() outra(s): _____

- 1) Como é a sua avaliação em Comunicação Suplementar e/ou Alternativa?
- 2) Você atua com outros tipos de pacientes, além do paciente com paralisia cerebral? Qual a população predominante na sua experiência com Comunicação Suplementar e/ou Alternativa?
- 3) Em qual o tipo de instituição você atua (privada, pública ou filantrópica)? Realiza atendimento domiciliar, em instituições de longa permanência para idosos e/ou em hospital?
- 4) Você fez algum curso (formação) em Comunicação Suplementar e/ou Alternativa? Qual? Em que ano?
- 5) Que princípios você utiliza para guiar a sua atuação clínica em Comunicação Suplementar e/ou Alternativa?
- 6) Quem participa da intervenção em Comunicação Suplementar e/ou Alternativa? Como?
- 7) Como você introduz a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa?
- 8) Que estratégias você utiliza para desenvolver o uso da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa?
- 9) Você utiliza alta e/ou baixa tecnologia?
- 10) Qual(is) o(s) recurso(s) que você usa? (Tablet, vocalizador, prancha, cartões isolados, chaveiros, tipos de softwares, etc.)
- 11) Qual(is) o(s) tipo(s) de representação(ões) simbólicas que você usa? (miniaturas, objetos reais, fotografia, desenhos, sistemas gráficos, etc....)
- 12) Se você utiliza sistemas gráficos na Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, quais você utiliza? Justifique a sua resposta. (Picture Communication Symbols - PCS, Blissymbols, Pictogram-Ideogram Communication - PIC, ARASAAC, ImagoAnaVox, Rebus, escrita, etc.)
- 13) Quais são os maiores desafios na clínica com Comunicação Suplementar e/ou Alternativa e o que você faz para lidar com estes desafios?

- 14) Quais as dificuldades que você enfrenta durante a comunicação com as crianças com paralisia cerebral usando a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa?
- 15) Durante o atendimento com as crianças o que você faz para ajudá-las a se comunicar?
- 16) Como geralmente surgem os temas desenvolvidos nas conversações com as crianças?
- 17) Como você percebe o perfil comunicativo das crianças com paralisia cerebral?
- 18) A criança consegue associar facilmente o recurso (tablet, prancha de baixa tecnologia) como meio de comunicação?
- 19) Qual a sua experiência como se dá o uso da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa no ambiente escolar?
- 20) Comentários livres

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos fonoaudiólogos voluntários

Tese: Comunicação Suplementar e/ou Alternativa: proposição de um programa de intervenção

Pesquisadora: Fga. Ms. Carla Ciceri Cesa, acadêmica (doutorado).

CPF: 763.479.070-20

Orientadora: Profa. Fga. Dra. Helena Bolli Mota CPF: 472.655.820-04

Co-orientadora: Profa. Dra. Lenisa Brandão

Telefone para contato: (51) 91242399 / (55) 9971.3321

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Comunicação Suplementar e/ou Alternativa: proposição de um programa de intervenção”.

O objetivo deste estudo é criar um programa de tratamento fonoaudiológico para crianças que usem a prancha de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa.

A sua participação dar-se-á através da filmagem de 3 atendimentos fonoaudiológicos consecutivos com seu paciente que se enquadrar no perfil da amostra e/ou responder a um questionário. Sua participação ocorrerá após o seu aceite e sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. Não haverá interferência no plano terapêutico do paciente.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

Este estudo apresenta baixos níveis de risco para a saúde dos participantes. Estes riscos podem incluir cansaço, desconforto ou constrangimento ao responder a entrevista ou ao ser filmado. Caso ocorra alguma das situações mencionadas, a conduta adotada será a interrupção imediata da coleta e da sua participação na pesquisa, minimizando assim possíveis riscos sofridos.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética

Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS

Telefone: (55) 3220 9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. O benefício de sua participação compreende no conhecimento técnico recebido a partir do desenvolvimento do programa interventivo.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões de sigilo profissional. Os resultados da pesquisa serão avaliados em conjunto, e os questionários individuais permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem sua permissão. Você não será identificada (o) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A sua participação neste estudo não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira. Os dados obtidos neste estudo serão utilizados pra fins estritamente científicos e acadêmicos, ficando sob a guarda fiel da pesquisadora.

Eu, _____,
CPF _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, podendo esclarecer minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar assim minha decisão em participar do presente estudo.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a professora orientadora do estudo Fga. Dra. Helena Bolli Mota, telefone (55) 9971.3321, e-mail: nebolli@hotmail.com ou a pesquisadora Fga. Ms. Carla Ciceri Cesa, telefone (51) 91242399, e-mail: carlacesafga@yahoo.com.br Este termo de consentimento livre e esclarecido é redigido em duas vias, uma ficando em posse do sujeito de pesquisa. Declaro que concordo em participar deste estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20 _____.

FONOAUDIÓLOGO (A) VOLUNTÁRIO (A):

CARLA CICERI CESA (Pesquisadora) CPF: 763.479.070-20

HELENA BOLLI MOTA (Orientadora) CPF: 472.655.820-04

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética
Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS
Telefone: (55) 3220 9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE C – Termo de Autorização Institucional

Eu, _____, Presidente, da (o)

_____,
 CNPJ _____, autorizo a Fonoaudióloga Carla Ciceri Cesa, CPF 76347907020 realizar o trabalho de pesquisa científica nesta Instituição, com o título “Comunicação Suplementar e/ou Alternativa: proposição de um programa de intervenção” após a sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e a assinatura dos pais e/ou responsáveis pelos pacientes, e dos próprios quando possível, e das fonoaudiólogas voluntárias no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura , CNPJ e Carimbo

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais ou responsáveis pelos pacientes

Tese: Comunicação Suplementar e/ou Alternativa proposição de um programa de intervenção

Pesquisadora: Fga. Ms. Carla Ciceri Cesa, acadêmica (doutorado).

CPF: 763.479.070-20

Orientadora: Profa. Fga. Dra. Helena Bolli Mota CPF: 472.655.820-04

Co-orientadora: Profa. Dra. Lenisa Brandão

Telefone para contato: (51) 91242399 / (55) 9971.3321

Você e seu filho (a) estão sendo convidados (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Comunicação Suplementar e/ou Alternativa: proposição de um programa de intervenção”. O objetivo deste estudo é criar um programa de tratamento fonoaudiológico para crianças que usem a prancha de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa.

A participação de seu filho (a) dar-se-á através da filmagem de 3 atendimentos fonoaudiológicos consecutivos com sua fonoaudióloga que já tenha assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Não haverá interferência no plano terapêutico do seu (sua) filho (a).

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

Este estudo apresenta baixos níveis de risco para a saúde dos participantes. Estes riscos podem incluir cansaço, desconforto ou constrangimento durante a filmagem.

Caso ocorra alguma das situações mencionadas, a conduta adotada será a interrupção imediata da coleta e da participação de seu filho (a) na pesquisa, minimizando assim possíveis riscos sofridos.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética

Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS

Telefone: (55) 3220 9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões de sigilo profissional. Os resultados da pesquisa serão avaliados em conjunto, e os questionários individuais permanecerão confidenciais. Nome ou o material que indique a sua participação e de seu filho (a) não será liberado sem sua permissão. Você e seu filho(a) não serão identificados (as) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação neste estudo não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira. Os dados obtidos neste estudo serão utilizados pra fins estritamente científicos e acadêmicos, ficando sob a guarda fiel da pesquisadora. O benefício da participação das crianças com ECI é a oportunidade de ser desenvolvido um programa interventivo fonoaudiológico em Comunicação Suplementar e/ou Alternativa.

Eu, _____,
CPF _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, podendo esclarecer minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar assim minha decisão em participar do presente estudo, assim como de meu filho(a) _____, CPF: _____.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a professora orientadora do estudo Fga. Dra. Helena Bolli Mota, telefone (55) 9971.3321, e-mail: nebolli@hotmail.com ou com a pesquisadora Fga. Ms. Carla Ciceri Cesa, telefone (51) 91242399, e-mail: carlacesafga@yahoo.com.br

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética
Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS
Telefone: (55) 3220 9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Este termo de consentimento livre e esclarecido é redigido em duas vias, uma ficando em posse do sujeito de pesquisa.

Declaro que concordo em participar deste estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

CARLA CICERI CESA (Pesquisadora) CPF: 763.479.070-20

HELENA BOLLI MOTA (Orientadora) CPF: 472.655.820-04

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética

Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS

Telefone: (55) 3220 9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE E – Termo de Assentimento para as crianças

Assentimento informado para participar da pesquisa: Comunicação Suplementar e/ou Alternativa proposição de um programa de intervenção

Nome da criança:

Meu nome é Carla Ciceri Cesa, sou fonoaudióloga, estudo na Universidade Federal de Santa Maria e estou pesquisando a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. Minha professora é a fonoaudióloga Helena Bolli Mota.

Queremos te convidar para participar da nossa pesquisa. Seus pais ou responsáveis concordaram com a sua participação, mas se você não quiser não precisa participar, não é obrigatório. Não tem nenhum problema se você não quiser.

Você pode conversar com os seus pais/responsáveis ou outras pessoas que confia antes de decidir se quer participar ou não da pesquisa.

A pesquisa é para desenvolver um programa fonoaudiológico de atividades com a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa para as crianças com paralisia cerebral. Isso ajudará na comunicação das crianças.

Você foi escolhido para participar desta pesquisa porque você é criança ainda, faz tratamento fonoaudiológico e tem uma prancha de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm até 12 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema. Caso você decidir em não participar, nada mudará no seu tratamento fonoaudiológico. É bem importante saber que mesmo que você no início tenha aceitado, você pode mudar de ideia e desistir, sem nenhum problema.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética

Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS

Telefone: (55) 3220 9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Você e sua fonoaudióloga serão filmados durante três atendimentos fonoaudiológicos usando sua prancha de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. Uma filmadora apoiada num tripé filmará tudo. Não terá mais ninguém junto. Seu atendimento fonoaudiológico será normal. O local das filmagens será no centro de reabilitação que você sempre vai para fazer o seu atendimento fonoaudiológico.

Esta pesquisa apresenta poucos riscos para a sua saúde. Você pode ter cansaço, desconforto ou vergonha durante as filmagens. Caso aconteça isso a sua fonoaudióloga desligará na hora a filmadora e você não será mais ser filmado, sem problema nenhum. Ninguém ficará brabo com você.

A sua participação na pesquisa ajudará no desenvolvido de um programa de atividades fonoaudiológicas em Comunicação Suplementar e/ou Alternativa.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as filmagens do seu atendimento fonoaudiológico. Só as pesquisadoras desta pesquisa verão e estudarão as filmagens. Você, nem o seu nome aparecerão em nenhum lugar.

Depois que acabar a pesquisa os resultados serão falados para você e seus pais ou responsáveis, assim serão publicados em uma revista, livro ou evento. Mas, sem aparecer você, nem o seu nome.

Ninguém ficará brabo ou triste com você se você disser que não quero mais participar. A escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. Você pode dizer sim agora e mudar de ideia depois e tudo continuará bem.

A qualquer momento você poderá entrar em contato comigo ou com a minha professora para conversar sobre a pesquisa ou se tiver alguma dúvida. Você também pode pedir para os seus pais/responsáveis ou fonoaudióloga que nos avise que você quer falar conosco e eles nos avisarão. O meu telefone é (51) 9124.2399 (Carla Ciceri Cesa) e da minha professora Helena Bolli Mota é (55) 9971.3321

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética

Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS

Telefone: (55) 3220 9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Um comitê de ética em pesquisa com pessoas é um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo feita de forma ética.

Se você entender que a pesquisa não está sendo feita da forma como imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Caso prefira, você entrar em contato sem dizer seu nome.

Certificado do assentimento

Eu, _____,

entendi que a pesquisa é para desenvolver um programa fonoaudiológico de atividades com a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa para as crianças. Isso ajudará na comunicação das crianças. Também entendi que fazer parte dessa pesquisa significa que eu e minha fonoaudióloga seremos filmados durante três atendimentos fonoaudiológicos usando a minha prancha de Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. Uma filmadora apoiada num tripé filmará. Não terá mais ninguém junto. Meu atendimento fonoaudiológico será normal. O local das filmagens será no centro de reabilitação que faço o meu atendimento fonoaudiológico de rotina. Este termo de assentimento para as crianças é redigido em duas vias, uma ficará comigo e meus pais ou responsáveis. Eu aceito participar dessa pesquisa.

Assinatura da criança:

Assinatura dos pais ou responsáveis:

Assinatura da pesquisadora:

Assinatura da orientadora:

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética

Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria - RS

Telefone: (55) 3220 9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE F – Termo de Confidencialidade

As pesquisadoras desta tese denominada Comunicação Suplementar e/ou Alternativa: proposição de um programa de intervenção se comprometem a preservar a privacidade e a confidencialidade das informações dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados desde Centro de Reabilitação.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente estudo. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

O tempo de guarda dos dados da pesquisa serão de cinco anos e o endereço do local de guarda será na Avenida Professor Paula Soares, 315 apartamento 302, bairro Jardim Itu-Sabará, CEP 91.220-450, Porto Alegre-RS.

Santa Maria, 12 de novembro de 2014.

HELENA BOLLI MOTA
Fonoaudióloga Pesquisadora Responsável - UFSM
CPF: 472.655.820-0

CARLA CICERI CESA
Fonoaudióloga Assistente de Pesquisa
Discente do doutorado - UFSM
CPF: 763.479.070-20

APÊNDICE G – PROTOCOLO DE ANÁLISE CONVERSACIONAL DA CRIANÇA

Atos de Fala	Diretivo	Solicitação de objeto	SO		
		Repetição de solicitação de objeto	RSO		
		Solicitação de objeto com CSA	SO CSA		
		Repetição de solicitação de objeto com CSA	R SO CSA		
		Solicitação de ação	SA		
		Repetição de solicitação de ação	RSA		
		Solicitação de ação com CSA	SA CSA		
		Repetição da solicitação de ação com CSA	R SA CSA		
		Solicitação de auxílio motor	SAM		
		Repetição da solicitação de auxílio motor	R SAM		
		Solicitação de auxílio motor com CSA	SAM CSA		
		Repetição de solicitação de auxílio motor	R SAM CSA		
		Chamamento de atenção	CHA		
		Repetição de chamamento de atenção	R CHA		
		Chamamento de atenção com CSA	CHA CSA		
		Repetição de chamamento de atenção	R CHA CSA		
		Execução de ordem após solicitação de objeto	EX OBJ		
		Execução de ordem após repetição de solicitação de objeto	R EX OBJ		
		Execução de ordem após solicitação de objeto com CSA	EX OBJ CSA		
		Execução de ordem após repetição de solicitação de objeto com CSA	R EX OBJ CSA		
		Execução de ordem após solicitação de ação	EX A		
		Execução de ordem após repetição de solicitação de ação	R EX A		
		Execução de ordem após solicitação de ação com CSA	EX A CSA		
		Execução de ordem após repetição de solicitação de ação com CSA	R EX A CSA		
		Execução de ordem após solicitação de ação para que a criança emita sua resposta usando a CSA	EX CSA		
		Execução de ordem após repetição de solicitação de ação para que a criança emita sua resposta usando a CSA	R EX CSA		
		Indagação	Indaga	I	
			Indaga com CSA	I CSA	
		Explicativo	Explica	E	
			Explica com CSA	E CSA	

Atos de Fala	Protesto	Protesta	PRO		
		Protesta com CSA	PRO CSA		
		Demonstra ciência ao protesto recebido, dando uma resposta verbal	DC PROT V		
		Demonstra ciência ao protesto recebido, dando uma resposta vocal, gestual facial e/ou corporal	DC PROT G		
		Não se detecta uma resposta ao protesto	ND PROT		
	Comentário	Comenta	COM		
		Comenta com CSA	COM CSA		
	Nomeação	Nomeia	NO		
		Nomeia com CSA	NO CSA		
	Resposta	Respostas adequadas	Tipo “sim/não” (indagação com direcionamento)	RA S/N	
Tipo “sim/não” (indagação com CSA)			RA S/N CSA		
Palavras de conteúdo (indagação com direcionamento)			RA PC		
Palavras de conteúdo (indagação com CSA)			RA PC CSA		
Indagação aberta sem apoio da CSA			RA IA S CSA		
Indagação aberta com apoio da CSA			RA IA CSA		
Respostas inadequadas		Tipo “sim/não” ind. com direcionamento)	RI S/N		
		Tipo “sim/não” (indagação com CSA)	RI S/N CSA		
		Palavras de conteúdo (indagação com direcionamento)	RI PC		
		Palavras de conteúdo (indagação com CSA)	RI PC CSA		
		Aparente não engajamento no tópico	RI NE		
		Não-resposta	RI NR		
		Indagação aberta sem apoio da CSA	RI IA S CSA		
		Indagação aberta com apoio da CSA	RI IA C CSA		
Resposta ininteligível			RI		
Tomada de turno			“Ocupação” que serve para ocupar brevemente o turno, em sinal de atenção ao outro	OC S AT	
			Ocupação de turno para procurar na prancha algo que quer comunicar	OC PROC	
			Iniciativa de novo turno	IN T	
			Repasse não verbal de turno	REP NV	
Tomada de tema		Iniciativa de um novo tema	INI NT		
		Engaja após retomada de tópico pela terapeuta	ENG		

Meios Comunicativos		Gestual	
		Vocal	
		Oral	
		Oral Assistido	
		Pictórico	

APÊNDICE H – PROTOCOLO DE ANÁLISE CONVERSACIONAL DO INTERLOCUTOR

Atos de Fala	Diretivo	Confirmação de resposta	CR	
		Repetição de confirmação de resposta	RCR	
		Confirmação de resposta com CSA	CR CSA	
		Repetição de confirmação de resposta com CSA	RCR CSA	
		Chamamento de atenção	CHA	
		Repetição de chamamento de atenção	RCHA	
		Chamamento de atenção com CSA	CHA CSA	
		Repetição de chamamento de atenção com CSA	RCHA CSA	
		Correções relacionadas ao uso do tablet	CO	
		Direciona a atenção da criança para a CSA para visualizar alternativas de respostas a uma pergunta	DIR CSA	
		Solicitação de objeto	SO	
		Repetição de solicitação de objeto	RSO	
		Solicitação de objeto com CSA	SO CSA	
		Repetição de solicitação de objeto com CSA	R SO CSA	
		Solicitação de ação	SA	
		Repetição de solicitação de ação	RSA	
		Solicitação de ação com CSA	SA CSA	
		Repetição de solicitação de ação com CSA	RSA CSA	
		Solicitação de ação para que a criança emita sua resposta usando a CSA	SA USO CSA	
		Repetição de ação para que a criança emita sua resposta usando a CSA	RSA USO CSA	
	Retomada de tema	RET		
	Retomada de tema com CSA	RET CSA		
	Correção	COR		
	Correção com CSA	COR CSA		
	Explicativo	Explica	EX	
		Explica com CSA	E CSA	
	Protesto	Protesta	PRO	
		Protesto com CSA	PRO CSA	
		Demonstra ciência ao protesto recebido, dando uma resposta verbal	DC PROT V	
		Demonstra ciência ao protesto recebido, dando uma resposta vocal, gestual facial e/ou corporal	DC PROT G	
		Não se detecta uma resposta ao protesto	ND PROT	

Atos de Fala	Comentário	Comenta	COM	
		Comenta com CSA	COM CSA	
	Nomeação	Nomeia	NO	
		Nomeia com CSA	NO CSA	
	Narrativa	Narra	NA	
		Narra com CSA	NA CSA	
	Elogio	Elogio	E	
		Elogio com CSA	E CSA	
	Encorajamento	Encorajamento	EN	
		Encorajamento com CSA	EN CSA	
	Indagação	Indagação aberta sem apoio da CSA	IA S/ CSA	
		Repetição da indagação aberta sem CSA	RIA S/ CSA	
		Indagação aberta com apoio da CSA	IA C/ CSA	
		Repetição da indagação aberta com apoio da CSA	RIA C CSA	
		Indagação fechada acompanhada de direcionamento de atenção para alternativas de respostas “Sim/Não”	IF c/ DIR S/N	
		Repetição da indagação fechada acompanhada de direcionamento de atenção para alternativas de respostas “Sim/Não”	RIF c/ DIR S/N	
	Indagação fechada com uso da CSA e com direcionamento de atenção para alternativas de respostas “Sim/Não”	IF c/ USO CSA S/N		
	Repetição da indagação fechada com uso da CSA e com direcionamento de atenção para alternativas de respostas “Sim/Não”	RIF c/ USO CSA S/N		
	Indagação fechada acompanhada de direcionamento de atenção para alternativas de resposta com palavras de conteúdo	IF c/ DI PC		
	Repetição da indagação fechada acompanhada de direcionamento de atenção para alternativas de resposta com palavras de conteúdo	RIF c/DIR PC		
	Indagação fechada com uso da CSA e com direcionamento de atenção para alternativas de respostas com palavras de conteúdo	IF c/ USO da CSA PC		
	Repetição da indagação fechada com uso da CSA e com direcionamento de atenção para alternativas de respostas com palavras de conteúdo	RIF c/ USO da CSA PC		

Respostas	Responde à criança		R à C	
	Responde pela criança sem ter dado tempo de resposta de no mínimo 3 segundos		R pela C s/ T	
	Responde pela criança, após ter dado tempo de resposta adequado	Criança não ter respondido	R pela C CNR	
		Após o terapeuta ter repetido várias vezes à pergunta, não obtendo resposta	R pela C s/ R	
	Fala o que foi dito pela criança com CSA	FA CSA		
Tomada de Turno		“Ocupação” que serve para ocupar brevemente o turno, em sinal de atenção ao outro (hum, né, que, mais...)	OC	
		Repasse não verbal de turno	REP NV	
Estímulo para uso da CSA		Apontar/Mostrar o símbolo que está sendo referido na prancha CSA	APT	
		Oferece assistência motora para que a criança acesse a CSA	AM	
		Apontar e acionar o sinal sonoro do símbolo que está sendo referido na CSA	APT AC	
Meios Comunicativos		Gestual		
		Vocal		
		Oral		
		Oral Assistido		
		Pictórico		