

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA
COMUNICAÇÃO HUMANA**

Renata Gomes Camargo

**AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA
DE LINGUAGEM**

Santa Maria, RS
2016

Renata Gomes Camargo

**AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE
LINGUAGEM**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carolina Lisbôa Mezzomo

Santa Maria, RS, Brasil.
2016

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

Gomes Camargo, Renata
AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA
DE LINGUAGEM / Renata Gomes Camargo.- 2016.
203 p.; 30 cm

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

1. Terapia da Linguagem 2. Fonoterapia 3.
Inteligências Múltiplas 4. Fonoaudiologia I.
Lisbôa Mezzomo, Carolina II. Título.

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Renata Gomes Camargo. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: re_kmargo@hotmail.com

Renata Gomes Camargo

**AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE
LINGUAGEM**

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 **Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana**

Carolina Lisbôa Mezzomo, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Ana Paula Barros Brandão, Dra. (UFPA)

Deisi Cristina Gollo Marques Vidor, Dra. (UFCSPA)

Ana Paula Ramos de Souza, Dra. (UFSM)

Soraia Napoleão Freitas, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2016

AGRADECIMENTOS

Para agradecer, resolvi tomar emprestadas algumas frases, para homenagear algumas pessoas e espaços que merecem todo o encantamento que as palavras podem oferecer:

A Deus, à Mãe Rainha Três Vezes Admirável de Schoenstatt e ao Pe. José Kantenich: *“Bote fé e a vida terá um sabor novo, terá uma bússola que indica a direção” – Papa Francisco.*

À Universidade Federal de Santa Maria e à Universidade Federal de Santa Catarina: *“O único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário” – Albert Einstein.*

À minha orientadora e amiga Carolina: *“A vida é um presente, e desfrutá-la com leveza, inteligência e tolerância é a melhor forma de agradecer – aliás, a única” – Martha Medeiros.*

À banca examinadora da tese e, em seu nome, estendo a homenagem para todos os professores que fizeram a diferença na minha formação: *“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” - Paulo Freire.*

Aos meus grandes amigos: *“A amizade é um meio de nos isolarmos da humanidade cultivando algumas pessoas” - Carlos Drummond de Andrade.*

Àqueles que me ajudaram a concretizar este trabalho: *“A gratidão é a memória do coração” – Autor desconhecido.*

Para a minha família: *“Chamam a isso de utopia, eu a isso chamo paz” - Pe. Zezinho.*

Para o meu amor Léo: *“Dê a quem você ama: asas para voar, raízes para voltar e motivos para ficar” - Dalai Lama.*

“Agradecer é reconhecer que sozinhos não realizaríamos, tão pouco seríamos, tudo aquilo que podemos” - Renata Gomes Camargo.

Es de la máxima importancia que nos reconozcamos y alimentemos toda la variedad de inteligencias humanas y todas las combinaciones de inteligencias. Somos tan diferentes entre nosotros, en gran parte, porque todos tenemos diferentes combinaciones de inteligencias. Si llegamos a reconocer esto, pienso que, como mínimo, tendremos una oportunidad mejor de enfrentarnos adecuadamente a los muchos problemas que se nos presentan en el mundo. Si podemos movilizar toda la gama de las habilidades humanas, no sólo las personas se sentirán más competentes y mejor consigo mismas, sino que incluso es posible que también se sientan más comprometidas y más capaces de colaborar con el resto de la comunidad mundial en la consecución del bien general. Tal vez, si podemos movilizar todas las inteligencias humanas y aliarlas a un sentido ético, podamos ayudar a incrementar la posibilidad de supervivencia en este planeta, e incluso quizá contribuir a nuestro bienestar.

Howard Gardner

RESUMO

AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM

AUTORA: RENATA GOMES CAMARGO
ORIENTADORA: CAROLINA LISBÔA MEZZOMO

As estratégias e os recursos utilizados na terapia fonoaudiológica são selecionados a partir das características dos pacientes com alteração de linguagem verbal e dos objetivos estabelecidos para o atendimento. Esta seleção e a aplicação dos mesmos podem ser visualizadas a partir da(s) diferente(s) inteligência(s) que é (são) contemplada(s) nas atividades desenvolvidas. Neste sentido, esta tese versa sobre o estudo da terapia fonoaudiológica de linguagem com base na Teoria das Inteligências Múltiplas, na qual são apresentados oito tipos de inteligências que estão estruturadas no intelecto humano, a saber: linguística, lógico-matemática, cinestésico-corporal, espacial, musical, naturalista, interpessoal e intrapessoal. A investigação teve por objetivo geral investigar a contemplação das oito inteligências na terapia fonoaudiológica sob o ponto de vista do favorecimento do desenvolvimento da linguagem verbal (da inteligência linguística). Seguiu-se a abordagem quanti-qualitativa da pesquisa, com análise de conteúdo e aplicação de testes estatísticos, para verificar a interferência desta contemplação sob os resultados das terapias. A amostra foi composta por 107 pacientes com alteração de linguagem e 62 terapeutas, os quais frequentavam e atuavam, respectivamente, no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico, da Universidade Federal de Santa Maria. Com o estudo desenvolvido nesta tese evidenciou-se que a diferenciação da contemplação das oito inteligências na terapia de linguagem, investigada em relação às características dos pacientes e dos terapeutas e à variedade de recursos e estratégias, tem implicações sobre os resultados obtidos, referentes às habilidades e níveis de complexidade linguística e aos meios de comunicação.

Palavras-chave: Terapia da Linguagem. Fonoterapia. Inteligências Múltiplas. Fonoaudiologia.

ABSTRACT

THE MULTIPLE INTELLIGENCES IN THE LANGUAGE THERAPY

AUTHOR: Renata Gomes Camargo
ADVISOR: Carolina Lisbôa Mezzomo

The strategies and resources used in speech-language therapy are conducted based on previously objectives and in accordance with patients' language disorders characteristics. These speech-language strategies and resources can be conducted from the different intelligences frameworks that are established during interventions. In this sense, the present thesis investigates a protocol of speech-language therapy based on the Theory of Multiple Intelligences, in which eight types of intelligences appears as structure of human intellect such as: linguistic, logical-mathematical, kinesthetic-corporal, spatial, musical, naturalistic, interpersonal and intrapersonal. The present work aimed to investigate the access of the multiple intelligences through speech-language therapy in order to develop verbal language (linguistic intelligence). The investigation was followed by a quantitative and qualitative approach. Analysis of content and statistical tests were used to verify the influences of multiple intelligences on the outcomes of the therapies. The sample consisted of 107 patients with language disorders and 62 therapists. Patients were attended at the Speech and Hearing Service of Federal University of Santa Maria. Regarding the characteristics of the patients and the therapists, as well as, the variety of resources and strategies utilized during interventions, it was observed that the discrimination and integration of the eight multiple intelligences in the speech-language therapy has significant implication on levels of linguistic complexity worked and developing communication the patients'.

Keywords: Language Therapy. Speech Therapy. Multiple Intelligences. Speech, Language and Hearing Sciences.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

APRESENTAÇÃO

Quadro 1 - Pesquisa no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior.....	31
Quadro 2 – Número de pacientes e definição dos diagnósticos da amostra.....	55
Quadro 3 - Exemplo de análise de conteúdo para definição da(s) inteligência(s) contemplada(s) na atividade e codificação.....	67

ARTIGO 1

Gráfico 1 – Frequência dos pacientes com uma inteligência preferencial.....	79
Gráfico 2 – Frequência dos pacientes com duas inteligências preferenciais.....	80
Gráfico 3 – Frequência dos pacientes com três inteligências preferenciais.....	81
Gráfico 4 – Frequência dos perfis de inteligência(s) preferencial(is) dos terapeutas.....	82
Figura 1 – Itens do roteiro estruturado de evolução da terapia nos quais o paciente teve melhores resultados, quando não foi (foram) contemplada(s) a(s) sua(s) inteligência(s) preferencial (is).....	84
Figura 2 – Itens do roteiro estruturado de evolução da terapia nos quais foi indiferente contemplar ou não a(s) inteligência(s) preferencial (is) do paciente.....	85
Quadro 1 - Correlação entre os quatro tipos de graus de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes e dos terapeutas.....	86
Quadro 2 - Correlação entre os resultados e número de inteligências acessadas em terapia.....	87

ARTIGO 2

Quadro 1 - Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia, em relação aos dados do Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, das crianças e dos adolescentes.....	117
Quadro 2 - Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia, em relação aos dados do Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, dos pacientes do sexo feminino e do sexo masculino.....	119
Gráfico 1 – Comparação entre sexo feminino e masculino quanto à frequência dos tipos de inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes.....	121
Gráfico 2 – Frequência dos tipos de inteligência(s) preferenciais dos pacientes. Inteligências ou combinações que apareceram exclusivamente em pacientes do sexo masculino.....	122
Gráfico 3 – Frequência dos tipos de inteligência(s) preferenciais dos pacientes. Inteligências ou combinações que apareceram exclusivamente em pacientes do sexo masculino.....	123

ARTIGO 3

Quadro 1- Análise de conteúdo de definição de uma inteligência contemplada na atividade.....	135
Quadro 2- Análise de conteúdo de definição de duas inteligências contempladas na atividade.....	136
Quadro 3- Análise de conteúdo de definição de três inteligências contempladas na atividade.....	138
Quadro 4- Análise de conteúdo de definição de quatro inteligências contempladas na atividade.....	140
Quadro 5- Análise de conteúdo de definição de cinco e seis inteligências contempladas na atividade.....	141

Quadro 6- Recursos e estratégias relacionados a cada tipo de inteligência.....	143
Quadro 7- Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia a partir dos resultados dos subitens do item “expressão verbal” do Roteiro Estruturado de Evolução.....	147
Quadro 8- Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia a partir dos resultados dos subitens do item “expressão não verbal” do Roteiro Estruturado de Evolução.....	149
Quadro 9- Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia a partir dos resultados dos subitens do item “compreensão” do Roteiro Estruturado de Evolução.....	149

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
1.1.1 Teoria das Inteligências Múltiplas: conhecimentos gerais.....	21
1.1.2 Teoria das Inteligências Múltiplas e as suas interfaces com a terapia fonoaudiológica.....	28
1.1.3 <i>Frames</i> e Gramática das Construções.....	41
1.1.4 Atenção conjunta na terapia fonoaudiológica de linguagem.....	50
1.2 MATERIAL E MÉTODOS.....	52
1.2.1 Caracterização do estudo.....	52
1.2.2 Amostra.....	53
1.2.2.1 Amostra de terapeutas.....	53
1.2.2.2 Amostra de pacientes.....	54
1.2.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	57
1.2.3.1 Dos terapeutas.....	57
1.2.3.2 Dos pacientes.....	58
1.2.4 Aspectos éticos.....	58
1.2.5 Procedimentos de seleção da amostra.....	60
1.2.5.1 De terapeutas.....	60
1.2.5.2 De pacientes.....	55
1.2.6 Procedimento e instrumentos de coleta dos dados.....	60
1.2.6.1 Detalhamento das terapias.....	60
1.2.6.2 Instrumentos de coleta.....	61
1.2.6.2.1 Elaboração do perfil das inteligências preferenciais dos pacientes.....	61
1.2.6.2.2 Elaboração do perfil das inteligências preferenciais dos terapeutas.....	63
1.2.6.2.3 Instrumento para acompanhamento da evolução terapêutica.....	63
1.2.7 Análise dos dados.....	65
1.2.7.1 Análise qualitativa.....	65
1.2.7.2 Análise quantitativa.....	68
2 ARTIGO 1- A APRECIÇÃO DAS INTELIGÊNCIAS PREFERENCIAIS DE PACIENTES COM ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM NOS RESULTADOS DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA	71
2.1 RESUMO.....	71
2.2 ABSTRACT.....	71
2.3 INTRODUÇÃO.....	72
2.4 METODOLOGIA.....	75
2.5 RESULTADOS.....	79
2.6 DISCUSSÃO.....	88
2.7 CONCLUSÃO.....	105
2.8 REFERÊNCIAS.....	107
3 ARTIGO 2 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E TEORIA DAS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS	113
3.1 RESUMO.....	113
3.2 ABSTRACT.....	113
3.3 INTRODUÇÃO.....	114
3.4 MÉTODOS.....	115
3.5 RESULTADOS.....	117
3.6 DISCUSSÃO.....	123
3.7 CONCLUSÃO.....	127

3.8 REFERÊNCIAS.....	127
4 ARTIGO 3- ESTUDO DOS RECURSOS E ESTRATÉGIAS DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA COM BASE NA TEORIA DAS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS.....	131
4.1 RESUMO.....	131
4.2 ABSTRACT.....	131
4.3 INTRODUÇÃO.....	132
4.4 METODOLOGIA.....	133
4.5 RESULTADOS.....	135
4.6 DISCUSSÃO.....	151
4.7 CONCLUSÃO.....	158
4.8 REFERÊNCIAS.....	159
5 DISCUSSÃO GERAL.....	163
6 CONCLUSÃO.....	169
REFERÊNCIAS.....	173
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Para os acadêmicos do Curso de Fonoaudiologia.....	183
APÊNDICE B- Termo de Confidencialidade.....	186
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – para os pais/responsáveis.....	187
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – para os juízes especialistas.....	190
ANEXO A- Roteiro estruturado de evolução da terapia.....	193
ANEXO B- Questionário para os pais.....	195
ANEXO C- Questionário para os estagiários.....	199
ANEXO D- Exemplo de relatório semestral.....	203

1 APRESENTAÇÃO

A história da atuação em Fonoaudiologia mostra uma trajetória que foi se modificando, surgindo nesta evolução novas demandas frente ao atendimento nesta área da saúde. Dentre essas, tem-se o entendimento de que o paciente, quando envolvido e instigado no seu processo terapêutico, possivelmente deverá ter sua evolução otimizada.

Para tanto, com intuito de explorar novas possibilidades de investigação do atendimento em Fonoaudiologia, esta pesquisa foi realizada com base na Teoria das Inteligências Múltiplas (GARDNER, 1994, 2010, 2011). Esta teoria apresenta oito inteligências diferentes, sendo uma ou mais preferencial(is) e/ou mais desenvolvidas em cada pessoa, de maneira singular. Entende-se por inteligência preferencial aquela que, quando contemplada em alguma atividade, instiga maior interesse e envolvimento ao longo do tempo e/ou é mais desenvolvida no sujeito. Este termo foi elaborado pela pesquisadora e orientadora desta investigação.

As referidas inteligências foram descritas por Gardner (1994, 1999) e ficaram assim definidas em: lógico-matemática, linguística ou verbal, cinestésico-corporal, espacial, musical, intrapessoal, interpessoal e naturalista. Todas elas, citadas por Gardner (1994, 1999, 2010, 2011), foram investigadas nos pacientes e terapeutas, sujeitos da presente pesquisa.

Nestes pacientes, a inteligência linguística, entendida como sinônima de linguagem verbal, está prejudicada, manifestando-se como uma alteração, atraso ou distúrbio de linguagem, assim buscaram-se novos entendimentos sobre os fatores intervenientes no desempenho do paciente na terapia de linguagem, a partir da teoria anteriormente nomeada. Também, aprimoraram-se as análises e discussões desta pesquisa a partir do estudo do conceito de *frame* (FILLMORE, 2006; FILLMORE, BAKER, 2009), da Gramática das Construções (FILLMORE, 2006) e de atenção conjunta (TOMASELLO, 2003 a, 2003 b), sobre a importância da significação dos conhecimentos linguísticos ou não, a serem trabalhados com os pacientes, bem como quanto à relevância do estabelecimento de interações instigantes para a aquisição e desenvolvimento da linguagem.

A partir disso, pensou-se, como tema gerador da pesquisa, a relação entre a Teoria das Inteligências Múltiplas e o atendimento fonoaudiológico. Como

problemática central de investigação teve-se a seguinte questão: o trabalho com as diversas inteligências intervêm de maneira diferenciada sobre os resultados da terapia fonoaudiológica de linguagem?

Entende-se que a linguagem é um meio de comunicação amplo, que tem nas palavras falada e escrita (linguagem verbal), formas privilegiadas de comunicar e interagir, pela infinidade de possibilidades que essas trazem à interlocução. Ainda, a linguagem também é composta por gestos e imagens (linguagem não verbal), dentre outros elementos que também tem função comunicativa (CAVALHEIRO, BRANCALIONI, KESKE-SOARES 2013; JAKUBOVICS, LEME, 2012; LAMPRECHT et al., 2004; VAN RIPER, EMERICK, 1997; ZORZI, 1999).

O entendimento de linguagem verbal pode ainda ser visualizado a partir da interação do que lhe próprio com outras capacidades cognitivas do intelecto humano e com a sua função social. Fillmore (1976) aponta que, para assimilar a sistematização da linguagem verbal, deve-se associar a compreensão da composição e descrição lexical e gramatical a outros esquemas de conhecimento, cognitivos e interacionais, que advêm da forma como os sujeitos interpretam suas experiências no mundo, formulam suas mensagens verbais e interpretam as dos outros e criam e/ou armazenam tais experiências.

As crianças com desenvolvimento típico da linguagem verbal realizam ações comunicativas de acordo com o esperado para a sua idade. Já as crianças com desenvolvimento atípico da linguagem verbal são aquelas que apresentam alguma alteração nesta habilidade, por exemplo, o atraso e o distúrbio da linguagem (BEFI-LOPES, NUÑES, CÁCERES, 2013; LAMPRECHT et al., 2004).

Neste sentido, a proposta desta pesquisa teve foco na atuação clínica da fonoaudiologia, com crianças e adolescentes com alteração de linguagem. Realizou-se a investigação com base na relação entre a linguagem verbal/inteligência linguística e as demais inteligências. Para tanto, elaboraram-se e foram testadas as seguintes hipóteses:

- Contemplar a(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes com alterações de linguagem e de terapeutas gera melhores resultados na terapia de linguagem;
- O número de inteligências contempladas na terapia interfere nos resultados linguísticos obtidos;
- A contemplação das oito inteligências na terapia tem implicações diferenciadas nos resultados dessa, de acordo com o sexo e com a idade do paciente;

- Existe uma ampla diversificação de recursos e estratégias de uso recorrente na terapia de linguagem associadas aos tipos de inteligências;
- Com a contemplação das diferentes inteligências nas atividades desenvolvidas na terapia de linguagem (nas quais também estão implicadas expressões não verbais, como por exemplo, atividades motoras amplas e musicais), pode-se potencializar o processo de desenvolvimento da inteligência linguística.

Pensa-se ser importante para a apresentação da tese retomar os motivos da pesquisa e de trajetória na investigação que instigaram a elaboração desta proposta de trabalho. Primeiramente, ressalta-se que a temática central desta pesquisa, que aborda a relação Teoria das Inteligências Múltiplas e Terapia Fonoaudiológica, tem caráter inovador, uma vez a literatura sobre essa é muito restrita, o que será ilustrado no capítulo 2.

Além desta lacuna científica, apresentam-se as razões da trajetória acadêmica da pesquisadora que instigaram o desenvolvimento desta investigação. Ao ingressar no Curso de Educação Especial da Universidade Federal de Santa Maria –UFSM, no ano de 2006, e depois de participar de projetos de pesquisa e extensão, teve-se a oportunidade de dialogar através das leituras, com o autor Howard Gardner e com a sua Teoria das Inteligências Múltiplas (GARDNER, 1994, 1999, 2011).

Assim, teve-se início o estudo e o interesse em aprofundar os conhecimentos neste assunto. Para além da atuação nos projetos e o constante olhar sobre este conhecimento, a pesquisadora também realizou sua dissertação de mestrado perpassada por esse tema, tendo sido concluída em 2013.

Em 2007, a pesquisadora ingressou no Curso de Fonoaudiologia na mesma universidade, tendo por objetivo principal, naquele momento, aprofundar os conhecimentos sobre linguagem verbal. Neste curso, iniciou sua participação em projetos que abrangiam tal temática, e assim, foi despertado o interesse nas possibilidades de realizar uma pesquisa que englobasse os dois conhecimentos: Teoria das Inteligências Múltiplas e desenvolvimento da linguagem verbal.

Deste modo, ao interagir semanalmente, desde 2007, por meio de participação em projetos e estágios curriculares, com estudantes e pacientes que apresentam diferentes potenciais, a pesquisadora fazia alguns autoquestionamentos. Estes provinham também da realização do trabalho de conclusão, no curso de Fonoaudiologia, no qual se investigou as estratégias

terapêuticas para promoção da linguagem verbal sob a Teoria das Inteligências Múltiplas. Então, pensou-se como proposta de pesquisa para a realização desta tese de Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana, a investigação no campo da linguagem verbal e da referida teoria.

Assim, teve-se como objetivo geral investigar a contemplação das oito inteligências na terapia fonoaudiológica sob o ponto de vista do favorecimento do desenvolvimento da linguagem verbal (da inteligência linguística). Por objetivos específicos incluiu-se:

- Elaborar o perfil de inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes com alterações de linguagem e de seus terapeutas;
- Estudar a associação entre a contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) dos sujeitos, pacientes e/ou terapeutas, e os resultados alcançados na terapia fonoaudiológica de linguagem;
- Compreender a relação entre o número de inteligências contempladas na terapia e os resultados obtidos;
- Investigar as possíveis associações entre sexo e idade dos pacientes e a contemplação das oito inteligências na terapia, com os resultados dessa;
- Assinalar os recursos e as estratégias de uso recorrente na terapia de linguagem e à qual (is) inteligência(s) estão relacionados;
- Verificar quais inteligências ou as combinações delas que mais favoreceram o desenvolvimento da linguagem verbal (inteligência linguística) de crianças e adolescentes com alteração de linguagem.

O presente trabalho, em modelo alternativo, está estruturado em capítulos, sendo que o capítulo um consta desta apresentação. O referencial teórico e a descrição da metodologia geral adotada nesta pesquisa também compõem este capítulo.

No capítulo dois, tem-se o primeiro artigo desta tese, intitulado “A apreciação das inteligências preferenciais de pacientes com alteração de linguagem nos resultados da terapia fonoaudiológica”. O objetivo deste artigo foi verificar a interferência da contemplação da(s) inteligência(s) preferencial (is) de cada paciente, da correlação entre o acesso à(s) inteligências preferenciais de pacientes e dos seus terapeutas e do número de inteligências acessadas em terapia sobre os resultados alcançados no atendimento fonoaudiológico de linguagem.

O capítulo três contém o segundo artigo proveniente desta pesquisa, intitulado “Características dos pacientes com alteração de linguagem e Teoria das Inteligências Múltiplas”. Este trabalho teve por objetivo investigar qual(is) inteligência(s) favorecem mais o desenvolvimento da linguagem verbal (inteligência linguística) dos pacientes, em relação às variáveis estudadas: fase do desenvolvimento (crianças e adolescentes), sexo e inteligência(s) preferencial (is) dos pacientes.

O terceiro artigo desta pesquisa, localizado no capítulo quatro, tem por título “Estudo dos recursos e estratégias da terapia fonoaudiológica de linguagem com base na Teoria das Inteligências Múltiplas”. Os objetivos deste artigo foram analisar e categorizar as estratégias e recursos de uso recorrente na terapia de linguagem e verificar a(s) inteligência(s) relacionada(s) à estas que mais favorecem a aquisição e o desenvolvimento da linguagem verbal.

No capítulo cinco, encontra-se a discussão geral da investigação, e, no seis, a conclusão. Por fim, encontram-se as referências bibliográficas, além dos apêndices e anexos desta pesquisa.

Esta investigação resultou na seguinte tese: as diferentes inteligências contempladas na terapia fonoaudiológica de linguagem, atuam de maneira diversificada sobre os resultados dessa, em relação ao desempenho nos distintos níveis de complexidade linguística e meios de comunicação.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Teoria das Inteligências Múltiplas: conhecimentos gerais

A história da Teoria das Inteligências Múltiplas inicia-se em 1979, quando uma equipe da Harvard Graduate School of Education, foi solicitada por uma instituição holandesa, a Bernard Van Leer Foundation of the Hague, para realizar uma investigação do estado do conhecimento sobre o potencial humano, assim deu-se início ao Projeto Zero. Este grupo era composto por profissionais e estudiosos de diferentes áreas, como, psicologia, neurociência e antropologia. O psicólogo Howard Gardner foi um dos responsáveis pelo projeto, a sua linha de pesquisa era voltada ao estudo do desenvolvimento do potencial cognitivo de crianças típicas e talentosas

e de indivíduos sem e com danos cerebrais, além da investigação de capacidades de utilização de símbolos (GARDNER, 1994).

Esta pesquisa resultou na elaboração da Teoria das Inteligências Múltiplas e o primeiro manuscrito que apresenta a compilação dos resultados é o livro *Frames of Mind* (GARDNER, 1983). A base da teoria centra-se na diversidade da inteligência humana e na impossibilidade de medi-la, reconhecendo-a então como um potencial imensurável, porém observável em habilidades e desempenho em atividades.

Esta pluralidade da inteligência, proposta por Gardner (1994, 1999, 2010, 2011), é justificada pelo autor na afirmação de que a inteligência geral está organizada em oito tipos de inteligências já nomeadas na apresentação desta tese e descritas a seguir:

- 1) Linguística ou verbal: É a capacidade relacionada ao uso das palavras. A pessoa que desenvolve mais esta inteligência é bastante imaginativa e, geralmente, deseja passar esta imaginação para o papel ou demonstrá-la no diálogo, pode ser comunicativa e ter um vocabulário rico. Narra os fatos com precisão e detalhes. É a inteligência dos escritores, poetas, oradores e políticos.
- 2) Lógico-matemática: É a capacidade relacionada ao desempenho em atividades de raciocínio lógico, dentre estas, o cálculo e jogos de lógica. A pessoa com este potencial mais acentuado tem facilidade em entender regularidades e sistematizações. Exemplos de atividades relacionados a esta inteligência são a composição de quebra-cabeças ou a resolução problemas lógicos. A criança que se destaca nesta inteligência tem uma rápida capacidade de abstração, por exemplo, faz cálculos mentais com pouco apoio em situações e objetos concretos.
- 3) Cinestésico-corporal: É o potencial relacionado à expressão através do corpo. As pessoas que desenvolvem mais esta inteligência usam o corpo de forma hábil e diferenciada. Manifesta-se na habilidade de trabalhar com objetos e atividades que envolvem a motricidade fina e/ou ampla, por exemplo, artesãos, dançarinos, atores e atletas.
- 4) Espacial: É a capacidade de perceber e entender detalhadamente formas, objetos e espaços, mesmo vistos de ângulos diferentes. Elaborar e utilizar mapas e interesse por jogos com peças para construir objetos e/ou situações, são exemplos de atividades

relacionadas a esta inteligência. A pessoa com esta inteligência mais desenvolvida tem facilidade em se localizar no mundo visual com precisão, por exemplo, os astrônomos, marinheiros e mestres de obras.

- 5) Musical: É o potencial relacionado à percepção dos sons, à intuição das características da sua intensidade, à captação da sua direcionalidade, dentre outros aspectos. As pessoas que se destacam nesta inteligência percebem com clareza o tom ou a melodia, o ritmo ou a frequência e o agrupamento dos sons.
- 6) Intrapessoal: É a capacidade de autoestima, automotivação. A pessoa que tem esta inteligência mais aguçada sabe manejar as próprias emoções e apresenta um grande conhecimento de si, utilizando-se disso para elaborar suas metas com facilidade e para a construção da felicidade tanto pessoal, quanto social.
- 7) Interpessoal: É o potencial relativo ao ato de colocar-se no lugar dos outros e de compreender as outras pessoas. A pessoa que apresenta esta capacidade mais desenvolvida tem facilidade em mobilizar, direcionar e influenciar outras pessoas nas interações. São os líderes, que podem assumir tanto papel positivo, quanto negativo nos grupos.
- 8) Naturalista: A capacidade relacionada a esta inteligência refere-se à atração pelo mundo natural e à sensibilidade para identificar elementos presentes nas paisagens e até um sentimento de fascínio diante da natureza. Exemplos de pessoas com esta inteligência em destaque são os jardineiros, os biólogos, os cozinheiros e aquelas que apresentam grande afeição e interesse por animais.

Ao destacar estas oito inteligências, Gardner (1994, 1999) tinha o intuito de mostrar a complexidade do intelecto humano e a importância de que fosse oportunizada a expressão e a valorização daquelas inteligências nas quais as pessoas apresentavam maior potencial e/ou interesse, sem hierarquizar as diferentes capacidades. É válido ressaltar que ao elencar as oito inteligências, Gardner (1994, 1999) afirma que estas foram as que atenderam aos critérios estabelecidos na pesquisa, porém existem inúmeras inteligências que ainda poderão ser descobertas, estudadas e caracterizadas. Um exemplo dessas é a inteligência existencial, a qual ainda encontra-se em estudo, que pressupõe a capacidade de

sensibilidade em relação aos subsídios da condição humana, por exemplo, o sentido da vida (GARDNER, 1999).

As oito inteligências foram eleitas a partir de critérios definidos, aos quais a caracterização de cada uma delas deveria atender. Estes critérios foram estudados e sistematizados pela equipe de pesquisadores coordenada por Howard Gardner, que elaboraram os subsídios para compor os fundamentos da Teoria das Inteligências Múltiplas e estão descritos a seguir (ARMSTRONG, 2001; GARDNER, 1994; GARDNER, 1999; NUNES, 2014; SUAREZ, MAIZ, MEZA, 2010):

- Isolamento do potencial cognitivo a partir de um dano cerebral: a equipe observou e coletou dados de pessoas que, após um acidente ou doenças, tiveram áreas específicas do cérebro afetadas. Na maioria dos casos, as lesões cerebrais desencadearam prejuízos para o desempenho de ações relativas a uma inteligência, deixando o das demais inalterado. Um exemplo da aplicação do critério do isolamento do potencial é quanto à dificuldade de falar de uma pessoa que sofreu lesões na área de Broca (lóbulo frontal esquerdo do cérebro), que está relacionada a uma habilidade da inteligência linguística, porém esta mesma pessoa pode continuar desenvolvendo plenamente atividades relacionadas a outras inteligências, como exercícios físicos, relativos à inteligência cinestésico-corporal;
- A existência de pessoas *idiot savant*¹, superdotadas e prodígios: tal critério diz respeito ao desempenho diferenciado da mesma pessoa em atividades em cada uma das oito inteligências. Tal afirmação pode ser verificada com maior clareza em indivíduos *idiot savant*, que, apesar da deficiência intelectual apresentada, na maioria das vezes em uma inteligência específica, apresentam excelentes habilidades e, nas pessoas superdotadas, que apresentam um potencial superior e desempenho acima da média, geralmente em uma ou poucas inteligências, podendo até apresentar dificuldades em atividades relacionadas às demais;
- Etapas de desenvolvimento próprias e os estados finais: o desenvolvimento de cada uma das oito inteligências é instigado por atividade(s) valorizada(s) culturalmente e segue etapas evolutivas. Os estados finais são ações que

¹ A expressão “idiots savants” (sábios idiotas) refere-se às pessoas com deficiência intelectual que apresentam um excelente desempenho em áreas específicas, por exemplo, no desenho ou na memorização (GARDNER 1994).

demonstram o auge do funcionamento das inteligências, desempenhadas por pessoas com um potencial superior excepcional em cada uma delas, o que permite uma visualização desta trajetória;

- História evolutiva: as oito inteligências têm origens e estão imbricadas no percurso evolutivo dos seres humanos, bem como estão relacionadas aos contextos históricos, uma vez que, em cada tempo, determinadas inteligências assumem nas sociedades mais ou menos importância em relação a outras;
- Avaliações psicométricas: ainda que o autor assuma a postura de que as avaliações psicométricas validadas privilegiam e avaliam somente determinadas inteligências, em geral, a linguística e a lógico-matemática, elas apontam evidências que apoiam a caracterização e diferenciação das inteligências, pressupostos da Teoria das Inteligências Múltiplas;
- Observação de tarefas psicológicas empíricas: a análise de estudos psicológicos possibilita a compreensão de comportamentos e funcionamentos específicos de cada inteligência. Esta análise possibilita a demonstração dos diferentes níveis de competência relacionados às oito inteligências em cada campo do conhecimento;
- Processos(s) e habilidade(s) específica(s) de cada inteligência: pode-se identificar um conjunto de operações núcleo que propiciam que sejam realizadas as atividades relacionadas a cada inteligência. Por exemplo, tocar um instrumento, atividade relacionada à inteligência musical, pressupõe a identificação e a produção dos sons das notas musicais;
- Suscetibilidade à codificação em um sistema de símbolos: as oito inteligências possuem, cada uma, seu próprio sistema de símbolos, como a inteligência lógico-matemática que na sua aplicação em cálculos possui símbolos específicos da linguagem matemática.

Em relação ao último tópico dos critérios, por meio dos quais se elencou as oito inteligências, ao referir-se à sistematização de todas as inteligências múltiplas, pode-se complementar com a citação de Gardner (2011, p. 34):

Uma inteligência deve ser também suscetível à codificação em um sistema simbólico: um sistema de significado, produto da cultura, que capture e transmita formas importantes de informação. A linguagem, a pintura e as operações matemáticas são três sistemas de símbolos, praticamente mundiais, que são necessários para a sobrevivência e produtividade humana. A relação entre uma inteligência candidata e um sistema simbólico não é casual. De fato, a existência de uma capacidade computacional nuclear antecipa a existência de um sistema simbólico que aproveite esta capacidade. Embora seja possível que uma inteligência funcione sem um sistema simbólico, sua tendência a uma formalização deste tipo constitui uma de suas características primárias (Tradução nossa).

A descrição trazida por Gardner (2011) deixa clara a questão da representação e expressão nas diferentes linguagens relativas a cada inteligência. O autor afirma que, pelas diferentes capacidades, (relacionadas às inteligências), pode-se acessar um sistema de símbolos que comunique a sua linguagem própria (por exemplo: a composição de uma dança e/ou música, a execução de uma pintura e a elaboração de um robô). Acredita-se que estas atividades, na maioria das vezes, também podem ser representadas e apresentadas por construções linguísticas, por isso, a necessidade de se buscar outros estudos para compor esta tese, o que será abordado no subtítulo 1.2.3.

Nos estudos de Gardner (1994, 2011), verifica-se a compreensão da inteligência humana a partir de diversas capacidades que se diferenciam em diferentes inteligências. Esta visão facilita o entendimento, de que cada pessoa possui um potencial cognitivo particular, do qual advêm habilidades específicas, que são mais ou menos desenvolvidas nessas.

A singularidade na manifestação das inteligências múltiplas pode ser identificada em um perfil de inteligência desde a primeira infância, sendo que isto é possível já a partir do primeiro ano de vida (GARDNER, 1994). Neste sentido, afirma-se que a(s) inteligência(s) preferencial(is) tem (têm) base inata, porém a identificação, incentivo ao desenvolvimento e aproveitamento em atividades dessa(s), depende das oportunidades que são dadas às crianças no contexto sociocultural em que vivem. Tais ações podem ser facilitadoras do reconhecimento da individualidade no potencial intelectual e a partir disso contribuir com o desenvolvimento global da criança.

A análise intrasujeito, das preferências que advêm das diferentes inteligências e, que assume uma interação cognitiva singular, parte da base da teoria que indica que esta apreciação deve ser individualizada. Por isso, nesta pesquisa, tal apreciação foi contemplada, no método, pela coleta de dados separada de cada

sujeito. Acredita-se que a identificação deste perfil e da referida interação pode auxiliar os terapeutas fonoaudiólogos, na sistematização do planejamento terapêutico geral e plano diário do atendimento, em termos de seleção de recursos e estratégias, bem como este conhecimento pode ser compartilhado com pais ou responsáveis que pode auxiliá-los na educação e orientação das crianças e adolescentes pacientes da terapia de linguagem.

Os achados da primeira infância são fidedignos porque, mesmo com pouca idade, é possível observar que as crianças irão apresentar desempenho e destrezas diferentes, com maior ou menor interesse, para as ações relacionadas a cada inteligência. Então, ao longo do desenvolvimento da criança, este perfil intelectual não pode modificar-se facilmente. Porém, ao compartilhar este saber, dentre outros, com pais ou responsáveis e educadores, pode-se enfatizar que é sempre válido observá-lo como um processo, influenciado por diferentes fatores, por exemplo, o convívio em um grupo social, que pode interferir nos interesses da criança e do adolescente.

Diferentes estudos mostram que a especialização cerebral em áreas mais relacionadas a determinadas habilidades e funções acontece de forma gradual no desenvolvimento humano, principalmente, até os 13 anos de idade (BADCOCK, NYE, BISHOP, 2012; BISHOP, 2000; GROEN et al., 2013). Assim, nas crianças, esta especificação é mais difusa do que nos adultos, ainda que esta divisão em áreas cerebrais já exista. Neste sentido, segundo Cerruti (2013), o processamento de uma informação específica, ao mesmo tempo em que é diferenciado, isso em menor proporção nas crianças, as mesmas regiões cerebrais estão envolvidas no processamento de diversas informações. Por fim, Langs et al. (2016) acrescentam que existem sistemas cognitivos funcionais que são reprodutíveis e identificáveis nos seres humanos, porém, são distribuídos em diferentes localizações anatômicas em cada indivíduo.

1.1.2 Teoria das Inteligências Múltiplas e as suas interfaces com a terapia fonoaudiológica

Os componentes da linguagem verbal são: fonologia (sons da fala), morfologia (estrutura interna das palavras), semântica (significado das palavras), sintaxe (estrutura das frases) e pragmática (uso da linguagem). O principal objeto dessa é a língua que se constitui por meio da gramática.

A linguagem verbal, nesta pesquisa é entendida como expressão sinônima de inteligência linguística, afirmação feita com base na Teoria das Inteligências Múltiplas (GARDNER, 1994, 2010, 2011). Ela se caracteriza como uma competência intelectual que se materializa na compreensão e produção oral e/ou de leitura e escrita, que na comunicação se constitui em diferentes níveis de complexidade linguística (palavras, frases, etc.). Já os meios de comunicação podem ser verbais ou não verbais, como exemplo dos últimos, têm-se os gestos convencionais e não convencionais.

Gardner (1994) entende que os componentes da linguagem verbal são essenciais para a realização de atividades relacionadas à inteligência linguística, por exemplo, a composição e/ou apreciação de uma poesia. Além disso, destaca quatro aspectos do conhecimento linguístico que mostram a importância desta inteligência na sociedade humana.

O primeiro diz respeito à capacidade existente na inteligência linguística para argumentação, convencimento de outros sujeitos sobre algo. O segundo refere-se à relação intrínseca entre linguagem verbal e memória, tida como potencial ímpar na tarefa de acessar e recordar informações. O terceiro aborda, de forma semelhante à questão da memória, a infinidade de explicações que podem ser dadas por meio da inteligência linguística. Por fim, o quarto aspecto, compreende o potencial existente na linguagem verbal para que se possa refletir sobre ela mesma.

As alterações - distúrbios ou atrasos -, que ocorrem durante a aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal, podem gerar dificuldades linguísticas diversas. Dentre essas, destacam-se: atraso simples de linguagem, distúrbios específicos de linguagem, distúrbios de aprendizagem, dislexia; bem como os distúrbios de linguagem secundários à deficiência intelectual, transtorno do espectro autista e deficiência auditiva (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013; BEFI-LOPES, NUÑES, CÁCERES; 2013; JACUBOVICZ, 2002; LOPES –HERRERA,

MAXIMINO, 2011; ZORZI, 1999). Ainda, outros distúrbios que merecem destaque são: disfluências gagas, desvio fonético por fissura lábio palatina, desvio fonológico, desvio fonético, entre outros (JESUS et al. 2009; PAGLIARIN, KESKE-SOARES, 2007; SILVA et al. 2009; COSTA, MEZZOMO, KESKE-SOARES, 2011; OLIVEIRA, CUNHA, SANTOS, 2013).

Compreende-se a partir dos tipos de alterações da linguagem verbal citados, a complexidade inerente às dificuldades relativas à inteligência linguística. Logo, em todas estas patologias de linguagem citadas e em outras, a inteligência linguística está alterada, porém de forma diferenciada em cada uma, de acordo como(s) componente(s) da linguagem e/ou nível(is) de complexidade linguística que está (estão) mais comprometido(s). Por exemplo, em um desvio fonológico o componente fonológico está mais prejudicado que os demais.

Em contrapartida, acredita-se que apesar deste comprometimento ser mais relacionado a determinado(s) componente(s) e/ou nível(is), as dificuldades não incidem apenas nesse(s). Dando continuidade ao exemplo do parágrafo anterior, afirma-se que uma alteração fonológica pode incidir, dentre outros, também no desempenho pragmático, ao gerar bloqueios para interagir com outras pessoas (MEZZOMO, FREITAS, VIDOR, 2014, 2015).

Acredita-se que o conhecimento da Teoria das Inteligências Múltiplas, ao ser relacionado às características do paciente, que apresenta os referidos prejuízos de linguagem verbal, pode auxiliar na compreensão de elementos importantes da configuração da terapia fonoaudiológica e, a partir disso, otimizar a evolução terapêutica. Para tanto, parte-se do entendimento de que:

A inteligência é um potencial biopsicológico. Que um indivíduo possa se considerar inteligente ou não, e em que áreas, é um produto, em primeira instância, de sua herança genética e de suas características psicológicas, que vão desde seus potenciais cognitivos até suas predisposições pessoais (GARDNER, 2011, p. 67).²

Frente à ideia de uma única inteligência tem surgido repetidamente a noção de que o intelecto é mais bem explicado a partir de uma natureza plural. (GARDNER, 2011, p. 69)³

A reflexão a respeito da Teoria das Inteligências Múltiplas tem por objetivo trazer novas percepções para a terapia de linguagem. Apesar de a referida teoria

² Tradução nossa.

³ Tradução nossa.

apresentar cunho modularista, acredita-se que a linguagem verbal é uma capacidade humana que perpassa e é perpassada por outras capacidades e processos cognitivos, sendo assim, apesar de certa independência entre áreas e funções cerebrais, essas estão de alguma forma interligadas e são interdependentes.

Neste sentido, Moran (2010) e Moran e Gardner (2006) apresentam três formas amplas de interação entre as inteligências, sendo estas: restrição, compensação e catálise, simplificadas nos termos de Cerruti (2013) em facilitação e inibição que ocorre nas inter-regiões neurais das inteligências, no sentido de uma delas poder melhorar ou prejudicar a capacidade de outra. Assim, estes autores afirmam que cada uma das inteligências pode interferir na manifestação e/ou no desenvolvimento de outra.

A restrição diz respeito às situações em que determinada(s) habilidades da(s) inteligência(s) é (são) favorecida(s) em detrimento de outra(s), por exemplo, limitar a avaliação de uma inteligência a uma forma da sua expressão, como avaliar a inteligência espacial somente por meio de um desenho. A compensação refere-se à utilização de habilidades relacionadas à(s) inteligência(s) na(s) qual (quais) a pessoa tem mais potencial como uma forma de reparar e/ou minimizar dificuldades e/ou limitações apresentadas nas demais inteligências, em outras palavras, é um direcionamento para ações que envolvam inteligências nas quais essa tem maior facilidade como forma de favorecer o seu desenvolvimento pessoal.

Finalmente, a catálise é a forma de interação que gera mais interesse de estudo nesta pesquisa. Tal forma relaciona-se ao acesso a uma ou mais inteligências como forma de favorecimento do desenvolvimento de outra(s). Neste conceito está o cerne da tese na qual se buscou conhecer a influência da contemplação das inteligências sob os resultados da terapia fonoaudiológica de linguagem.

Neste contexto, De Luca (2004) e Almeida et al. (2011) explicam que as oito inteligências diferem-se entre si, porém pela sua relativa independência, os conhecimentos e habilidades relacionados a cada uma podem interagir e potencializar-se entre si. Assim, uma atividade linguística, por exemplo, pode estar interligada a um processamento não verbal, musical ou gestual, dependendo da forma como está sendo trabalhada.

A diferenciação das oito inteligências descomplexifica e traz exemplificação sobre as manifestações do potencial intelectual humano. A descrição delas pode auxiliar profissionais de diferentes áreas (com destaque para aqueles que trabalham no âmbito das ciências humanas e da saúde, como o Fonoaudiólogo) a compreender as potencialidades e dificuldades de cada paciente. Pode-se ainda utilizar estes dados para o aperfeiçoamento da atuação terapêutica junto às pessoas as quais se presta atendimento.

Muitos estudos (ARMSTRONG, 2001; CHAGAS, FLEITH, 2010; KUNKEL, 2010) têm foco sobre a observação das inteligências em crianças, mas se referem à reflexão sobre a qualificação do processo de escolarização. Para esta pesquisa é necessário ampliar a busca e discutir outros referenciais teóricos, que possibilitem a investigação das oito inteligências e dos resultados em termos de desenvolvimento linguístico quando há uma apreciação dessas no âmbito da terapia de linguagem.

Em busca por pesquisas precedentes no Brasil, sobre a referida relação, obtiveram-se os seguintes resultados, expostos no Quadro 1:

Quadro 1 - Pesquisa no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, 2014)

Descritores utilizados	Número de produções encontradas no banco de teses e dissertações (PORTAL CAPES, 2014)
Fonoaudiologia e Terapia ⁴	270
Fonoaudiologia e Inteligências Múltiplas	0
Terapia e Inteligências Múltiplas	0

Fonte: Banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior(CAPES). Elaborado pela autora.

A pesquisa com as duas últimas combinações de termos foi refeita em 2016 (CAPES, 2016), sendo aplicado o refinamento na busca, tendo como critério a publicação estar vinculada à área “Ciências da Saúde”, uma vez que a Fonoaudiologia está alocada nessa. Encontrou-se 119 registros, porém nenhum que abordasse a relação entre terapia fonoaudiológica de linguagem e Teoria das Inteligências Múltiplas, este achado repetiu-se na busca com os termos combinados

⁴ Na pesquisa utilizando estes descritores foram encontradas 270 produções, porém nenhuma apresentava a interface terapia/inteligências múltiplas.

Fonoaudiologia e Inteligências Múltiplas, com refinamento na área de concentração Clínica Fonoaudiológica, com 71 resultados.

Os resultados encontrados demonstram que não existem, na literatura pesquisada, teses e dissertações publicadas no Brasil que abranjam a relação Teoria das Inteligências Múltiplas e atuação fonoaudiológica. Sendo assim, realizar esta investigação assume o caráter do ineditismo, que é exigência para a pesquisa em nível de doutorado.

Sendo a Teoria das Inteligências Múltiplas a base teórica desta tese, iniciou-se a pesquisa nos bancos de dados pré-selecionados: Medline, PubMed e Scielo, a partir de termos relacionados a essa. Utilizou-se o descritor “*Multiple intelligences*” e seu correspondente em português “Inteligências múltiplas” combinado com três diferentes descritores⁵, em inglês e em português, separadamente, para a realização das buscas: “*Language Therapy*” e “Terapia da Linguagem”, “*Speech Therapy*” e “Fonoterapia”, “*Correction of Hearing Impairment*” e “Correção de Deficiência Auditiva”, “*Speech, Language and Hearing Sciences*” e “Fonoaudiologia”. Não foram encontradas publicações nesta abordagem de pesquisa.

Repetiu-se a busca somente com o descritor “*Multiple intelligences*” e seu correspondente em português “Inteligências múltiplas”. Encontrou-se 101 artigos na base Medline, 50 na PubMed e 13 artigos na Scielo. Inicialmente fez-se a leitura dos títulos de todos os artigos encontrados, em seguida dos resumos e, por fim, dos artigos completos daqueles estudos que interessavam aos objetivos desta investigação. Desses foram selecionados 46, aqueles considerados como relevantes para apresentação e discussão nesta investigação.

A temática mais recorrente nas pesquisas foi a percepção de pessoas leigas sobre a relação sexo, gênero, papéis sociais e tipos de inteligência. Estes estudos apresentaram as diferentes impressões de homens e mulheres acerca das suas inteligências e/ou de seus parceiros e/ou de seus pais e/ou de seus filhos.

Na maioria dos artigos encontrou-se a compreensão diferenciada sobre inteligências e melhor desempenho nas atividades relacionadas a elas, tendo os homens, principalmente, na espacial e na lógico-matemática e, as mulheres, na interpessoal (FURNHAM, 1999; FURNHAM, CHAMORRO-PREMUZIC, 2005; FURNHAM, KOSARI, SWAMI, 2012; FURNHAM, MKHIZE, 2003; FURNHAM,

⁵ Estes descritores foram selecionados na plataforma virtual Descritores em Ciências da Saúde – DeCS-.

REEVES, BUDHANI, 2002; FURNHAM, SHAGABUTDINOVA, 2012; NETO et al., 2015; NETO, FURNHAM, 2006; NETO, FURNHAM, 2011; NETO, FURNHAM, PINTO, 2009; SWAMI, FURNHAM, KANNAN, 2006; SWAMI, ZILKHA, FURNHAM, 2009; SZYMANOWICZ, FURNHAM, 2013; VON STUMM, FURNHAM, CHAMORRO-PREMUZIC, 2009). Os mesmos artigos também evidenciaram que a opinião global é a de que os homens apresentam um potencial intelectual geral mais elevado do que as mulheres, apesar dos resultados em testes padronizados e em outras avaliações indicarem que, na maioria dos casos, não são constatadas tais diferenças.

Em contrapartida, outras pesquisas demonstraram uma indiferenciação entre homens e mulheres, no reconhecimento das inteligências e papéis sociais relacionados a essas, por exemplo, com a afirmação que tais diferenças, quando percebidas, apresentam influência das representações culturais e da sociedade em que se vive (FURNHAM, CALLAHAN, AKANDE, 2004; FURNHAM et al., 2009). Em geral, os participantes das pesquisas ilustradas nos artigos acreditavam que as habilidades e os desempenhos, relativos à inteligência linguística e à lógico-matemática, são os melhores preditores do potencial cognitivo geral, o que demonstra uma valorização destas inteligências em detrimento das demais e, ao verificar a origem das investigações, que são de diferentes países, tais como, Angola, Argentina, Portugal, Espanha e Inglaterra, pode-se apontar que esta percepção é compartilhada por diferentes localidades, sociedades e culturas. .

Um artigo apresentou as distintas abordagens que envolvem as pesquisas sobre inteligência, dentre estas, testes padronizados e questões raciais, mas que muitos destes dados contêm uma relatividade gerada pela influência socioeconômica, logo as características e diferenciações da inteligência nos seres humanos são difíceis de interpretar (STERNBERG, 2012). Outros trabalhos reafirmam a relativa interdependência das oito inteligências e trazem a importância de reconhecer e/ou favorecer nas atividades, os estilos cognitivos e/ou potenciais diferenciados de cada pessoa para qualificar seus processos de aprendizagem (GARDNER, 1987, 1993; HEARNE, STONE, 1995; PRIETO et al., 2011; SEHULSTER, 1995; WILMER, GERMINE, NAKAYAMA, 2014), bem como as facilitações e as inibições do desempenho em uma atividade, relativas a interação entre os processos cognitivos relacionados às oito inteligências (CERRUTI, 2013).

Estratégias e recursos elaborados com base na Teoria das Inteligências Múltiplas, que visam qualificar os resultados, principalmente em aprendizagens na

escola, foi outro tema recorrente nos artigos. Nesses, foram discutidos aspectos como: maior eficácia da aprendizagem via programa computacional ou videogame que embasa suas atividades na Teoria das Inteligências Múltiplas (NUALLAONG, W., NUALLAONG, T., PREECHADIREK, 2015; STARKS, 2014).

Os únicos estudos que abordaram especificamente a apreciação das Inteligências Múltiplas e a terapia fonoaudiológica foram os de Camargo e Mezzomo (2015) e de Sahli et al.(2011). O primeiro apresentou o levantamento e visualização de estratégias terapêuticas, trazendo como resultado principal, a relevância de associar elementos das diferentes inteligências à inteligência linguística para obtenção de melhores resultados na terapia de linguagem. Já o estudo de Sahli et al., 2011 sobre pacientes com implante coclear, aponta a necessidade de se investigar e avaliar as múltiplas áreas das inteligência e, pontos fortes e fracos do desenvolvimento das crianças nos diferentes espaços que frequenta, dentre estes, a terapia fonoaudiológica e a escola, para acessá-los com foco na qualificação do seu desenvolvimento global.

Ainda, a inteligência emocional aparece como temática central de alguns artigos. Tal inteligência, descrita por Goleman (1995), organiza-se a partir de cinco habilidades: autoconhecimento emocional, controle emocional, automotivação, reconhecimento de emoções em outras pessoas e habilidades para relacionamentos interpessoais. As três primeiras estão relacionadas à inteligência intrapessoal e, as duas últimas, com a inteligência interpessoal, nos termos de Gardner (1994, 2010).

A correlação positiva entre o desempenho das crianças em relação à inteligência emocional, por exemplo, no reconhecimento das emoções no outro, e o desempenho em atividades de linguagem verbal foi demonstrada no trabalho de Beck et al. (2012). Esta evidência aponta a importância de se trabalhar com as habilidades das inteligências interpessoal e intrapessoal para o desenvolvimento da linguagem verbal.

A inteligência emocional e/ou a interpessoal é apontada como uma das preferenciais e, como importante para a atuação de profissionais da saúde, como enfermeiros, médicos e psicólogos, estando estes em formação ou já atuando como profissionais habilitados (MCKINLEY et al., 2015; MIDDLETON, 2013; PSILOPANAGIOTI et al., 2012; SHEAHAN, BLOOMFIELD, WHILE, 2015; BOYATZIS, VICTOROFF, 2013). Outros estudos discorrem sobre a importância das habilidades relacionadas à inteligência emocional, dentre outras, para a qualidade

do raciocínio clínico e que essas precisam ser abordadas durante a formação inicial (DENNY et al., 2008; GHAJARZADEH, MOHAMMADIFAR, 2013; LANE, 2010; MARCUM, 2013; RENAUD, RUTLEDGE, SHEPHERD, 2012). Nenhum dos artigos analisados contempla a atuação do terapeuta fonoaudiólogo especificamente.

Um estudo retratou a relevância de trabalhos que relacionem os saberes da Teoria das Inteligências Múltiplas a outras teorias (SIERRA-FITZGERALD, QUEVEDO-CAICEDO, 2001), sendo que é neste sentido que se desenvolveu esta investigação, procurando aproximações relevantes entre esta teoria e os conhecimentos voltados à terapia de linguagem. Por fim, outro artigo trouxe questão da definição da inteligência preferencial pelas características da patologia apresentada pela criança (HOU et al., 2000),

Com base no resultado insuficiente da pesquisa realizada inicialmente com as combinações de descritores, realizou-se nova pesquisa nos bancos de dados Medline, PubMed e Scielo. Utilizou-se o descritor “*Intelligence*” e seu correspondente em português “Inteligência” combinado com três diferentes descritores, em inglês e em português, separadamente, para a realização das buscas: “*Language Therapy*” e “Terapia da Linguagem”, “*Speech Therapy*” e “Fonoterapia”, “*Correction of Hearing Impairment*” e “Correção de Deficiência Auditiva”, “Speech, Language and Hearing Sciences” e “Fonoaudiologia”. Utilizou-se como filtros: pesquisas realizadas nos últimos cinco anos e estudos com crianças e/ou adolescentes.

No total, foram encontrados 93 artigos na base Medline, 223 na Pubmed e cinco na Scielo. Inicialmente fez-se a leitura dos títulos de todos os artigos encontrados, em seguida, dos resumos e, por fim, dos artigos completos daqueles estudos que interessavam aos objetivos desta investigação. A partir disto foram selecionados 60 estudos para apresentação nesta tese.

Hedvall et al. (2015), Pentimonti, Justice e Kaderavek (2014) e Ullrich, D., Ullrich, K. e Marten (2014) mostraram que, para além das características relativas ao diagnóstico, as características individuais dos pacientes interferem na sua evolução nas terapias, dentre estas, a de linguagem, e/ou na prontidão para novas aprendizagens escolares. Logo, é importante valorizar as singularidades e os perfis de personalidade de cada criança para um melhor resultado dessas.

Muitos artigos apresentaram características do potencial cognitivo de crianças e adolescentes com diferentes diagnósticos: alteração de memória verbal de curto prazo e memória de trabalho, em crianças com distúrbio específico de

linguagem (ALVAREZ et al., 2015); o estudo de Earle et al. (2015) apresentou resultados superiores de inteligência não verbal em crianças com distúrbio específico de linguagem, em relação aos seus pares de mesma idade com desenvolvimento típico, porém os autores afirmam que, pela comparação com outros estudos, não se pode ainda fazer uma generalização deste resultado. A pesquisa de Chen et al. (2013) mostrou que crianças com dispraxia apresentam déficit na memória visual e na verbal.

Berk e Lillo-Martin (2012) trazem um estudo de caso sobre crianças com deficiência auditiva que apresentaram como resultado, em testes padronizados e não padronizados, inteligência global na média comparada aos seus pares. Por fim, Yamano, Akamatsu e Tsuji (2012) salientam a necessidade de se trabalhar a função cognitiva social, relativa à tomada de decisões, que se apresenta diminuída nas crianças com epilepsia, principalmente no intuito de oferecer maior qualidade de vida a elas.

Outros estudos abordaram dificuldades específicas ao desempenho na linguagem verbal: diferença entre o letramento de crianças que apresentaram e não distúrbios de fala na infância, sendo que, no primeiro grupo, a qualidade do vocabulário e desenvolvimento da linguagem oral são preditores do desempenho nas tarefas de decodificação de palavras e leitura (SKEBO et al., 2013); crianças com deficiência auditiva e distúrbio de linguagem associados, usuárias da Língua de Sinais Britânica, que demonstraram limitações na escrita, como textos de curta extensão e estrutura gramatical pobre (HERMAN et al., 2014). Ainda, crianças com deficiência auditiva que têm dificuldade na escolha e uso das unidades lexicais que irão compor sua fala, porém os autores ressaltam que a sua competência lexical está muito relacionada às características individuais, por exemplo, características do ambiente educacional que frequenta (COPPENS et al., 2012).

As crianças com Transtorno do Espectro Autista participantes da pesquisa de Varanda e Fernandes (2011) apresentaram nível de inteligência não verbal médio ou superior e, parecem acompanhar com pouco atraso o parâmetro de desenvolvimento em consciência sintática em relação aos seus pares de idade com desenvolvimento típico. Outro estudo em relação à sintaxe mostra que os padrões e o processamento neural dessa e não da semântica, fornecem provas de que, alterações em funções específicas do cérebro, para alguns aspectos do

processamento de linguagem, neste caso a sintaxe, pode estar associada com a persistência das disfluências gagas (USLER, WEBER-FOX, 2015).

Fortunato-Tavares et al. (2015) mostraram que crianças com Transtorno do Espectro Autista, Síndrome de Down e Distúrbio Específico de Linguagem apresentam um déficit importante na compreensão do predicado e estruturas reflexivas, uma vez que é necessário o conhecimento da atribuição sintática para tal compreensão e que as crianças, com cada um dos três diagnósticos, apresentam desempenho diferenciado em relação a memória de trabalho, sendo que nas últimas essa está menos prejudicada. A investigação de Freed et al. (2015) salientou que crianças com distúrbio de linguagem relacionado à pragmática apresentam prejuízos na capacidade de entender expressões verbais não-literais.

A pesquisa de Suppiej et al. (2014) evidenciou que a baixa competência linguística está correlacionada com a baixa atenção em crianças com encefalomielite aguda. A habilidade cognitiva de planejamento está associada ao nível de organização da escrita, já, a inteligência verbal, com o nível do conteúdo da escrita, logo ambas estão vinculadas a boa ou má qualidade da escrita em crianças com neurofibromatose do tipo 1 (GILBOA et al., 2014).

Lewis et al. (2015) apresentaram os fatores de risco para problemas de linguagem e alfabetização na adolescência que incluem histórico de distúrbio de linguagem na infância, alterações de fala persistentes, menor capacidade cognitiva não verbal e desvantagem social. Neste contexto, López-Escribano et al. (2013) ressaltaram que as habilidades de decodificação, reconhecimento de palavras, velocidade de leitura, habilidades verbais, inteligência não verbal e memória de trabalho verbal estão relacionadas ao desempenho da compreensão de leitura.

Finestack, Sterling e Abbeduto, (2013) caracterizaram o desempenho linguístico de pacientes com diferentes diagnósticos, mostrando que a diversificação quanto a este se encontra na sintaxe, porém os resultados relativos à semântica são bastante semelhantes. Neste sentido, González-Navarro et al. (2014) evidenciaram a dificuldade apresentada por pessoas com Transtorno do Espectro Autista com a formalidade exigida na escrita .

Netten et al. (2015) assinalaram que crianças e adolescentes com deficiência auditiva apresentam baixos níveis de empatia cognitiva e pró-atividade social, que dificultam o início e manutenção das relações sócio afetivas, sendo mais acentuados naqueles que fazem uso da Língua de Sinais, do que naqueles que utilizam a

linguagem oral para se comunicar. Entende-se que tais características geram dificuldades de interagir que impõe limitações ao desenvolvimento da linguagem verbal. Turkstra, Abbeduto e Meulenbroek (2014) destacaram que é importante qualificar a linguagem verbal e a cognição social de meninas adolescentes que apresentam a Síndrome do X Frágil, pois estas apresentam dificuldades nas relações sociais.

Neste contexto, a pesquisa de Peterson, Wellman e Slaughter (2012) balizou a relevância de se criar e validar escalas de avaliação da Teoria da Mente para diferentes grupos, dentre estes, crianças com deficiência auditiva ou com Transtorno do Espectro Autista. Esta teoria diz respeito à habilidade de atribuir e compreender que você e os outros apresentam estados mentais (saberes, crenças, intenções, etc.), podendo estes ser similares ou distintos, logo este estudo considerou que tais crianças apresentam dificuldades relativas à Teoria da Mente que precisam ser identificadas e, posteriormente, trabalhadas. Um estudo semelhante, porém realizado com crianças com Transtorno do Espectro Autista e com distúrbio específico de linguagem, demonstrou que a Teoria da Mente está mais deficitária no primeiro grupo do que o segundo, porém ambos não apresentam diferenças em relação às habilidades não verbais.

A pesquisa de Greenslade e Coggins (2014) revelou por meio da aplicação de um instrumento que está sendo validado, que as crianças com Transtorno do Espectro Autista apresentam déficits na habilidade de identificar o que está chamando a atenção de interlocutor (intenção referencial) e na motivação para interagir (intenção social), ambas sendo essenciais para comunicarem-se. Neste âmbito, Stein et al. (2015) realizaram o estudo de caso de um menino com Transtorno do Espectro Autista, no qual foi enfatizado os excelentes benefícios da terapia em grupo para o desenvolvimento global e da linguagem verbal do mesmo.

Após esta discussão dos déficits apresentados por crianças e adolescentes com diversos diagnósticos, público-alvo do atendimento fonoaudiológico, verifica-se a diversidade das dificuldades desses, contudo sem apresentar as suas potencialidades. Em contrapartida, pode-se refletir sobre a ampla gama de oportunidades de estratégias e recursos que podem ser visualizados e sistematizados a partir da Teoria das Inteligências Múltiplas, com vistas a qualificar o desenvolvimento da linguagem verbal na terapia.

Encontraram-se artigos que salientaram a importância de contextos ricos em experiências, seja em sala de aula ou em casa, como um fator propulsor da prontidão para o desenvolvimento das aprendizagens, das diferentes capacidades e da linguagem, de acordo com as singularidades dos indivíduos (ARTIGAS-PALLARÉS, PAULA-PÉREZ, 2016; BAXENDALE et al., 2012; PENTIMONTI, JUSTICE, KADERAVEK, 2014; ULLRICH, D.; ULLRICH, K.; MARTEN, 2014). Curran et al. (2015) asseveraram a importância de considerar os fatores que interferem e como promover o engajamento na terapia fonoaudiológica, aspecto a ser discutido no capítulo 6.

Um dos temas dos artigos pesquisados foi o favorecimento da terapia voltada ao desenvolvimento da inteligência linguística ou o seu próprio desenvolvimento natural, associado à valorização de outra inteligência, porém sem nomeá-la como tal (ACOSTA RODRÍGUEZ et al., 2016; BARNES, 2014; COGO-MOREIRA et al., 2012; DELAFIELD-BUTT, TREVARTHEN, 2015; LA-FRANCE, GARCIA, LABRECHE, 2007; LERNA et al., 2014; HEIM et al., 2013; SUN et al., 2013; WEISS, BIDELMAN, 2015; WOO et al., 2015; YODER et al., 2014). São essas: a inteligência espacial, a interpessoal, a musical e a cinestésico-corporal. Ainda, no artigo de Sánchez-López et al. (2015) é apontada a prática de atividades físicas estruturadas, em formato de programa, como uma estratégia que pode auxiliar na qualificação do desempenho escolar e no aumento da atenção.

Neste sentido, nos estudos de Morris et al. (2012) e de Wolff (2011) foi afirmado que combinar diferentes modelos de terapias e habilidades verbais, com um objetivo comum, gera melhores resultados na terapia de leitura e escrita, do que a aplicação de um método exclusivo. Já Hiscox, Leonavičiūtė e Humby (2014) apresentaram o uso de *softwares* de computador por pessoas com dislexia como qualificadores no desempenho de escrita, proporcionada pelo auxílio do programa com as correções, aumentando a confiança no seu potencial para realizar este tipo de produção.

Muitos artigos abordaram o atendimento a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista. Nestes estudos, o tema desenvolvimento da atenção conjunta e da inteligência interpessoal esteve muito presente, apesar de, em alguns trabalhos, não se fazer uso desta nomenclatura, como no caso de um sobre o uso de robôs para o trabalho com essas (PENNISI et al., 2016). O artigo de Faja et al. (2016) ressaltou a importância da cognição não-verbal para o

desenvolvimento das habilidades para brincar, das funções executivas e da linguagem verbal. Tais discussões foram apresentadas no sentido do desenvolvimento do interesse em compreender os comportamentos e de interagir com outras pessoas, sendo este apresentado como um fator primordial para o desenvolvimento verbal e global destes sujeitos (ARTIGAS-PALLARÉS, PAULA-PÉREZ, 2016).

Alguns estudos abordaram a utilização de testes padronizados para estudar a relação entre o desempenho em determinadas tarefas, por exemplo, de habilidades não verbais, com o desempenho e evolução na terapia de linguagem (SPARKS, GANSCHOW, THOMAS, 1996; GOORHUIS-BROUWER, STEEPLES, FLEMING, 2002; BRADY, KNIJFF, 2005). Porém, estas investigações não acrescentam informações à proposta desta pesquisa, que objetivou, dentre outros, apreciar a singularidade do desempenho dos pacientes na terapia de linguagem, a qual se entende não poder ser compreendida somente com uso de testes padronizados.

Artigos como os de Bianchini et al. (2015), Giles et al. (2012), Tostanoski et al. (2014) mostraram a discrepância entre os resultados de desempenho na linguagem verbal de crianças com déficit nessa, a partir da intervenção efetiva de um mediador na atividade. Exemplos de resultados são a diferença entre o uso de *softwares* de comunicação por crianças e adolescentes sozinhos e acompanhados e, a valorização da linguagem não verbal, associada às respostas verbais do terapeuta, como forma de estabelecimento de comunicação. Orsucci et al. (2016) ressaltaram a existência de uma boa interação entre paciente e terapeuta como um dos fatores determinantes para a qualidade da terapia.

Outro ponto abordado nos artigos selecionados (CHIPCHASE et al., 2012; KESHISHIAN, MCGARR, 2012; SPEK et al., 2013) diz respeito às habilidades relacionadas as inteligências interpessoal e intrapessoal como importantes para a prática clínica e aplicação dos conhecimentos da área, dentre estas, a automotivação e o interesse em interagir com outras pessoas. Ressalta-se o estudo de Spek et al. (2013) que abordou a formação de fonoaudiólogos, em relação a sua competência e a confiança na sua prática, como relevantes para a eficácia na atuação clínica.

É válido destacar que, nesta nova busca nas bases de dados selecionadas, somente o estudo de Camargo e Mezzomo (2015) versou sobre a terapia de linguagem investigada a partir da perspectiva da Teoria das Inteligências Múltiplas,

bem como que a(s) inteligência(s) valorizada(s) na terapia foi(foram) selecionada(s) com base nas experiências e/ou interesses e/ou manifestações do paciente. Nas demais pesquisas, o que se verificou é que somente é apresentada a sistematização de estratégias terapêuticas com a utilização de recursos diferenciados com vistas ao aperfeiçoamento do trabalho realizado.

Em virtude da complexidade que assume o objetivo do trabalho, surge a necessidade de buscar e estudar diferentes conhecimentos. Entende-se a inteligência linguística como uma capacidade natural e própria dos seres humanos, logo esses apresentam um potencial cognitivo nato para a aquisição da linguagem verbal, assim ao se estudar a terapia fonoaudiológica de linguagem é imprescindível estudar também aspectos do funcionamento desta capacidade (SCARPA, 2011).

A partir desta necessidade de estudo objetivou-se qualificar tanto a sistematização do conteúdo dos instrumentos que foram utilizados na pesquisa, quanto após a sua aplicação, quanto às inferências sobre os dados obtidos com a aplicação dos mesmos. Para tanto, nos próximos subtítulos apresenta-se estudos qualificadores desta investigação, relativos à linguagem verbal.

1.1.3 Frames e Gramática das Construções

Ao se pensar na complexidade da investigação, da terapia fonoaudiológica no campo da linguagem verbal, buscou-se como referencial teórico os estudos de Charles J. Fillmore sobre *frames* e sobre Gramática de Construções, com vistas a qualificar esta investigação. Assim, as conexões entre estes saberes e os da Teoria das Inteligências Múltiplas, estabelecidas nesta tese, apontaram novos olhares para esta terapia.

O conceito *frame* foi introduzido e ampliado em uma sequência de estudos por Fillmore (1961, 1977, 1979, 1985). Em um primeiro momento, este pesquisador apresentou o entendimento deste conceito relacionado a um sentido estritamente linguístico, ancorado ainda na visão formalista da língua e no estudo da sintaxe, investigou a possibilidade de substituição de palavras, dentro de *frames* sintáticos, mantendo o significado do enunciado (CIENKI, 2007; FILLMORE, 1961).

Na sequência, o conceito de *frame* estendeu-se à abordagem sintático-semântica (CIENKI, 2007). *Frame* passa a referir-se ao conjunto das alternativas

lexicais e sintáticas, disponíveis para referir uma cena (conhecimentos, experiências e crenças do falante) e, uma determinada perspectiva sobre a situação dessa cena.

Fillmore (1975) caracteriza cena e *frame*. A cena tem um sentido amplo, no qual se inclui na representação cognitiva: imagens visuais; cenários padrões, definidos pela cultura; trocas interpessoais; estruturas institucionais; experiências vividas; imaginação; imagem corporal; ações e crenças. O *frame* refere-se ao sistema de escolhas linguísticas e de regras gramaticais ou categorias linguísticas, que podem ser associadas com os exemplos mais representativos de uma cena. Futuramente, a cena será remetida a *frame* cognitivo e, o *frame*, a *frame* semântico (FILLMORE, BAKER, 2009). Esta distinção pode ser visualizada em um exemplo de Fillmore (1975), no qual uma mãe descasca e reparte uma fruta em pedaços na frente da sua filha (cena), enquanto identifica e nomeia (*frame*) a fruta e os utensílios utilizados para tal ação, dentre estes, uma faca.

Em Fillmore (1992) traz-se a percepção do *frame* em um eixo linguístico-pragmático, logo se passou a compreender que o conhecimento de mundo também pode ser concebido em um *frame*, assim surge um entendimento mais amplo deste conceito. Esta abordagem linguístico-pragmática da linguagem verbal, com a denominação *frame*, já constava em Fillmore (1976), retomado também em Fillmore (1982), nos quais o autor apresenta outros dois *frames* que a perpassam. O primeiro é o *frame* interacional que remete às escolhas linguísticas apropriadas a cada situação/interação, por exemplo, o cumprimento “bom dia” deve ser utilizado no turno matutino, o segundo, chamado *frame* cognitivo, traz o conhecimento da cena que representa um evento, por exemplo, os partícipes dessa e a sua função.

Um exemplo ilustrativo desta abordagem é o *frame* “evento comercial”, no qual Fillmore (1977, 1982), mostra que vários verbos da Língua Inglesa estão relacionados entre si pela forma como eles evocam a mesma cena, porém de maneiras diferentes. Então, entender o que representam verbos como vender, comprar, custar e gastar, relacionados ao *frame*, implica na compreensão dos papéis relevantes, como comprador e vendedor e, elementos como bens e dinheiro, a partir dos quais se torna possível interpretar as ações destes verbos.

Neste sentido, os *frames* são esquemas de conhecimento relativos a ocasiões de interação refletidas linguisticamente nas relações lexicais e sintáticas das orações, logo é a forma estruturada de apresentar determinada cena (Fillmore,

1982). Assim, dizer 'ele comprou a minha casa' ou 'eu vendi minha casa para ele' são *frames* diferentes para uma mesma cena.

Neste contexto, Fillmore e Atkins (1992, p. 77) apontam que a teoria semântica constitui-se com a noção de *frames*, assim: "In such theories, a word's meaning can be understood only with reference to a structured background of experience, beliefs, or practices, constituting a kind of conceptual prerequisite for understanding the meaning"⁶. Por exemplo:

A expressão CONTROLE DE IMAGEM pode estar associada a um frame de medicina, indicando a atividade de controle da imagem radiográfica, com o objetivo de obter maior nitidez; mas também pode estar associada a um frame de política, destacando o tipo de estratégias adotada por um grupo de candidatos para passar uma imagem de confiabilidade aos eleitores. É nesse sentido que se pode dizer que o significado das palavras e expressões é, em parte, uma função do frame que lhe dá sustentação (FERRARI, 2014, p. 53).

Surgem então pré-requisitos para a compreensão de significado na Semântica de Frames. Com a ampliação do estudo dos *frames*, para o ponto de vista pragmático, a partir do conhecimento de mundo, eles passaram a ter significados diferentes em cada cultura, uma vez que cada uma apresenta sistematizações diferenciadas de visualização e entendimento desse, o que implica na interpretação da compreensão e expressão linguística, a partir das experiências daquele determinado contexto.

Fillmore e Baker (2009) afirmam que existem duas maneiras de acessar os *frames* para interpretar uma experiência: transpassado ou não pela linguagem verbal. Neste sentido, estes pesquisadores apresentam a diferenciação entre *frame* cognitivo e *frame* semântico.

Os *frames* cognitivos são estruturas do conhecimento, nas quais estão organizados o conhecimento, as crenças e os modelos de práticas, que permitem às pessoas darem significado às suas realizações. Assim, os *frames* cognitivos têm a importante função de dar forma a como os seres humanos percebem, lembram e refletem sobre as suas experiências, a como elaboram suposições sobre os antecedentes dessas e as possíveis novas experiências concomitantes e, ainda como as legitimam.

⁶ Em tais teorias, o significado de uma palavra pode ser entendido apenas com referência a uma estrutura de experiência, de crenças ou de práticas, constituindo uma espécie de pré-requisito conceitual para a compreensão do significado (Tradução nossa).

Cada *frame* é acessado para realizar diferentes atividades do dia a dia, a partir de esquemas de conhecimento diferenciados, por exemplo, os esquemas de conhecimento sobre consciência corporal em relação à gravidade e sobre visualização e reconhecimento de cores. Tais esquemas sofrem a influência dos saberes e vivências particulares da sociedade e da cultura a que se pertence. Um *frame* cognitivo pode moldar a percepção de uma pessoa de forma independente da linguagem verbal, por exemplo, ao se imaginar uma experiência visual simples, como a composição de uma festa de aniversário, já se imagina os elementos presentes: bolo, vela, pessoas, etc. (FILLMORE, BAKER, 2009).

O *frame* semântico diz respeito a uma parte do seu conhecimento da inteligência linguística, na qual as pessoas associam as construções linguísticas (palavras, frases, regras gramaticais), com estruturas cognitivas –*frames* cognitivos –, o que determina amplamente o processo e o resultado de produção e de interpretação destas construções (FILLMORE, 2006; FILLMORE, BAKER, 2009). Em outras palavras, como acontecem associações singulares da linguagem verbal a *frames* específicos. Assim, a invocação de um *frame* semântico está baseada no conhecimento que se tem não somente das construções linguísticas, mas sobre o acontecimento relacionado ao(s) *frame*(s) cognitivo(s) associado(s) aos valores culturais e experiências do sujeito (FILLMORE, ATKINS, 1992; LIMA, MIRANDA, 2013).

Um exemplo disso seriam as gírias e ditos populares, que são de difícil interpretação para as pessoas que não pertencem à sociedade que faz uso desses. Na terapia fonoaudiológica de linguagem, por exemplo, pode-se pensar no trabalho a respeito do Dia do Gaúcho, sobre conhecimentos e construções linguísticas (exemplo: palavra “pilcha” que se refere à roupa típica do gaúcho), que são peculiares do estado do Rio Grande do Sul, região sul do país Brasil, local onde foi realizada a pesquisa, sendo que seria muito difícil realizar esta atividade em um atendimento em outra região.

Neste sentido, por exemplo, a investigação de Freed et al. (2015) mostrou que crianças com distúrbio de linguagem relacionado à pragmática apresentam prejuízos na capacidade de entender expressões verbais não-literais. Isto mostra a importância de saber e mobilizar experiências e conhecimentos, da realidade dos pacientes, para obtenção de melhores resultados na terapia fonoaudiológica de linguagem.

Também há um aspecto individual do *frame* semântico, que propicia à pessoa o entendimento da construção linguística, a partir da estrutura cognitiva que é suscitada por tal expressão, de forma singular, como afirma Fillmore (1982) em relação à interpretação textual. Apesar de que esta estrutura é constituída sócio culturalmente, desloca-se este conceito para o entendimento de que cada pessoa a estabeleceu também permeada pela sua individualidade e experiências particulares, não somente em textos, mas na expressão e compreensão das construções linguísticas orais. Assim, uma mesma forma linguística, seja ela escrita ou falada, ou situação, pode invocar *frames* diferentes em cada pessoa.

A interpretação da expressão “pão-duro” pode ajudar a explicitar tal individualidade, quanto a uma construção linguística evocar *frames* semânticos diferentes, de sujeito para sujeito. Assim, uma pessoa pode entender que esta expressão refere-se a uma pessoa econômica, que sabe aplicar bem o seu dinheiro, em contrapartida, outrem pode compreender que se refere a uma pessoa mesquinha (FILLMORE, 1982).

Uma problematização possível, a qual será discutida nos capítulos desta tese é a de que os *frames* cognitivo e semântico estão imbricados no acontecimento de compreensão e expressão verbal, o que acontece pela associação entre construções linguísticas e estruturas cognitivas, como meio de interpretar tais formas (FILLMORE, BAKER, 2009). Além disso, apresentou-se e discutiu-se que tal associação permite a qualificação da compreensão e produção verbal, a partir do acesso aos componentes destas estruturas, sendo eles verbais ou não verbais.

Tal entendimento remete a um dos critérios para se eleger os oito tipos de inteligência: suscetibilidade a codificação em um sistema de símbolos (ARMOSTRONG, 2001; GADNER, 1994). Assim, um esquema de conhecimento, *frame*, é constituído por símbolos e outras representações das diferentes inteligências.

O estudo dos *frames* relacionados ao desenvolvimento da inteligência linguística é importante uma vez que se reconhece, então, que grande parte da aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal tem base nas experiências relacionadas às construções linguísticas (MIRANDA, BERNARDO, 2013). Estas experiências do acervo do paciente podem ou não estar relacionadas à(s) sua(s) inteligência(s) preferencial(is).

Ao se pensar na terapia fonoaudiológica de linguagem e o planejamento envolvido nesta, faz-se necessário considerar tais saberes. Pode-se refletir também sobre a aquisição de novos conhecimentos, que possivelmente irão compor novos *frames*, que serão invocados e/ou interpretados a partir das construções linguísticas relacionadas aos mesmos. Acredita-se que, em tal situação, com base no *frame* semântico, todo conhecimento e experiência novos apresentados ao paciente na terapia podem gerar uma dupla aprendizagem, em que elementos da inteligência linguística podem estar gerando novas composições de *frames* com elementos mais relacionados a outras inteligências e vice e versa.

Juntamente ao reconhecimento de uma palavra, reconhece-se a importância das informações que fazem parte do plano de fundo desta interpretação, e isso faz parte de um conhecimento lexical. Para se entender certas palavras é estritamente necessário ter outros tipos de informações. Por exemplo, a palavra “hipotenusa” só pode ser entendida no contexto da representação da figura do triângulo a ser estudado na qual é possível identificá-la (FILLMORE, BAKER, 2009).

O entendimento da aquisição da linguagem nesta pesquisa é embasado então nos *frames* e na Gramática das Construções, ambos saberes que enfatizam a compreensão e expressão verbal a partir das combinações entre, construções linguísticas e o conhecimento de mundo dos sujeitos (FILLMORE, 2006). Esta combinação é apresentada nesta tese no sentido de mostrar a interação entre o conjunto de conhecimentos relativos a cada uma das oito inteligências.

No que diz respeito ao significado das palavras, a assertiva básica da Semântica de *Frames* é que se faz necessário à compreensão do conteúdo das palavras, a invocação dos quadros de fundo nos quais se pode verificar as motivações e interpretações do tema/significado delas. Estas unidades lexicais são mais bem entendidas e aprendidas com base nestes quadros de fundo, nos quais estão compartilhadas conceituações. Neste sentido, é relevante o estudo das combinações das posições gramaticais (sintaxe) das unidades lexicais que se modificam em função daquilo, que se quer ou não expressar na linguagem verbal e, a partir disso, consegue-se identificar as informações relevantes e, a quais *frames* estão relacionados (MIRANDA, BERNARDO, 2013).

Fillmore e Baker (2009) propõem relações de generalização de *frames*, dentre estas, destaca-se nesta pesquisa aquelas que estão mais relacionadas à aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal, por crianças e adolescentes que são as

relações de herança e de uso. Na primeira é apresentado o entendimento de que as crianças vão obtendo mais *frames* com o seu desenvolvimento e, os seus primeiros *frames* semânticos são subtipos dos *frames* semânticos dos seus pais.

A segunda tem base na afirmação de que os *frames* das crianças são constituídos a partir do conhecimento que os pais oferecem que advêm dos seus próprios *frames*, principalmente, por meio do mecanismo em que diferentes palavras e/ou frases mencionadas podem referir-se aos mesmos, por exemplo, objetos e/ou situações (IJALBA, 2014). Na relação de uso está imbricada a frequência de acesso às construções gramaticais e à evocação de *frames* semânticos, pragmáticos e interacionais, dentre outros. Em ambas as relações é pressuposto que, com o seu desenvolvimento e a partir das experiências oportunizadas nos contextos em que vivem, as crianças vão estabelecendo os seus *frames*, também que, em relação à herança, pode-se afirmar que a criança adquire a maioria dos *frames* semânticos dos pais, porém no uso evidencia-se que nem todos os *frames* herdados são explorados.

No contexto das relações de generalização, introduz-se o próximo tópico de discussão do referencial teórico que diz respeito à Gramática das Construções, como um construto teórico que pode embasar e auxiliar na compreensão do foco deste trabalho, nos diferentes níveis de complexidade linguística e componentes da linguagem a serem desenvolvidos por meio das atividades realizadas na terapia fonoaudiológica de linguagem, estando todos inter-relacionados. A afirmação de que léxico e sintaxe não integram módulos totalmente isolados, mas são parte de uma composição contínua de construções é uma das premissas da Linguística Cognitiva (LC), linha teórica a qual Fillmore é filiado (FERRARI, 2010). Dentro desta perspectiva, tem-se a Gramática das Construções que enfatiza a importância do significado de cada construção linguística na compreensão e expressão verbal.

A Gramática das Construções, que tem no trabalho de Fillmore (1988) um dos seus principais referenciais teóricos, embasa-se no entendimento de pareamento entre forma-significado de unidades simbólicas complexas (FERRARI, 2010; FILLMORE, 1988; GOLDBERG, 2006; SALOMÃO, MIRANDA, 2009; SILVA, FERREIRA, 2010). Assim,

As construções gramaticais passam a ser caracterizadas como estruturas formais cujas características semânticas não são previsíveis a partir de suas partes componentes e nem a partir de outras construções previamente estabelecidas (FERRARI, 2010, p.159).

Tal afirmação embasa-se no entendimento de que as construções possuem valor sociolinguístico relacionado ao contexto no qual são utilizadas e são esquematizadas, com base na mescla entre o conhecimento linguístico geral (por exemplo, a compreensão de expressões idiomáticas) e, o da gramática formal da língua. Quanto a extensão, Goldberg (2006) esclarece que uma construção pode ser desde um morfema até um padrão de estrutura oracional, sempre tendo em vista a importância do significado dessa. Logo, todos os componentes da linguagem e níveis de complexidade linguística podem ser compreendidos pela lógica das construções linguísticas. Nesta perspectiva, o léxico compreende, para além das palavras, também padrões de orações, expressões idiomáticas, regras de geração de unidades e modelos linguísticos de diversas extensões.

O paradigma da Gramática de Construções dispõe uma diferença entre significado lexical e significado construcional, propondo parâmetros de correspondência entre verbo e construção. Em outras palavras, o significado lexical dos elementos linguísticos, não é sempre determinado somente na relação com a organização frasal (sintaxe), logo orações com organizações parecidas de sujeito, verbo e objeto, podem ter uma previsão de interpretação, porém a compreensão final sempre tem base em um conhecimento anterior geral (significados). Na abordagem da Gramática das Construções as partes não têm existência fora da construção, ou das construções, das quais participam, logo, as categorias sintáticas são definidas a partir das construções e, a aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal, dentre outros, estão relacionados à frequência de uso das construções linguísticas.

Ferrari (2010, p. 159) apresenta dois princípios de restrições semânticas, concomitantemente relativas ao verbo e a construção, o que torna possível a integração entre os papéis participantes (relacionados ao verbo) e os papéis argumentais (associados à construção):

1. Princípio da Coerência Semântica: apenas papéis semanticamente compatíveis podem ser fundidos, sendo que a compatibilidade existe quando um dos papéis pode ser caracterizado como instância do outro (por exemplo, o papel participante “chutador”, associado ao verbo “chutar”, é uma instância do papel argumental de “agente”, que faz parte da construção transitiva).
2. Princípio da Correspondência: cada papel participante perfilado pelo verbo deve ser fundido com um papel argumental perfilado pela construção; entretanto, não é necessário que cada papel argumental da construção corresponda a um papel participante do verbo.

Com base em Fillmore (1979, 2006) e Fillmore e Baker (2009), faz-se a relação entre *frames* e construções linguísticas, na qual se tem que o significado da sentença pode ser descrito por *frames* ou por uma combinação deles. Assim, os elementos dos *frames* podem descrever possíveis papéis ou agentes, da construção e relações temporais e, podem-se identificar as unidades lexicais (palavras ou grupo de palavras), a partir dos *frames* evocados por elas, sendo que esta evocação está relacionada a cada língua.

Ao se remeter ao tema de investigação desta tese vê-se, no estudo dos conhecimentos relacionados à Gramática de Construções, a possibilidade de reconhecer e entender a significação das construções linguísticas para os pacientes, como forma de qualificação do atendimento. Estas ações são intrínsecas e essenciais na terapia de linguagem e, a partir dos referidos conhecimentos, podem ser vislumbradas na complexidade inerente a esta significação, entendida nesta pesquisa como permeada pelas estruturas de conhecimento denominadas *frames*, nas quais se organizam as experiências e saberes que advêm das vivências relativas às oito inteligências.

Na vasta literatura, que foi constituída a partir do conceito de *frame* e da Gramática de Construções de Charles J. Fillmore, verifica-se que a maioria dos estudos tem-se voltado à elaboração de Gramáticas de Construções nas diferentes línguas, inclusive no Português (SALOMÃO, 2009; SALOMÃO, MIRANDA, 2009) e/ou em programas de computador que se utilizam da inteligência artificial para compor tais gramáticas e construir comunicadores (MARTÍNEZ-SANTIAGO et al., 2015). Na linha do trabalho com terapia da linguagem encontrou-se trabalhos relacionados à terapia voltada às afasias, como o de Fridriksson et al. (2015). Assim, fez-se interessante a proposta de discutir e investigar a relação *frames*- inteligências múltiplas- Gramática de Construções- terapia fonoaudiológica com crianças e adolescentes, com vistas a pensar a sistematização deste atendimento.

No âmbito da terapia fonoaudiológica de linguagem, com o estudo dos conceitos de *frame*, de construções linguísticas e das oito inteligências múltiplas, reafirma-se a relevância das atividades desenvolvidas neste atendimento valorizarem, dentro da amplitude da linguagem verbal, elementos significativos para o paciente. Tal ação coloca uma complexidade para os fonoaudiólogos ao

elaborarem seus planejamentos terapêuticos, relativa à seleção e posterior aplicação das estratégias e recursos na terapia.

1.1.4 Atenção conjunta na terapia fonoaudiológica de linguagem

Os estudos de Michael Tomasello apresentam uma discussão de epistemologia sociointeracional e socioantropológica, sobre os processos cognitivos dos seres humanos (MORATO, 2010, TOMASELLO 2003a, 2003b). O autor está alocado na linha racionalista da pesquisa, com base no pressuposto de que os seres humanos possuem capacidades cognitivas, fisiológicas e de comunicação universais, todavia desenvolve seus estudos em uma abordagem pragmatista do conhecimento, enfatizando a relação intrínseca entre reflexão e ação.

Neste sentido, entende-se que a base da regulação da experiência linguístico-cognitiva é constituída nas práticas sociais. Assim, admite-se que a cognição é constituída por meio das interações entre as pessoas e delas com o mundo (MORATO 2010; TOMASELLO, 2003a; TOMASELLO, 2003b). Ao aproximar estes conceitos da noção de *frame* semântico, percebe-se o envolvimento dos conhecimentos e experiências dos indivíduos na sua linguagem verbal e, dentre outros, estes advêm das interações com as pessoas com as quais se convive e se relaciona.

Sendo a pragmática o centro das suas discussões, afirma-se que somente é acessado o potencial cognitivo e, acontecem as diferentes aprendizagens, por meio da interação. Nesta perspectiva, Tomasello (2003a) e Allan e Souza (2009) abordam o caráter social da cognição, no qual as pessoas se reconhecem, se idealizam, se identificam e compartilham suas memórias com outras pessoas. Este compartilhamento na terapia fonoaudiológica de linguagem pode ser pensado a partir das trocas entre paciente e terapeuta, nas quais estão envolvidas as memórias que compõem seus *frames* semânticos e cognitivos.

Bezerra e Souza (2013) e Tomasello (2003b) afirmam que os seres humanos possuem capacidades universais e, apesar de viverem em diferentes culturas e terem trajetórias históricas diversas, desenvolvem os mesmos meios para comunicar-se, dentre outros, símbolos, modificadores desses símbolos, modelos de linearização, padrões prosódicos e modelos recorrentes de gramaticalização. Este processo caracteriza a aquisição da linguagem na perspectiva do autor e está

baseada no uso destes símbolos (LIMA, MIRANDA, 2013; MIRANDA, BERNARDO, 2013; TOMASELLO, 2003b, 2009).

Neste contexto, a necessidade de buscar os conhecimentos trazidos por este autor sócio cognitivista está no interesse quanto ao seu conceito de atenção conjunta. Entende-se que tal conceito apresenta-se como muito pertinente e enriquecedor para a discussão desta tese.

O conceito de atenção conjunta, elaborado por Tomasello (2003a, 2003b), presente nos estudos de Állan e Souza (2009) e de Delafield-Butt e Trevarthen (2015), refere-se a uma habilidade que, segundo o autor, é exclusivamente humana sendo que os bebês começam a apresentar por volta dos nove meses de idade. Esta habilidade diz respeito ao compartilhamento de intenções e objetivos entre crianças e adultos, de forma que possam planejar ações em que ambos estão engajados, com vistas a alcançarem objetivo(s) comum(s). As experiências de atenção conjunta são triádicas, estando envolvidos a criança e o adulto em relação a um referencial externo, que pode ser um objeto. Tal situação constitui-se em uma forma de interação (ÁLLAN, SOUZA, 2009; BEZERRA, SOUZA, 2013; TOMASELLO, 2003b).

A criança, ao entender o papel que, ela, o adulto e o referencial externo desempenham no contexto da interação, bem como que estes papéis são permutáveis, consegue ter uma postura exterior para elaborar um autoconceito (ÁLLAN, SOUZA, 2009, TOMASELLO, 1999/2003b). Ainda, interpreta as intenções do adulto, quando faz uso de elementos linguísticos para manejar a sua atenção (ÁLLAN, SOUZA 2009, TOMASELLO, 2003b, TOMASELLO et al., 2005). Em síntese:

Especificamente, quadros de atenção conjunta se manifestam: (1) no monitoramento da atenção dos adultos e da própria criança para referenciais externos; (2) na utilização dos adultos como ponto de referência em relação a referenciais externos (referência social); (3) na imitação do modo de interação dos adultos com referenciais externos (aprendizagem por imitação); e (4) na interação conjunta da criança com o adulto, mediada por referenciais externos (ÁLLAN, SOUZA, 2009, p. 5).

Existe uma relação de equilíbrio no contexto de atenção conjunta: ao passo que a criança entende as intenções comunicativas do adulto e a troca de papéis, também vai entendendo que ele percebe as suas intenções. Por conseguinte, a criança passa a fazer uso dos símbolos linguísticos utilizados pelos adultos para

alcançar as suas intenções comunicativas (BEZERRA, SOUZA, 2013; TOMASELLO, 1999, 2003a, 2003B TOMASELLO et al., 2005). Desse modo,

[...] os símbolos linguísticos são os meios arbitrariamente compartilhados (intersubjetivos) pela criança e pelo adulto, na medida em que ambos compreendem a qual função desses símbolos se prestam e qual o seu próprio papel (tanto da criança quanto do adulto) no quadro de atenção conjunta. (ÁLLAN, SOUZA, 2009, p. 5).

Os símbolos linguísticos, para além do seu carácter intersubjetivo, possuem um carácter perspectivo, uma vez que a criança aprende modos diferentes de representar a mesma situação ou fazer uso de um mesmo meio para alcançar metas diferentes. Enquanto a criança internaliza os símbolos linguísticos, ela vai tornando-se apta a elaborar representações linguísticas mais sofisticadas de cenas experienciais, fazendo uso de construções linguísticas metafóricas, abstratas, analógicas e de narrativas que ultrapassam a situação imediata.

A partir da construção do referencial teórico pode-se investigar a terapia fonoaudiológica de linguagem por meio de diferentes concepções, proporcionando uma ampliação das possibilidades de sistematização da mesma, facilitando e qualificando o trabalho desenvolvido no atendimento. Tal sistematização foi enriquecida nesta investigação pela aproximação e discussão entre teorias diferentes, com vistas à acrescentar novas perspectivas à atuação em Fonoaudiologia.

1.2 MATERIAL E MÉTODOS

1.2.1 Caracterização do estudo

A pesquisa é quanti-qualitativa, descritiva e explicativa, transversal e prospectiva (BARROS et al., 2002; GIL, 2010; SILVA et al., 2001). Sobre caracterizar-se como quanti-qualitativa, diz respeito aos métodos de coleta e análise dos dados, que abordam tanto resultados numéricos, quanto não numéricos. É válido ressaltar que a abordagem qualitativa perpassou a organização de todos os dados da pesquisa, uma vez que a análise para a caracterização da(s) inteligência(s) preferencial(is) de pacientes e terapeutas, bem como para a categorização de cada objetivo e recurso e/ou estratégia utilizado na terapia, que proporcionou a codificação dos mesmos em dados numéricos para a realização das

análises estatísticas, foi realizada com base na Análise de Conteúdo a ser detalhada no item 1.2.7.1.

A investigação é caracterizada como descritiva, pois inicialmente fez-se o levantamento do perfil das inteligências preferenciais de cada paciente e terapeuta e, ao longo da coleta de dados, dos recursos e estratégias utilizadas na terapia de linguagem. Ainda, é explicativa, uma vez que foi pesquisada a interferência das atividades que envolvem os oito tipos de inteligências ou, dentre as oito, aquela(s) inteligência(s) identificada(s) como a(s) preferencial(is) do paciente, sob o seu desempenho na terapia fonoaudiológica. Também, foi transversal porque se delimita a um tempo específico para realização da investigação e, prospectiva, pois se elaborou o estudo em um determinado momento e a pesquisa teve continuidade no tempo futuro.

1.2.2 Amostra

A amostra desta pesquisa foi composta por terapeutas e pacientes que, respectivamente, atuavam e frequentavam o Serviço de Atendimento Fonoaudiológico - SAF, da Universidade Federal de Santa Maria. Tal participação foi relativa ao período do segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015.

1.2.2.1 Amostra de terapeutas

A amostra de terapeutas foi composta por acadêmicos que estavam cursando no segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015, o Estágio Curricular de Fala ou de Linguagem Oral e Escrita e/ou de Habilitação e Reabilitação Auditiva, do Curso de Fonoaudiologia, da Universidade Federal de Santa Maria. Os atendimentos nos referidos estágios ocorreram durante os meses de agosto a dezembro do ano de 2014 e março a julho de 2015. Ao longo da pesquisa foram convidados 69 terapeutas para participar da investigação, porém colaboraram efetivamente 62 terapeutas. Um terapeuta não quis participar; três terapeutas extraviaram o material da coleta; um terapeuta aceitou o convite, porém não fez o preenchimento do material solicitado; o material entregue por uma terapeuta estava ilegível; por fim, uma terapeuta somente avaliou o paciente que estava atendendo durante o período da pesquisa.

1.2.2.2 Amostra de pacientes

A amostra de pacientes foi composta por crianças, com idades entre 2 anos e 9 anos e 11 meses e, adolescentes, com idades entre 10 anos e 17 anos e 11 meses, esta classificação foi definida com base nos critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006). Tais pacientes apresentavam alterações da linguagem oral e/ou escrita que serão citadas e caracterizadas no Quadro 2.

Acredita-se que a diversidade dos diagnósticos e idades não comprometeu ou gerou viés na pesquisa realizada, uma vez que os objetivos do estudo voltam-se à apreciação da configuração da terapia e os resultados em si, em termos de desempenhos observados pelos terapeutas, compreendidos a partir dos tipos de inteligências. Em contrapartida, pensa-se que os diagnósticos se configuram como uma variável muito interessante, que pode ser investigada em pesquisas posteriores, por exemplo, com comparação de desempenho em relação às inteligências contempladas, entre os pacientes que apresentam os diagnósticos com maior frequência nesta pesquisa. Ainda, a divisão da amostra entre todos os diagnósticos e/ou em faixas etárias mais detalhadas poderia trazer perda ao poder estatístico de análise.

O Quadro 2 contém a caracterização quanto às patologias apresentadas pelos pacientes e a frequência de cada uma. Este foi organizado com base na patologia principal, uma vez que a maioria deles manifestava outros fatores associados, por exemplo, alteração de motricidade orofacial. Os diagnósticos apresentados pelos pacientes, citados no Quadro 2, foram transcritos tal qual estavam registrados nos prontuários dos mesmos, portanto, não foram elaborados pela pesquisadora.

Quadro 2 – Número de pacientes e definição dos diagnósticos da amostra

Diagnóstico	Definição	Número de pacientes
Desvio fonológico	Os desvios fonológicos são alterações de fala que se caracterizam pelo apagamento, substituições, inserções e/ou reordenamentos de sons no sistema fonológico da criança, fazendo com que a fala torne-se incompreensível para o ouvinte (PAGLIARIN, KESKE-SOARES, 2007, p.1).	27
Distúrbio Específico de Linguagem	O distúrbio específico de linguagem (DEL) é caracterizado por importantes prejuízos, que se configuram como atrasos e alterações persistentes na aquisição da linguagem, na ausência de patologia que desencadeie tal atraso ou alteração (CRESTANI et al., 2012, p. 228).	23
Distúrbio de linguagem decorrente de Perda auditiva	A perda auditiva é uma doença de alta prevalência, variando de 1 a 3: 1.000 indivíduos, e este número aumenta na presença de indicadores de risco para deficiência auditiva. Sua principal consequência, especialmente na criança, reside no impacto causado pela privação sensorial no desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem e na aprendizagem. Qualquer grau de deficiência auditiva pode acarretar prejuízos importantes, já que interfere na percepção e na compreensão dos sons da fala (PENNA et al., 2015, p.149).	18
Dificuldades de aprendizagem	Dificuldades de aprendizagem referem-se a alterações no processo de desenvolvimento do aprendizado da leitura, escrita e raciocínio lógico-matemático, podendo estar associadas a comprometimento da linguagem oral (SCHIRMER, FONTOURA, NUNES, 2004, p. 5).	18
Distúrbio de linguagem decorrente de Síndrome de Down	A síndrome de Down (SD), descrita pela primeira vez em 1866 por John Langdon, é uma das causas mais conhecidas da deficiência intelectual e caracteriza-se por um material extra no cromossomo 21 (VITAL et al., 2015, p. 1). Em relação ao desenvolvimento da linguagem verbal, estudos apontam que essas crianças emitem as primeiras palavras com quatro meses de atraso em relação à criança com desenvolvimento típico. Porém, não se verificou diferença na fase de aquisição de frases, que geralmente inicia-se com o uso de palavras soltas, emitindo as primeiras frases com duas palavras; entretanto, após essa fase, apresentam dificuldades crescentes na aquisição das regras gramaticais e na construção de sentenças, podendo apresentar dificuldades articulatórias que persistem na vida adulta (VITAL et al., 2015, p. 1).	6
Distúrbio de linguagem decorrente de Deficiência intelectual	A deficiência intelectual é definida como uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, que é principalmente caracterizado pelo comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, que contribuem para o nível global de inteligência, isto é, cognitivas, de linguagem, motoras e habilidades sociais (OMS, 1996).	4
Desvio fonético	O desvio fonético consiste-se em uma alteração na mecânica da produção articulatória, em outras palavras, erros de articulação que resultam na produção de sons não padrão da fala, mesmo que essa ainda mantenha a contrastividade do sistema de sons. Esta produção apresenta distorções relativas ao padrão de fala esperado (COSTA, MEZZOMO, KESKE-SOARES, 2013). ⁷	3
Disfluência/ Gagueira	A gagueira destaca-se como um transtorno da fluência que se manifesta por rupturas involuntárias no fluxo do discurso. Do ponto de vista motor, é uma desordem que afeta as características temporais de um ou mais subsistemas - respiração, fonação e articulação - envolvidos na produção da fala, ou das relações entre os mesmos (ARCURI et al., 2009, p.46)	2

⁷ O desvio fonológico já está explicado em outro espaço no quadro.

Quadro 2 – Número de pacientes e definição dos diagnósticos da amostra

(conclusão)

Diagnóstico	Definição	Número de pacientes
Fissura lábio palatina	As fissuras labiopalatinas são malformações congênitas que podem acometer diferentes estruturas (lábios e/ou palato duro e /ou mole) de forma isolada ou combinada (ALTMANN, 1997; JESUS et al. 2009). Pacientes com fissura lábio palatina apresentam desvios fonéticos ⁸ na fala, com destaque para a hipernasalidade (JESUS, et al., 2009).	2
Distúrbio de linguagem decorrente de Síndrome de Coffin-Siris	A síndrome de Coffin-Siris é uma doença genética rara [...] é definida por características faciais grosseiras, cabelo esparsa com hirsutismo corporal, hipoplasia do dedo mínimo e atraso do mental [...]. (ARAVENA C, CASTILLO T, VILLASECA G, 2001, p.1, tradução nossa). Observa-se nos pacientes com Síndrome de Coffin-Siris atraso significativo no desenvolvimento da linguagem e déficit no interesse em comunicar-se (SWILLEN et al., 1995).	1
Distúrbio de linguagem decorrente de Síndrome de Turner	As características da Síndrome de Turner (ST) foram descritas inicialmente por Bonnevie (1934) e Ullrich (1930), e Rossle em 1922 relatou a síndrome como nanismo de origem sexual. Em 1938, a mesma condição foi descrita por Henry Turner, porém, com caracterização mais detalhada. A expressão clínica da ST é variável, mas as alterações mais frequentes são: a baixa estatura, imaturidade do desenvolvimento sexual, pescoço curto na infância, anomalias renais e cardiovasculares (MANDELLI' ABRAMIDES, 2011, p.1). As principais dificuldades de linguagem verbal dos pacientes com Síndrome de Turner são relativas: à nomeação espontânea, ao conhecimento lexical e à fluência oral (MANDELLI' ABRAMIDES, 2011).	1

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir do aceite dos terapeutas, foram selecionados 107 pacientes para participarem da pesquisa. Somente a mãe de uma paciente não autorizou a participação da filha na investigação. Informou-se apenas o número total de pacientes, pois alguns tiveram continuidade do atendimento no segundo semestre da pesquisa e outros não, bem como outros foram incluídos somente no segundo semestre.

Esses estavam em atendimento nos já referidos estágios e período, no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico- SAF, do Curso de Fonoaudiologia, da Universidade Federal de Santa Maria –UFSM. A escolha dos pacientes destes setores justifica-se no fato de que o trabalho desenvolvido com eles tem como um dos seus principais objetivos a aquisição e o desenvolvimento da linguagem verbal, ou seja, a promoção da inteligência linguística.

Escolheu-se esta amostra, porque não foi o pesquisador que realizou os atendimentos dos sujeitos, então não aconteceria a sua interferência na elaboração e execução da terapia. Em virtude disso, acreditou-se que a confiabilidade dos

⁸ O desvio fonético já está explicado em outro espaço no quadro.

dados fosse ampliada, pois não existiu a possibilidade do direcionamento do atendimento em função da investigação. Sistematizou-se desta maneira porque se pretendia estudar e comparar a variabilidade existente nas terapias, em diferentes aspectos.

Ainda, como a realização das terapias aconteceu em estágios curriculares obrigatórios, teve-se maior controle quanto à padronização da organização do atendimento. Dentre os aspectos considerados estão: tempo padrão da sessão (50 minutos) e o preenchimento da evolução do paciente como um pré-requisito do estágio, item essencial para o desenvolvimento deste estudo.

A amostra selecionada foi de conveniência, uma vez que a pesquisadora era pós-graduanda na mesma instituição onde foi realizada a investigação, sendo que todos os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Ainda, é importante destacar que esses chegam ao serviço por conta própria, logo não existiu interferência da pesquisadora na sua seleção. Em pesquisa nos prontuários do serviço, estima-se que a cada semestre letivo são atendidos em torno de 110 pacientes, somando-se os três estágios.

1.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

1.2.3.1 Dos terapeutas

Os critérios de inclusão da amostra de terapeutas correspondem à caracterização dos mesmos apresentada no item 1.2.2.1. Todos os acadêmicos que estavam cursando os Estágios Supervisionados de Fala I e II, de Linguagem Oral e Escrita I e II e de Habilitação e Reabilitação Auditiva I e II foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que aceitaram o convite tiveram os pacientes atendidos por eles incluídos na pesquisa, foram cadastrados como participantes do projeto e, ao término de cada semestre de atendimento, receberam um certificado de colaboração com a investigação.

Após seu aceite, os terapeutas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE- (APÊNDICE A) e responderam a um questionário (ANEXO C). Além disso, concordaram em fazer o registro de cada atendimento no Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia (ANEXO A).

1.2.3.2 *Dos pacientes*

Os critérios de inclusão da amostra de pacientes correspondem à caracterização dos mesmos, apresentada no item 1.2.2.2. Além disso, era necessário que os pais e ou responsáveis desses assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE- (APÊNDICE C). Também foram aceitos os pacientes que tiveram seu atendimento iniciado durante a coleta de dados, desde que atendessem aos critérios de inclusão. Outro aspecto considerado foi quanto ao tempo mínimo de terapia, estipulado em cinco atendimentos, sendo que todos os pacientes participantes atenderam a este critério.

O critério de exclusão diz respeito ao não aceite do acadêmico do Curso de Fonoaudiologia que atendia o paciente para participação da pesquisa. Isso está detalhado no item 1.2.2.2.

1.2.4 Aspectos éticos

Após a apresentação da pesquisa, bem como disponibilização de uma cópia do projeto de investigação, foi solicitado à direção do SAF/UFSM que fornecesse a autorização institucional, permitindo a realização da coleta de dados nas dependências deste serviço, local onde são atendidos os pacientes do Setor de Fala, de Linguagem Oral e Escrita e de Habilitação e Reabilitação Auditiva. O projeto foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde e teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa -CEP- da UFSM, sob protocolo CAEE número 36321214.1.0000.5346.

O Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B) foi assinado pelo pesquisador responsável. Este documento contém as informações pertinentes quanto ao local e tempo de armazenamento dos dados, bem como sobre o seu descarte e a manutenção do sigilo da identificação da amostra. Os dados provenientes desta pesquisa foram armazenados em um armário no Centro de Estudos de Linguagem e Fala (CELF), Rua Floriano Peixoto, n. 1750 subsolo do prédio de apoio da UFSM, e, após um período de cinco anos, serão destruídos.

Sendo assim, após a autorização do CEP da UFSM, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, foi realizado o convite de participação na investigação para os terapeutas e, a partir do aceite desses, para os pais ou responsáveis dos pacientes. Depois de ambos os aceites, foi disponibilizado a eles, terapeutas e pais

ou responsáveis, o TCLE (APÊNDICE A e C), documento que contém as informações pertinentes quanto aos riscos e benefícios da pesquisa e autonomia do sujeito, assegurando a confidencialidade e a privacidade das informações. Tal documento, após ser assinado, conferia a permissão para a participação na investigação.

Neste termo estava explícito que, durante as ações da pesquisa era possível que acontecessem os seguintes desconfortos ou riscos: incômodo ou discordância com as perguntas contidas no questionário que terapeutas e pais ou responsáveis iriam responder, também quanto à possibilidade de modificações e/ou interferências na terapia do paciente, em função da sua participação na pesquisa. Para tanto, foram tomadas as seguintes medidas: terapeutas e pais ou responsáveis poderiam optar em não responder determinada pergunta do questionário, mesmo após a explicação com esclarecimentos por parte da pesquisadora; ainda, os terapeutas foram instruídos e acompanhados durante a sua participação na pesquisa, quanto a não alteração do seu planejamento e efetivação dos atendimentos, tanto que o registro no roteiro de evolução acontecia após efetivação das terapias, logo era garantida a sua autonomia para elaboração dessas.

Ainda, no mesmo documento, também estavam registrados os principais benefícios esperados, como a apresentação da relação entre a contemplação das inteligências na terapia de linguagem e o desempenho do paciente nesta. Também, que alguns dados já seriam divulgados às pessoas envolvidas após o término da coleta de dados, no intuito de que estas informações pudessem auxiliar na referida evolução.

Após a finalização da coleta de dados, em dezembro de 2015, foram informados aos terapeutas os resultados da investigação quanto aos seus perfis de inteligência(s) preferencial(is) e de seus pacientes, bem como solicitou-se que estes repassassem aos pais e/ou responsáveis as informações que considerassem pertinentes. Para tanto, foi disponibilizado um material informativo para auxiliar na compreensão dos dados e melhor comunicar sobre estes aos pais e/ou responsáveis. Estas informações também já poderiam ser utilizadas como meio de qualificação do planejamento terapêutico do atendimento.

1.2.5 Procedimentos de seleção da amostra

1.2.5.1 De terapeutas

Inicialmente, para a seleção de amostra de terapeutas, foi organizada uma reunião com os acadêmicos que atenderiam os pacientes nos três estágios curriculares já informados, na qual se explicou a proposta da investigação aos mesmos e o Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia (ANEXO A), que será abordado no item 1.6.2.2. Esta reunião aconteceu em dois momentos, no início do segundo semestre de 2014 e do primeiro semestre de 2015. Após aproximadamente uma semana, período para que eles pensassem sobre a sua participação na investigação, para aqueles que aceitaram o convite da pesquisa foi disponibilizado o TCLE para assinarem.

1.2.5.2 De pacientes

Com base no aceite dos acadêmicos, foram convidados os pacientes atendidos por esses para participarem da investigação. Para tanto, foram realizadas reuniões em pequenos grupos, com participação de em torno de três pais ou responsáveis pelos pacientes, nas dependências do SAF, enquanto seus eles eram atendidos.

Estes encontros foram realizados antes do início da coleta de dados, nos quais foi explicada a proposta da investigação e o TCLE, logo após, feito o convite para a participação na pesquisa. Após aproximadamente uma semana, período para que eles pensassem sobre esta participação, para aqueles que aceitaram o convite, foi disponibilizado o TCLE para assinarem.

1.2.6 Procedimento e instrumentos de coleta dos dados

1.2.6.1 Detalhamento das terapias

Foram coletados os dados de todas as terapias, não importando se foram individuais ou realizadas em grupo. As sessões de avaliação ou reavaliação não foram consideradas.

O tempo de coleta envolveu o total de 12 meses, a contar de julho de 2014 a julho de 2015. Pensou-se neste tempo para, quando possível, obter dados de atendimentos de dois terapeutas diferentes, no intuito de ampliar as possibilidades de versatilidade da contemplação das inteligências, dentre outros.

Dessa forma, o novo terapeuta, no início do semestre letivo do ano seguinte, poderia utilizar estratégias diferenciadas do antigo, porém nestas sessões também poderiam ser identificadas as inteligências que foram contempladas. Também, cada terapeuta que atendeu o mesmo paciente poderia ter um perfil distinto de inteligência(s) preferencial(is). Tais critérios e observâncias tinham intuito de contemplar a variabilidade nas terapias, aspecto de estudo essencial para esta pesquisa. Ainda, a relação entre a contemplação na terapia das diferentes inteligências, preferencial(is) ou não e o desempenho do paciente foi buscada em cada dia de atendimento.

1.2.6.2 Instrumentos de coleta

1.2.6.2.1 Elaboração do perfil das inteligências preferenciais dos pacientes

Após o aceite para a participação na pesquisa, bem como tendo sido atendidos os critérios esclarecidos em 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4 e 1.2.5, iniciou-se a coleta de dados. Todos os instrumentos elaborados e utilizados na investigação seguiram o princípio da homogeneidade (BARDIN, 2011), que diz respeito à observação dos critérios de escolha dos seus componentes e equidade na sua aplicação, garantindo que os resultados sejam homogêneos, permitindo tanto a visualização dos dados globais, quanto a comparação dos resultados individuais entre si.

Iniciou-se com a aplicação de um questionário com os pais ou responsáveis (ANEXO B) dos pacientes que aceitaram que estes participassem da pesquisa, para formulação do perfil da(s) inteligência(s) preferencial(is) de cada sujeito. Este questionário continha perguntas abertas e fechadas a respeito de atividades e áreas de interesse ou não dos pacientes.

O referido instrumento foi elaborado com base nos estudos de Armstrong (2001) e Shearer (2012), a partir do entendimento de que esse necessitava apresentar um número considerável de questionamentos que contemplassem cada uma das oito inteligências. As perguntas relativas a cada inteligência foram

misturadas aleatoriamente no questionário para não gerar viés sobre as respostas. Assim, fez-se um questionário referência, utilizando uma cor para representar cada inteligência, para que depois fosse possível analisar em bloco as perguntas relativas a cada inteligência, que, no questionário entregue aos pais ou responsáveis, estavam misturadas e impressas na cor preta.

Além disso, foi realizada uma pesquisa documental nos prontuários, no período de abrangência da coleta, para busca e análise dos relatórios semestrais de atendimento, como no trabalho de Danzer et al. (2012). Tem-se um exemplo de relatório em anexo (ANEXO D). Os dados buscados e analisados nestes relatórios diziam respeito às descrições das estratégias terapêuticas e dos recursos utilizados que eram e que não eram do interesse do paciente e/ou geravam melhores resultados na terapia.

Ao realizar a análise combinatória dos dados obtidos nestas diferentes coletas, elaborou-se o perfil de inteligência(s) preferencial(is) de cada paciente. Inicialmente, fez-se a análise do conteúdo das questões abertas do questionário e a contagem e comparação das respostas fechadas (objetivas) obtidas nas perguntas relacionadas a cada inteligência. Em caso de empate nos resultados da contagem de duas ou mais inteligências, a análise das questões abertas (dissertativas) era acessada para definir o desempate. Por fim, para finalizar o perfil, associaram-se a estes dados àqueles advindos da análise documental dos relatórios.

Este perfil não foi informado aos terapeutas para não ocorrer um direcionamento consciente das atividades, comprometendo o rigor da pesquisa. Foi feito um cálculo amostral para que os dados do perfil de inteligências preferenciais de alguns pacientes fossem repassados a três juízes, de diferentes áreas (Fonoaudiologia, Educação e Psicologia), doutores e com conhecimento da Teoria das Inteligências Múltiplas, para que fossem analisados e julgados por estes, com a finalidade de garantir a confiabilidade e a fidedignidade do referido perfil. O percentual de concordância entre a análise da pesquisadora e das juízas, sobre os perfis dos pacientes, foi de 89%. Este perfil, para análise quantitativa dos dados, foi codificado em números.

1.2.6.2.2 Elaboração do perfil das inteligências preferenciais dos terapeutas

Para a formulação do perfil de inteligência(s) preferencial(is) dos terapeutas foi feita a aplicação e análise de um questionário (ANEXO C), que continha perguntas abertas e fechadas, a respeito de atividades e áreas de interesse e de não interesse dos mesmos. Este instrumento foi elaborado nos mesmos moldes do questionário para a elaboração do perfil de inteligência(s) preferencial (is) dos pacientes, a descrição de tal elaboração consta no item 1.2.6.2.1. A entrevista não foi cogitada em função de a pesquisadora conhecer a todos e, poder causar algum constrangimento quanto às respostas das perguntas abertas, uma vez que essas eram pessoais.

A formulação do perfil cumpriu os seguintes passos: análise do conteúdo das questões dissertativas do questionário e contagem e comparação das respostas objetivas obtidas nas perguntas relacionadas a cada inteligência do questionário, sendo que, em caso de empate nos resultados de duas ou mais inteligências, a análise das questões dissertativas era acessada para definir o desempate. Os resultados deste questionário também foram avaliados pelos mesmos três juízes, a sistematização desta etapa também já foi descrita no item 1.2.6.2.1. O percentual de concordância, entre a análise da pesquisadora e das juízas, sobre os perfis dos terapeutas foi de 92%.

Elaborou-se este instrumento para poder conhecer as possíveis relações entre a contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do terapeuta e/ou do paciente e os resultados da terapia. Além disso, há um item (item 11), no Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia (ANEXO A), sobre a participação do terapeuta em cada terapia. Por meio da combinação dos resultados, obtidos no questionário e no roteiro, pode-se observar a variabilidade do trabalho dos terapeutas e como isso se relaciona com o desempenho do paciente.

1.2.6.2.3 Instrumento para acompanhamento da evolução terapêutica

Para obtenção dos dados pertinentes ao objetivo da investigação, elaborou-se o Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia (ANEXO A). Com base na Teoria das Inteligências Múltiplas, tem-se que o estudo do perfil de inteligência não pode ser

pontual, por meio de uma avaliação única que descreva o mesmo, mas que mostre as possíveis relações deste com o desenvolvimento de cada pessoa.

Sendo assim, pensou-se na elaboração de um instrumento que possibilitasse a investigação da relação entre a identificação das oito inteligências nas estratégias e recursos utilizados na terapia fonoaudiológica e a evolução do paciente, visualizada no desempenho desse, a cada terapia. Desta forma, acredita-se que este roteiro possibilitou uma visão continuada e processual das inteligências em geral e, da(s) preferencial(is) em relação à suas inferências nos resultados da terapia.

Os terapeutas realizaram a aplicação piloto do instrumento, sendo que cada um respondeu ao roteiro referente a duas terapias, e registraram observações quanto à qualidade e organização dos itens e subitens. Depois deste retorno, a pesquisadora avaliou as observações e efetivou as modificações necessárias no instrumento, observando também os objetivos propostos para o estudo e a contemplação destes na coleta de dados.

O roteiro é composto pelos seguintes itens: objetivo da sessão; descrição da atividade e recursos (materiais) utilizados; comportamento linguístico verbal (expressão); qualificação do desempenho verbal; comportamento linguístico não verbal (expressão); qualificação do desempenho não verbal; compreensão; comportamento linguístico verbal (leitura e escrita); interesse pela atividade; motivação na atividade; envolvimento do paciente na tarefa; o paciente percebeu a sua efetividade na terapia; envolvimento do terapeuta na tarefa e outros resultados. Com exceção dos dois primeiros itens que são dissertativos, os demais são objetivos, compostos por subitens, sendo que cada subitem apresenta diferentes possibilidades de respostas, frente à análise dos resultados da terapia.

Por exemplo, o item comportamento linguístico verbal (expressão) é composto pelos seguintes subitens e possibilidades de respostas: o paciente apresentou intenção comunicativa (1) (2) (3) (4); o paciente utilizou vocalizações (1) (2) (3) (4); o paciente utilizou palavras isoladas (1) (2) (3) (4); o paciente utilizou frases (simples e complexas) (1) (2) (3) (4); o paciente fez relatos (1) (2) (3) (4). As alternativas 1, 2, 3 e 4 correspondem, respectivamente, às opções de resposta frente a observação dos resultados: “frequentemente”; “às vezes”; “raramente”; “nunca” (relação com fatores extra terapia).

O roteiro de evolução não foi formulado na íntegra com questões abertas para facilitar a marcação pelos terapeutas, uma vez que alguns responderam o mesmo sobre três ou mais pacientes, atendidos no mesmo turno por eles, nos diferentes estágios que estavam cursando. O instrumento foi pensado de forma a facilitar e qualificar o registro, proporcionando que as informações fossem mais fidedignas pelo fácil acesso ao conteúdo do instrumento.

1.2.7 Análise dos dados

1.2.7.1 Análise qualitativa

O primeiro tipo de análise teve por base os princípios da Análise de Conteúdo, assim definida:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações.

Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos: ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011, p. 37).

Este tipo de análise é largamente utilizado no âmbito das pesquisas qualitativas, sua função principal diz respeito à exploração propulsora a descobertas no campo de estudo que se propõe abordar, à elaboração de questões e de afirmações provisórias (BARDIN, 2011). Nesta pesquisa buscou-se “[...] a partir dos próprios textos, apreender as ligações entre as diferentes variáveis, funcionam segundo o processo dedutivo e facilitam a construção de novas hipóteses” (BARDIN, 2011, p. 129), tendo por foco a abordagem da Teoria das Inteligências Múltiplas, da terapia fonoaudiológica e da aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal.

Neste sentido, a análise de conteúdo por categorias, que dentre outros, “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (BARDIN, 2011, p. 201), possibilitou a interpretação dos resultados, sendo que “[...] o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem [...]” (BARDIN, 2011, p.43). Tal desmembramento com posterior reagrupamento dos dados embasa-se na

observação e compreensão dos atributos comuns entre os elementos que os compõem.

A apreciação temática foi realizada “a partir das significações que a mensagem fornece” (BARDIN, 2011, p.167). Na categorização dos recursos e estratégias utilizados nas terapias, bem como do material dos questionários, as categorias temáticas que serviram a sistematização dos dados foram as oito inteligências. Este processo, no qual as categorias são escolhidas a priori, a organização do material segue o conhecimento teórico já existente (BARDIN, 2011), neste caso, a Teoria das Inteligências Múltiplas (GARNER, 1994), com os saberes relativos a cada uma das inteligências, que permitiu reconhecê-las nos dados da pesquisa.

Quanto ao primeiro objetivo específico, com base na combinação da análise de conteúdo dos dados obtidos nas diferentes coletas (descritas no item 1.2.6.2), dentre estes a das questões abertas do questionário respondido pelos terapeutas e pelos pais ou responsáveis pelos pacientes, elaborou-se, respectivamente, o perfil da(s) inteligência(s) preferencial(is) de cada terapeuta e de cada paciente. O quinto objetivo específico foi contemplado pela categorização nos oito tipos de inteligência de todos os recursos e estratégias utilizados nas atividades desenvolvidas nas 1802 terapia estudadas. Já o sexto e último, que diz respeito às estratégias e recursos utilizados na terapia e, a(s) inteligência(s) relacionada(s) à esses, que mais favorecem o desenvolvimento da linguagem, foi contemplado em uma análise qualitativa e quantitativa. A primeira refere-se à análise do conteúdo das questões abertas do Roteiro de Estruturado de Evolução da Terapia, que continha o registro das descrições das estratégias terapêuticas e recursos contidos nos relatórios.

A análise de conteúdo de qual(is) inteligência(s) foi (foram) contemplada(s) em cada terapia esteve presente em todas as análises dos dados. Identificou-se a inteligência linguística quando o recurso central utilizado estava relacionado à mesma, por exemplo, um livro de contos, uma vez que esta sempre é contemplada na terapia de linguagem. Foram excluídos da análise os resultados das terapias nas quais não foi possível identificar a estratégia e/ou recurso utilizado, uma vez que não se poderiam abordar estes dados tanto na análise qualitativa, quanto na quantitativa, por exemplo, a descrição somente com a palavra “brincadeira”. Além disso, também não foram contabilizados, tão pouco registrados, os resultados das terapias nas quais o objetivo era a realização de avaliação.

Também foi feita uma revisão e retomada dos dados, por exemplo, ao ser utilizado um jogo por um terapeuta que já foi utilizado por outro, retomava-se a(s) inteligência(s) que foi (foram) identificada(s) nos recursos e estratégias utilizadas em cada terapia e, comparava-se à análise feita. Sobre os jogos que a pesquisadora não conhecia, foi realizada pesquisa na internet para conhecer o material e funcionamento dos mesmos, por exemplo, os jogos Palavra Secreta e Halli Galli.

Após o reconhecimento da(s) inteligência(s) contemplada(s) em cada terapia, proporcionado pela análise do conteúdo dos registros da descrição da atividade e recursos (materiais) utilizados, estas foram transformadas em códigos para que utilização destes dados na análise estatística. Para tanto, seguiu-se as regras de enumeração (BARDIN, 2011), inicialmente com o reconhecimento dos elementos que compõem determinada mensagem e registro desses por meio de números.

Foi estipulado um número de identificação para cada inteligência(s) contemplada(s) em terapia: 1- Linguística, 2- Lógico-matemáticas, 3- Espacial, 4- Cinestésico-corporal, 5- Musical, 6- Interpessoal, 7- Intrapessoal e 8- Naturalista. Estas eram constatadas combinadas ou não entre si, por meio do sistema de presença/ausência de determinada inteligência (BARDIN, 2011). No Quadro 3 constam três exemplos da codificação das inteligências contempladas na terapia, isolada ou combinadas, para facilitar a visualização desta análise:

Quadro 3 - Exemplo de análise de conteúdo para definição da(s) inteligência(s) contemplada(s) na atividade e codificação

Descrição da atividade⁹	Inteligência contemplada no recurso e/ou estratégia terapêutica	Código atribuído
Jogo da memória.	Espacial.	3
Jogo boliche com figuras das palavras-alvo.	Cinestésico-corporal e Espacial.	43
Jornal para fazer chapéu e música com vídeo marcha soldado.	Cinestésico-corporal, Espacial e Musical.	345
Vídeo musical, instrumento musical e dedoches dos três porquinhos, carinhas com expressões faciais.	Cinestésico-corporal, Espacial, Musical e Interpessoal.	3456

Fonte: Elaborado pela autora.

Por fim, foi realizada a análise do conteúdo da questão aberta do Roteiro de Evolução da Terapia relativa ao registro do(s) objetivo(s) do atendimento. Esta análise possibilitou elencar as categorias temáticas sobre os tipos de objetivos previstos para a terapia fonoaudiológica de linguagem, logo neste processo de

⁹ No Quadro 3 foi registrada a descrição fidedigna à escrita dos terapeutas participantes da pesquisa.

análise [...] o sistema de categorias não é fornecido, antes resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos (BARDIN, 2011, p.149).

1.2.7.2 Análise quantitativa

Para a análise quantitativa desta pesquisa utilizou-se dois programas estatísticos apropriados ao tratamento dos dados: Statistica 7 e SPSS 13.0. Os testes e as análises estatísticas foram realizadas pela pesquisadora, com a assessoria e supervisão de um profissional estatístico.

Os testes empregados para a realização das comparações e correlações entre as variáveis foram, respectivamente: Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (comparação entre os escores de dois ou mais grupos, respectivamente, para verificar se estes diferem entre si), com posterior aplicação do Teste de Comparações Múltiplas (verificar quais os grupos que diferem entre si) e, o Teste de Correlação de Spearman (correlação entre os escores da variável dependente e das variáveis independentes). Estas análises foram possíveis pela codificação dos dados qualitativos, de identificação da(s) inteligência(s) contemplada(s) nas terapias, em dados quantitativos; combinada com os dados quantitativos relativos ao número de identificação para as diferentes respostas relativas aos resultados de cada subitem dos itens contidos no Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia.

O primeiro objetivo específico foi atingido com a identificação dos perfis de inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes e dos terapeutas, a partir de uma análise qualitativa descrita no item 1.2.7.1. Foi feita a estatística descritiva com a frequência destes perfis.

Para contemplar o segundo objetivo específico na análise dos dados, foi feita a comparação dos resultados registrados nos subitens de cada item dos roteiros preenchidos, entre as terapias em que foi (foram) e não foi (foram) contemplada(s), a(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes, identificadas nos recursos e estratégias terapêuticas utilizadas. Também, foi realizada a correlação entre o acesso ao perfil de inteligência(s) preferencial(is) do paciente e do terapeuta e os resultados registrados no preenchimento do roteiro das terapias.

De acordo com o terceiro objetivo foi feita a correlação entre o número de inteligência(s) acessada(s) e os resultados das terapias. Referente à realização do quarto objetivo específico, foi efetivada a comparação entre as inteligências

combinadas ou não, identificadas nos recursos e nas estratégias utilizadas na terapia, com os resultados obtidos, observando as variáveis sexo e idade. Por fim, para efetivar o sexto objetivo específico, comparou-se as inteligências e as combinações dessas, contempladas nas atividades realizadas na terapia, em relação aos resultados obtidos.

2 ARTIGO 1- A APRECIÇÃO DAS INTELIGÊNCIAS PREFERENCIAIS DE PACIENTES COM ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM NOS RESULTADOS DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

2.1 RESUMO

Na Teoria das Inteligências Múltiplas afirma-se a existência de oito tipos de capacidades cognitivas diferenciadas no intelecto humano. O objetivo deste estudo foi verificar a interferência da contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) de cada paciente, da correlação entre a contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) dele e do seu terapeuta e do número de inteligências acessadas em terapia sobre os resultados alcançados no atendimento fonoaudiológico. Esta pesquisa é quanti-qualitativa e teve por amostra 107 pacientes e 62 terapeutas. Realizaram-se testes de comparação e de correlação entre 1802 sessões de terapias, em relação aquelas em que foram e que não foram contemplada(s) a(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes e de seus terapeutas, bem como com o número de inteligências acessadas nas terapias. Como principais resultados tem-se que não abranger na terapia a(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes e, também, na correlação com a contemplação referente à(s) dos seus terapeutas, gera melhores resultados de desempenho nos diferentes níveis de complexidade linguística e, o número de inteligências acessadas, interfere sob os resultados da terapia. Ao selecionarem-se os recursos e estratégias para serem utilizados na terapia de linguagem, para além de se considerar a(s) inteligência(s) contemplada(s), é essencial observar a diversidade desses e se são significativos para o paciente.

Palavras-chave: Terapia da Linguagem. Fonoaudiologia. Inteligência. Perfil. Ficha clínica.

TITLE: THE ACCESS OF PREFERENTIAL INTELLIGENCES OF PATIENTS WITH LANGUAGE DISORDERS IN THE RESULTS OF LANGUAGE THERAPY

2.2 ABSTRACT

The Theory of Multiple Intelligences differentiates intelligence into specific domains. It is proposed the existence of eight types of cognitive abilities differentiated in the human intellect. The aim of this study was to verify the effect of the access of the preferential intelligences of each patient and its correlation with preferential intelligences therapist. Also to observe the impact of this relationship on the number of intelligences accessed in therapy through results achieved in language therapy. This is a quantitative and qualitative research and 107 patients and 62 therapists participated. A total of 1802 sessions of therapies were analyzed. Comparison and tests of correlation were performed between those in which the patients and their therapists preferential intelligences were accessed and those were patients and their therapists preferential intelligence(s) were not accessed. It was also observed the number of intelligences accessed in the therapies. It was observed that did not consider patients preferential intelligences and its correlation with preferential intelligences therapists results in better performance at different levels of linguistic complexity and the number of intelligences accessed interfering in the results of the therapy. Being in mind resources and strategy to language therapy is crucial to observe the diversity of intelligences and to identify if these intelligences are meaningful to the patient. Language therapy should not address merely intelligence preferred by patient and therapist.

Keywords: Language Therapy. Speech, Language and Hearing Sciences. Intelligence. Profile. Clinical Record.

2.3 INTRODUÇÃO

A linguagem verbal é a capacidade amplamente trabalhada nas diversas especialidades atendidas pela Fonoaudiologia. Sendo assim, a terapia pode ser qualificada, ao se ponderar, dentre outros, as singularidades dos pacientes com alteração de linguagem^[1,2].

Uma destas singularidades diz respeito ao perfil de inteligência(s) preferencial(is) de cada sujeito, neste trabalho entendido a partir da Teoria das Inteligências Múltiplas^[3-5]. Esta teoria apresenta oito inteligências diferentes: lógico-matemática, linguística ou verbal, cinestésico-corporal, espacial, musical, intrapessoal, interpessoal e naturalista, sendo que uma ou mais, são preferenciais¹⁰ e/ou mais desenvolvidas em cada pessoa. A inteligência linguística pode ser entendida como sinônima de linguagem verbal e diz respeito à capacidade e desempenho relativos à compreensão e expressão oral, de leitura e de escrita.

Investigações na Fonoaudiologia que abordem esta teoria são raras, porém, em outras áreas da saúde, da educação e da administração têm-se mais pesquisas que trazem a relação entre qualidade do desempenho e contemplação à(s) inteligência(s) e/ou área(s) de interesse das pessoas. Principalmente no primeiro, as investigações têm por público-alvo crianças e adolescentes, que também é o deste trabalho.

São poucos os estudos sobre a contemplação das oito inteligências na terapia fonoaudiológica^[6-8]. Além disso, é abordada, principalmente, a reflexão sobre a importância das inteligências interpessoal e intrapessoal para a atuação de profissionais da saúde^[9,10]. Verifica-se então que os estudos são ainda escassos no campo da saúde. Já no campo da educação, tem-se que a contemplação das diferentes inteligências em atividades com crianças pré-escolares, é um excelente meio de promoção do seu desenvolvimento cognitivo^[11]. Também, que a aprendizagem de línguas estrangeiras, com metodologias que

¹⁰ Entende-se por inteligência preferencial aquela que, quando contemplada em alguma atividade, instiga maior interesse e envolvimento ao longo do tempo e/ou é mais desenvolvida no sujeito. Este termo foi elaborado pelas pesquisadoras desta investigação.

contemplam exclusivamente a inteligência linguística, não garante a efetividade e significação da mesma^[12,13].

Ainda no campo da educação, uma das assertivas mais encontradas em trabalhos científicos é a de que, possivelmente, os estudantes com Altas Habilidades/Superdotação – AH/SD- terão um excelente desempenho, nas atividades relativas à(s) área(s) a(s) qual(is) seu potencial intelectual está mais associado, mas não necessariamente nas demais. Assim, destaca-se que oferecer atividades educacionais direcionadas aos estudantes com AH/SD, proporcionando conteúdos, informações, materiais e metodologias que valorizem a(s) sua(s) inteligência(s) mais desenvolvida(s), enriquece muito as suas aprendizagens e o seu desenvolvimento global^[14-18].

Outros trabalhos abordam a importância de reconhecer os estilos cognitivos diferenciados de cada pessoa para, possivelmente, qualificar-se o processo de ensino/aprendizagem dela^[19-23]. Ainda, tem-se um estudo que aponta o uso do reconhecimento das inteligências múltiplas como facilitador do desenvolvimento global^[24].

Os saberes das oito inteligências estão organizados em domínios, que vão estruturando-se de forma diferenciada em cada pessoa, a partir das suas experiências, podendo a(s) sua(s) inteligência(s) preferencial(is) ser mais ou menos contemplada(s) de acordo com aquilo que é oportunizado no contexto social em que vivem^[25]. O conhecimento geral do falante incide na forma como ele interpreta o mundo e como compreende o significado das palavras, bem como reflete na sua cognição. Este se organiza em estrutura chamadas *frames*, cognitivos e semânticos, sendo os primeiros relativos aos conteúdos não verbais^[26,27]. Tal entendimento assemelha-se ao proposto pela abordagem pedagógica nomeada “chegando ao núcleo”, na qual as aprendizagens do estudante acontecem pela compreensão do conhecimento proposto por meio da significação e relevância percebidas por ele^[4,28].

Neste contexto, apresenta-se o *frame* semântico, que corresponde a estruturas de conhecimento associadas à linguagem verbal. Este *frame* embasa-se na compreensão, de que as palavras que evocam *frames* mostram as múltiplas formas das quais o falante ou o autor de um texto fazem uso para sistematizar a situação^[26,27].

Também se faz relevante, para este trabalho, a compreensão trazida na Gramática das Construções, com a perspectiva de que as construções linguísticas são unidades simbólicas formadas pela junção da forma e da função^[29]. Esta abordagem do estudo da linguagem verbal tem base no entendimento de que os componentes da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática) e os níveis de complexidade linguística (palavras, frases, etc.), estão interligados e são manejados pelos seus significados, logo inexiste uma hierarquia entre eles, bem como consideram os resultados da frequência de uso para a aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal.

O último conceito a ser apresentado nesta introdução é o de atenção conjunta que versa sobre o compartilhamento de intenções e objetivos entre crianças ou adolescentes e adultos, de forma que possam planejar ações em que ambos estão engajados, com vistas a alcançarem objetivo(s) comum(s)^[30-33]. Esta habilidade está relacionada principalmente à inteligência interpessoal, que é a capacidade de relacionar-se e entender as motivações das outras pessoas e, a partir dessas, organizar e facilitar as diferentes situações de interação^[3].

Acredita-se que é importante pensar em como singularizar ao máximo o atendimento, apesar de existirem modelos de terapia padronizados amplamente utilizados na Fonoaudiologia. Supõe-se que se deva configurar a sistematização desse a partir das estruturas de conhecimento de cada paciente. Neste sentido, o objetivo deste artigo foi verificar a interferência da contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) de cada paciente, da correlação entre a contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) dele e do seu terapeuta e

do número de inteligências contempladas em terapia, sobre os resultados alcançados no atendimento fonoaudiológico de linguagem.

2.4 METODOLOGIA

Este trabalho é transversal, e quanti-qualitativo. A amostra da pesquisa foi de 107 sujeitos, com idades entre dois anos e 17 anos e 11 meses, sendo 33 do sexo feminino e 74 do sexo masculino, que apresentam alterações de linguagem. Os diagnósticos apresentados pelos pacientes, aqui citados, foram transcritos tal qual estavam registrados nos prontuários dos mesmos, portanto, não foram elaborados pelas autoras do trabalho. São eles: desvio fonológico, 27 pacientes; distúrbio de linguagem, 23 pacientes; dificuldades de aprendizagem, 18 pacientes; perda auditiva, 18 pacientes; Síndrome de Down, seis pacientes; deficiência intelectual, quatro pacientes; disfluência/gagueira, dois pacientes, fissura lábio palatina, dois pacientes; desvio fonético-fonológico, três pacientes; Síndrome de Coffin Siris, um paciente e Síndrome de Turner, um paciente.

Os pacientes frequentaram a terapia fonoaudiológica no segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015, no âmbito dos estágios supervisionados de Habilitação e Reabilitação Auditiva, de Fala e de Linguagem Oral e Escrita, em um Serviço de Atendimento Fonoaudiológico, do Curso de Fonoaudiologia, de uma universidade pública do sul do Brasil. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob protocolo CAEE número 36321214.1.0000.5346.

A elaboração do perfil da(s) inteligência(s) preferencial (is) dos pacientes foi efetivada pela combinação entre a análise de conteúdo das questões abertas e a sistematização dos dados das questões fechadas, contidas em um questionário aplicado com os pais ou responsáveis, que continham informações sobre as oito inteligências múltiplas. Eles

respondiam com registro escrito a sete questões dissertativas, por exemplo, “O que o seu (a) filho (a) mais gosta de fazer? Por quê? Dê exemplos” e, a 74 questões objetivas, as quais deveria responder sim ou não ou às vezes em relação à itens, por exemplo, “Gosta muito de desenhar ou rabiscar.” A pesquisadora esteve presente durante a aplicação do questionário, explicando-o antes do início do registro, bem como sanando dúvidas sobre as questões. Além disso, os pais ou responsáveis podiam optar em responder oralmente as perguntas, nestes casos, a pesquisadora realizava o devido registro.

Os dados obtidos no questionário foram associados à pesquisa documental, nos relatórios de atendimento contidos nos prontuários, na qual se buscou e analisou-se o último relatório semestral de atendimento de cada paciente para compor o seu perfil. Também se elaborou o perfil da(s) inteligência(s) preferencial(is) dos 62 terapeutas, com base nos dados de um questionário respondido por eles, com três perguntas abertas e 91 questões objetivas, relacionadas as oito inteligências. Os dados do perfil de 22 pacientes e de 12 terapeutas, que correspondem a 20% da amostra de cada um dos grupos, foram repassados a três juízes de diferentes áreas (Fonoaudiologia, Educação e Psicologia), com conhecimento da Teoria das Inteligências Múltiplas, para que fossem analisados e julgados por estes. O percentual de concordância entre a análise da pesquisadora e das juízas, dos perfis dos pacientes, foi de 89% e, dos perfis dos terapeutas, 92%.

A obtenção dos resultados das terapias foi possível através da evolução registrada diariamente. Os terapeutas, que aceitaram participar da pesquisa, deveriam responder um Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, sobre cada atendimento. Os dois primeiros itens do roteiro eram descritivos: objetivo da sessão e descrição da atividade e recursos (materiais) utilizados, sendo que pela análise de conteúdo do segundo, era(m) identificada(s) a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia e, posteriormente codificada(s) em número(s). Com base nesta identificação, era possível verificar se foi (foram) contemplada(s) a(s)

inteligência(s) preferencial(is) que faz(em) parte do perfil do paciente e do terapeuta. A partir disso, classificou-se cada terapia em “0” e “1”, respectivamente, “não acessou a(s) inteligência(s) preferencial (is)” e “acessou inteligência(s) preferencial(is)”. Esta classificação foi realizada duplamente, com registro separado em relação à contemplação do perfil do paciente e do terapeuta.

Os demais itens do roteiro eram objetivos, com marcação relacionada à frequência das ocorrências: comportamento linguístico verbal (expressão); qualificação do desempenho verbal; comportamento linguístico não verbal (expressão); qualificação do desempenho não verbal; compreensão; comportamento linguístico verbal (leitura e escrita); interesse pela atividade; motivação na atividade; envolvimento na tarefa; o paciente percebeu a sua efetividade na terapia; envolvimento do terapeuta na tarefa. Tais itens eram compostos ainda por subitens, que podem ser visualizados nos resultados deste artigo, sendo que cada um apresentava diferentes possibilidades de resposta frente à análise dos resultados da terapia feita pelo terapeuta, sendo o resultado classificado e codificado em: (1) Frequentemente; (2) Às vezes; (3) Raramente e (4) Nunca (relação com fatores extra à terapia: doença, mal estar, problema familiar, etc.) ou (A) Totalmente, (B) Parcialmente e (C) Nunca.

Foram analisadas 1802 terapias, por meio do preenchimento do roteiro pelos terapeutas. Com os dados encontrados em cada subitem dos itens, referentes aos resultados, realizou-se a estatística descritiva, com a elaboração de tabelas no programa *excel*, com a transcrição dos dados e levantamento da frequência das respostas e, identificação das terapias em que contemplou-se ou não a(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e do terapeuta.

Na primeira análise fez-se comparação entre as terapias em que foi e não foi contemplado o perfil da(s) inteligência(s) preferenciais dos pacientes, a partir dos escores dos resultados relativos aos itens e subitens do roteiro. Para tanto, foi aplicado o teste

estatístico Mann-Whitney, no programa SPSS 13.0, com a supervisão de um profissional capacitado.

Esta análise foi realizada com toda a amostra da pesquisa e, também, com dois grupos, que a dividiu em crianças e adolescentes. Na análise por grupos encontraram-se resultados com significância estatística, que diferiam somente em dois itens isolados dos resultados verificados na amostra total. Por isso, optou-se por não apresentar os dados dos grupos neste trabalho, também porque a interpretação desses está em concordância com as discussões derivadas da análise com a amostra total.

Na segunda análise, fez-se a correlação entre a contemplação na terapia da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e do seu(s) terapeuta(s), com os resultados da terapia relativos aos itens e subitens do roteiro. Para tanto foi aplicado o teste de Correlação de Spearman, também no programa SPSS 13.0, no qual foram correlacionados os graus de contemplação identificados.

A classificação dos graus de correlação, entre a contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e do terapeuta foi feita com base combinação da identificação dupla das terapias, nos códigos já explicados “0” e “1”, com criação dos seguintes códigos:

- Grau 1: Não contemplou do paciente, não contemplou do terapeuta;
- Grau 2: Não contemplou do paciente, contemplou do terapeuta;
- Grau 3: Contemplou do paciente, não contemplou do terapeuta;
- Grau 4: Contemplou do paciente, contemplou do terapeuta.

É válido ressaltar que, a relação entre os graus estipulados para a análise e os resultados das terapias gera um resultado inverso da correlação. O melhor resultado, respectivamente, é representado pelo grau 4 e “frequentemente” é representado pelo número 1 e, os piores, grau 1 e “raramente” e “nunca em relação a fatores extra terapia”, pelos números 3 e 4, respetivamente.

Verifica-se na sistematização dos graus, que há uma valorização da contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente, em detrimento da(s) do terapeuta, para considerar a hierarquia da contemplação. Organizou-se desta forma porque o centro da terapia é o paciente, logo é mais importante atender às suas peculiaridades e, entender a interferência destas no seu desempenho.

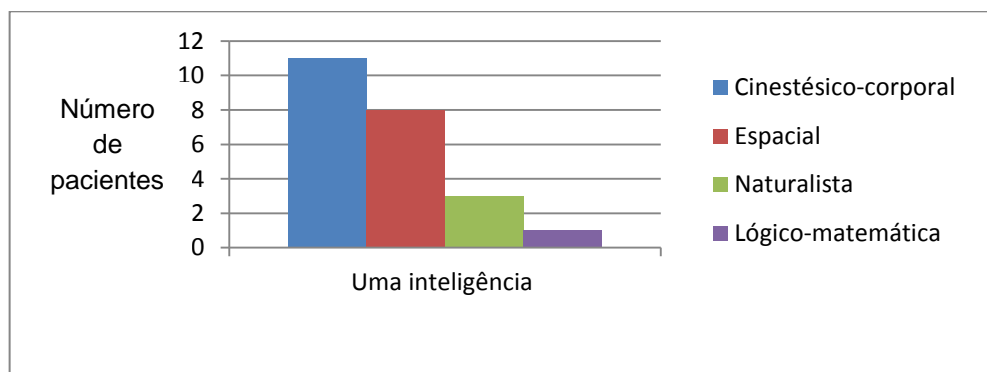
A última testagem estatística realizada foi a de correlação entre o número de inteligências contempladas nas terapias e os resultados obtidos no roteiro. Novamente foi utilizado o teste de Correlação de Spearman.

Consideraram-se dados com significância estatística aqueles que apresentaram valor $p \leq 0,05$. Nos testes de correlação, também se observou o coeficiente r , para entender se a correlação era positiva, negativa ou nula, bem como se era fraca ou forte.

2.5 RESULTADOS

Inicialmente, foram elaborados os perfis da(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes e de seus terapeutas. Nos Gráficos 1, 2 e 3 são apresentados todos os tipos de perfis dos pacientes e a frequência de cada um desses:

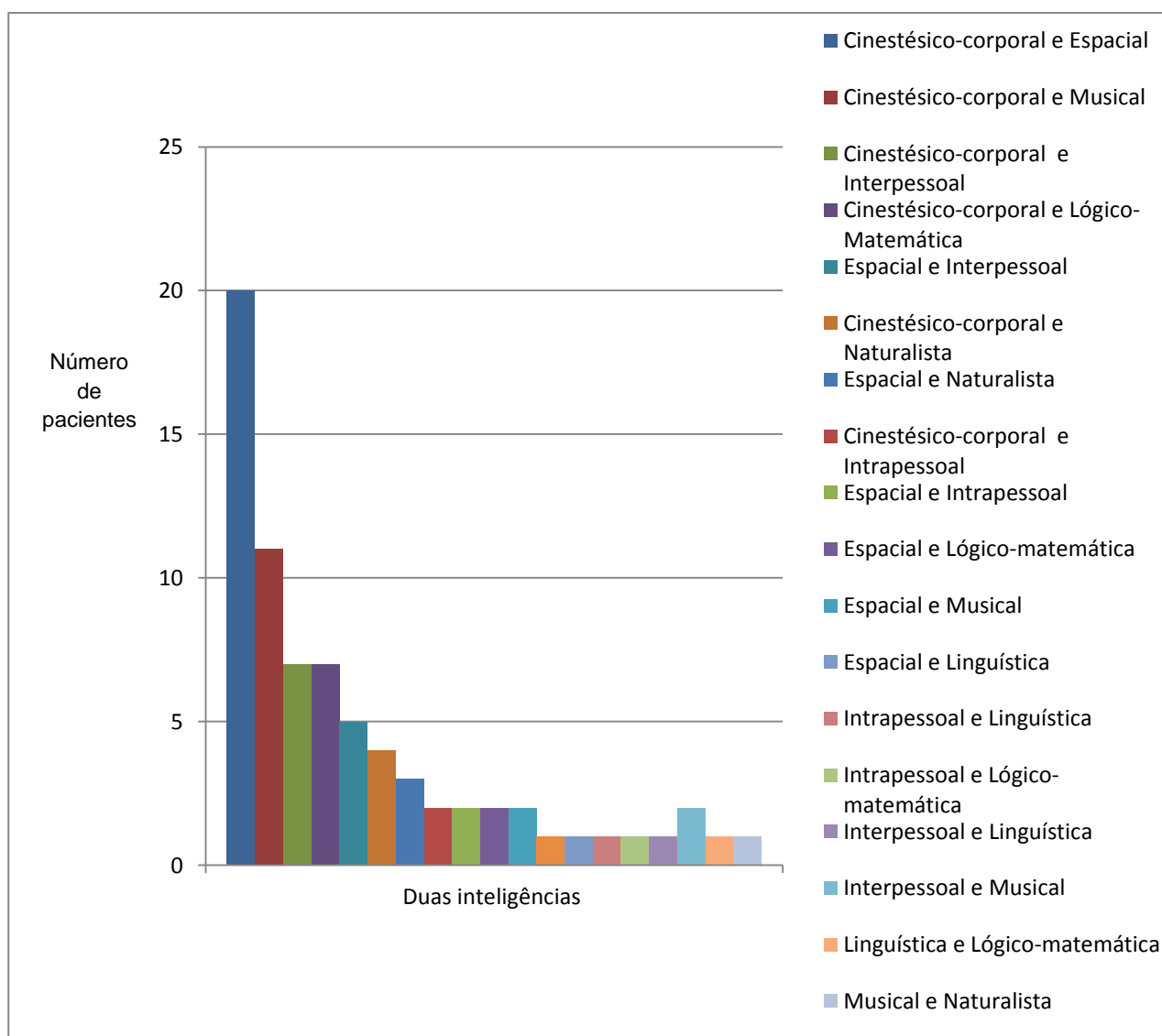
Gráfico 1 – Frequência dos pacientes com uma inteligência preferencial



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Com base no Gráfico 1, sabe-se que tiveram 23 pacientes com uma inteligência preferencial. A inteligência cinestésico-corporal foi aquela de maior frequência, como a preferencial de 11 pacientes, seguida da espacial, com oito pacientes.

Gráfico 2 – Frequência dos pacientes com duas inteligências preferenciais

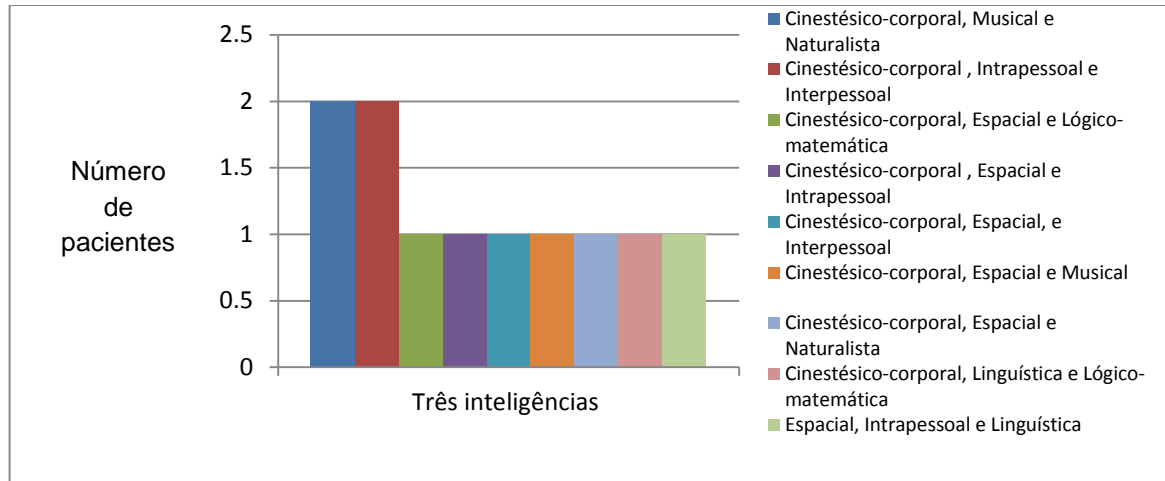


Fonte: Elaborado pelas autoras.

No Gráfico 2 estão representados os 73 pacientes que tiveram duas inteligências como as suas preferenciais. A combinação das inteligências cinestésico-corporal e espacial, como as preferenciais foi a mais frequente, com 20 pacientes, seguida da cinestésico-corporal e musical com 11 pacientes. Empatadas em terceiro lugar, como combinações mais frequentes

estão a cinestésico-corporal e interpessoal e, cinestésico-corporal e lógico-matemática, com sete pacientes, por fim, em quarto lugar, com cinco pacientes, ficou a combinação das inteligências espacial e interpessoal.

Gráfico 3 – Frequência dos pacientes com três inteligências preferenciais

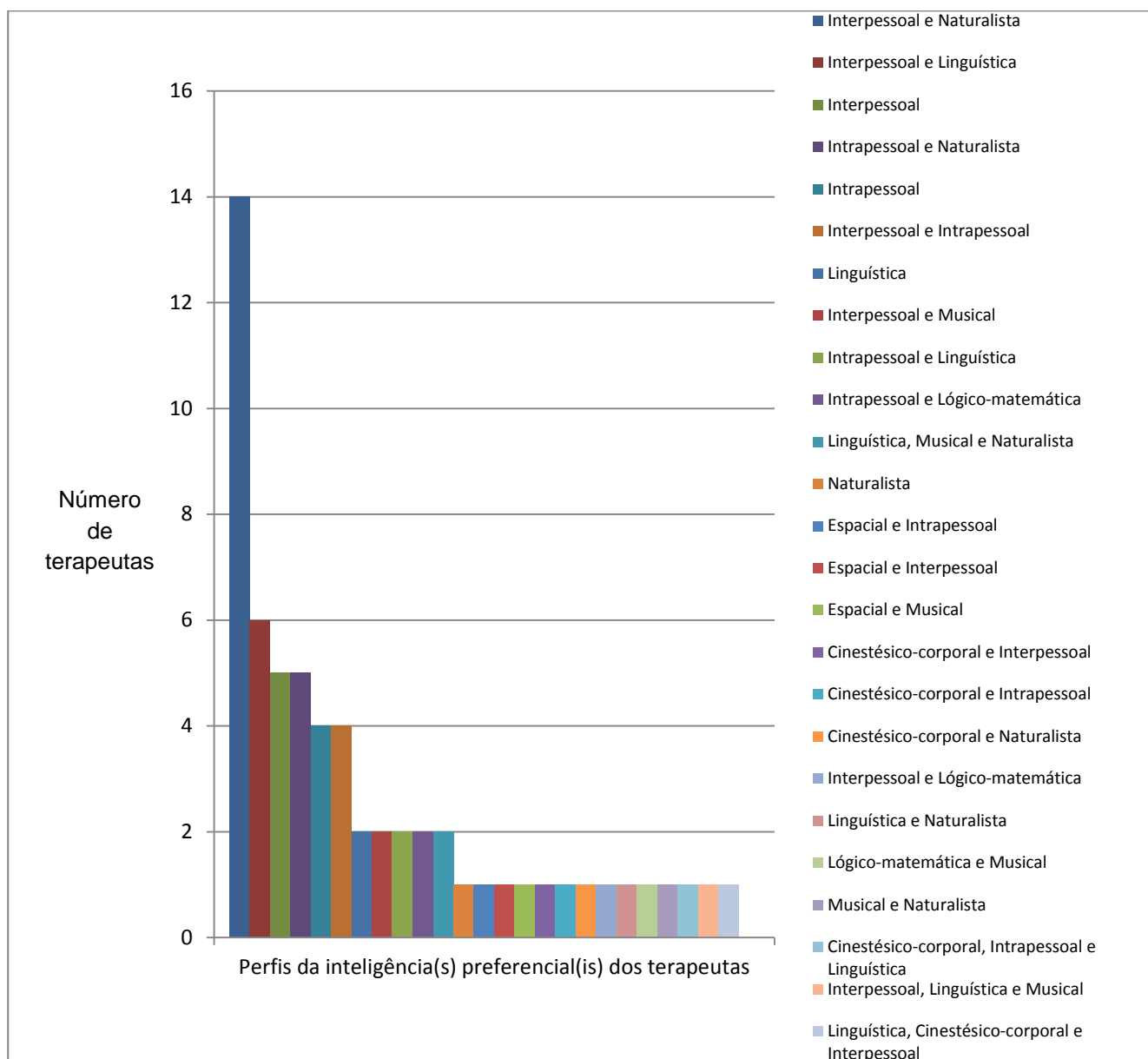


Fonte: Elaborado pelas autoras.

No Gráfico 3 estão representados os 11 pacientes que tiveram três inteligências compondo o seu perfil de inteligências preferenciais. A combinação das inteligências cinestésico-corporal, musical e naturalista e cinestésico-corporal, intrapessoal e interpessoal, foram as mais frequentes como as preferenciais dos pacientes, cada uma representada por dois pacientes.

No Gráfico 4 são apresentados todos os tipos de perfis dos terapeutas e a frequência de cada um desses:

Gráfico 4 – Frequência dos perfis de inteligência(s) preferencial(is) dos terapeutas



Fonte: Elaborado pelas autoras.

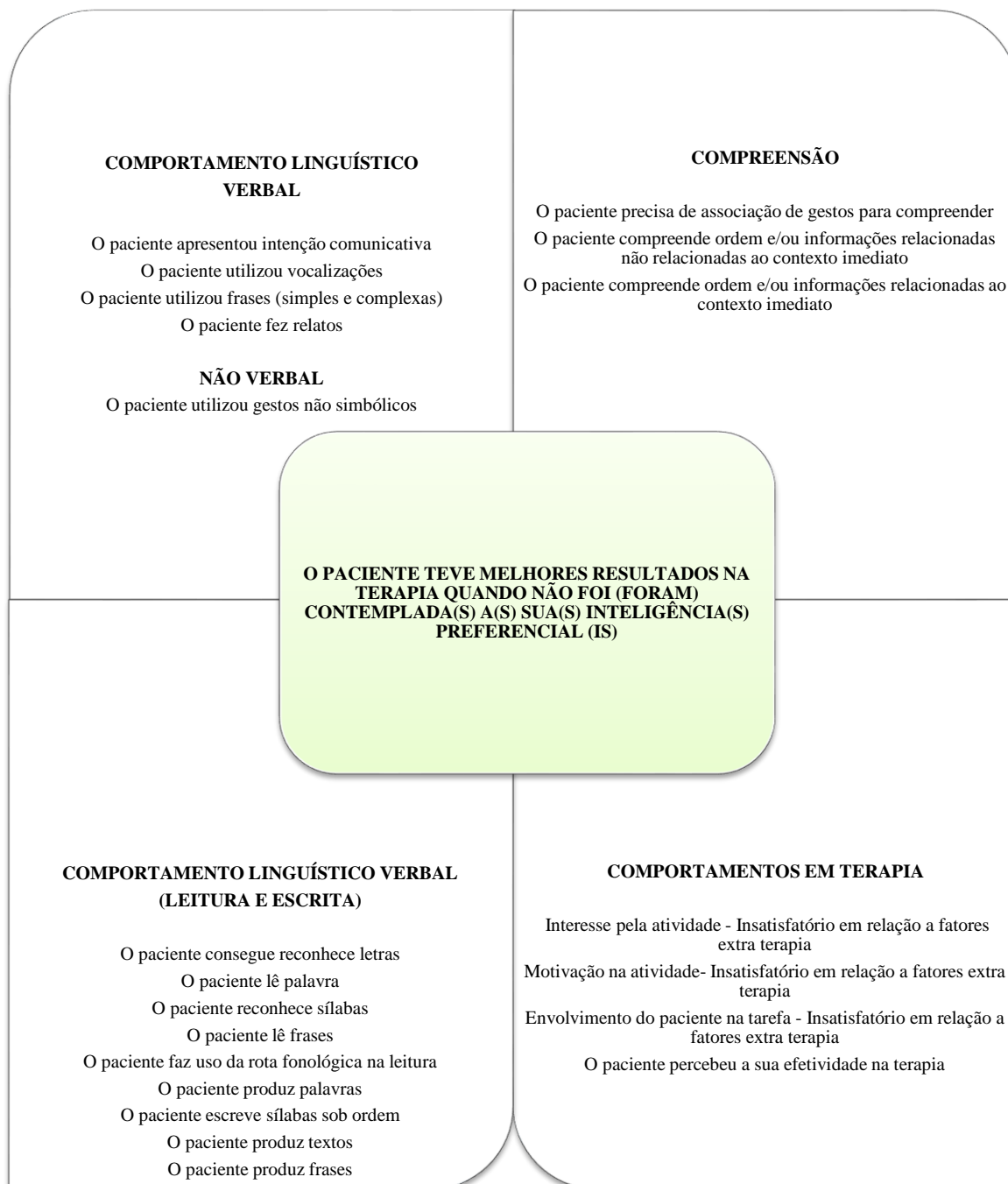
No Gráfico 4 estão representados os perfis de inteligência(s) preferencial (is) dos 62 terapeutas participantes da pesquisa. A combinação das inteligências interpessoal e naturalista como as preferenciais foi a mais frequente, com 14 terapeutas, seguida da interpessoal e linguística com seis terapeutas. Empatadas em terceiro lugar ficaram a combinação intrapessoal e naturalista e a inteligência interpessoal, com cinco terapeutas em cada. Por fim,

em quarto lugar, como perfis mais frequentes estão a combinação das inteligências linguística, musical e naturalista e a inteligência naturalista com quatro terapeutas em cada.

Com base nestes perfis, fez-se a comparação entre as terapias nas quais “foi (foram)” e “não foi (foram)” contemplada(s) a(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes”. Os resultados estão representados em duas figuras para facilitar a visualização dos dados, com a comparação entre o desempenho na terapia a partir dos resultados contidos nas fichas do Roteiro de Evolução de Terapia das 1802 terapias analisadas e o dado de contemplação ou não da(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes.

Na Figura 1 são apresentados os resultados nos itens do Roteiro Estruturado de Evolução nos quais foi verificada diferença com significância estatística ($p \leq 0,05$). Tal diferença demonstrou que o paciente teve melhores resultados na terapia quando não foi (foram) contemplada(s) a(s) sua(s) inteligência(s) preferencial (is):

Figura 1 – Itens do roteiro estruturado de evolução da terapia nos quais o paciente teve melhores resultados, quando não foi (foram) contemplada(s) a(s) sua(s) inteligência(s) preferencial(is)

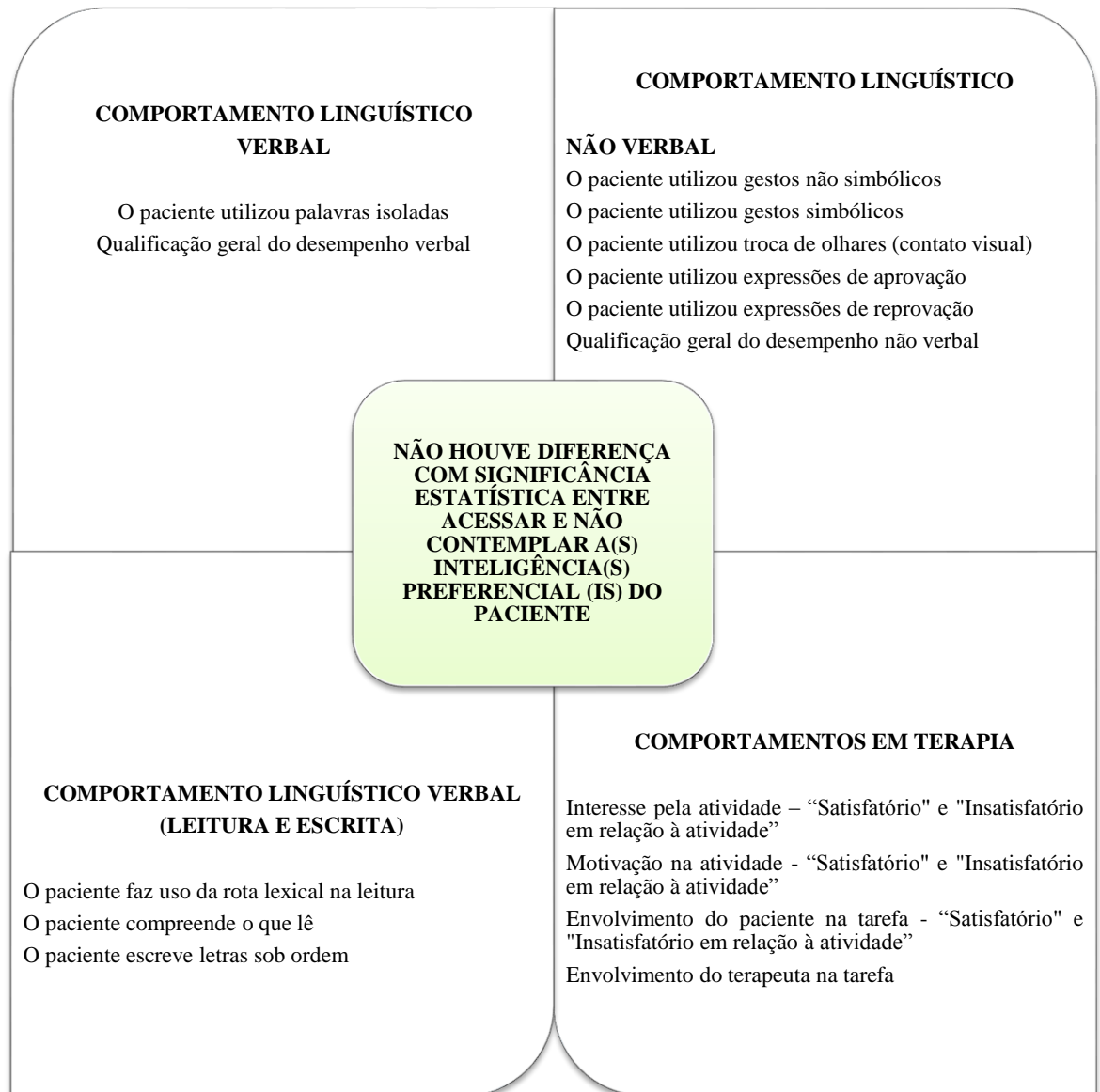


Fonte: Elaborada pelas autoras.

Na Figura 2 são apresentados os resultados nos itens do Roteiro Estruturado de Evolução nos quais não houve diferença com significância estatística ($p > 0,05$), entre contemplar e não contemplar a(s) inteligência(s) preferencial (is) do paciente. Logo, nos

resultados de tais itens observados na terapia, foi indiferente contemplar a(s) sua(s) inteligência(s) preferencial (is).

Figura 2 – Itens do roteiro estruturado de evolução da terapia nos quais foi indiferente contemplar ou não a(s) inteligência(s) preferencial (is) do paciente



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Apresenta-se no Quadro 1 os resultados relativos à correlação entre os graus de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e do terapeuta e os resultados das terapias:

Quadro 1 - Correlação entre os quatro tipos de graus de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes e dos terapeutas

Subitens do roteiro	Valor de p	Coefficiente de correlação (r)	Interpretação do resultado
1. O paciente utilizou frases (simples e complexas). 2. O paciente fez relatos. 3. O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas não relacionadas ao contexto imediato. Comportamento linguístico verbal (leitura e escrita). 1. O paciente consegue reconhece letras. 2. O paciente reconhece sílabas. 3. O paciente lê palavra. O paciente lê frases. 4. O paciente faz uso da rota fonológica na leitura. 5. Interesse pela atividade - Insatisfatório em relação a fatores extra terapia.	$p \leq 0,05$	1. $r = 0,14$ 2. $r = 0,15$ 3. $r = 0,16$ 1. $r = 0,12$ 2. $r = 0,14$ 3. $r = 0,10$ 4. $r = 0,10$ 5. $r = 0,13$ 6. $r = 0,33$	Quanto menor a correlação do grau de acesso da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e da terapeuta, melhores são os resultados na terapia.
1. Qualificação do desempenho verbal - Insatisfatório em relação à atividade. 2. O paciente utilizou gestos não simbólicos. 3. O paciente precisa de associação de gestos para compreender o que é dito.	$p \leq 0,05$	1. $r = - 0,17$ 2. $r = - 0,14$ 3. $r = - 0,12$	Quanto maior o grau de acesso da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e terapeuta, melhores são os resultados na terapia.
1. O paciente utilizou gestos simbólicos. 2. O paciente utilizou troca de olhares (contato visual). 3. Qualificação do desempenho não verbal. 4. O paciente utilizou expressões de aprovação. 5. O paciente utilizou expressões de reprovação. 6. O paciente faz uso da rota lexical na leitura. 7. O paciente compreende o que lê. 8. O paciente escreve letras sob ordem. 9. O paciente produz frases . 10. O paciente produz textos. 11. Interesse pela atividade - Insatisfatório em relação à atividade. 12. Interesse pela atividade – Satisfatório. 13. Motivação na atividade. 14. Envolvimento do paciente na tarefa. 15. Envolvimento da terapeuta na tarefa. 16. O paciente percebeu a sua efetividade na terapia.	$p > 0,05$	-	Não houve correlação
1. O paciente apresentou intenção comunicativa. 2. O paciente utilizou vocalizações. 3. O paciente utilizou palavras isoladas. 4. Qualificação do desempenho verbal – Satisfatório. 5. Qualificação do desempenho verbal – Insatisfatório em relação a fatores extra terapia. 6. O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato. 7. O paciente produz palavras. 8. O paciente escreve sílabas sob ordem.	$p \leq 0,05$	1. $r = 0,07$ 2. $r = -0,07$ 3. $r = -0,07$ 4. $r = -0,07$ 5. $r = -0,07$ 6. $r = 0,06$ 7. $r = 0,08$ 8. $r = 0,08$	Correlação nula

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na sequência, segue a demonstração dos resultados da correlação entre o número de inteligências acessadas na terapia e os resultados obtidos. Estes dados estão representados no Quadro 2.

Quadro 2- Correlação entre os resultados e número de inteligências acessadas em terapia

Subitens do roteiro	Valor de p	Coefficiente de correlação (r)	Interpretação do resultado
1. O paciente utilizou frases (simples e complexas). 2. O paciente fez relatos. 3. O paciente compreende ordem e/ou informações não relacionadas ao contexto imediato. Comportamento linguístico verbal (leitura e escrita). 1. O paciente consegue reconhecer letras. 2. O paciente lê palavra. 3. O paciente reconhece sílabas. 4. O paciente lê frases. 5. O paciente faz uso da rota fonológica na leitura. 6. O paciente faz uso da rota lexical na leitura. 7. O paciente compreende o que lê. 8. O paciente escreve letras sob ordem. 9. O paciente produz palavras. 10. O paciente escreve sílabas sob ordem. 11. O paciente produz textos. 12. O paciente produz frases.	$p \leq 0,05$	1. $r=0,12$ 2. $r=0,10$ 3. $r=0,17$ 1. $r=0,12$ 2. $r=0,22$ 3. $r=0,24$ 4. $r=0,24$ 5. $r=0,16$ 6. $r=0,14$ 7. $r=0,17$ 8. $r=0,14$ 9. $r=0,14$ 10. $r=0,15$ 11. $r=0,22$ 12. $r=0,18$	Quanto menor o número de inteligências acessadas em terapia, melhores são os resultados obtidos
1. Qualificação do desempenho verbal - Insatisfatório em relação a fatores extra terapia. 2. O paciente utilizou gestos não simbólicos. 3. O paciente utilizou expressões de reprovação. 4. O paciente precisa de associação de gestos para compreender.	$p \leq 0,05$	1. $r= - 0,29$ 2. $r= -0,13$ 3. $r = -0,13$ 4. $r= -0,22$	Quanto maior número de inteligências acessadas proporciona melhores são os resultados obtidos
1. O paciente apresentou intenção comunicativa. 2. O paciente utilizou vocalizações. 3. O paciente utilizou palavras isoladas. 4. Qualificação geral do desempenho não verbal. 5. O paciente utilizou gestos simbólicos. 6. O paciente utilizou troca de olhares (contato visual). 7. O paciente utilizou expressões de aprovação. 8. Qualificação geral do desempenho verbal. 9. O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato. 10. Interesse pela atividade. 11. Motivação na atividade. 12. Envolvimento do paciente na tarefa. 13. O paciente percebeu a sua efetividade na terapia. 14. Envolvimento do terapeuta na tarefa.	$p > 0,05$	-	Não houve correlação entre o número de inteligências acessadas e os resultados obtidos em terapia
1. O paciente utilizou gestos simbólicos.	$p \leq 0,05$	1. $r=-0,09$	Correlação nula

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Observa-se que os valores de correlação apresentados nos Quadros 1 e 2 mostram que essas são fracas (distantes do valor referência 1), apesar de significantes estatisticamente. Desta forma, pela relevância do tema do artigo pensou-se ser interessante discutir estes dados, uma vez que estes apresentaram significância estatística.

2.6 DISCUSSÃO

Estudar as estratégias e os recursos da terapia fonoaudiológica de linguagem visualizando-os a partir da Teoria das Inteligências Múltiplas foi a proposta desta pesquisa. O espaço terapêutico é complexo, e, assim, voltou-se o interesse ao estudo da apreciação das singularidades dos pacientes com base na(s) sua(s) inteligência(s) preferencial(is) e nas suas experiências.

Com base nos conceitos norteadores deste trabalho, estruturou-se a discussão, a partir de quatro ênfases de interpretação presentes ao longo do trabalho: a importância de conhecer e mobilizar as experiências e conhecimentos prévios do paciente para a terapia de linguagem, entendendo a importância de o *frame* semântico ser permeado por conhecimentos de outras inteligências, de outros *frames*. Em contrapartida, a relevância de se trazer elementos curiosos e inovadores em determinados momentos do atendimento, podendo estes ter referência em um *frame* já organizado ou instigar o estabelecimento de um novo.

Em ambas as situações, deve-se entender que as construções linguísticas utilizadas e instigadas na terapia devem ser significativas⁴⁰, para que ocorra a promoção do desenvolvimento da linguagem verbal. Nesta perspectiva, entende-se que todos os componentes da linguagem (fonologia, morfologia, semântica, sintaxe e pragmática), os meios de comunicação verbal, nos seus diferentes níveis de complexidade linguística

(palavras, frases, relatos, etc.) e os meios não verbais funcionam de forma interligada. Tal compreensão perpassa e pode ser visualizada em toda a discussão deste artigo.

Ainda, a abordagem da sustentação da atenção conjunta como propulsora do desenvolvimento da linguagem e a sua relação com a inteligência interpessoal. Por fim, também se quis enfatizar a questão da seleção adequada de recursos e estratégias, em termos de quantidade de acesso a diferentes *frames* e a importância da valorização da inteligência linguística, mesmo não sendo esta a preferencial da maioria dos pacientes.

A compreensão do significado de uma palavra e/ou a sua produção, dispõem a necessidade de referência a uma estrutura de uma ação, experiência, contexto e/ou crença^[34,35]. Neste entendimento é que se pode fundamentar a discussão sobre o acesso à(s) inteligência(s) preferencial(is) e não preferencial(is), tendo em vista a importância de embasar estratégias e recursos da terapia em um conjunto estruturado de conhecimentos, que podem ser perpassados e evocados por construções linguísticas, denominado *frame* semântico. Ressalta-se que todos os *frames*, cognitivos e semânticos, resultam das experiências prévias do paciente.

Tais conhecimentos podem ser visualizados de forma que cada *frame* seja composto por uma ou mais inteligências e, os processos cognitivos de cada uma delas, os mobilizam e os relacionam para resolver uma situação^[3-5, 36]. Em outras palavras, incitam-se diferentes saberes na realização da atividade proposta pelo terapeuta, que tem por principal finalidade promover o desenvolvimento linguístico do paciente pela qualificação do seu desempenho a cada terapia. Neste sentido, apresentam-se três formas amplas de interação entre as inteligências, sendo estas: restrição, compensação e catálise^[37,38], chamados por Cerruti^[39] de facilitação e inibição, que acontecem nas inter regiões neurais das inteligências. Os três conceitos são perpassados pelo sentido de uma atividade relacionada a uma ou mais inteligências poder melhorar ou prejudicar, a capacidade relativa à(s) outra(s) inteligência(s).

Assim, as diferentes inteligências são acessadas para que se tenha melhores resultados na terapia fonoaudiológica de linguagem, por meio da significação das estratégias e recursos utilizados, conseqüentemente gerando a significação das construções linguísticas abordadas nos diferentes níveis de complexidade, que é o elemento chave para aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal, com base na Gramática das Construções^[40]. Logo, elas estão implicadas na resolução do problema que seria qualificar a compreensão e expressão verbal, no trabalho com os meios de comunicação verbais e não verbais.

Inicialmente a discussão volta-se à compreensão dos resultados linguísticos, a partir da relação desses, com a apreciação de *frames* semânticos e cognitivos na terapia. Tal apreciação acontece embasada nos conhecimentos já estabelecidos pelos pacientes e/ou acessando o(s) *frame(s)* que incitam experiências de determinada(s) inteligência(s), a partir de algo novo ou de uma curiosidade.

O recurso ou estratégia que se caracteriza como novidade e/ou curiosidade, neste sentido, na maioria das vezes, faz parte de uma estrutura do conhecimento do paciente, porém ele não os acessou em outros espaços, por exemplo, *softwares* do computador e determinados jogos de tabuleiro. Também, a combinação e diversificação de elementos pode trazer uma nova configuração a uma atividade conhecida pelo paciente, por exemplo, circuitos com ações motoras (*frame* cognitivo) (exemplo: percorrer um trajeto com obstáculos e acertar na cesta a bola de basquete) associada a uma atividade de expressão verbal com construções linguísticas relacionadas à atividade (*frame* semântico).

A inovação está sendo cada vez mais buscada para o trabalho com crianças e adolescentes que apresentam algum tipo de dificuldade. Como exemplos disso, tem-se a criação de programa computacional ou videogame, para o desenvolvimento de determinadas aprendizagens, que embasam as suas atividades na Teoria das Inteligências Múltiplas^[41,42] e, a

invenção de robôs para o trabalho de habilidades sociais em crianças com Transtorno do Espectro Autista^[43].

Neste sentido, retomam-se os resultados dos itens “O paciente apresentou intenção comunicativa”, “O paciente utilizou vocalizações” e “O paciente utilizou gestos não simbólicos” obteve-se melhores resultados na terapia quando não foi contemplada (s) a(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente, ainda, nos dois primeiros itens, encontrou-se uma correlação nula entre o acesso da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e terapeuta e não houve correlação entre o número de inteligências acessadas e os resultados obtidos na terapia.

O primeiro item retrata a habilidade inerente à base de toda a terapia, instigar o interesse do paciente em comunicar-se. Logo, o recurso e/ou estratégia precisa(m) cumprir esta função, independentemente de estarem ou não relacionados à(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente.

Assim, entende-se que o favorecimento da intenção comunicativa coloca uma exigência maior à mediação do terapeuta, a partir do acesso a *frames* semânticos e cognitivos, constituídos pela combinação de experiências de outras inteligências que, por vezes, não são as preferenciais de ambos (paciente e terapeuta), mas significativas para o primeiro, sendo estas apresentadas de uma maneira inovadora para o paciente. Isto significa dizer que esta atividade é conhecida por ele, mas nunca a tinha realizado ou a forma de realização proposta é inédita.

O segundo item, corresponde à produção de pacientes com menos idade e/ou com maior comprometimento da linguagem. Assim, faz-se importante buscar algo concreto, para uma maior representatividade da expressão oral a ser trabalhada, o que nem sempre é possível, dentro das referências da(s) inteligência(s) preferencial(is), principalmente do paciente, mas também do terapeuta. Por exemplo, realizar uma terapia com um paciente com

inteligência preferencial cinestésico-corporal, tendo por atividade o trabalho com onomatopeias, que instiga principalmente aspectos de *frames* relacionados às inteligências musical e naturalista.

No terceiro item, pode-se pensar no gesto não simbólico, como um dos incrementos da inteligência linguística, que está mais relacionado à inteligência interpessoal, assumindo a mesma lógica do exemplo acima. Logo, têm-se habilidades cognitivas específicas referentes a diferentes ações^[45], utilizadas na terapia, das quais é importante reconhecer e entender o(s) *frame(s)* mobilizado(s) por elas, para acessá-las de forma adequada à necessidade do paciente, sendo instigantes do desenvolvimento linguístico.

Verifica-se nos três itens que, apesar de serem diferentes, estão representados na amplitude da comunicação, obteve-se o mesmo resultado, apesar de o primeiro e o terceiro referirem-se mais ao componente pragmático e, o segundo, ao componente fonológico. Ratifica-se, assim, inter-relação entre os componentes linguísticos e/ou entre os diferentes meios de comunicação.

Há um acréscimo em relação ao terceiro item “O paciente utilizou gestos não simbólicos”, sobre o qual se encontrou na análise estatística, uma correlação negativa indicando que, quanto maior o número de inteligências acessadas, melhores serão os resultados da terapia. Este resultado repetiu-se nos itens “O paciente utilizou gestos simbólicos” e “O paciente utilizou expressões de reprovação”. A compreensão deste acréscimo diz respeito à relevância da diversificação de recursos e/ou estratégias na terapia, tanto em fases menos complexas da comunicação não verbal, quanto em mais complexas^[46,47].

Tal diversificação pode ser buscada em possibilidades novas, pois as atividades que fazem parte da(s) inteligência(s) preferencial(is), por vezes não instigam as produções representadas nestes itens, uma vez que podem já ser conhecidas pelos pacientes. Este fato é

possivelmente acentuado, naqueles pacientes que estão há mais tempo em terapia no mesmo serviço. Ao se contemplar um maior número de inteligências demonstra-se a relevância de associar elementos das diferentes inteligências, estruturadas principalmente em *frames* cognitivos, à inteligência linguística, estruturada no *frame* semântico, para obtenção de melhores resultados na terapia de linguagem, em relação aos itens de expressão não verbal que qualificam a compreensão e expressão verbal^[7,48,49].

A utilização de construções linguísticas significativas para o paciente, associadas aos recursos e/ou estratégias, relativas aos *frames* semânticos do paciente^[27,34,35,50] é o foco do trabalho com a compreensão verbal. Neste contexto, enquadra-se a análise dos itens: “O paciente precisa de associação de gestos para compreender”, “O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato” e “O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas não relacionadas ao contexto imediato”, sobre os quais a interpretação dos resultados mostra que mais relevante do que acessar a(s) inteligência(s) preferencial(is), é utilizar um recurso(s) e/ou estratégia(s), que seja(m) realmente representativo(s) e instigue(m) o entendimento, com vistas à qualificação da compreensão e conseqüentemente, qualificação do quadro global da linguagem verbal.

É válido ressaltar que a compreensão verbal também está muito relacionada à inteligência interpessoal e à intrapessoal, respectivamente conceituadas de forma simples, como a capacidade de entender e interagir com os outros e a de auto entendimento^[3,5], que não aparecem nos perfis de inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes com as frequências mais altas. Ainda, atesta-se que foram encontrados os mesmos resultados relativos à compreensão verbal e, ela depende de todos os componentes da linguagem, nos diferentes níveis de complexidade linguística, logo novamente evidencia-se a interligação e concomitância destes no uso da linguagem verbal, asseverando a relevância da terapia

fonaudiológica contemplar a significação das construções linguísticas, em detrimento do trabalho que os enfatiza os de forma isolada.

Nas outras duas análises realizadas, nos itens relativos à compreensão, este resultado pode ser visualizado de três diferentes formas. No primeiro item, “O paciente precisa de associação de gestos para compreender” verificou-se que, quanto maior o grau de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e terapeuta, melhores os resultados e, quanto maior número de inteligências contempladas, melhores são os resultados da terapia.

Neste nível de complexidade linguística de compreensão é importante priorizar a contemplação da(s) área(s) de interesse(s) e/ou mais desenvolvida(s) do paciente e do terapeuta, de forma combinada. Com esta contemplação, objetiva-se promover o engajamento na situação comunicativa que é importante para que eles possam entender-se^[30], com vistas à qualificação da compreensão verbal do paciente, ainda apoiada em gestos.

Porém, corrobora-se a importância da diversificação destes elementos, quando o paciente apresenta maior dificuldade em compreender, uma vez que os terapeutas podem ter mais dificuldade em perceber qual(is) o(s) *frame(s)* semânticos, contemplado(s) nas construções linguísticas utilizadas, associadas à elementos não linguísticos, que remetem também a *frames* cognitivos, por exemplo, uma figura, podem instigar melhores resultados. Neste sentido, afirma-se que as oito inteligências interagem entre si e podem potencializar o desenvolvimento umas das outras^[36,51]. Assim sendo, para qualificar a compreensão verbal, quando encontra-se no nível menos complexo, é relevante acessar em terapia um maior número de inteligências, com a diversificação de recursos e/ou estratégias, que acessam diferentes *frames*, relativos(s) às estruturas de conhecimentos e/ou de experiências prévias, nas quais estão imbricadas uma ou mais inteligências, observando principalmente os semânticos.

Na segunda situação, “O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato”, como resultado teve-se correlação nula e não correlação, logo na fase intermediária da compreensão, há uma indiferença, entre o grau de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) de paciente e terapeuta e, entre o desempenho do paciente na terapia e número de inteligências acessadas. Finalmente, no item da compreensão verbal “O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas não relacionadas ao contexto imediato”, os resultados de correlação, ambas positivas, indicaram que quanto menor o grau de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e terapeuta e, quanto menor o número de inteligências acessadas, melhores são os resultados da terapia.

O entendimento do resultado deste último item mostra que, no nível mais complexo da compreensão, não se faz necessário priorizar o acesso combinado à(s) área(s) de interesse(s) e/ou mais desenvolvida(s) do paciente e terapeuta, para qualificar tal habilidade, ao contrário, até é desafiador acessar *frames* semânticos, a partir de construções linguísticas não tão familiares, para instigar e qualificar ainda mais a compreensão. Logo, podem-se diversificar os recursos e/ou estratégias, com elementos novos relacionados às oito inteligências, principalmente à inteligência linguística, porém bem selecionados, pois com poucos recursos e/ou estratégias o terapeuta pode proporcionar a atenção mais direcionada, para instigar a compreensão do paciente.

Os últimos itens, nos quais se encontrou o resultado, que não contemplar a(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente confere melhores resultados à terapia fonoaudiológica de linguagem, foram: “Interesse pela atividade”, “Motivação na atividade” e “Envolvimento do paciente na tarefa”, todos na situação “Insatisfatório em relação a fatores extra terapia”. Também no item “Interesse pela atividade”, na mesma situação, na segunda análise estatística, a correlação positiva evidenciou que quanto menor o grau de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e terapeuta, melhores são os resultados; ainda

no item “Qualificação do desempenho verbal”, na mesma situação, teve-se como resultado que quanto maior o número de inteligências contempladas, melhores serão os resultados da terapia.

Em ocasiões nas quais o paciente já está com a disposição anteriormente minimizada para participar da terapia, condição a qual o paciente já está exposto anteriormente ao início do atendimento, dentre outros, por doença, mal estar, problemas familiares, considerados “fatores extra terapia” nesta pesquisa, pode-se instigá-lo a participar qualitativamente das atividades propostas com um maior número e diversificação de estratégias e/ou recursos, desde que estas sejam significativas para ele, por exemplo, um jogo novo para tentar incitá-lo pela curiosidade a participar da terapia. Também, gera-se uma demanda maior do terapeuta para estabelecer a atenção conjunta em tais situações, habilidade esta muito relacionada à inteligência interpessoal.

Encontrou-se o mesmo resultado no item, “O paciente percebeu a sua efetividade na terapia”. Em virtude dos terapeutas terem utilizado recursos e/ou estratégias não relacionados à(s) inteligência(s) preferencial(is), mais facilmente o paciente consegue visualizar a sua efetividade, tal visualização também depende da contemplação da inteligência intrapessoal, que não está entre as mais frequentes nos perfis. Geralmente aqueles relacionados à(s) sua(s) inteligência(s) preferencial(is), são mais conhecidos e, por vezes, para o paciente é natural ter um bom desempenho nas atividades que envolvam estes recursos e estratégias, logo dificultando a referida visualização.

Camargo e Mezzomo^[6] afirmam que acessar as áreas de maior interesse geram melhores resultados na terapia. Pode-se pensar que, por vezes, as áreas de interesse no momento da investigação podem ou não estar relacionadas à(s) inteligência(s) preferencial(is). Um exemplo disso é o conhecimento e construções linguísticas relacionadas às datas comemorativas que, por serem muito comentadas no diferentes contextos

frequentados pelos pacientes e/ou, demandam envolvimento deles em atividades extra terapia, são sistematizados pelos terapeutas em recursos ou estratégias. Outro exemplo da pesquisa que embasou este trabalho é o apreço por um time de algum esporte, o que não está relacionado necessariamente a uma inteligência preferencial, mas remete à contemplação da inteligência intrapessoal e, é tema de interesse, principalmente entre os pacientes adolescentes, utilizado em terapias relacionadas à escrita, nas quais se observa excelentes resultados.

Neste sentido, tem-se a importância de valorizar a cultura onde o sujeito está inserido, que é ressaltada tanto por Gardner^[3,5], quanto por Fillmore e Baker^[27]. O primeiro autor destaca que o reconhecimento desta é importante, para entender a valorização de determinadas inteligências, em determinados contextos, em detrimento de outras e, o segundo autor, coloca-se no sentido de ser um dos fatores importantes para entender a composição dos *frames* semânticos e significação das construções linguísticas.

Também, nesta relação entre contemplação ou não de inteligência(s) preferencial(is) de pacientes, *frames* e construções linguísticas, reporta-se ao nível de desenvolvimento linguístico do paciente que muitas vezes impõe certas limitações às escolhas e mediação dos recursos e estratégias a serem utilizados na terapia. Por exemplo, ao se trabalhar com comunicação alternativa, os pacientes que demandam tal estratégia têm maior comprometimento da linguagem verbal, o que por vezes dificulta o entendimento e comunicação entre ele e o terapeuta ainda, tem-se o apoio principal em figuras^[49] e, talvez a inteligência espacial que relaciona-se com este recurso não seja uma das ou a inteligência preferencial do paciente, mas a qualificação e busca por melhores resultados de linguagem naquele momento coloca a necessidade de utilização de tal recurso.

Considerou-se importante discutir também os resultados nos quais não foi observada diferença com significância estatística entre contemplar ou não a(s) inteligência(s)

preferencial(is) dos pacientes nos resultados da terapia fonoaudiológica de linguagem e correlação nula quanto ao grau da combinação da contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e terapeuta. Foram eles: “O paciente utilizou palavras isoladas”; “Qualificação do desempenho verbal”; “Comportamento linguístico não verbal (expressão), com exceção do item “O paciente utilizou gestos não simbólicos” (na qualificação não verbal também correlação nula), logo em relação ao desempenho não verbal, de maneira geral contemplar ou não a(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes isoladamente e, de paciente e terapeutas de forma combinada, na maioria dos casos é indiferente aos resultados, então há uma maior relevância da mediação do terapeuta em relação aos resultados da terapia nestes itens.

Ainda, também não houve diferença com significância nos resultados dos itens “Interesse pela atividade”, “Motivação na atividade” e “Envolvimento do paciente na tarefa” nas situações “Satisfatório e “Insatisfatório em relação à atividade”, “O paciente “não” ou “às vezes” percebeu a sua efetividade na terapia” e “Envolvimento da terapeuta na tarefa”. Nestes mesmos itens, em todos os subitens (“Satisfatório”, “Insatisfatório em relação à atividade” e “Insatisfatório em relação aos fatores extra terapia”), teve-se como resultado correlação nula, evidenciando que contemplar simultaneamente a(s) inteligência(s) preferencial(is) de pacientes e terapeutas é indiferente; ainda, nestes itens, ainda não houve correlação entre o número de inteligências acessadas e os resultados obtidos em terapia.

Praticamente todos estes itens, a priori, não tem relação direta com o desempenho verbal na terapia. Em contrapartida, sabe-se que os meios de comunicação não verbal e os fatores comportamentais citados fazem parte da inteligência interpessoal^[3], que é muito relacionada às ações da inteligência linguística, foco da terapia de linguagem^[3,5,19]. Logo, é importante investigar e discutir estes fatores, ao se pensar na complexidade do trabalho com a linguagem verbal e os fatores intervenientes do seu desenvolvimento.

Se é indiferente contemplar a(s) inteligência(s) preferencial(is) de pacientes de forma isolada e em combinação com a(s) de seus terapeutas e acessar um maior ou menor número de inteligências na terapia, logo é indiferente aos resultados destes itens, o tipo e a diversificação ou não dos recursos e/ou estratégias utilizados. Com estes resultados, ressalta-se a importância da qualidade da mediação e da interação frente à aplicação desses^[52-54], que aprimoram o contexto terapêutico em termos de comunicação não verbal e aspectos comportamentais. Tem-se um exemplo disso, em um estudo no qual o mediador atua como um facilitador, no uso de softwares e, amplia as condições de comunicação de crianças com Transtorno do Espectro Autista, utilizando a escrita, sendo que a diferença está quando a criança faz isso sozinha e juntamente com o adulto^[55], o que demonstra a importância da constituição de momentos da atenção conjunta para incrementar a comunicação^[30,32,33].

Esta constituição diz respeito, dentre outros, a como as estratégias e os recursos são acessados e/ou desenvolvidos, o que é mobilizado pelo terapeuta. Neste sentido, Nunes^[28] e Gardner^[4], ao abordarem situações de ensino na sala de aula mostram que o professor torna-se peça chave na função de mediação, ao instigar o estudante a exercitar a relação entre aprendizado e desenvolvimento, tornando significativos as estratégias e os recursos, esses fazendo parte ou não das inteligências preferencias dele. Já outros estudos retratam as habilidades relacionadas às inteligências interpessoal e intrapessoal como importantes para a prática clínica, dentre estas, a automotivação e o interesse em interagir com outras pessoas, pressupõem-se que tais condições, em geral, já estão estabelecidas a priori no terapeuta^[56,57].

Tais características e posicionamentos estão relacionados à função do mediador, nas pesquisas abordadas no parágrafo acima, referente ao professor ou ao terapeuta, mas compartilhados por ambos e que, ao se pensar na terapia de linguagem, são essenciais para que se consiga estabelecer momentos de atenção conjunta de excelência, sendo estes extremamente importantes para o desenvolvimento da inteligência linguística. Logo, a

interação no atendimento exige do terapeuta colocar-se em uma perspectiva de intercambialidade interpessoal e intercultural, entendendo que o conjunto das crenças, conhecimentos e experiências do paciente, pode se diferir do seu^[58], mas é necessário conhecê-lo e mobilizá-lo para estabelecer um contexto terapêutico de qualidade, instigante às situações de atenção conjunta. Além disso, é relevante a valorização da comunicação não verbal, que faz parte da inteligência interpessoal, associada às respostas do terapeuta, como forma de promover o desenvolvimento da linguagem verbal, com base na significação a partir da experiência do paciente e na qualidade da relação entre o terapeuta e ele^[52].

Retoma-se o resultado que a maioria dos terapeutas apresenta, as inteligências interpessoal e linguística, uma ou ambas, como sua(s) inteligência(s) preferencial(is), sendo estas capacidades muito importantes para manejar a terapia, por exemplo, entre os momentos de se trabalhar a partir de conhecimentos e experiências totalmente estruturados e, aqueles de inovar e/ou apresentar uma curiosidade, com vistas a qualificar o desempenho linguístico do paciente^[59]. Em contrapartida estas não são as inteligências preferenciais da maioria dos pacientes, tendo uma delas como preferencial somente 18 pacientes, a inteligência interpessoal e, sete pacientes, a linguística. Ao se pensar exclusivamente na inteligência interpessoal, vê-se como necessário e eficaz o trabalho com tal inteligência para a qualificação da linguagem verbal^[60], tendo por base a relevância da atenção conjunta já explicitada.

No item Qualificação do desempenho verbal nas situações “Satisfatório” e “Insatisfatório em relação a fatores extraterapia” a correlação foi nula, porém na situação “Insatisfatório em relação à atividade” e, no item “O paciente utilizou gestos não simbólicos”, a correlação foi negativa, demonstrando que quanto maior o grau de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e terapeuta, melhores são os resultados. Entende-se que se deve priorizar o acesso à(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e do terapeuta

quando a(s) atividade(s) utilizada(s) inicialmente não conseguiu (conseguiram) contemplar os objetivos da terapia e, no segundo item, para que o paciente possa evoluir nesta forma de expressão não verbal, que auxilia na promoção de avanços no desenvolvimento da compreensão e expressão verbal, além de ser um incremento à mesma^[31]. Em tais situações, utilizar estratégias e recursos relativos à(s) área(s) de maior interesse ao longo do tempo e/ou mais desenvolvida(s), com recursos que, já se sabe serem da preferência do paciente^[7] e do terapeuta, torna-se um facilitador da terapia.

A partir dos dados obtidos, na análise da correlação entre a contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e do terapeuta, pode-se enfatizar a questão da importância da qualidade da seleção e do uso dos recursos e estratégias, com elementos representativos das inteligências e de seus respectivos *frames*, na terapia fonoaudiológica de linguagem. A maioria dos resultados dividiu-se em correlação nula e correlação negativa, ambas corroborando a afirmação acima, pois indicam, respectivamente, que contemplar simultaneamente as inteligências preferenciais do paciente e do terapeuta é indiferente ou não acessá-las oferece melhores para os resultados da terapia, nos diferentes níveis de complexidade linguística, ressaltando a importância da escolha e mediação adequadas, dos recursos e estratégias mobilizadoras de construções linguísticas significativas que englobam todos os componentes da linguagem.

Encerra-se a discussão, abordando a ênfase que se refere à contemplação da inteligência linguística como foco da terapia fonoaudiológica de linguagem. A interpretação dos dados mostra a importância de contemplar nos recursos e/ou estratégias, elementos específicos da inteligência linguística para desenvolver a própria inteligência linguística (linguagem verbal), apesar de que esta raramente é a inteligência preferencial dos pacientes, tendo por base os *frames* semânticos e construções linguísticas, compostos pelos

conhecimentos relacionados às experiências, conhecimentos e crenças dos pacientes e/ou por algo novo que estimule a criação de um novo *frame* semântico.

Esta sistematização de saberes nas crianças advém do contexto onde vivem e as aprendizagens efetivadas no mesmo, principalmente, mas não totalmente, daquilo que é oferecido por seus pais^[27]. Neste sentido, faz-se importante conhecer o meio em que o paciente está inserido e reconhecer que cada um memoriza de uma forma diferente^[61], sendo que isto é entendido nesta pesquisa a partir do conteúdo disponível nos seus *frames*, bem como a partir das suas características e diferenciações da inteligência^[62], que os constituem.

Nos itens “O paciente utilizou frases (simples e complexas)” e “O paciente fez relatos”, os resultados nas análises estatísticas encontrou-se: melhores resultados quando não foi contemplada (s) a(s) sua(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e, quanto menor o grau de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e do terapeuta e, menor o número de inteligências contempladas em terapia, melhores são os resultados obtidos. Ao reportar-se ao conceito de *frame* semântico, no qual todos os componentes da linguagem têm representação e atuação simultânea, sabe-se que no trabalho com a linguagem verbal se está acessando essencialmente saberes linguísticos, organizados nas construções linguísticas, assim enfatiza-se que o embasamento da terapia no conhecimento semântico gera melhores resultados^[63].

Logo, o próprio emprego predominante de elementos da inteligência linguística, ao se pensar no resultado referente ao menor número de inteligências acessadas e, não sendo esta a preferencial da grande maioria dos pacientes, supõe-se o trabalho sobre os saberes prévios do paciente, no qual se prioriza as construções linguísticas significativas relacionadas a estes, na mesma linha de discussão abordada em outros itens. Assim, as relações entre *frames* semânticos, estabelecidas com o uso de determinadas construções linguísticas poderão

originar generalizações entre os *frames*^[27], conseqüentemente promovendo, dentre outros, o desenvolvimento da linguagem verbal.

Nestes níveis mais complexos da expressão verbal, as ações relativas ao acesso ao conhecimento lexical, na escolha de elementos e decisão sobre o uso dos mesmos, tornam-se complexas^[64], além disso sabe-se das dificuldades com as formalidades da língua, sintaxe e escrita formal apresentadas por pacientes com distúrbio de linguagem, apesar dos diferentes diagnósticos primários^[65]. Assim, embasar as atividades desenvolvidas na terapia fonoaudiológica de linguagem, na qualificação e ampliação dos *frames* semânticos dos pacientes, pode contribuir para o desenvolvimento da linguagem verbal.

Selecionar um ou poucos recurso(s) e/ou estratégia(s) específico(s), que sejam o(s) mais adequado(s) a qualificação da expressão oral do paciente, por meio da exploração mais acentuada e/ou de menos *frames* semânticos, pode instigar com maior eficácia a memória verbal e atenção, que, dentre outros, estão deficitárias em pacientes com distúrbio específico de linguagem^[66] e dispraxia^[67]. Esta condução da terapia, em relação aos resultados, mostra-se como independente de tais recursos e/ou estratégias estarem relacionados à(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente combinadas ou não com à(s) do terapeuta.

Além disso, pacientes com comprometimento da linguagem menos acentuado e/ou com maior evolução e/ou maior tempo em terapia e/ou maior idade, apresentam maior entendimento do propósito da terapia. Logo, independente da estratégia, estes pacientes sabem que a proposta da intervenção é a qualificação da inteligência linguística e, na maioria das vezes, envolve-se na atividade da maneira que já sabe ser esperada deles.

Tanto na análise de comparação, quanto na de correlação, sobre a apreciação da(s) inteligência(s) preferencial(is), pode-se fazer a mesma inferência geral, de que quanto menor a contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente isolada(s) e correlacionada(s) com a(s) do seu terapeuta, melhores são os resultados, em relação à inteligência linguística,

nas suas habilidades de leitura e escrita. Por exemplo, sobre os itens relativos a dados da leitura, “O paciente faz uso da rota lexical na leitura” e “O paciente compreende o que lê”, acredita-se que o momento da leitura, na maioria das vezes, é um processo mais individualizado e introspectivo, logo mais independente dos recursos e/ou estratégias possivelmente associados a tal ação, como exemplo tem-se a velocidade de leitura^[68].

Nos itens do roteiro: “O paciente consegue reconhece letras”, “O paciente reconhece sílabas”, “O paciente faz uso da rota fonológica na leitura”, “O paciente lê frases” e “O paciente lê palavra”, relativos ao “Comportamento linguístico verbal (leitura e escrita)”, a correlação evidenciou que quanto menor o grau de contemplação da(s) inteligência(s) preferencial(is) do paciente e terapeuta, melhores são os resultados. Os pacientes com os quais são trabalhadas estas habilidades, a terapia tem foco praticamente exclusivo na inteligência linguística, que não é a preferencial da maioria, porém neste tipo trabalho, muitos terapeutas têm sua inteligência preferencial contemplada. Por exemplo, na situação do grau 3: contempla as inteligência(s) preferencial(is) do terapeuta e não contempla a(s) do paciente), é qualificada o trabalho desse junto ao paciente, conseguindo sistematizar atividades de leitura e escrita de diversas formas, com base nas suas experiências com esta inteligência.

Em todos os itens do roteiro de evolução da terapia relativos à leitura e escrita, encontrou-se correlação significativa, com interpretação de que quanto menor número de inteligências contempladas, melhores são os resultados obtidos, ou seja, para qualificar a leitura e escrita, em qualquer nível de desenvolvimento é relevante contemplar em terapia um menor número de inteligências. Nesta, o foco nas habilidades da própria inteligência linguística, como decodificação e reconhecimento de palavras para uma boa compreensão da leitura^[68] é primordial, então a quantidade de recursos e estratégias, advindos e mais relacionados com os *frames* de outras inteligências, deve ser restrita para obtenção de melhores resultados.

Retoma-se também a afirmação do trabalho com a própria inteligência linguística, por meio dos *frames* semânticos do paciente, que pode ser visualizado em estratégias educacionais apresentadas por Armstrong (2001), nas quais o autor mostra que um determinado tema, mesmo abordando conhecimentos de poucas inteligências na constituição do seu *frame* semântico, se significativo para o sujeito, pode-se fazer uma exploração intensa das construções linguísticas relacionadas a ele. Ainda, esta exploração é apresentada com a utilização de diferentes métodos terapêuticos, para o trabalho com escrita e/ou leitura, mostrando melhores resultados do que a utilização de um modelo exclusivamente^[69,70].

2.7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados desta pesquisa afirma-se que a efetividade da terapia de linguagem está ancorada em quatro ênfases, sendo que a primeira e primordial diz respeito à significação dos recursos e estratégias utilizadas e, conseqüentemente, das construções linguísticas, com base na contemplação dos *frames* dos pacientes, nos quais estão estruturados os conhecimentos das oito inteligências. A segunda diz respeito à contemplação na terapia de elementos de inteligência(s) que não faz(fazem) parte ou não é (são) a(s) preferencial(is) dos pacientes, dentre estas, a linguística, que é a capacidade que necessariamente é acessada/trabalhada na terapia de linguagem verbal para a aquisição ou desenvolvimento dela própria; a interpessoal e a intrapessoal.

A terceira ênfase diz respeito à quantidade de recursos e/ou estratégias utilizados, que se diferencia, principalmente, em termos da diminuição do número de inteligências contempladas na terapia, nos níveis mais complexos da compreensão e expressão verbal. Por fim, a quarta ênfase traz a relevância da qualidade da interação estabelecida em terapia, principalmente, evidenciada nas situações de atenção conjunta, quanto à comunicação não

verbal e aos aspectos comportamentais da terapia, que são qualificadores da linguagem verbal.

Outra evidência é a importância da sensibilidade da atenção do terapeuta frente às necessidades observadas nas respostas do paciente para fazer os direcionamentos adequados durante a terapia. É possível discutir/pensar que existem momentos distintos em um mesmo atendimento ou ao longo do tratamento fonoaudiológico. Por exemplo, no início com maior uso de recursos e estratégias diferenciados, dentro das possibilidades dos *frames* que englobam conhecimentos das diferentes inteligências, visando facilitar a compreensão e, em um segundo momento, contemplação de um menor número de inteligências, ainda com a possibilidade de alternar estes momentos de acordo com a necessidade. Assim, salienta-se a importância da inteligência interpessoal a ser muito mobilizada nos terapeutas e, instigada nos pacientes, para um maior e melhor estabelecimento de momentos de atenção conjunta que são propulsores da aquisição e desenvolvimento da inteligência linguística.

Verifica-se na discussão dos resultados deste trabalho uma grande exigência e complexidade frente ao trabalho do terapeuta, logo se considera necessário apontar a questão da abordagem das habilidades relacionadas à inteligência interpessoal na formação inicial e continuada dos fonoaudiólogos. Tal discussão é bastante relevante, uma vez que os dados desta pesquisa mostraram que/ a maioria, mas não todos os terapeutas, têm a inteligência interpessoal, como a sua ou uma das suas preferenciais, logo as habilidades relativas a estas precisam ser enfocadas nos cursos de graduação.

O resultado encontrado nos diferentes níveis de complexidade linguística foi semelhante em muitos aspectos, tal achado mostra que existe o mesmo tipo de influência em relação ao desempenho linguístico nos distintos níveis. Logo, acredita-se que resultados são coerentes com o ponto de vista apresentado na Gramática das Construções, em que cada nível deve ser analisado sob a perspectiva da significação e não de hierarquização.

2.8 REFERÊNCIAS

1. Befi-Lopes DB, Cáceres AM, Esteves L. Perfil linguístico de crianças com alteração específica de linguagem. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;17(3):274-8.
2. Befi-Lopes DM, Nuñez CO, Cáceres AM. Correlação entre vocabulário expressivo e extensão média do enunciado em crianças com alteração específica de linguagem. *Rev. CEFAC.* 2013; 15(1): 51-57.
3. Gardner H. *Estruturas da Mente: A Teoria das Inteligências Múltiplas.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
4. Gardner H. *Inteligência: um conceito reformulado.* Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.
5. Gardner H. *Inteligencias múltiples: la teoría en la práctica.* Tradução por María Teresa Melero Nogués. 1ª ed. 4ª reim. Buenos Aires: Paidós, 2011.
6. Camargo RG, Mezzomo CL. Terapia fonoaudiológica de linguagem e teoria das inteligências múltiplas: investigação em prontuários. *Rev. CEFAC.* 2015; 17(5), 1457-1465.
7. Camargo RG, Mezzomo CL. Análise de estratégias terapêuticas para promoção da linguagem verbal a partir da Teoria das Inteligências Múltiplas. *Temas desenvolv* 2015/16; 20(112):193-202.
8. Sahli S, Laszig R, Aschendorff A et al. Comparison of learning preferences of Turkish children who had been applied cochlear implantation in Turkey and Germany according to theory of multiple intelligence. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2011 Dez; 75(12):1576-84.
9. Victoroff KZ, Boyatzis RE. What is the relationship between emotional intelligence and dental student clinical performance? *J Dent Educ.* 2013 Abr; 77(4):416-26.
10. Sheahan L, While A, Bloomfield J. An exploratory trial exploring the use of a multiple intelligences teaching approach (MITA) for teaching clinical skills to first year undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today.* 2015 Dez; 35(12):1148-54.
11. Abdulkader FA, Gundogdu K, ElIssa MA. The effectiveness of a multiple intelligences-based program on improving certain reading skills in 5th-year primary learning disabled students. *Elec Jour Resear Educ Psychol.* 2009; 7(3): 673-690.
12. Glick BG, Armstrong J, Marchese M. Evidence of Multiple Intelligences in FLES Classrooms. *Learn Language.* 2010; 15(2): 31-35.
13. Savas P. Pre-service English as a foreign language teachers' perceptions of the relationship between multiple intelligences and foreign language learning. *Learn Individ Differences.* 2012; 22(6): 850-55.
14. Cheung KC. Uma década de ensino da teoria das inteligências múltiplas com base em escolas. In: Gardner H, Chen, J.-C, Moran S. *Inteligências Múltiplas ao redor do mundo.* 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.80-9.

15. Freitas SN, Pérez, SGPB. Altas Habilidades/Superdotação: atendimento educacional especializado. 2 ed. Marília: ABPEE, 2012.
16. Gerson K, Carracedo S. Niños com altas capacidades a la luz de las múltiples inteligências. 1 ed. Buenos Aires: Magistério del Río de la Plata, 2007.
17. Kunkel C. A Primeira Escola Baseada nas Inteligências Múltiplas no Mundo: A história da Key Learning Community. In: Gardner H, Chen, J.-C, Moran S. Inteligências Múltiplas ao redor do mundo. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 304-317.
18. Virgolim AMR. Altas habilidade/superdotação: encorajando potenciais. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2007.
19. Armstrong T. As inteligências múltiplas na sala de aula. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
20. Chagas JF, Fleith DS. Habilidades, características pessoais, interesses e estilos de aprendizagem de adolescentes talentosos Revis Psicol USF. 2010; 15(1): 93-102.
21. Monteiro LP, Smole KS. Um caminho para atender às diferenças na escola. Educa Pesq. 2010; 36(1):357-71.
22. Natel MC, Tarcia RML, Sigulem D. A aprendizagem humana: cada pessoa com seu estilo. Rev Psicopedag. 2013; 30(92):142-8.
23. Tutwiler S, Lin MC, Chang CY. The use of a gesture-based system for teaching multiple intelligences: A pilot study. British Jour EducationTech. 2013;44 (5) :E133–E138.
24. Kail RV. Developmental analyses of individual differences in intelligence: Comments on Demetriou et al. Intelligence. 2013; 41(5): 735–37.
25. Gáspari JC, Schwarts GM. Inteligências Múltiplas e Representações. Psic Teo Pesq. 2002; 18(3): 261-66.
26. Fillmore CJ. Frame semantics. In.: The linguistic society of Korea. Linguistics in the morning calm. 1ª ed. Korea: Hanshin Publishing Company, 1982.
27. Fillmore, CJ; Baker, C. A Frames Approach to Semantic Analysis. In: Heine B , Narrog H. The Oxford Handbook of Linguistic Analysis. 1 ed. New York: Oxford University Press; 2009. P. 313-339.
28. Nunes NCR. Uma abordagem pedagógica para a Teoria das Inteligências Múltiplas. Adm Ens Pesq. 2014; 15 (4): 861–879.
29. Goldberg AE. Constructions at work. The nature of generalization in language. 1ª ed. Oxford: Oxford University Pres, 2006.
30. Állan S, Souza CBA. O Modelo de Tomasello sobre a Evolução Cognitivo-Linguística Humana. Psic Teori Pesq. 2009 Abr-Jun; 25(2): 161-68.

31. Delafield-Butt JT, Trevarthen C. The ontogenesis of narrative: from moving to meaning. *Front Psycho* 2015; 6: 1-16.
32. Tomasello M, Carpenter M, Call J, Behne T, Moll H. Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behav Brain Sci*. 2005; 28: 675-691.
33. Tomasello M. Primeiros passos em direção a uma teoria da aquisição da linguagem baseada no uso. *Cader Trad*. 2009; 25: 61-9.
34. Fillmore C, Beryl JT, Aktins E. Toward a Frame-Based Lexicon: Semantics of Risk e its Neighbors. In: Lehrer A, Kittay EF (eds). *Frames, Fields, and Contrasts: New Essays in Semantic and Lexical organization*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1992. p. 75-102.
35. Lima FRO, Miranda NS. O Frame Semântico como uma ferramenta analítica de compreensão de experiências sociais educacionais. *Gatilho*. 2013 Mai; 8(16): 1-14.
36. Suárez J, Maiz F, Meza M. Inteligencias múltiples: Una innovación pedagógica para potenciar el proceso enseñanza aprendizaje. *Investigación y Postgrado*. 2010 [acess 2015 Jul 27] 25 (1): 81-94. Disponível em:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872010000100005&lng=es&nrm=iso>.
37. Moran S. Por que Inteligências Múltiplas? In: Gardner H, Chen, J.-C, Moran S. *Inteligências Múltiplas ao redor do mundo*. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.380-89.
38. Moran S, Gardner H. Multiple intelligences in the workplace. In: Gardner H. *Multiple intelligences: New horizons*. 1 ed. New York: Basic Books. 2006. p. 213-232.
39. Cerruti C. Building a functional multiple intelligences theory to advance educational neuroscience. *Front Psychol*. 2013; 19: 1-4.
40. Fillmore CJ. The Mechanisms of Construction Grammar. In: Axmaker S, Singmaster H. *Proceedings of the Fourteenth Annual Meeting of the Berkeley Linguistics Society*. 1ª ed. 1988. p. 35-55.
41. Nuallaong W, Nuallaong T, Preechadirek N. Academic Achievement from Using the Learning Medium Via a Tablet Device Based on Multiple Intelligences in Grade 1 Elementary Student. *J Med Assoc Thai*. 2015; 98(3): 24-8.
42. Starks K. Cognitive behavioral game design: a unified model for designing serious games. *Front Psychol*. 2014; 5: 1-10.
43. Pennisi P, Tonacci A, Tartarisco G et al. Autism and social robotics: A systematic review. *Autism Research*. 2016 Fev;9(2):165-83. DOI: 10.1002/aur.1527.
45. Wilmer JB, Germine LT, Nakayama K. Face recognition: a model specific ability. *Front Hum Neurosci*. 2014; 8: 1-5.

46. Woo CC, Donnelly JH, Steinberg-Epstein R et al. Environmental enrichment as a therapy for autism: A clinical trial replication and extension. *Behav Neurosci.* 2015 Ago; 129(4):412-22. DOI: 10.1037/bne0000068.
47. Yoder P, Woynaroski T, Fey M et al. Effects of dose frequency of early communication intervention in young children with and without Down syndrome. *Am J Intellect Dev Disabil.* 2014 Jan; 119(1):17-32.
48. Barnes J. Drama to promote social and personal well-being in six- and seven-year-olds with communication difficulties: the Speech Bubbles project. *Perspect Publ Health.* 2014 Mar; 134(2):101-9.
49. Lerna A, Esposito D, Conson M et al. Long-term effects of PECS on social-communicative skills of children with autism spectrum disorders: a follow-up study. *Int. J. Lang. Commun.* 2014 Jul-Ago; 49(4): 478-85, 2014.
50. Fillmore, CJ. Frame semantics. I.; Geeraerts D. (ed.): *Cognitive linguistics - basic readings*. 1 ed. Hawthorne: Mouton de Gruyter; 2006. P. 373–400
51. De Luca S. El docente y las inteligencias múltiples. *Revista Iberoamericana de Educación.* 2004 [access 2015 Jul 27]; 342: 1-12. Disponible en:<http://www.rieoei.org/deloslectores/616Luca.PDF> .
52. Bianchini, NCP, Andrade, BMR, Damasceno, LL et al. Aspectos da comunicação na síndrome de Werdnig-Hoffman: estudo de caso clínico. *Rev CEFAC.* 2015, 17(5): 1716-1721.
53. Giles AF, St Peter CC, Pence ST et al. Preference for blocking or response redirection during stereotypy treatment. *Res Dev Disabil.* 2012 Nov-Dez;33(6):1691-700.
54. Orsucci FF, Musmeci N, Aas B, Schiepek G, Reda MA, Canestri L, Giuliani A, de Felice G. Synchronization Analysis of Language and Physiology in Human Dyads. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci.* 2016 Apr;20(2):167-91.
55. Tostanoski A, Lang R, Raulston T et al. Voices from the past: comparing the rapid prompting method and facilitated communication. *Develop Neurorehab.* 2014 Ago;17(4):219-23.
56. Chipchase LS, Buttrum PJ, Dunwoodie R et al. Characteristics of student preparedness for clinical learning: clinical educator perspectives using the Delphi approach. *BMC Med Educ.* 2012 Nov; 13: 1-9.
57. Keshishian F, McGarr NS. Motivating factors influencing choice of major in undergraduates in communication sciences and disorders. *Int J Speech Lang Pathol.* 2012 Apr;14(2):174-82.
58. Rovera GG, Gatti A. Linguaggio e Comprensione Esplicativa. *Rivista di Psicologia Individuale.* 2012; 71: 87-128.

59. Wilmer JB; Germine LT; Nakayama K. Face recognition: a model specific ability. *Front. Hum. Neurosci.* 2014; 8: 1-5.
60. Artigas-Pallarés J, Paula-Pérez I. Autismos que se 'curan'. *Revista Neurología*, 2016; 62 (1): 41-S47.
61. Schulster JR. Memory styles and related abilities in presentation of self. *Am. J. Psychol.* 1995; 108(1):67-88.
62. Sternberg RJ. Intelligence. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2012; 14(1):19-27.
63. González-Navarro A, Freire-Prudencio S, Gil D et al. FIRST: a tool for facilitating reading comprehension in high-functioning autism spectrum disorder. *Rev Neurología*. 2014 Feb; 24; 58 (1):129-135.
64. Coppens KM, Tellings A, van der Veld W, Schreuder R, Verhoeven L. Vocabulary development in children with hearing loss: The role of child, family, and educational variables. *Res Dev Disabil.* 2012 Jan-Feb;33(1):119-28.
65. Finestack LH, Sterling AM, Abbeduto L. Discriminating Down Syndrome and Fragile X Syndrome based on language ability. *Journal Of Child Language. J Child Lang.* 2013 Jan;40(1):244-65.
66. Alvarez W, Fuente A, Coloma CJ et al. Association between temporal resolution and Specific Language Impairment: The role of nonsensory processing. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015 Out; 79(10):1702-7.
67. Chen, IC, Tsai PL, Hsu YW et al. Everyday memory in children with developmental coordination disorder. *Resear Develop Disabili.* 2013; 34(1): 687-694.
68. Lopez-Escribano C, Juan MRE, Gomez-Veiga I. A predictive study of reading comprehension in third-grade Spanish students. *Psicothema.* 2013; 251: 199-205.
69. Morris RD, Lovett MW, Wolf M et al. Multiple-component remediation for developmental reading disabilities: IQ, socioeconomic status, and race as factors in remedial outcome. *J Learn Disabil,* 2012; 45(2): 99-127.
70. Wolff U. Effects of a randomised reading intervention study: an application of structural equation modelling. *Dyslexia.* 2011 Nov;17(4):295-311.

3 ARTIGO 2 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E TEORIA DAS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS

3.1 RESUMO

OBJETIVO: investigar qual(is) inteligência(s) favorece(m) mais o desenvolvimento da linguagem (inteligência linguística) dos pacientes, em relação às variáveis estudadas: fase do desenvolvimento (crianças e adolescentes), sexo e inteligência(s) preferencial (is). **MÉTODOS:** utilizou-se a abordagem quanti-qualitativa, com a identificação pela análise de conteúdo da(s) inteligência(s) preferencial(is) dos 107 pacientes participantes da investigação e da(s) inteligência(s) contemplada(s) em cada terapia. Após a codificação destes dados em números, foi realizada a comparação, via teste estatístico, dos resultados obtidos nas 1802 terapias analisadas. **RESULTADOS:** Os dados indicaram que os resultados obtidos na terapia diferem entre crianças e adolescentes, de acordo com a(s) inteligência(s) contemplada(s). Tal diferença é observada em menor proporção, ao se considerar os sexos feminino e masculino. Ainda, encontrou-se que a(s) inteligência(s) preferencial(is) de meninos e meninas são bastante semelhantes. **CONCLUSÃO:** é importante observar as características idade, sexo e inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes na contemplação das diferentes inteligências, via atividades desenvolvidas na terapia, para a qualificação dos resultados.

Palavras-chave: Terapia da linguagem. Distribuição por Idade e Sexo. Inteligência.

TITLE: CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LANGUAGE DISORDERS AND THEORY OF MULTIPLE INTELLIGENCES

3.2 ABSTRACT

OBJECTIVE: to investigate which intelligence increase the most patients' language development (linguistic intelligence) in different subgroups such as: stage of development (children and adolescents), gender and patients' preferential intelligences. **METHODS:** Quantitative and qualitative approach was used. The preferential intelligences and the intelligences accessed was identified by analysis of content from 107 patients in each therapy section. After the codification process data from the 1802 therapies were compared by statistical analysis. **RESULTS:** It was observed that results differ between children and adolescents, according to the intelligences accessed. This difference is observed to a lesser extent when considering the female and male sexes. It has also been found that the preferential intelligences of boys and girls are similar. **CONCLUSION:** it is important to observe the characteristics age, sex and preferential intelligences of the patients in the contemplation of the different intelligences. That diversity should be considered through activities developed in the therapy as it seems to improve therapy results.

Keywords: Language Therapy. Age and Sex Distribution. Intelligence.

3.3 INTRODUÇÃO

Pensar sobre os aspectos que podem guiar o planejamento da terapia fonoaudiológica de linguagem, para além da avaliação e pressupostos teóricos e/ou modelos a serem utilizados, configura-se como uma forma de identificar fatores intervenientes nesse processo ponderando a individualidade de cada paciente. Geralmente, tais fatores não são considerados a priori, mas podem ter relevância sobre o seu desempenho e evolução.

Alguns autores tem se dedicado a investigar e sistematizar métodos de avaliação e, práticas relacionadas ao melhor aproveitamento da capacidade intelectual humana, nos diferentes contextos sociais¹⁻⁴. Estas pesquisas fundamentam-se na Teoria das Inteligências Múltiplas, a qual apresenta oito inteligências: linguística, lógico-matemática, espacial, cinestésico-corporal, musical, interpessoal, intrapessoal e naturalista. Estas são entendidas como sistemas cognitivos relativamente autônomos, que interagem e expressam-se nas ações dos indivíduos de forma particular, ainda, tendo uma ou mais inteligências como a(s) sua(s) preferencial(is).

Entende-se por inteligência preferencial aquela que, quando acessada em alguma atividade, instiga maior interesse ao longo do tempo e/ou é mais desenvolvida no sujeito. Este termo foi elaborado pelas autoras deste trabalho.

Com base nestas inteligências, podem-se estudar as indicações de tipos de recursos e estratégias a serem utilizados na terapia fonoaudiológica de linguagem, para cada fase do desenvolvimento. Sabe-se que a caracterização destas fases é amplamente difundida na literatura⁵⁻⁸. Porém, ao associar a esta o conhecimento da Teoria das Inteligências Múltiplas, acrescenta-se a reflexão sobre a visualização dos elementos mais relacionados a cada uma das inteligências nomeadas que, ao serem contemplados na terapia, podem diferir-se em cada fase, como mais instigantes do desempenho e evolução, em um aspecto específico do desenvolvimento, que é a aquisição da linguagem verbal, entendida como sinônima de inteligência linguística.

Tal entendimento está permeado pela visão de que, apesar das aprendizagens de cada inteligência diferenciarem-se entre si, como as relacionadas ao desenvolvimento da inteligência linguística, estas estão interligadas e interagindo no sistema cognitivo humano^{9,10}. Assim, ao contemplar em uma atividade uma determinada inteligência, por exemplo, a cinestésico-corporal, combinada com a inteligência linguística, pode-se estabelecer interações que interferem uma no desenvolvimento da outra. Estas combinações podem gerar resultados diferentes no trabalho com linguagem verbal em cada fase do desenvolvimento e/ou em função do sexo do paciente. Neste âmbito, para a qualificação da discussão é abordado o estudo dos *frames*¹¹, que são estruturas de conhecimento presentes na cognição humana e que estão imbricadas às oito inteligências.

É importante atentar-se para as singularidades dos pacientes, para além do déficit na linguagem verbal que apresentam. Logo, suas dificuldades implicam na exigência, de que determinadas habilidades sejam trabalhadas no atendimento¹², tal exigência pode ser pensada com base na percepção destas a partir das diferentes inteligências.

Assim, esta pesquisa é permeada pelas características das fases etárias do desenvolvimento dos sujeitos, bem como pela diferenciação em relação ao sexo dos mesmos. O trabalho teve por objetivo investigar quais inteligências favorecem mais o desempenho dos pacientes na terapia, principalmente linguístico, em relação às

variáveis estudadas: fase do desenvolvimento (crianças e adolescentes), sexo e inteligência(s) preferencial(is).

3.4 MÉTODOS

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob protocolo CAEE número 36321214.1.0000.5346. O presente artigo configura-se como uma pesquisa transversal, quanti-qualitativa. A amostra foi de 107 pacientes, com idades entre dois anos e 17 anos e 11 meses, sendo 33 do sexo feminino e 74 do sexo masculino. Os diagnósticos apresentados pelos pacientes foram: desvio fonológico, 27 pacientes; distúrbio de linguagem, 23 pacientes; dificuldades de aprendizagem, 18 pacientes; perda auditiva, 18 pacientes; Síndrome de Down, seis pacientes; deficiência intelectual, quatro pacientes; disfluência/gagueira, dois pacientes, fissura lábio-palatina, dois pacientes; desvio fonético-fonológico, três pacientes; Síndrome de Coffin Siris, um paciente e Síndrome de Turner, um paciente. Os diagnósticos apresentados pelos pacientes, aqui citados, foram transcritos tal qual estavam registrados nos prontuários dos mesmos, portanto, não foram elaborados pelas autoras do trabalho.

Para a realização de uma das análises estatísticas, a amostra foi dividida em dois grupos: crianças e adolescentes. O primeiro grupo era dos pacientes com idade até nove anos e 11 meses e o segundo daqueles com 10 anos até 19 e 11 meses, tendo por base os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde⁸.

Os pacientes participantes da investigação frequentaram a terapia fonoaudiológica no segundo semestre de 2014 e, primeiro semestre de 2015. A terapia acontecia no âmbito dos estágios supervisionados de Habilitação e Reabilitação Auditiva, de Fala e de Linguagem Oral e Escrita, em um Serviço de Atendimento Fonoaudiológico, do Curso de Fonoaudiologia, de uma universidade pública do sul do Brasil. Todos os pacientes foram convidados a participar, porém foram incluídos na pesquisa aqueles que o seu terapeuta aceitou o convite e os pais ou responsáveis autorizaram. Para sistematização dos dados, foram analisadas 1802 terapias fonoaudiológicas. Os terapeutas que concordaram em participar da pesquisa deveriam responder a um Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, sobre cada atendimento realizado. Este roteiro era composto por dois itens descritivos e os demais objetivos.

A elaboração do perfil da(s) inteligência(s) preferencial (is) dos pacientes foi efetivada pela análise de conteúdo dos dados não numéricos combinada à sistematização dos dados numéricos, das informações obtidas em um questionário aplicado com os pais ou responsáveis, com questões, abertas e fechadas, que continham informações sobre as oito inteligências. Eles respondiam com registro escrito a sete questões dissertativas, por exemplo, "O que o seu (a) filho (a) mais gosta de fazer? Por quê? Dê exemplos" e a 74 questões objetivas, as quais deveriam responder, sim ou não ou às vezes, um exemplo deste tipo de questão é "Gosta muito de desenhar ou rabiscar." A pesquisadora estava presente durante a aplicação do questionário, explicando-o antes do início do registro, bem como sanando dúvidas sobre as questões ao longo da ação. Além disso, os pais ou responsáveis poderiam optar em responder oralmente as perguntas, neste caso, a pesquisadora realizava o registro.

Esses dados foram associados à pesquisa documental nos relatórios de atendimento contidos nos prontuários, na qual se buscou e analisou-se o último relatório semestral para compor o perfil de cada participante da pesquisa. Os dados

do perfil de 22 pacientes, que corresponde a 20% da amostra, foram repassados a três juízes, de diferentes áreas (Fonoaudiologia, Educação e Psicologia), com conhecimento da Teoria das Inteligências Múltiplas, para que fossem analisados e julgados por estes. O percentual de concordância entre a análise das pesquisadoras e das juízas foi de 89%. Esta ação foi realizada no intuito de garantir a confiabilidade dos dados sistematizados pelas pesquisadoras.

Após a codificação dos perfis em números foi realizado o Teste Binomial, no programa Statistica 7. Este teste proporcionou a comparação entre as proporções dos sexos, para verificar se havia diferença significativa entre os perfis de inteligência(s) preferencial (is) dos pacientes do sexo masculino e do feminino.

Pela análise de conteúdo do item descritivo, “Descrição da atividade e recursos (materiais) utilizados”, do Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, foi (foram) levantadas(s) qual(is) das oito inteligências foi (foram) contempladas em cada terapia, sendo as próprias inteligências as categorias de análise elegidas a priori. Tal levantamento foi organizado em uma tabela, com os recursos e estratégias categorizados, conforme sua relação com cada inteligência, bem como codificado em número, por exemplo, em uma terapia na qual eram contempladas as inteligências linguística, codificada pelo número “1” e espacial, codificada pelo número “3”, atribuíam-se o número 13.

As questões objetivas do roteiro eram compostas por itens: comportamento linguístico verbal (expressão); qualificação do desempenho verbal; comportamento linguístico não verbal (expressão); qualificação do desempenho não verbal; compreensão; comportamento linguístico verbal (leitura e escrita); interesse pela atividade; motivação na atividade; envolvimento na tarefa; o paciente percebeu a sua efetividade na terapia; envolvimento da terapeuta na tarefa. Tais itens eram compostos por subitens, que serão visualizados nos resultados do artigo, sendo o resultado da terapia referente a cada um desses, classificado pelos números: (1) Frequentemente; (2) Às vezes; (3) Raramente e (4) Nunca (relação com fatores extra terapia: doença, mal estar, problema familiar, etc.) ou (A) Totalmente, (B) Parcialmente e (C) Nunca.

Também foram tabulados em planilhas no *excel* e, convertidos em números para fins estatísticos os dados dos 107 pacientes participantes da pesquisa. Assim, para os pacientes do sexo masculino foi atribuído o número “0” e, para os pacientes do sexo feminino “1”; também foram classificados em crianças, sendo atribuído o número “0” e, adolescentes, sendo atribuído o número “1”. Após esta codificação, os dados foram divididos e alocados em novas tabelas, a partir das características idade e sexo.

Com os dados encontrados em cada item do Roteiro Estruturado de Evolução referente aos resultados, realizou-se a estatística descritiva, com a elaboração de tabelas no programa *excel*, com a transcrição dos dados e levantamento da frequência de cada resposta em nos subitens de cada item. Com os dados codificados e categorizados, foi aplicado pelas pesquisadoras o teste estatístico Kruskal-Wallis, no programa Statistica 7, com a supervisão de um profissional capacitado.

Neste teste, compararam-se os resultados, observando em quais itens do roteiro era verificada diferença com significância estatística ($p \leq 0,05$) das terapias nas quais foi contemplada cada inteligência ou a combinação dessas. Nos resultados dos itens do roteiro nos quais se verificou esta diferença, aplicou-se o Teste de Comparações Múltiplas, no programa estatístico informado anteriormente, para encontrar qual(is) as inteligência(s) que diferiam entre si. Esta análise

demonstrou a inteligência ou a combinação delas contempladas na terapia, na(s) qual(is) os pacientes apresentaram melhores resultados, em relação à sua idade e ao sexo.

3.5 RESULTADOS

No Quadro 1 é apresentado o resultado das comparações com significância estatística, entre as combinações de inteligências, dos pacientes crianças e adolescentes:

Quadro 1 – Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia, em relação aos dados do Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, das crianças e dos adolescentes

Subitem do roteiro de evolução (p ≤ 0,05)	Inteligência(s) com melhores resultados		Inteligência(s) com piores resultados	
Idade	Adolescentes		Adolescentes	
O paciente utilizou vocalizações	Linguística, Espacial e Musical		Lógico-matemática, Espacial e Musical	
O paciente utilizou palavras isoladas	Linguística, Espacial e Musical		Lógico-matemática, Espacial e Musical	
	Linguística, Musical e Intrapessoal			
Idade	Crianças		Crianças	
O paciente utilizou frases (simples e complexas)	Linguística		Cinestésico-corporal	
	Linguística e Espacial		Musical	
	Linguística e Cinestésico-corporal		Cinestésico-corporal e Musical	
	Linguística e Interpessoal		Cinestésico-corporal e Interpessoal	
	Espacial e Cinestésico-corporal		Cinestésico-corporal e Musical Cinestésico-corporal e Interpessoal	
	Linguística e Espacial			
	Linguística e Cinestésico-corporal			
	Linguística e Interpessoal		Cinestésico-corporal e Interpessoal	
	Espacial e Cinestésico-corporal			
O paciente fez relatos	Linguística		Cinestésico-corporal	
	Espacial			
Idade	Crianças	Adolescentes	Crianças	Adolescentes
O paciente utilizou gestos não simbólicos	Espacial e Musical	Linguística, Espacial e Musical	Linguística e Espacial	Lógico-matemática, Espacial e Musical
	Cinestésico-corporal e Interpessoal	Linguística, Musical e Intrapessoal	Linguística e Interpessoal	
	Cinestésico-corporal e Interpessoal		Espacial e Cinestésico-corporal	

Quadro 1 – Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia, em relação aos dados do Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, das crianças e dos adolescentes

(conclusão)

Subitem do roteiro de evolução (p ≤ 0,05)	Inteligência(s) com melhores resultados		Inteligência(s) com piores resultados	
Idade	Crianças		Crianças	
O paciente utilizou expressões de reprovação	Espacial e Musical		Linguística e Espacial	
Idade	Crianças	Adolescentes	Crianças	Adolescentes
O paciente precisa de associação de gestos para compreender	Espacial e Musical	Linguística, Musical e Intrapessoal Lógico-matemática, Espacial e Musical	Linguística e Interpessoal	Linguística, Espacial e Musical
O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato	Linguística	Linguística e Intrapessoal	Cinestésico-corporal	Espacial e Musical
	Linguística e Espacial		Espacial e Musical	
	Linguística, Espacial e Cinestésico-corporal		Espacial, Interpessoal e Intrapessoal	
Idade	Crianças		Crianças	
O paciente compreende ordem e/ou informações não relacionadas ao contexto imediato	Linguística		Cinestésico-corporal	
			Musical	
	Linguística e Espacial		Espacial e Musical	
	Linguística e Interpessoal		Cinestésico-corporal e Interpessoal	
	Linguística e Interpessoal		Cinestésico-corporal e Musical	
	Espacial e Cinestésico-corporal		Espacial e Musical	
	Linguística, Espacial e Cinestésico-corporal		Cinestésico-corporal e Interpessoal	
	Linguística, Espacial, Cinestésico-corporal e Interpessoal		Espacial, Interpessoal e Intrapessoal	
Linguística, Espacial, Musical e Intrapessoal		Espacial, Cinestésico-corporal, Musical e Interpessoal		

Testes estatísticos: Kruskal-Wallis e Teste de Comparações Múltiplas, p ≤ 0,05.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os resultados do teste estatístico mostraram que, em ambos os grupos, crianças e adolescentes, dentre as inteligências que conferem melhores resultados à terapia, destacam-se a linguística, a espacial e a musical, diversificando as combinações entre elas e/ou com outras inteligências. Destaca-se também, que a inteligência interpessoal e cinestésico-corporal estão presentes nas combinações no grupo das crianças e, em nenhuma nas dos adolescentes. Já a inteligência intrapessoal é verificada somente em uma combinação no grupo das crianças e, muito frequente no grupo dos adolescentes.

No Quadro 2 é apresentado o resultado das comparações com significância estatística, entre as combinações de inteligências, dos pacientes do sexo feminino e do sexo masculino:

Quadro 2– Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia, em relação aos dados do Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, dos pacientes do sexo feminino e do sexo masculino

Subitem do roteiro de evolução (p ≤ 0,05)	Inteligência(s) com melhores resultados		Inteligência(s) com piores resultados	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
O paciente utilizou frases (simples e complexas)	Linguística	Linguística	Espacial Interpessoal	Cinestésico-corporal
	Linguística e Espacial	Linguística e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Interpessoal
	Linguística e Interpessoal		Cinestésico-corporal e Interpessoal	
Sexo	Masculino			
O paciente fez relatos	Linguística		Cinestésico-corporal	
	Espacial		Cinestésico-corporal e Interpessoal	
	Linguística e Espacial			
	Linguística e Cinestésico-corporal			
	Linguística e Interpessoal			
	Linguística e Intrapessoal			
Espacial e Cinestésico-corporal				
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
O paciente utilizou gestos não simbólicos	Espacial e Musical	Espacial e musical	Linguística e Espacial	Linguística e Interpessoal
	Cinestésico-corporal e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Interpessoal	Linguística e Espacial	Linguística e Interpessoal
		Linguística, Musical e Intrapessoal		Lógico-matemática, Espacial e Musical.
Sexo	Masculino			
O paciente utilizou gestos simbólicos	Linguística		Espacial	
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
O paciente precisa de associação de gestos para compreender	Espacial e Musical	Cinestésico-corporal	Linguística e Espacial Linguística e Interpessoal	Linguística Espacial
		Espacial, Interpessoal e Intrapessoal	Linguística e Intrapessoal	Lógico-matemática, Espacial e Musical
		Cinestésico-corporal, Musical e Interpessoal	Linguística e Espacial	

Quadro 2– Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia, em relação aos dados do Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, dos pacientes do sexo feminino e do sexo masculino

(conclusão)

Subitem do roteiro de evolução (p ≤ 0,05)	Inteligência(s) com melhores resultados		Inteligência(s) com piores resultados		
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Sexo					
O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato	Linguística e Interpessoal	Linguística	Espacial e Musical	Cinestésico-corporal	
		Espacial		Espacial, Interpessoal e Intrapessoal	
		Linguística, Espacial e Cinestésico-corporal			
		Linguística, Musical e Intrapessoal			
		Lógico-matemática, Espacial e Musical			
		Lógico-matemática, Espacial e Musical			
Linguística, Espacial e Musical					
O paciente compreende ordem e/ou informações não relacionadas ao contexto imediato	Linguística e Interpessoal	Linguística	Espacial e Musical	Cinestésico-corporal	
		Espacial		Musical	
		Linguística e Espacial		Cinestésico-corporal	
		Linguística e Interpessoal		Espacial e Musical	Cinestésico-corporal e Interpessoal
		Linguística e Intrapessoal			Cinestésico-corporal e Interpessoal
		Espacial e Cinestésico-corporal		Espacial, Interpessoal e Intrapessoal	
		Linguística, Espacial e Cinestésico-corporal			
		Linguística, Cinestésico-corporal e Interpessoal			
		Linguística, Musical e Intrapessoal			
		Lógico-matemática, Espacial e Musical			
		Linguística, Espacial, Musical e Intrapessoal			
Linguística, Espacial, Musical e Intrapessoal					
Linguística, Espacial, Musical e Intrapessoal					
Linguística, Espacial, Musical e Intrapessoal					
Linguística, Espacial, Musical e Intrapessoal					

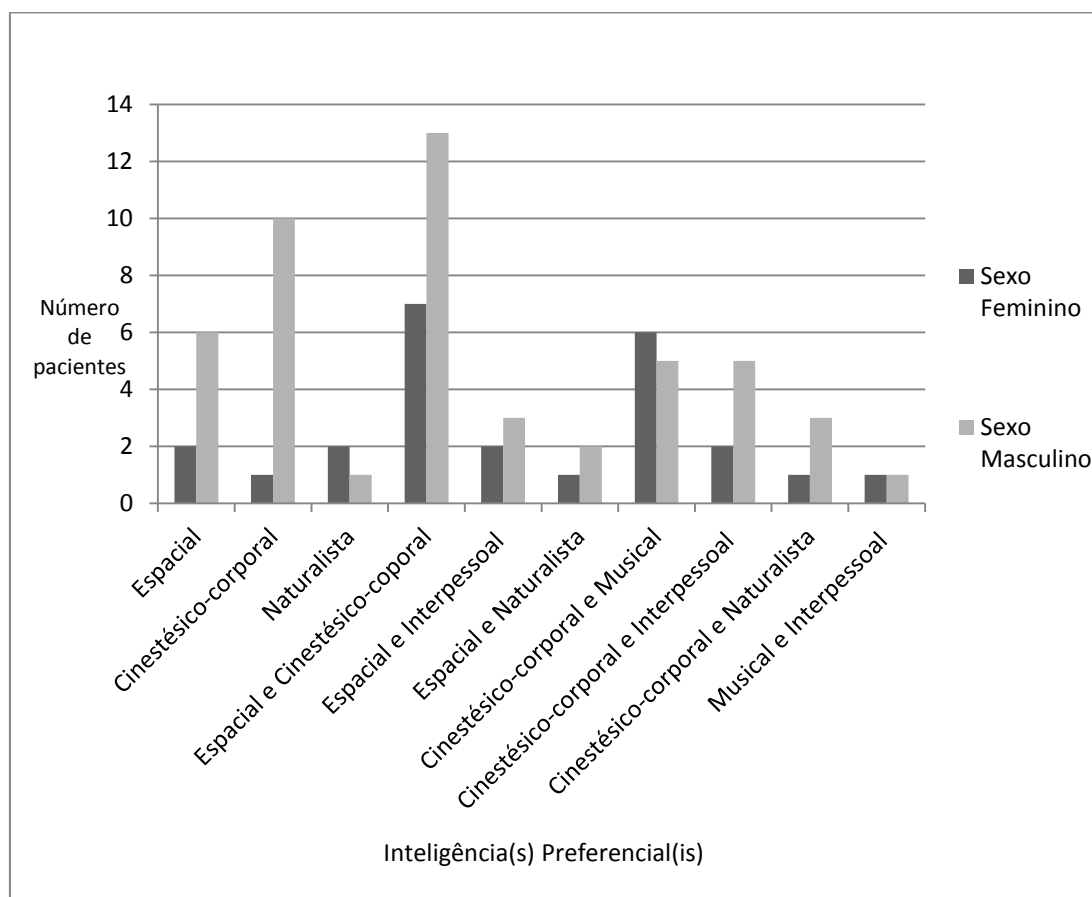
Testes estatísticos: Kruskal-Wallis e Teste de Comparações Múltiplas, $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Percebe-se nos dados dos pacientes do sexo masculino, foram encontrados mais dados com significância estatística. Possivelmente, dentre outros fatores, em virtude da amostra dos pacientes do sexo masculino ser duas vezes maior do que a do sexo feminino.

Ainda, foi realizada a análise estatística descritiva, da frequência dos perfis de inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes. Na primeira análise tiveram 49 observações dos pacientes do sexo masculino e 26 do sexo feminino.

Gráfico 1 – Comparação entre sexo feminino e masculino quanto à frequência dos tipos de inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes



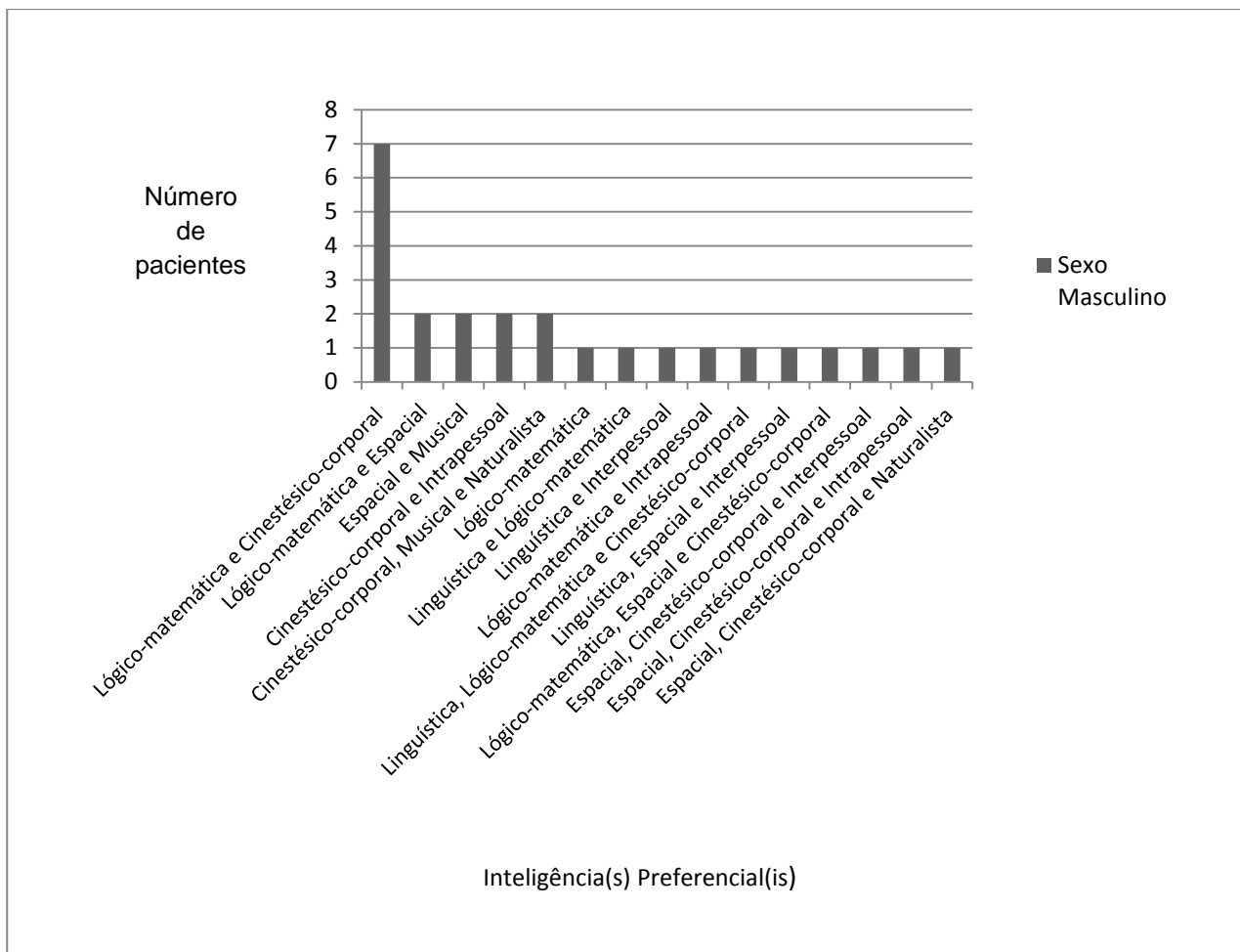
Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os três perfis de inteligência(s) preferencial(is) com maior frequência foram: em primeiro lugar a combinação, cinestésico-corporal e espacial em ambos os sexos. Na sequência, nos pacientes do sexo masculino, cinestésico-corporal em segundo lugar e, espacial em terceiro; já nos pacientes do sexo feminino, cinestésico-corporal e musical em segundo lugar e, empatadas em terceiro lugar, com dois pacientes, em cada inteligência ou combinação: espacial; naturalista, espacial e interpessoal e cinestésico-corporal e interpessoal.

No resultado do Teste Binomial, a única inteligência na qual se verificou diferença com significância estatística foi a cinestésico-corporal ($p= 0,003$). Tal dado indicou que esta inteligência como preferencial tem frequência significativamente maior nos pacientes do sexo masculino em relação aos do sexo feminino.

No Gráfico 2 tem-se a frequência dos tipos de inteligência(s) preferenciais ou combinações que apareceram exclusivamente em pacientes do sexo masculino:

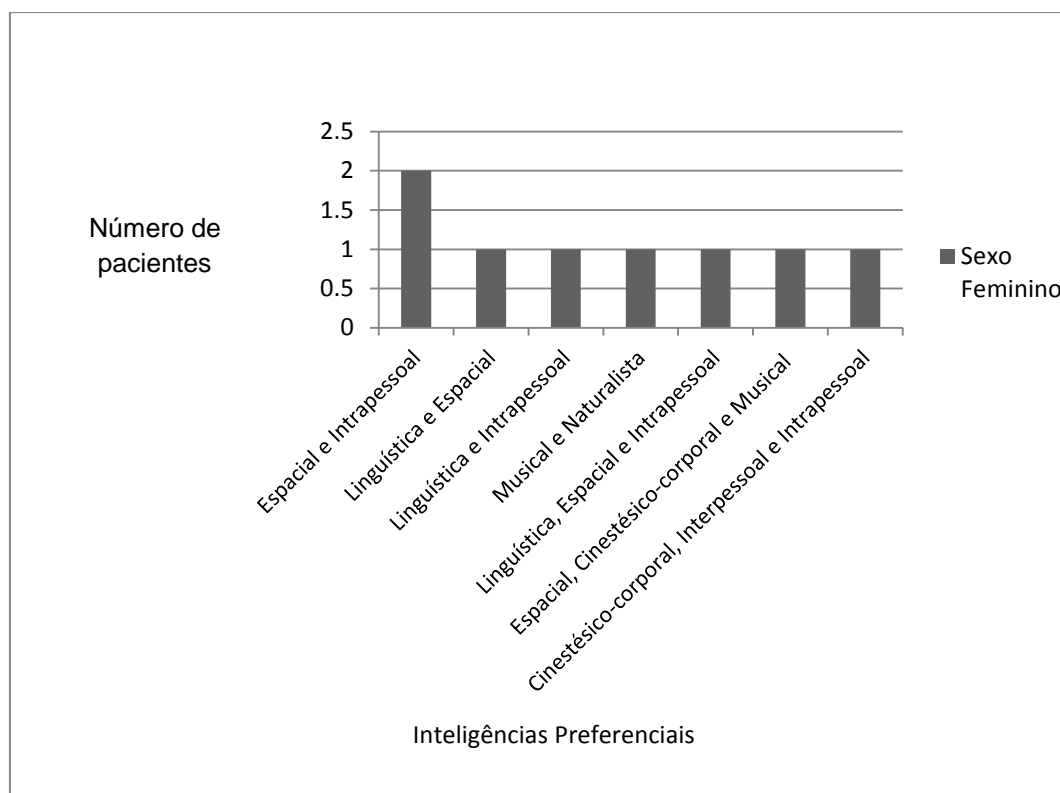
Gráfico 2 – Frequência dos tipos de inteligência(s) preferenciais dos pacientes. Inteligências ou combinações que apareceram exclusivamente em pacientes do sexo masculino



Fonte: Elaborado pelas autoras.

No Gráfico 3 tem-se a frequência dos tipos de inteligência(s) preferenciais ou combinações que apareceram exclusivamente em pacientes do sexo feminino:

Gráfico 3 – Frequência dos tipos de inteligência(s) preferenciais dos pacientes. Inteligências ou combinações que apareceram exclusivamente em pacientes do sexo feminino



Fonte: Elaborado pelas autoras.

As combinações de inteligências preferenciais que apareceram de forma exclusiva em um dos sexos foram 25 do sexo masculino e, oito do sexo feminino. A combinação da inteligência lógico-matemática com a cinestésico-corporal foi a mais frequente nos pacientes do sexo masculino (sete pacientes), em seguida, com dois pacientes com cada combinação: lógico-matemática e espacial, espacial e musical, cinestésico-corporal e intrapessoal e cinestésico-corporal e naturalista.

Já nos pacientes do sexo feminino, a mais frequente é a espacial e intrapessoal, com dois pacientes, as demais combinações foram representadas por apenas um paciente em cada uma. As inteligências mais frequentes nas combinações das preferenciais dos pacientes do sexo masculino foram a cinestésico-corporal, a lógico-matemática e a espacial, já nos pacientes do sexo feminino a linguística, a espacial e a intrapessoal.

3.6 DISCUSSÃO

Pesquisar as variáveis, idade e sexo, de pacientes com aquisição ou desenvolvimento atípico de linguagem¹³, relacionada à Teoria das Inteligências Múltiplas configura-se como uma nova perspectiva para a reflexão da sistematização da terapia fonoaudiológica voltada a esses. Muitos estudos mostram que as características individuais interferem no desempenho e na evolução em terapia, dentre estas, a de linguagem, e/ou na prontidão para novas aprendizagens escolares, para além das características relativas ao diagnóstico¹⁴⁻¹⁶. Logo, é

importante valorizar as singularidades das crianças e adolescentes para obter melhores resultados.

A idade foi estudada a partir da compreensão das fases do desenvolvimento, na qual os pacientes foram agrupados em crianças e adolescentes. Assim, a análise e discussão dos dados foram pautadas na relação entre as propostas de atividades elaboradas para a terapia, relacionando os recursos e estratégias utilizadas nessas, com a contemplação dos oito tipos de inteligências. Verificou-se nos resultados que as crianças e os adolescentes apresentam características desiguais tanto em relação a quais níveis de complexidade linguística diferem, quanto às inteligências que, quando contempladas em terapia geram melhores resultados a mesma.

No primeiro grupo, foram observadas diferenças nos níveis mais complexos da expressão verbal (frases e relatos) e, no segundo, em fases menos complexas (palavras isoladas) e também em outros meios de comunicação (vocalizações), sendo que os adolescentes quando apresentam dificuldades nestas habilidades na terapia apresentam grande comprometimento da expressão verbal. Tais resultados podem ser entendidos também em relação à influência do nível de desenvolvimento linguístico dos pacientes que compuseram a amostra desta pesquisa, os dados com significância estatística dos adolescentes, possivelmente referem-se àqueles que têm maior comprometimento de linguagem e, das crianças, àquelas que já se expressam com maior complexidade, assim explica-se esta significância. Porém, acredita-se que a riqueza dos dados está na observação de quais inteligências podem ser contempladas na terapia, para obtenção de melhores resultados, em determinados aspectos com os adolescentes e, em outros, com as crianças. Esta identificação pode ser visualizada no Quadro 1.

Ambos os grupos apresentaram diferenças entre as inteligências contempladas nos itens relativos aos gestos não simbólicos e, aos de compreensão verbal, nos níveis menos complexo e intermediário. As duas habilidades remetem à inteligência interpessoal, que está relacionada à competência para interagir e entender o outro, logo esta capacidade precisa ser trabalhada nos pacientes, observando os recursos e estratégias relacionados à qual(is) inteligência(s) em cada grupo.

No grupo das crianças, tanto na expressão verbal e não verbal, quanto na compreensão, representadas nos itens do Quadro 1, as inteligências que quando contempladas em terapia geram melhores resultados foram: a cinestésico-corporal e a espacial, principalmente e, a interpessoal, as três isoladas ou combinadas com a linguística. Já para os adolescentes, a inteligência linguística, isolada e/ou combinada, principalmente com a inteligência espacial e/ou musical e/ou intrapessoal, quando contemplada por meio dos recursos e estratégias utilizados na terapia, é a que proporciona melhores resultados em relação à outras combinações de inteligências.

Cada inteligência compreende um conjunto de capacidades e saberes próprios, porém esses podem interagir com os de outra inteligência, pela complexidade dos processos cognitivos envolvidos no desempenho de diferentes atividades pelos seres humanos^{2,3,9}. Este conjunto pode ser visualizado como *frames* cognitivos e semânticos, que são estruturas do conhecimento da cognição que, respectivamente, são ou não, constituídas e perpassadas pela linguagem verbal¹¹.

Ao remeter-se aos resultados desta pesquisa, compreende-se que os recursos e estratégias terapêuticas, da inteligência linguística, que compreende os *frames* semânticos, combinados aos das inteligências cinestésico-corporal e

espacial, que mobilizam determinados *frames* cognitivos, relacionados a movimento fino e amplo e/ou a espaços e suas representações em objetos ou figuras, dentre outros, são os mais instigantes da aquisição e desenvolvimento da inteligência linguística pelas crianças. Algumas pesquisas abordam este tipo de trabalho, uma traz a importância da cognição não verbal para o desenvolvimento das habilidades do brincar, das funções executivas e da linguagem verbal¹⁷. Outro trabalho evidencia que o enriquecimento sensorio motor auxilia na promoção da compreensão verbal¹⁸. Ainda, tem-se a investigação que mostra atividades com vídeos, como qualificadoras da linguagem verbal¹⁹ e, mais uma pesquisa, que aponta o uso de figuras como favorecedor das habilidades pragmáticas e de atenção²⁰.

Aborda-se a inteligência interpessoal, sendo que esta inteligência mostra-se como importante à qualificação da linguagem verbal, tanto na compreensão, quanto na expressão verbal de crianças. Pela pouca idade, bem como pelas dificuldades de interação que advêm do déficit que apresentam²¹, os pacientes crianças precisam desenvolver as habilidades relacionadas a esta inteligência que diz respeito à capacidade de se comunicar e de relacionar-se socialmente, dentre outros.

Esta indicação está presente em muitos trabalhos, por exemplo, um no qual foi verificada a correlação positiva entre o desempenho das crianças em relação à inteligência emocional, por exemplo, no reconhecimento das emoções no outro e, o desempenho em atividades de linguagem verbal²². Artigas-Pallarés e Paula-Pérez²³ e Greenslade e Coggins²⁴ asseveram que o interesse em entender os comportamentos e interagir com outras pessoas são fatores primordiais para o desenvolvimento global e da inteligência linguística. Esta evidência aponta a importância de se trabalhar com as habilidades da inteligência interpessoal para contribuir com o desenvolvimento da linguagem verbal das crianças, como já exemplificado anteriormente e, também com os adolescentes,

Já no grupo dos pacientes adolescentes destacam-se, principalmente, os *frames* semânticos, pois neste grupo somente em um resultado apresentado tem-se uma combinação na qual não está presente a inteligência linguística. Logo, a abordagem de recursos e estratégias estritamente relacionados a esta inteligência é essencial ao trabalho com os pacientes adolescentes, por exemplo, livros, diálogos e jogo de perguntas e respostas.

Além disso, na proposta da Gramática das Construções²⁵, que tem como base o estudo dos *frames*²⁶, é abordado como mais relevante o estudo do significado das construções linguísticas, do que das suas estruturas e possíveis combinações. Compreende-se esta assertiva como relacionada à inteligência linguística, em relação à seleção dessas para serem abordadas na terapia, principalmente no que diz respeito ao resultado de compreensão verbal no grupo dos adolescentes.

Também, refere-se à intrapessoal, sendo que tal inteligência está pautada tanto no autoconhecimento, como nos temas de interesse no momento em que o adolescente encontra-se em terapia. Estes dois tipos de inteligência citadas, nas quais foram encontrados mais dados com significância estatística no grupo dos adolescentes, evidencia-se que a estratégia ou recurso selecionado para a atividade terapêutica precisa ser extremamente significativa para estes pacientes, o que implica na escolha criteriosa das atividades. É válido ressaltar que a inteligência lógico-matemática aparece somente nos resultados relativos aos adolescentes. Este achado pode estar relacionado ao fato de que esta inteligência começa a apresentar-se na sua forma mais desenvolvida somente nos primeiros anos da adolescência²⁷.

O estudo dos *frames* relacionados ao desenvolvimento da linguagem verbal é importante ao se reconhecer que grande parte da aquisição desta, tem base nas experiências significativas relacionadas às construções linguísticas²⁸. Logo, faz-se importante reconhecer o conhecimento prévio dos pacientes da terapia de linguagem para a sistematização do atendimento²⁹. Neste sentido, na medida em que se verifica no trabalho com as habilidades linguísticas na terapia, independente do seu nível de complexidade, que as mesmas inteligências geram os melhores resultados, em cada um dos grupos, entende-se a relevância de se utilizar recursos e estratégias que as contemplem e sejam significativos para os pacientes.

Uma das temáticas mais recorrentes nas pesquisas voltadas à Teoria das Inteligências Múltiplas refere-se à abordagem da percepção de pessoas leigas sobre sexo, gênero e papéis sociais relacionados³⁰⁻³⁶. Dentre estas, não se encontrou investigações que contemplasse as diferenças entre os sexos de pacientes com alteração de linguagem.

Em ambos os sexos, nos níveis mais complexos da expressão oral (frases e relatos), linguística e interpessoal, principalmente, e espacial, em detrimento da cinestésico-corporal combinada ou não com outras, são as inteligências que, quando contempladas em terapia, geram melhores resultados. No item “O paciente utilizou gestos não simbólicos”, que corresponde a uma manifestação não verbal, as três primeiras inteligências que conferem melhores resultados, em ambos os sexos, também são não verbais: espacial, musical, cinestésico-corporal e interpessoal.

A inteligência espacial contemplada na terapia de forma isolada ou combinada corresponde à situação mais recorrente, em que não é apreciada a linguística, diretamente nos recursos e estratégias utilizados na terapia e, são gerados melhores resultados na terapia do que outra(s) inteligência(s). Esta inteligência coincide com a combinação, com o número mais elevado de pacientes, de ambos os sexos, que apresentam esta como uma das suas inteligências preferenciais. Neste sentido, independente do sexo, abordar recursos e estratégias relacionadas à inteligência espacial tende a favorecer a ocorrência de bons resultados na terapia de linguagem.

Observou-se que, nos pacientes do sexo masculino, um número maior de diferentes inteligências e combinações diferiram nos resultados do que nos pacientes do sexo feminino. Nestas, destacam-se as inteligências cinestésico-corporal, espacial, lógico-matemática, intrapessoal, musical, aparecendo combinadas ou não com a inteligência linguística. A inteligência cinestésico-corporal, quando contemplada em terapia, instiga melhores resultados em várias habilidades e, aparece como significativamente mais frequente como inteligência preferencial nos pacientes do sexo masculino. Logo, é profícuo ao trabalho terapêutico com meninos atividades que envolvam movimento.

É interessante pontuar que, em ambos os sexos, a combinação mais frequente de inteligências preferenciais é a mesma: espacial e cinestésico-corporal. Nas demais combinações, pacientes do sexo masculino e feminino, diferem nas inteligências que compõem o perfil de inteligência(s) preferencial(is), sendo mais frequentes a cinestésico-corporal, lógico-matemática e espacial nos primeiros; e a linguística, a espacial e a intrapessoal, nos segundos. Muitos estudos apresentaram as diferentes percepções de homens e mulheres, acerca das suas inteligências e/ou de seus parceiros e/ou de seus pais e/ou de seus filhos. Na maioria desses encontrou-se que há uma compreensão diferente, em relação às inteligências e melhor desempenho, sendo o dos homens, principalmente, nas atividades

relacionadas à espacial e à lógico-matemática e, o das mulheres, principalmente, à interpessoal³⁰⁻³⁶.

Neste sentido, ao se comparar os resultados desta investigação com outros estudos, verifica-se que são parcialmente semelhantes. Os pacientes de ambos os sexos apresentam melhores resultados na terapia a partir do trabalho com as mesmas inteligências, principalmente a linguística combinada com a inteligência espacial ou com a interpessoal. Também, pacientes de ambos os sexos têm a inteligência espacial como uma das inteligências preferenciais mais frequentes. Em contrapartida, encontrou-se a inteligência lógico-matemática, somente entre as preferenciais dos pacientes do sexo masculino, estando de acordo com os estudos que mostram que, a percepção geral das pessoas é a de que este sexo apresenta esta inteligência mais desenvolvida, do que as pessoas do sexo feminino.

3.7 CONCLUSÃO

Crianças e adolescentes diferem nos resultados obtidos, em relação à(s) inteligência(s) contemplada(s) em terapia, por meio dos recursos e estratégias selecionados pelos terapeutas. Este dado é muito importante para o planejamento dos atendimentos, uma vez que, por exemplo, uma atividade ou jogo que é instigante do desenvolvimento da linguagem para a criança, pode não ser para o adolescente e vice-versa. Logo, é necessário escolher estes elementos considerando tal especificidade, o que pelo tempo e demanda dos atendimentos, pode não ser realizado, ao se pensar em utilizar o mesmo recurso e/ou estratégia, por exemplo, com dois pacientes que são atendidos em sequência.

Os pacientes do sexo masculino e feminino diferem menos entre si, em relação à diversificação das inteligências, que, quando contempladas na terapia, geram melhores resultados, quanto ao desenvolvimento da compreensão e expressão verbal e, expressão não verbal. Porém, diferem na(s) inteligência(s) que é (são) as sua(s) preferencial (is).

3.8 REFERÊNCIAS

1. Armstrong, T. As inteligências múltiplas na sala de aula. 2ª ed. 2001. Porto Alegre: Artmed Editora.
2. Gardner H. O nascimento e a Difusão de um “Meme”. In: Gardner H, Chen, J.-C, Moran S. Inteligências Múltiplas ao redor do mundo. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.16-30.
3. Gardner H . Inteligencias múltiples: la teoría em la práctica. Tradução por María Teresa Melero Nogués. 1ª ed. 4ª reim. Buenos Aires: Paidós, 2011.
4. Shearer B. An Inter-rater Reliability Study of a Self-assessment for the Multiple Intelligences. Int J Psychol Stud. 2012; 4(3): 131-138.
5. Newcombe N. Desenvolvimento infantil. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Editora MS, 2002.

7. Bee H. *A criança em desenvolvimento*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
8. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. 1 ed. World Health Organization: Geneve, 2006.
9. Moran S. Por que Inteligências Múltiplas? In: Gardner H, Chen, J.-C, Moran S. *Inteligências Múltiplas ao redor do mundo*. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.380-89.
10. Moran S, Gardner H. Multiple intelligences in the workplace. In: Gardner H. *Multiple intelligences: New horizons*. 1 ed. New York: Basic Books. 2006. p. 213-232.
11. Fillmore, CJ; Baker, C. A Frames Approach to Semantic Analysis. In: Heine B , Narrog H. *The Oxford Handbook of Linguistic Analysis*. 1 ed. New York: Oxford University Press; 2009. P. 313-339.
12. Befi-Lopes DB, Cáceres AM, Esteves L. Perfil linguístico de crianças com alteração específica de linguagem. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(3):274-8.
13. Befi-Lopes DM, Nuñez CO, Cáceres AM. Correlação entre vocabulário expressivo e extensão média do enunciado em crianças com alteração específica de linguagem. *Rev. CEFAC*. 2013; 15(1):51-57.
14. Hedvall, Åsa; Westerlund J, Fernell E, Norrelgen F, Kjellmer L, Olsson MB et al. Preschoolers with Autism Spectrum Disorder Followed for 2 Years: Those Who Gained and Those Who Lost the Most in Terms of Adaptive Functioning Outcome. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45 (11): 3624-3633. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-015-2509-3>.
15. Pentimonti JM, Justice LM, Kaderavek JN. School-readiness profiles of children with language impairment: linkages to home and classroom experiences. *Int J Lang Commun Disord*. 2014; 49(5):567-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12094>.
16. Ullrich D; Ullrich K; Marten M. A longitudinal assessment of early childhood education with integrated speech therapy for children with significant language impairment in Germany. *Int J Lang Commun Disord*. 2014 Set-Out; 49(5): 558-66.
17. Faja S, Dawson G, Sullivan K, Meltzoff AN, Estes A, Bernier R. Executive function predicts the development of play skills for verbal preschoolers with autism spectrum disorders. *Autism Res*. 2016; 1:1-11. DOI: doi: 10.1002/aur.1608.
18. Woo CC, Donnelly JH, Steinberg-Epstein R, Leon M. Environmental enrichment as a therapy for autism: A clinical trial replication and extension. *Behav Neurosci*. 2015 Ago; 129(4):412-22. DOI: 10.1037/bne0000068.

19. Sun C, Zhang T, Bao BK, Xu C, Mei T. Discriminative exemplar coding for sign language recognition with Kinect. *IEEE Trans Cybern.* 2013 Out; 43(5):1418-28. DOI: 10.1109/TCYB.2013.2265337.
20. Lerna A, Esposito D, Conson M, Massagli A. Long-term effects of PECS on social-communicative skills of children with autism spectrum disorders: a follow-up study. *Int. J. Lang. Commun.* 2014 Jul-Ago; 49(4): 478-85, 2014.
21. Netten AP, Rieffe C, Theunissen SC, Soede W, Dirks E, Briaire JJ, Frijns JH. Low empathy in deaf and hard of hearing (pre)adolescents compared to normal hearing controls. *PLoS One.* 2015 Abr ;10(4):e0124102. DOI: 10.1371/journal.pone.0124102.
22. Beck L. Relationship between language competence and emotional competence in middle childhood. *Emotion.* 2012; 12 (3): 503-514.
23. Artigas-Pallarés J, Paula-Pérez I. Autismos que se 'curan'. *Revista Neurología,* 2016; 62 (1): 41-S47.
24. Greenslade KJ, Coggins TE. Assessing young children's intention-reading in authentic communicative contexts: preliminary evidence and clinical utility. *Int J Lang Commun Disord.* 2014 Jul-Ago;49(4):463-77. DOI: 10.1111/1460-6984.12076.
25. Fillmore, CJ. Frame semantics. I.; Geeraerts D. (ed.): *Cognitive linguistics - basic readings.* 1 ed. Hawthorne: Mouton de Gruyter; 2006. P. 373–400
26. Morato EM. A noção de frame no contexto neurolinguístico: o que ela é capaz de explicar? *Cader Letr UFF.* 2010; 41: 93-113.
27. Gardner H. *Estruturas da Mente: A Teoria das Inteligências Múltiplas.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
28. Miranda, NS; Bernardo FC. Frames, discurso e valores. *Cad Est Lingui.* 2013 Jan-Jun; 55(1): 81-97.
29. Lima FRO, Miranda NS. O Frame Semântico como uma ferramenta analítica de compreensão de experiências sociais educacionais. *Gatilho.* 2013 Mai; 8(16): 1-14.
30. Furnham A, Kosari A, Swami V. Estimates of self, parental and partner multiple intelligences in Iran: a replication and extension. *Iran J Psychiatry.* 2012; 7(2):66-73.
31. Furnham A, Shagabudinova K. Sex differences in estimating multiple intelligences in self and others: A replication in Russia. *Int J Psychol.* 2012;47(6):448-59. DOI: 10.1080/00207594.2012.658054.
32. Neto F, da Conceição Pinto M, Mullet E, Furnham A. Estimates of lay views about reversal multiple intelligences for self and others: Sex and cross-cultural comparisons. *Int J Psychol.* 2015; [s.l.]: 1-10. DOI: 10.1002/ijop.12241. [Epub ahead of print]

33. Neto F, Furnham A. Sex Differences in Parents' Estimations of their Own and their Children's Multiple Intelligences: A Portuguese Replication. *Span J Psychol.* 2011 May;14(1):99-110.
34. Neto F, Furnham A, Pinto Mda C. Estimating One's Own and One's Relatives' Multiple Intelligence: A Cross-Cultural Study from East Timor and Portugal. *Span J Psychol.* 2009 Nov;12(2):518-27.
35. Szymanowicz A, Furnham A. Gender and Gender Role Differences in Self- and Other-Estimates of Multiple Intelligences. *J Soc Psychol.* 2013 Jul; 153(4): 399–423.
36. von Stumm S, Chamorro-Premuzic T, Furnham A. Decomposing self-estimates of intelligence: Structure and sex differences across 12 nations. *Br J Psychol.* 2009 May;100(Pt 2):429-42. DOI: 10.1348/000712608X357876.

4 ARTIGO 3- ESTUDO DOS RECURSOS E ESTRATÉGIAS DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA COM BASE NA TEORIA DAS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS

4.1 RESUMO

Este artigo traz o estudo dos processos terapêuticos fonoaudiológicos para pacientes com alteração de linguagem, fundamentado na Teoria das Inteligências Múltiplas. Os objetivos foram analisar e categorizar as estratégias e recursos da terapia de linguagem, nos tipos de inteligências e, verificar a(s) inteligência(s) relacionada(s) àqueles que mais favorecem a linguagem verbal. Esta investigação é quanti-qualitativa, a categorização foi feita mediante a análise de conteúdo, estes dados também foram codificados em números para a análise estatística de 1802 terapias. Verificou-se que, a partir de cada inteligência, têm-se muitas atividades a serem desenvolvidas, voltadas ao desenvolvimento da inteligência linguística/linguagem verbal. Ainda, constatou-se que determinadas inteligências, como a espacial, combinadas ou não à linguística, proporcionam melhores resultados do que outras. Assim, a visualização dos recursos e estratégias utilizados na terapia de linguagem, a partir das diferentes inteligências, pode facilitar o planejamento terapêutico.

Palavras-chave: Estratégias. Recursos. Terapia da Linguagem. Inteligências Múltiplas.

TITLE: THE STUDY OF RESOURCES AND STRATEGIES OF LANGUAGE THERAPY BASED ON THE THEORY OF MULTIPLE INTELLIGENCES

4.2 ABSTRACT

Based on the Multiple Intelligences Theory this article presents the therapeutic procedures of speech-language therapy for patients with language disorders. Aimed to analyze and categorize the strategies and resources of language therapy in different types of intelligences and to verify the intelligences who most improve verbal language. This is a quantitative and qualitative research and data was categorized by analysis of content. Also some data were coded in numbers for the statistical analysis of 1802 therapies. It was verified that the diversity of intelligence allow therapist do develop many activities to improve linguistic intelligence/verbal language. Moreover, it has been found that certain intelligences, such as spatial intelligence, combined or not with linguistic intelligence, provide better results than others. Thus, the visualization of the resources and strategies used in language therapy, from the different intelligences, can facilitate the therapeutic planning.

Keywords: Strategies. Resources. Language Therapy. Multiple Intelligences.

4.3 INTRODUÇÃO

Existem muitas produções que citam recursos e estratégias utilizadas na terapia fonoaudiológica de linguagem, amplamente difundidos na área¹⁻⁶. Porém, neste campo de estudo sempre se está buscando a atualização das práticas, como forma de qualificar e otimizar o processo terapêutico.

Uma nova perspectiva de pesquisa, por meio do conhecimento da Teoria das Inteligências Múltiplas, pode auxiliar os profissionais da área no processo de seleção e adequação do uso desses na terapia. A referida teoria pressupõe que todos os indivíduos são dotados de oito tipos de inteligências, a saber: Linguística, que corresponde à linguagem verbal; lógico-matemática; cinestésico-corporal; espacial; musical; intrapessoal; interpessoal e naturalista⁷⁻⁹. Nem todas se apresentam desenvolvidas da mesma forma em cada sujeito, evidenciando as diferenças individuais, observadas no desempenho e apreço por diferentes atividades diárias e ocupacionais (Por exemplo, facilidade em se localizar em um estacionamento, habilidades musicais, destreza nos esportes, entre outras).

A partir da visualização destas diferentes capacidades, pode-se pensar na interação delas no intelecto humano, no sentido de uma inteligência poder auxiliar na promoção do desenvolvimento de outra. Assim, buscar acessá-las com a orientação do conhecimento trazido pela teoria, pode ser uma forma de qualificar o desempenho dos pacientes na terapia fonoaudiológica de linguagem, que apresentam a inteligência linguística¹¹ defasada.

Dentre outros fatores, sabe-se que, para além do déficit apresentado pelos pacientes, na inteligência linguística, existem outras habilidades que interferem no desenvolvimento desta inteligência, que também estão em defasagem e precisam ser favorecidas, para qualificar essa. Assim, têm-se estudos que mostram, a partir da terapia cognitiva não linguística, a importância de estimular outras competências, para além da linguagem verbal, nas crianças que apresentam alteração nessa, por exemplo, a sustentação da atenção seletiva¹⁰⁻¹². Ao se fazer a associação com a Teoria das Inteligências Múltiplas, tem-se como exemplo deste tipo de trabalho, em relação ao estudo citado anteriormente¹⁰, atividades com as inteligências cinestésico-corporal e espacial.

¹¹ Entende-se neste trabalho inteligência linguística e linguagem verbal como expressões sinônimas.

Neste contexto, apresentam-se os conceitos de *frame* cognitivo e *frame* semântico¹⁰. O primeiro refere-se a estruturas de conhecimento relativas às experiências e crenças, por exemplo, imagem mental de utensílios de cozinha. Já o segundo, também corresponde a estruturas do conhecimento, com o acréscimo de que estas podem ser representadas e/ou permeadas por unidades linguísticas. Com base na proposta deste artigo, serão discutidas as implicações e interlocuções entre *frames* cognitivos e semânticos na terapia fonoaudiológica de linguagem.

Os objetivos deste estudo são analisar e categorizar as estratégias e recursos de uso recorrente na terapia de linguagem e, verificar as inteligências relacionadas a estes, que mais favorecem a aquisição e o desenvolvimento da linguagem verbal.

4.4 METODOLOGIA

Este artigo foi elaborado a partir de uma pesquisa transversal e descritiva, quanti-qualitativa. A amostra da pesquisa foi de 107 sujeitos, com idades entre dois anos e 17 anos e 11 meses, que apresentam alteração de linguagem. Os diagnósticos apresentados pelos pacientes foram: desvio fonológico, 27 pacientes; distúrbio de linguagem, 23 pacientes; dificuldades de aprendizagem, 18 pacientes; perda auditiva, 18 pacientes; Síndrome de Down, seis pacientes; deficiência intelectual, quatro pacientes; disfluência/gagueira, dois pacientes, fissura lábio palatina, dois pacientes; desvio fonético-fonológico, três pacientes; Síndrome de Coffin Siris, um paciente e Síndrome de Turner, um paciente. Os diagnósticos apresentados pelos pacientes, aqui citados, foram transcritos tal qual estavam registrados nos prontuários dos mesmos, portanto, não foram elaborados pelas autoras do trabalho.

Estes frequentaram a terapia fonoaudiológica no segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015, no âmbito dos estágios supervisionados de Habilitação e Reabilitação Auditiva, de Fala e de Linguagem Oral e Escrita, em um Serviço de Atendimento Fonoaudiológico, do Curso de Fonoaudiologia, de uma universidade pública do sul do Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob protocolo CAEE número 36321214.1.0000.5346. Para sistematização dos dados, foram analisadas 1802 terapias fonoaudiológicas realizadas com os 107 pacientes.

Os terapeutas que aceitaram participar da pesquisa deveriam responder sobre cada atendimento realizado, um Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia. Este roteiro era composto por itens e subitens, sendo os dois primeiros itens descritivos e os demais objetivos.

Pela análise de conteúdo¹⁴ do item descritivo “Descrição da atividade e recursos (materiais) utilizados”, foi (foram) levantadas(s) qual(is) das oito inteligências foi (foram) contempladas em cada terapia, sendo as próprias inteligências as categorias de análise, logo elegidas a priori¹⁴. Tal levantamento foi organizado em uma tabela, com os recursos e estratégias categorizados, conforme sua relação com cada inteligência, bem como codificados em números, seguindo as regras de enumeração¹⁴, por exemplo, em uma terapia na qual eram acessadas as inteligências cinestésico-corporal e interpessoal, atribuía-se o número 16. Esta codificação foi utilizada na análise estatística.

Já a análise de conteúdo relativa ao item descritivo “Objetivo da sessão”, proporcionou que se evidenciassem quais são os tipos de objetivos relacionados à terapia fonoaudiológica de linguagem. A interpretação das categorias foi realizada com base na apreensão de ligações entre os dados que compuseram cada descrição de objetivo.

As questões objetivas eram compostas por itens que apresentavam diferentes possibilidades de resposta frente à análise dos resultados da terapia, a saber: comportamento linguístico verbal (expressão); qualificação do desempenho verbal; comportamento linguístico não verbal (expressão); qualificação do desempenho não verbal; compreensão; comportamento linguístico verbal (leitura e escrita); interesse pela atividade; motivação na atividade; envolvimento na tarefa; o paciente percebeu a sua efetividade na terapia; envolvimento do terapeuta na tarefa. Tais itens eram compostos ainda por subitens que aparecerão nos resultados. O resultado do desempenho do paciente para cada subitem era classificado em: (1) Frequentemente; (2) Às vezes; (3) Raramente (4) e Nunca (relação com fatores extra terapia: doença, mal-estar, problema familiar, etc.) ou (A) Totalmente, (B) Parcialmente e (C) Nunca.

Após a análise estatística descritiva representada em tabelas no *excel*, com a codificação das inteligências acessadas na terapia e, a frequência de resultados para cada item e seus subitens, foi aplicado o teste Kruskal- Wallis e Teste de Comparações Múltiplas aos dados, no programa Statistica 7, com supervisão de um

profissional capacitado. Estes testes foram selecionados com vistas a verificar as diferenças com significância estatística, por meio da comparação entre os resultados obtidos e, o acesso às diferentes inteligências nas terapias. Consideraram-se dados com significância estatística aqueles que apresentaram valor de $p \leq 0,05$.

4.5 RESULTADOS

Inicialmente, serão apresentados as descrições das estratégias e dos recursos utilizados e a análise de conteúdo que demonstra(m) qual(is) inteligência(s) foi(foram) contemplada(s) na terapia fonoaudiológica de linguagem. De cada tipo de combinação de inteligências presente nos dados da pesquisa, foram selecionados dois exemplos para compor os quadros 1, 2, 3, 4 e 5, nos quais foram registradas as descrições fidedignas à escrita dos terapeutas participantes da pesquisa.

Quadro 1- Análise de conteúdo de definição de uma inteligência contemplada na atividade

Inteligência contemplada no recurso e/ou estratégia terapêutica	Exemplo de atividade
Linguística	Recortar letras do nome e outras para formar palavras.
	Sortear letras que estão em um pote, nomear, fazer o som e formar palavras.
Lógico-matemática	Jogo Banco Imobiliário.
	Complete a tabuada.
Espacial	Jogo da memória com as figuras dos pares.
	Brincadeira com cubos e blocos geométricos.
Cinestésico-corporal	Bola suíça e almofadas para pisar.
	Circuito na sala com boliches.
Musical	Bandinha.
	Música.
Interpessoal	Festa de aniversário com as bonecas, bolo e balões.
	Festa junina em grupo.
Naturalista	Cinoterapia ⁽¹²⁾
	Confecção real de arroz e massa na cozinha.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A única inteligência que não foi trabalhada isoladamente foi a intrapessoal. Uma possível explicação é que tal inteligência diz respeito, dentre outros, à autorreflexão, que é difícil de ser visualizada sem associação com elementos de

¹² Terapia mediada com cães.

outras inteligências no atendimento fonoaudiológico. Abaixo está o Quadro 2 com a análise de conteúdo quando foi contemplada na atividade duas inteligências.

Quadro 2- Análise de conteúdo de definição de duas inteligências contempladas na atividade

Inteligências contempladas no recurso e/ou estratégia terapêutica	Exemplo de atividade
Linguística e Lógico-matemática	Leitura e interpretação de texto em revista e identificação das partes e noções de dezena e centena.
	Trabalhar com calendário, dias, meses, formular frases com os dias da semana para desenvolver noção de tempo.
Linguística e Espacial	História infantil, lápis e canetinhas coloridas, Jogo Cara a Cara.
	Quebra-cabeça com figuras dos sons alvo e mostrar as vogais e figuras que iniciam com elas.
Linguística e Cinestésico-corporal	Escrever frases no quadro e fazer cesta de basquete com o número de palavras.
	Desenhar o corpo do paciente no papel pardo e nomear as partes e roupas.
Linguística e Musical	Música e atividade com rima.
	Tambor, sino e guizo: produzir a faixa 5 e 6 do Produzindo os sons e repetir com a melodia dos instrumentos.
Linguística e Interpessoal	Baralho de letras e jogo com outro paciente.
	Vestimentas do gaúcho e fazer um chimarrão com a terapeuta.
Linguística e Intrapessoal	Escrever sua autobiografia.
	Leitura de texto sobre jogador e mascote do Grêmio. ⁽¹³⁾
Linguística e Naturalista	Cinoterapia e animais em miniatura para descrever o habitat dos animais.
	Tema alimentos, grãos para brincar e leitura de história.
Lógico-matemática e Espacial	Jogo de Xadrez.
	Quebra-cabeça com sequência lógica.
Lógico-matemática e Cinestésico-corporal	Jogo de futebol e realiza operações matemáticas a cada gol marcado.
	Com TNT e lantejoulas foi feito um contador para tabuada e resolução de contas com este material.
Lógico-matemática e Musical	Software Escuta Ativa (quantos intervalos).
	Contagem de números com música.
Espacial e Cinestésico-corporal	Desenhar e pintar com tinta a bandeira do Brasil.
	Pescaria com figuras contendo o som alvo.
Espacial e Musical	Recurso audiovisual com apresentação de sons de imagens para identificação, animais e meios de transporte..
	CD com sons ambientais e sons do corpo com jogo da trilha CD com sons ambientais e sons do corpo com jogo da trilha

¹³ Na análise de conteúdo sempre se relacionou o interesse sobre um time de futebol à inteligência intrapessoal, uma vez que é um assunto de interesse pessoal e as atividades relacionadas a este se constituem em *hobbies*.

Quadro 2- Análise de conteúdo de definição de duas inteligências contempladas na atividade

(conclusão)

Inteligências contempladas no recurso e/ou estratégia terapêutica	Exemplo de atividade
Espacial e Interpessoal	Casa de boneca e estímulos de casa, cozinha e quarto.
	Brincadeira de siga o mestre e montar os pares de figuras.
Espacial e Intrapessoal	Figuras com os sons alvo escondidas em copos, a repetição da atividade foi solicitada pela paciente.
	Brincadeira com brinquedos escolhidos pela paciente e pintura de desenhos com as palavras do modelo de ciclos.
Espacial e Naturalista	Jogos de encaixe e animais da fazenda.
	Vídeo sobre frutas, referência às frutas exibidas, lanche no final da sessão.
Cinestésico-corporal e Musical	Músicas do DVD Galinha Pintadinha, brincadeira de roda com a bola grande.
	Ao ouvir o instrumento musical joga bola de boliche.
Cinestésico-corporal e Interpessoal	Atividade de bola com relato das férias e produção de cartaz em grupo.
	Brincadeiras com bolha de sabão, balão e espadas.
Cinestésico-corporal e Intrapessoal	Criação de um painel com rotina diária.
	Brincadeiras diversas de acordo com a demanda: carrinho, esconde-esconde, bolha de sabão.
Cinestésico-corporal e Naturalista	Fazer salada de frutas..
	Cinoterapia com bola e escova
Musical e Interpessoal	Músicas infantis relacionada ao banho, dar banho nas bonecas.
	Cantigas de roda no corredor com outros pacientes.
Musical e Naturalista	Sons dos Animais e música palavra cantada.
	Cinoterapia, vídeo com música.
Interpessoal e Intrapessoal	Atividades de rotina, brincadeira com a casa e família.
	Miniaturas de alimentos e bonecas.
Interpessoal e Naturalista	Em contexto lúdico, dar comida para o cachorro, após estímulos sonoros dados pela mãe.
	Confecção de suco de laranja e venda no corredor.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na sequência, segue o Quadro 3, com a exemplificação da análise de conteúdo com três inteligências contempladas na terapia:

Quadro 3- Análise de conteúdo de definição de três inteligências contempladas na atividade

Inteligências contempladas no recurso e/ou estratégia terapêutica	Descrição da atividade
Linguística, Lógico-Matemática e Espacial	Confecção de jogo da memória com rimas e contas da tabuada.
	Pintar letras e números com as cores correspondentes.
Linguística, Lógico-Matemática e Intrapessoal	Descrição do jogo "League of Legends", contar número de letras dos nomes das personagens.
	Notícia do interesse do paciente e jogos educativos de raciocínio lógico no computador.
Linguística, Espacial e Cinestésico-corporal	Jogo da memória, boliche e figuras, para montar as palavras de acordo com o número de pinos acertados.
	A paciente inventou uma história com os fantoches e percorreu o circuito com os obstáculos na sala contando a história.
Linguística, Espacial e Musical	Leitura com o Livro da Vivi (Método Scliar) e treinamento auditivo no software Processando os sons.
	Material para trabalhar habilidades auditivas e consciência fonológica e figuras.
Linguística, Espacial e Interpessoal	História e reconto com miniaturas, regras de convivência.
	Tirar objetos de uma sacola e criar e escrever história com auxílio da terapeuta.
Linguística, Espacial e Intrapessoal	Vídeo com a rotina de um menino e miniaturas para trabalhar a rotina do paciente.
	Escrever um poema a partir de uma figura trazida pelo paciente.
Linguística, Espacial e Naturalista	História com imagens em cordel para recontar ao cão na cinoterapia.
	Jogo da memória e frutas para comer, trabalhar leitura orofacial, associada ao método das boquinhas, gravuras e letras.
Linguística, Cinestésico-corporal e Musical	Jogo quebra-gelo, instrumentos e palavras alvo.
	Balões, música e histórias infantis.
Linguística, Cinestésico-corporal e Interpessoal	Fantoches para contar a história da pequena sereia e elefante que solta borboletas para brincar.
	Terapeuta escreve palavras no quadro e o paciente tem que jogar a bola correspondente ao número de palavras.
Linguística, Cinestésico-corporal e Intrapessoal	Brincadeira de carrinhos escolhidos pela paciente, cortamos uma trilha e durante a brincadeira foi instigada a produção do fonema.
	Confecção de cartaz do mês do seu aniversário.
Linguística, Cinestésico-corporal e Naturalista	Amarelinha de animais e narração de história.
	Cinoterapia trabalhar com atalhos e histórias.

Quadro 3- Análise de conteúdo de definição de três inteligências contempladas na atividade

(conclusão)

Inteligências contempladas no recurso e/ou estratégia terapêutica	Descrição da atividade
Linguística, Musical e Intrapessoal	Letra de música impressa e áudio, gravação do paciente cantando.
	Músicas da torcida do time do Internacional, quando para a música tem que escrever uma palavra com a letra da última palavra dita.
Linguística, Interpessoal e Intrapessoal	Contar um fato ocorrido no jogo do Inter, ler história e contar para a terapeuta.
	Trava-língua e perguntas sobre o livro trazido de casa.
Linguística, Interpessoal e Naturalista	Interação com o contexto feira de frutas.
	Pegar miniaturas de animais e dizer o que comem e onde vivem.
Lógico-matemática, Espacial e Cinestésico-corporal	Jogo resta 1 e bola com figuras das palavras-alvo.
	Jogo de somas com figuras do Batman e boliche com atividades.
Lógico-matemática, Espacial e Musical	Software Pedro na Casa Mal Assombrada. ⁽¹⁴⁾
	Software Escuta Ativa e sons não verbais no computador (leão, ex.) e apontar a figura, com e sem ruído.
Lógico-matemática, Cinestésico-corporal e Musical	Associação de atividade motora com placas de formiga e cobra respectivamente, para apito curto e longo, software E-arena.
	Trabalhar som forte e fraco, levanta figuras no software E-arena.
Espacial, Cinestésico-corporal e Musical	Cartaz com desenho do corpo e vídeo musical "Cabeça, ombro, joelho e pé".
	Pintura e colagem de linha de tricô em cima do desenho sempre que escutasse na onomatopeia.
Espacial, Cinestésico-corporal e Interpessoal	Expressões faciais imitando do livro e Lince com o irmão.
	Figuras para brincar de "quente/frio", construção do cenário e figuras para encenação da história da Peppa Pig.
Espacial, Cinestésico-corporal e Intrapessoal	Brincadeira com aviões e carrinhos na pista que são brinquedos que o paciente tem preferência para produção de onomatopeias e sopro.
	Atividades de livro para coordenação visuomotora e imagens de rotina de vida diária e boliche.
Espacial, Cinestésico-corporal e Naturalista	Quebra-gelo com figuras de animais colados nos blocos para reconhecer os nomes dos animais.
	Vídeo Três Porquinhos, tijolo, madeira, terra, lápis de cor na Cinoterapia.
Espacial, Musical e Interpessoal	Atividade com vídeos infantis e atividade com bandinha.
	Vídeos com músicas para cantar e imitar.
Espacial, Musical e Naturalista	Vídeo "Borboletinha" e confecção de brigadeiro.
	Vídeo musical, cão de pelúcia e comida para o cão, Cinoterapia.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

¹⁴ Pedro na Casa Mal Assombrada, Escuta Ativa e E-arena são softwares de treinamento auditivo, com figuras e jogos de raciocínio lógico, dentre outros.

Por fim, tem-se os Quadros 4 e 5, com a exemplificação da análise de conteúdo com quatro, cinco e seis inteligências contempladas na terapia.

Quadro 4 - Análise de conteúdo de definição de quatro inteligências contempladas na atividade

Inteligências contempladas no recurso e/ou estratégia terapêutica	Exemplo de atividade
Linguística, Lógico-matemática, Espacial e Musical	Tambor e apito para verificação de frequências, realizar formação de sílabas com a figura e quantidade de quadros correspondente.
	Software Escuta Ativa (siga a sequência) e bingo com palavras gravadas e repetir com ruído de fundo.
Linguística, Espacial, Cinestésico-corporal e Musical	Papel pardo e tinta para desenhar letras sílabas, software Pedro na Casa Mal Assombrada.
	Música, jogo de boliche e <i>software</i> Pedro na Casa Mal Assombrada.
Linguística, Espacial, Cinestésico-corporal e Interpessoal	Jogo de esconde-esconde com figuras contendo os fonemas e leitura de história fazendo vozes, etc.
	Vídeo com a História dos 3 Porquinhos, encenar a história, terapia em dupla.
Linguística, Espacial, Cinestésico-corporal e Naturalista	Vídeo com a História do Gato de Botas, bola com imagens da história para trabalhar na Cinoterapia.
	Terapia em conjunto vídeo "aniversário do pluto", miniaturas, ração, balão e língua de sogra.
Linguística, Espacial, Musical e Interpessoal	Contação de história e vídeos com brinquedos.
	Caixa com brinquedos e livros, vídeos musicais da Galinha Pintadinha.
Linguística, Espacial, Musical e Intrapessoal	Confecção do diário para registro e software Pedro na Casa Mal assombrada.
	Escutar o Hino "Minha Camisa vermelha" e retirar palavras-chave para escrever dentro de bolas em um cartaz.
Linguística, Espacial, Musical e Naturalista	Livro infantil e miniaturas, interpretação da história e cantar.
	Vídeo "o Cãozinho" e depois confecção de carta para um dos cachorros.
Linguística, Espacial, Interpessoal e Naturalista	Terapia em grupo, vídeos de animais e onomatopeias, descobrir qual animal é.
	Cinoterapia com animais em miniatura e livros dar cores realizada em dupla.
Linguística, Cinestésico-corporal, Musical e Interpessoal	Hora do Conto, Encenação da cantiga Dona Aranha, onomatopeias de animais e bolha de sabão.
	Música "o trem", bola suíça e livro "o trem".
Linguística, Cinestésico-corporal, Interpessoal e Naturalista	Grupo de crianças: sinestésias para comparar com as sensações no cão, lixa, algodão, com Cinoterapia.
	Diferentes fantoches de animais para fazer onomatopeias.

Quadro 4 - Análise de conteúdo de definição de quatro inteligências contempladas na atividade

(conclusão)

Inteligências contempladas no recurso e/ou estratégia terapêutica	Exemplo de atividade
Linguística, Musical, Interpessoal e Naturalista	Interação com a contação de história e cantiga com miniaturas de animais.
	Em frente ao espelho, ponto e modo articulatório cantando com o som e brincadeira depois cinoterapia.
Lógico-matemática, Espacial, Cinestésico-corporal e interpessoal	Papel de seda os números e vídeos interativos no computador.
	Futebol dos sons, chutar a bola na parede nos números que correspondiam as figuras do som alvo.
Lógico-matemática, Cinestésico-corporal, Musical e Interpessoal	Software Escuta Ativa e brincadeira de quente ou frio, procurando objetos na sala aumenta a intensidade do som para encontrar.
	Voz da terapeuta para trabalhar fino e grosso, levanta figuras e <i>software</i> E-arena.
Espacial, Cinestésico-corporal, Musical e Interpessoal	Vídeo musical, instrumento musical e dedoches 3 porquinhos, carinhas com expressões faciais.
	Uso de figuras, balões e estímulo sonoro no grupo de crianças.
Espacial, Cinestésico-corporal, Musical e Naturalista	Vídeo de dança, cartaz com desenhos de animais para colorir, Cinoterapia.
	Vídeo "cão amigo", detecta o som e dá comida para o cachorro.
Espacial, Cinestésico-corporal, Interpessoal e Naturalista	Miniaturas de animais, carrinhos e bolha de sabão para interagir e realizar exercícios de sopro.
	Vídeo, sapo de borracha de pelúcia, para fazer diferentes atividades, dar banho, alimentar, brincar.
Espacial, Musical, Interpessoal e Naturalista	Vídeo "o sapo não lava o pé", brincar com o sapo.
	Vídeo da fazenda do Seu Lobato e animais em objetos e figuras, terapia em grupo.
Espacial, Interpessoal, Intrapessoal e Naturalista	Brincadeira com miniaturas para casa, frutas, comidas e bonecos e aplicativos de animais.
	Ursos do Madagascar e pintinho, cavalo trazidos pelo paciente.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 5 - Análise de conteúdo de definição de cinco e seis inteligências contempladas na atividade

Inteligências contempladas no recurso e/ou estratégia terapêutica	Exemplo de atividade
Linguística, Lógico-matemática, Espacial, Cinestésico-corporal e Intrapessoal	Confecção de um álbum do Internacional, com recortes, ordenação de jogadores.
	Confecção de um álbum do Internacional, com recortes, ordenação de jogadores, idades dos jogadores por cálculos matemáticos.

Quadro 5 - Análise de conteúdo de definição de cinco e seis inteligências contempladas na atividade

(conclusão)

Inteligências contempladas no recurso e/ou estratégia terapêutica	Exemplo de atividade
Linguística, Espacial, Cinestésico-corporal, Musical e Intrapessoal	Grupo de crianças sobre o Dia do Gaúcho: vídeo música "O pezinho" para dançar, cartaz com tinta e imagens de diferentes tamanhos, imitar o cavalo.
	Comunicação alternativa, casa de bonecas, balão, história, música.
Linguística, Espacial, Cinestésico-corporal, Musical e Intrapessoal	Grupo de crianças sobre o Dia do Gaúcho: vídeo música "O pezinho" para dançar, cartaz com tinta e imagens de diferentes tamanhos, imitar o cavalo.
	Comunicação alternativa, casa de bonecas, balão, história, música.
Linguística, Espacial, Cinestésico-corporal, Interpessoal e Naturalista	Massa de modelar e imagens de animais para contar histórias.
	Imitar os sons dos animais com auxílio de aplicativo no celular e objetos, atividade com bola.
Linguística, Espacial, Musical, Interpessoal e Naturalista	Imitar os sons dos animais com auxílio de aplicativo no celular e objetos, lousa mágica e bandinha.
	Vídeos com músicas, sons dos animais em aplicativo, para o paciente observar e tentar produzir, na frente do espelho flauta e sopro.
Linguística, Lógico-matemática, Espacial, Musical, Interpessoal e Naturalista	Fazendinha com desenhos de animais para ordenar, desenho para colorir, vídeo de música da Galinha Pintadinha.
	Fazendinha com desenhos de animais para ordenar, sons dos animais, vídeo de música para cantar, atividade com frutas.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em todas as terapias é contemplada a inteligência linguística, porém quando esta não é citada na análise de conteúdo significa que na atividade, não estavam dentre os recursos principais, algo estritamente relacionado a ela, por exemplo, escrita de palavras e/ou uso de livros. O mesmo acontece com a inteligência interpessoal, sempre acontece interação na terapia, mas acredita-se que há uma ênfase nesta inteligência principalmente quando mais pessoas participam do atendimento, além do terapeuta e o paciente.

Na sequência, apresenta-se o Quadro 6, com o resultado da análise de conteúdo das 1802 terapias fonoaudiológicas de linguagem. Esta análise possibilitou a categorização de todos os recursos e estratégias utilizadas, nas atividades desenvolvidas no atendimento, em relação aos oito tipos de inteligências estudados nesta investigação.

Quadro 6 - Recursos e estratégias relacionados a cada tipo de inteligência

Recursos e estratégias	
L I N G U Í S T I C A	<ul style="list-style-type: none"> • Livros. • Versos com rimas. • Histórias em cordel. • Nomeação espontânea. • Contação, releitura e interpretação de história. • Descrição oral e/ou escrita de personagens. • Quadro e giz. • Baralho de letras. • Palavra-cruzada. • Leitura e produção de história em quadrinhos. • Diálogo e Relatos. • Debates e discussões. • Imitação, nomeação e produção espontânea, produção escrita com que contivessem fonemas específicos. • Leitura e escrita de palavras, frases ou textos, a partir de figuras, sequência lógica. • Produção, interpretação, correção e reescrita de frases e textos. • Identificação e correção de erros ortográficos em textos. • Diferenciação dos gêneros literários. • Escolha entre palavras escritas correta e incorretamente e aplicação numa frase. • Produção de revista. • Leitura e escrita no computador. • Lista de palavras. • Atividade de formar palavras a partir de sílabas e/ou letras. • Ditado e ditado enigmático (figuras que representam palavras). • Cartas para contar história. • Ordenação de palavras em uma frase e das partes de um texto. • Encontrar palavras em revistas. • Jogo Palavra secreta (descobrir palavras pelo enigma composto por figuras). • Bingo com palavras. • Aplicativo de repetição da fala no celular. • Imitação de palavras no espelho. • Dominó com rimas. • Jogos para soletrar palavras. • Jogo de perguntas e respostas sobre conhecimentos gerais, ex. Show do Milhão. • Mostrar ponto articulatório com colocação de sabores nesses para tocar com a língua, ex. iogurte • Trabalho e treino de ponto e modo articulatório dos fonemas selecionados. • Treino de produção dos fonemas. • Slides e sites para mostrar a produção dos fonemas • Leitura e interpretação de reportagens. • Responder questões sobre uma história ou texto • Trabalho com vocabulários específicos, ex. vestuário. • Leitura orofacial. • Aplicativo para escrita de lembretes (Color Memo). <ul style="list-style-type: none"> • Jogo na internet para manipulação de palavras, ex. qual sílaba está faltando?. • Descrição de jogos de vídeo game. • Trabalho com pausas na fala, entonação, velocidade de fala e diferentes vozes. • Trabalho com pontuação na escrita. • Jogo com letras do alfabeto. • Reconhecer palavras que iniciam com a mesma letra. • Charadas. • Jogo da força (dizer as letras para descobrir a palavra). • Letra de música. • Escrita ou completar letra de música. • Leitura e escrita de poemas. • Vídeos e livros sobre conhecimentos da cultura local. • Datas comemorativas. • Estações do ano. • Método PROLEX (método de complementação da alfabetização). • Caderno com atividades. • Trabalho de consciência fonológica bingo com: rima, aliteração, conversor grafema-fonema, etc.. • Ponto e modo articulatório. • <i>Software</i> para trabalho com memória verbal e para leitura e escrita. • Trabalho de memória verbal com repetição de palavras e/ou relatos de fatos passados. • Livro da Vivi (livro com tarefas de leitura e escrita). • Caça-palavras. • Elaboração de cronograma. • Produção de listas (ex. lista de compras no mercado) e resumos. • Dicionário. • Jogo <i>Stop</i> (escrever palavras relativas a temas com a partir de uma letra inicial sorteada). • Sorteio de letras para escrever palavras. • Letras maiúsculas e minúsculas. • Identificação da sílaba tônica nas palavras. • Escrita de palavras e separação de sílabas com nomes de objetos. • Treino articulatório com leitura de texto. • Completar frases. • Recortar letras e/ou palavras em revistas. • Livro Brincando com os sons. • Alfabeto e sinais da Língua Brasileira de Sinais • Caderno de caligrafia. • Trava-língua. • Expressões idiomáticas. • Terapia dos oito passos (terapia fonológica). • ABAB- r (terapia fonológica). • <i>Software BabySpeak</i> (software de trabalho com aquisição da linguagem). • Gravação da fala do paciente.

Quadro 6 - Recursos e estratégias relacionados a cada tipo de inteligência
(continuação)

Recursos e estratégias	
E S P A C I A L	<ul style="list-style-type: none"> • Figuras. • Ligar uma figura a outra. • Figuras com gestos articulatórios da fala. • Método das Boquinhinhas (gestos articulatórios). • Vídeo. • Dominó. • Jogo da Memória. • Jogo de trilha e confecção de trilha. • Quebra-cabeça. • Jogo Resta 1. • Jogo Lince. • Jogo Cara a Cara. • Jogo Quem sou eu? • Bonecos (ex. super-heróis). • Placas com figuras para indicar se é igual ou diferente. • Dado colorido. • Confecção de logotipos. • Categorização de objetos. • Livros em alto-relevo. • Prancha com imagens para comunicação alternativa. • Prancha com imagens para comunicação alternativa no <i>tablet</i>.
C I N E S T É S I C O - C O R P O R A L	<ul style="list-style-type: none"> • Desenho e/ou Pintura. • Miniaturas. • Construção de espaços, ex. onde os animais vivem. • Carimbo. • Lego e peças para montagem e/ou encaixe. • Blocos geométricos de madeira. • Jogo Pequeno engenheiro (peças de maneira para criar construções diversas, ex. casa, castelo, etc.). • Noções de espaço e localização. • Casa em miniatura. • Completar imagem. • Cartaz. • Apresentações em Power Point. • Criação de cenários para apresentações. • Jogo Halli Galli (cartas com desenhos de frutas). • Pintura com tinta com pincel. • Jogos de tabuleiro (ex. xadrez). • Categorização por cores. • Fotos. • Confecção de álbum.
	<ul style="list-style-type: none"> • Boliche. • Futebol. • Futebol de botão. • Circuitos com atividades motoras e obstáculos. • Trilha. • Amarelinha. • Balão. • Vôlei com balão. • Bola. • Basquete. • Lateralidade e localização (em cima, embaixo, etc.). • Almofadas para pisar. • Passar dentro do túnel. • Dançar. • Dança das cadeiras. • Esconde-esconde. • Espelho para treino de ponto e modo articulatório dos fonemas selecionados. • Jogo Entrelaçados (colocar elásticos nos dedos das mãos conforme indicação na carta). • Jogo Pula Pirata (colocar as peças em um barril com cuidado no para não atingir o boneco e ele saltar). • Pescaria de figuras ou objetos. • Atividade com sopro. • Jogo com bolitas (atirar bolas pequenas). • <i>Ping-pong</i>. • Jogo Pega Vareta. • Jogo de dardo. • Recipiente com água, imitando um campo de futebol, para fazer gol assoprando a bola. • Assoprar brinquedo "língua de sogra". • Bonecos para montar as partes do corpo e/ou vestir.
	<ul style="list-style-type: none"> • Dobraduras. • Massa de modelar. • Bolha de sabão. • Atividades relacionadas as partes do corpo: desenho, higiene pessoal, vídeos. • Brincadeira com meios de transporte em miniatura (ex. carros). • Expressões faciais. • Imitação. • Sinestésias com materiais diferentes: algodão, lixa, objetos, etc. • Esconde-esconde com objetos ou figuras. • Adivinhar qual o objeto pelo tato. • Brincadeira Elefante Colorido. • Pintura com tinta com os dedos. • Recorte e/ou Colagem em espaços pré-determinados ou não (ex. colar em uma linha tracejada). • Jogo "Morto/Vivo" (abaixa-se e levanta). • Piscina de bolinhas para procurar figuras e objetos. • Jogo Quebra-gelo (martelo para derrubar peças). • Jogo Elefun (miniaturas são jogadas para serem capturadas com uma rede). • Jogo Pula Macaco (tenta-se atirar as miniaturas de macacos de forma que eles fiquem presos na árvore). • Banho em bonecos nomeando as partes do corpo. • Corrida e corrida com carrinhos. • Brincadeira com cavalo de pau. • Sopro de barquinhos com canudos. • Brincadeiras corporais no colchonete. • Brincadeira com espadas de plástico. • Luta com bonecos e miniaturas. • Pular corda.

Quadro 6 - Recursos e estratégias relacionados a cada tipo de inteligência
(continuação)

Recursos e estratégias	
I N T E R P E S S O A L	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia em grupo. • Terapia em dupla. • Terapia com a participação de um familiar (mãe, irmão, etc.). • Cinoterapia (terapia mediada com cão). • Trilha gigante a ser percorrida com o acompanhamento do cão. • "Jogo do sério" (duas pessoas ficam se olhando e quem ri primeiro perde). • Lanche coletivo. • Tema "Família". • Jogo competitivo. • Orientação de férias. • Comparações de características de meninos e meninas , ex. roupas que usam. • Brincadeira de roda. • Árvore genealógica com nomes, profissões, etc.
L Ó G I C O - M A T E M Á T I C A	<ul style="list-style-type: none"> • Cálculos matemáticos. • Contagem. • Sequência Lógica. • Dado. • Números pares e ímpares. • Noção de dezena e centena. • Jogo sobre a tabuada. • Categorização por números. • Sistematização de tabelas com números. • Ordenação de números. • Cálculos com idades. • Jogo da velha. • Jogo de xadrez.
I N T R A P E S S O A L	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hobby</i> (ex. time de futebol, Ballet). • Rotinas (diária, terapia, escola, etc.). • Diário. • Tema "férias". • Autobiografia. • Brinquedo e/ou atividade escolhida pelo paciente na terapia.
N A T U R A L I S T A	<ul style="list-style-type: none"> • Cinoterapia. • Alimentar o cão na Cinoterapia. • Alimentos (frutas, grãos, etc.). • Confecção de alimentos real ou fictícia (salada de frutas, brigadeiro, etc.). • Degustação de alimentos. • Categorização de alimentos.

Quadro 6 - Recursos e estratégias relacionados a cada tipo de inteligência
(conclusão)

M U S I C A L	<ul style="list-style-type: none"> • Músicas em geral. • Hinos. • Musicas de torcidas de time de futebol. • Cantigas. • Letra de música. • Vídeos musicais e clipes musicais. • Instrumentos. • Onomatopeias. • Objetos com som: apito, brinquedos, etc. • Canto com e sem gravação. • Bingo Musical. • Tapete musical. • Software Pedro na Casa Mal Assombrada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Software Afinando o cérebro. • Software Escuta Ativa. • Software E—arena. • Software Processando os sons. • Bingo e Trilha sonoros. • Cd com sons ambiente. • Atividade de escuta com o Sistema FM. • Aplicativo Oticon (regulação das próteses auditivas). • Habilidades auditivas (ex. atenção auditiva, com e sem ruído competitivo; memória auditiva. verbal e não verbal; sons graves e agudos, etc.).
--	---	---

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Mesmo com a categorização das estratégias e recursos, nos tipos de inteligências, sabe-se que muitos desses estão relacionados a mais de uma. A confecção de cartaz, por exemplo, foi classificada como pertencente à inteligência espacial, porém muitas habilidades de motricidade fina, como recorte e colagem, são utilizadas nesta atividade, logo poderia estar também categorizada na inteligência cinestésico-corporal. Tal assertiva aponta para a questão das estruturas de conhecimento, nas quais há uma combinação entre inteligências nas diferentes atividades realizadas.

Também se realizou a análise de conteúdo da categoria “Objetivos Terapêuticos”. São exemplos de objetivos encontrados nos dados coletados: estimular o convívio com outras crianças; estimulação habilidades auditivas e linguagem; revisar vogais e operações matemáticas; estimular o gosto pela leitura e escrita; trabalhar o fonema /r/; interação e orientação de férias; explorar habilidades de memória e atenção; trabalhar esquema corporal através do desenho; estimular a habilidade de aliteração e engajar o paciente na terapia. A partir do estudo da caracterização dos objetivos chegou-se a oito categorias, sendo estas: linguagem oral (compreensão e expressão), habilidades auditivas, leitura, escrita, habilidades lógico-matemáticas, consciência fonológica, funções executivas: memória e atenção, adequar o sistema fonológico, adequar a produção fonética, qualificar a interação, engajamento no processo terapêutico, coordenação motora/psicomotricidade e consciência corporal.

Por fim, nos Quadros 7, 8 e 9 são apresentados os resultados da análise estatística, de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia, a partir dos resultados dos itens do Roteiro Estruturado de Evolução, nos quais foi verificada diferença com significância ($p \leq 0,05$). Tal diferença demonstrou a inteligência ou combinação de inteligências nas quais os pacientes apresentaram melhores resultados na terapia, em relação à outra inteligência ou combinação de inteligências.

É válido ressaltar ainda que, nas análises da combinação de três e quatro inteligências na terapia, verifica-se um decréscimo nos dados com significância estatística, em função da diminuição da frequência de resultados por grupo. Além disso, na realização do mesmo teste estatístico, quando foram contempladas cinco ou seis inteligências em terapia, não se encontraram resultados com significância estatística.

Quadro 7- Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia a partir dos resultados dos subitens do item “expressão verbal” do Roteiro Estruturado de Evolução

Subitem do roteiro de evolução ($p \leq 0,05$)	Inteligência(s) que promoveram melhores resultados	Inteligência(s) que promoveram piores resultados
O paciente utilizou vocalizações	Cinestésico-corporal e interpessoal	Linguística e Intrapessoal
O paciente utilizou frases (simples e complexas)	Linguística	Cinestésico-corporal
	Linguística	Musical
	Linguística e Lógico-matemática	Cinestésico- corporal e Musical
		Cinestésico-corporal e Interpessoal
	Linguística e Interpessoal	Cinestésico- corporal e Musical
		Cinestésico-corporal e Interpessoal
	Linguística e Intrapessoal	Cinestésico- corporal e Musical
		Cinestésico-corporal e Interpessoal
	Linguística e Espacial	Cinestésico-corporal e Interpessoal
	Linguística e Cinestésico-corporal	Cinestésico-corporal e Interpessoal
Espacial e Cinestésico-corporal	Cinestésico-corporal e Interpessoal	

Quadro 7- Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia a partir dos resultados dos subitens do item “expressão verbal” do Roteiro Estruturado de Evolução (conclusão)

Subitem do roteiro de evolução ($p \leq 0,05$)	Inteligência(s) que promoveram melhores resultados	Inteligência(s) que promoveram piores resultados	
O paciente fez relatos	Linguística	Cinestésico-corporal	
	Espacial	Cinestésico-corporal	
	Linguística e Lógico-matemática	Cinestésico- corporal e Musical	Cinestésico-corporal e Interpessoal
			Cinestésico- corporal e Musical
	Linguística e Interpessoal.	Cinestésico-corporal e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Naturalista
		Cinestésico- corporal e Musical	Cinestésico-corporal e Interpessoal
		Cinestésico-corporal e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Naturalista
	Linguística e Intrapessoal	Cinestésico- corporal e Musical	Cinestésico-corporal e Interpessoal
		Cinestésico-corporal e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Interpessoal
		Cinestésico-corporal e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Interpessoal
	Linguística e Espacial	Cinestésico- corporal e Musical	Cinestésico-corporal e Interpessoal
	Linguística e Cinestésico-corporal	Cinestésico- corporal e Musical	Cinestésico-corporal e Interpessoal
		Cinestésico-corporal e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Interpessoal
	Espacial e Cinestésico-corporal	Cinestésico- corporal e Musical	Cinestésico-corporal e Interpessoal
		Cinestésico-corporal e Interpessoal	Cinestésico-corporal e Interpessoal

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 8- Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia a partir dos resultados dos subitens do item “expressão não verbal” do Roteiro Estruturado de Evolução

Subitem do roteiro de evolução ($p \leq 0,05$)	Inteligência(s) que promoveram melhores resultados	Inteligência(s) que promoveram piores resultados
O paciente utilizou gestos não simbólicos	Cinestésico-corporal e Interpessoal	Linguística e Interpessoal
		Linguística e Espacial.
	Espacial e Musical	Linguística e Espacial
		Linguística e Cinestésico-corporal
		Linguística e Interpessoal
	Linguística, Musical e Intrapessoal	Espacial e Cinestésico-corporal
Lógico-matemática, Espacial e musical		
O paciente utilizou gestos simbólicos	Linguística	Espacial
O paciente utilizou expressões de aprovação	Lógico-matemática, Espacial e Musical	Espacial, Interpessoal e Intrapessoal
O paciente utilizou expressões de reprovação	Linguística e Intrapessoal	Linguística e Espacial
	Espacial e Musical	Linguística e Espacial
		Linguística e Cinestésico-corporal
		Espacial e Cinestésico-corporal
Qualificação do desempenho não verbal – Satisfatório	Linguística	Espacial

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 9- Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia a partir dos resultados dos subitens do item “compreensão” do Roteiro Estruturado de Evolução

Subitem do roteiro de evolução ($p \leq 0,05$)	Inteligência(s) que promoveram melhores resultados	Inteligência(s) que promoveram piores resultados
O paciente precisa de associação de gestos para compreender	Cinestésico-corporal	Linguística
	Espacial e Musical	Linguística e Lógico-matemática
		Linguística e Espacial
		Linguística e Interpessoal
		Linguística e Intrapessoal
		Lógico-matemática e Espacial
	Cinestésico-corporal e Musical	Linguística e Interpessoal
		Linguística e Intrapessoal
	Cinestésico-corporal e interpessoal	Linguística e Interpessoal
Cinestésico-corporal, Musical e Interpessoal.	Lógico-matemática, Espacial e Musical	

Quadro 9- Interpretação da análise estatística de comparação entre a(s) inteligência(s) contemplada(s) na terapia a partir dos resultados dos subitens do item “compreensão” do Roteiro Estruturado de Evolução

(conclusão)

Subitem do roteiro de evolução ($p \leq 0,05$)	Inteligência(s) que promoveram melhores resultados	Inteligência(s) que promoveram piores resultados	
O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato	Linguística	Cinestésico-corporal	
	Linguística	Musical	
	Linguística e Espacial	Espacial e Musical	
	Linguística e Interpessoal		
	Espacial e Cinestésico-corporal		
	Linguística, Espacial e Cinestésico-corporal	Espacial, Interpessoal e Intrapessoal.	
	Linguística, Musical e Intrapessoal		
Lógico-matemática, Espacial e Musical			
O paciente compreende ordem e/ou informações não relacionadas ao contexto imediato	Linguística	Cinestésico-corporal	
	Linguística	Musical	
	Espacial	Musical	
	Linguística e Lógico-matemática	Espacial e Musical	
	Linguística e Espacial		
	Linguística e Interpessoal		
	Linguística e Intrapessoal		
	Espacial e Cinestésico-corporal		
	Linguística e Interpessoal		Espacial e Musical
			Espacial e Interpessoal
		Espacial e naturalista	
		Cinestésico-corporal e Musical	
		Cinestésico-corporal e Interpessoal	
		Interpessoal e Naturalista	
	Linguística e Intrapessoal	Espacial e Musical	
		Espacial e Naturalista	
		Cinestésico-corporal e Musical	
		Cinestésico-corporal e Interpessoal	
	Linguística e Espacial	Cinestésico-corporal e Interpessoal	
	Espacial e Cinestésico-corporal	Espacial, Interpessoal e Intrapessoal	
	Linguística, Espacial e Cinestésico-corporal		
	Linguística, Musical e Intrapessoal		
	Linguística, Cinestésico-corporal e Interpessoal		
	Lógico-matemática, Espacial e Musical		
	Linguística, Musical e Intrapessoal	Espacial, Cinestésico-corporal e Musical	
	Lógico-matemática, Espacial e Musical		
	Linguística, Espacial, Musical e Intrapessoal	Espacial, Cinestésico-corporal, Musical e Interpessoal.	

4.6 DISCUSSÃO

Nas atividades desenvolvidas na terapia fonoaudiológica de linguagem são utilizados uma ampla variedade de estratégias e recursos que mobilizam diferentes inteligências, neste trabalho, organizados e estudados com base na Teoria das Inteligências Múltiplas. Este mapeamento de todas as inteligências na terapia não é muito comum em trabalhos na área da Fonoaudiologia, sendo encontrado apenas em dois^{15,16}. Na maioria dos casos, é realizada a pesquisa sobre a apreciação de um ou dois tipos de inteligências na terapia ou em testes. Para ilustrar tal afirmação, têm-se dois estudos relacionados à inteligência musical, o primeiro mostra que as experiências musicais qualificam a codificação subcortical da fala, ou seja, melhoram a representação neural da linguagem oral¹⁷, já o segundo, que a educação musical auxilia no desenvolvimento das habilidades de leitura em crianças com dislexia¹⁸.

Devido à complexidade inerente ao estudo proposto, organizaram-se duas ênfases para nortear a discussão. A primeira diz respeito à qualificação da linguagem verbal, quando se utilizam outros elementos, para além daqueles estritamente relacionadas a esta. A segunda refere-se às características dos déficits dos pacientes que apresentam alteração de linguagem.

A combinação de inteligências foi utilizada em 1301 das 1802 terapias analisadas nesta investigação. Tal evidência confirma que a maioria dos terapeutas procura utilizar e unir diferentes recursos e estratégias durante o atendimento. Esta combinação parte de *frames* cognitivos e semânticos^{13,19}, os quais, na perspectiva desta pesquisa, são entendidos como estruturas constituídas pelos conhecimentos e experiências de cada uma das oito inteligências, sendo os segundos perpassados pela linguagem verbal.

A compreensão dos recursos e estratégias com base nestas inteligências foi representada nos Quadros 1, 2, 3, 4, 5 e, a categorização proveniente da análise de conteúdo, no Quadro 6, este material mostra a riqueza e quantidade de possibilidades de atividades a serem realizadas no atendimento fonoaudiológico. Esta compreensão pode ser replicada pelo terapeuta na sua atuação, permitindo, por exemplo, que ele visualize qual(is) inteligência(s) mais se relaciona(m) com determinado recurso ou estratégia, que proporcionou(proporcionaram) bons resultados na terapia e, buscar novas alternativas dentro do(s) *frame(s)* desta(s)

para utilizar em outro momento. Por exemplo, se o terapeuta utilizou peças de *Lego* em uma terapia, em outra pode trabalhar com blocos geométricos para realizar montagens. O fundamento da visualização e/ou busca desse é o interesse em mobilizar diferentes *frames*, cognitivos e semânticos, para desenvolver a inteligência linguística.

É interessante abordar na discussão a questão da cultura regional: cantigas, festas comemorativas, times de futebol, evidenciando que os terapeutas consideram que o uso destes elementos é produtivo à terapia fonoaudiológica de linguagem. Muitos estudiosos^{7,9,13,19,20,21} julgam importante reconhecer e mobilizar no atendimento, o conhecimento prévio e o que é valorizado no contexto social onde vivem os pacientes. Neste sentido, afirma-se que se esta pesquisa tivesse sido realizada em outras regiões, possivelmente seriam levantados outros tipos de recursos e estratégias relacionados à cultura local.

Um estudo de caso evidenciou que crianças com deficiência auditiva apresentam em testes padronizados e, não padronizados, inteligência global na média²². Assim, entende-se que na atuação relacionada à alteração de linguagem verbal apresentado por pacientes com este diagnóstico, mas também com outros, pode-se aproveitar os demais potenciais para desenvolver a inteligência linguística. Tal formato de trabalho foi encontrado no material que compôs os dados desta pesquisa, sendo que os registros feitos pelos terapeutas descreviam o uso de recursos e/ou estratégias nas atividades, que contemplam simultaneamente mais de uma inteligência (por exemplo, assistir um vídeo musical e dançar). Esta simultaneidade, na maioria das vezes, não ultrapassava a relação destes com mais de três inteligências, o que demonstra a importância de selecionar e utilizar os materiais adequadamente.

Neste contexto, adentra-se na segunda análise de conteúdo sobre os objetivos terapêuticos, na qual se evidenciou a não restrição à aquisição e desenvolvimento da inteligência linguística. Nesta análise demonstrou-se a importância de se trabalhar outras capacidades e habilidades que influenciam o desempenho na linguagem verbal. Isso é comprovado nos estudos, que abordam as diversas dificuldades apresentadas por pacientes com alteração de linguagem e diferentes diagnósticos, dentre estes: alteração de memória verbal de curto prazo e memória de trabalho, em crianças com distúrbio específico de linguagem²³; crianças com dispraxia que apresentam déficit na memória visual e na verbal²⁴ e dentre os

fatores de risco para problemas de linguagem e alfabetização na adolescência, está a menor capacidade cognitiva não verbal²⁵.

Estas características evidenciam a importância do incremento aos estímulos oferecidos na terapia. Por exemplo, para facilitar a memorização das aprendizagens que se quer desenvolver, gera-se uma maior exigência da atenção e memória do paciente, logo a instigando a qualificação dessas. Esse fato pode estar relacionado, tanto a um objetivo que traz a qualificação das funções executivas memória e atenção, quanto aquele relacionado à coordenação motora e consciência corporal, ao se associar à linguagem verbal a mobilização das capacidades relacionadas aos objetivos.

Também foi abordada nos objetivos a preocupação dos terapeutas em promover a atenção conjunta, uma vez que dentre os objetivos estavam o engajamento na terapia. Esta preocupação também é preconizada em estratégias educacionais²⁶.

A partir da compreensão dos dados quantitativos da pesquisa, pode-se verificar que algumas inteligências, que estão estruturadas e evocam determinados tipos de conhecimento, quando acessadas na terapia fonoaudiológica de linguagem, são mais favorecedoras do desenvolvimento da linguagem verbal do que outras. Neste sentido, traz-se o entendimento de que as construções linguísticas ativam ou evocam o conhecimento de um *frame*, sendo que informações não verbais estão integradas neste processo, por exemplo, a compreensão da palavra hipotenusa inexistente sem a sua representação no triângulo¹³.

No trabalho com o meio de comunicação “vocalizações”, é melhor acessar em terapia as inteligências cinestésico-corporal e interpessoal do que a inteligência linguística. Já nos níveis de complexidade linguística mais avançados, que correspondem à expressão por meio de frases e relatos, conseguem-se melhores resultados na terapia, ao se utilizar de recursos e estratégias relacionados à inteligência linguística primordialmente e, a inteligência espacial, que aparece tanto isoladamente, quanto como a mais frequente nas combinações.

Ainda, as inteligências lógico-matemática, cinestésico-corporal, interpessoal e intrapessoal, combinadas com a inteligência linguística geram melhores resultados. Destaca-se também que, a contemplação da combinação das inteligências espacial e cinestésico-corporal apresenta melhores resultados do que, a combinação cinestésico-corporal com a interpessoal ou com a musical. Novamente, a inteligência

espacial, aparece nos dados como a inteligência que quando acessada em terapia proporciona melhores resultados.

Sobre a inteligência logico-matemática, tem-se que, juntamente com a interpessoal, é considerada por Gardner como aquela que mais oferece subsídios à linguística, para os componentes semântico e pragmático da linguagem^{7,9}. Logo, o trabalho com esta na terapia coloca-se como um incremento ao desempenho na linguagem verbal, pois a inteligência lógico-matemática aparece como uma boa alternativa para a combinação com a linguística em terapia, dentre outros, em virtude de o raciocínio lógico auxiliar na organização dos *frames* semânticos, por exemplo, no trabalho com sequências lógicas, na qual o entendimento do encadeamento proporciona que se faça o relato oral adequado dos fatos.

Ambas as inteligências, cinestésico-corporal e espacial são não verbais. Neste contexto uma pesquisa trouxe resultados superiores de inteligência não verbal em crianças com distúrbio específico de linguagem em relação aos seus pares de mesma idade com desenvolvimento típico²⁷. Assim acredita-se que ao mobilizar este tipo de potencial na terapia geram-se resultados positivos, para a linguagem verbal, área em que os pacientes apresentam déficit. Ainda, um estudo aponta a prática de atividades físicas estruturadas, como uma estratégia que pode auxiliar na qualificação do desempenho escolar e no aumento da atenção²⁸, sendo que a última é um dos conteúdos encontrados na análise dos objetivos terapêuticos.

A inteligência espacial pode ser contemplada, dentre outros meios, por uso de figuras, vídeos e pelo ato de desenhar, sendo esta uma das propulsoras de melhores resultados na terapia fonoaudiológica. Outros estudos corroboram este resultado: no primeiro, sobre a intervenção a partir de livros com imagens interativas em espanhol, os resultados mostraram ganhos substanciais no vocabulário expressivo e auxílio nas dificuldades na alfabetização²⁹; o segundo aborda que as figuras auxiliam na qualificação da linguagem verbal, dentre estas, no componente pragmático, bem como na atenção³⁰, por fim tem-se um estudo que traz o trabalho com vídeos³¹.

Sobre as inteligências interpessoal e intrapessoal, uma pesquisa evidenciou que estas, quando contempladas na terapia fonoaudiológica de linguagem, geram melhores resultados em relação a outras, porém neste estudo¹⁶, não foi realizada a discriminação quanto ao desempenho nos níveis de complexidade linguística, já neste trabalho, foi identificado em frases e relatos. Quanto à primeira, no estudo de

caso de um menino com Transtorno do Espectro Autista são enfatizados os excelentes benefícios da terapia em grupo para o desenvolvimento global e da linguagem verbal do mesmo³².

Neste âmbito, acredita-se que quando a inteligência interpessoal é acessada de forma mais enfática gera-se um desafio ao paciente, de entender a intencionalidade do seu terapeuta e, replicar com terceiros, que são outros pacientes e/ou outros convidados a participar da terapia, por exemplo, numa atividade de gincana. Nos termos de Tomasello^{33,34} este desafio diz respeito ao estabelecimento da atenção conjunta, porém o autor aborda uma relação triádica (paciente- adulto – objeto externo, neste caso, recurso e/ou estratégia utilizada na atividade proposta), porém neste tipo de terapia surge um quarto elemento, que seriam a(s) outra(s) pessoa(s), além do paciente e do terapeuta.

Então, afirma-se que, é muito distinto realizar as atividades interagindo exclusivamente com o terapeuta, do que com outros pacientes ou outras pessoas convidadas, pois se ocasiona uma intensificação da exigência frente ao engajamento do sujeito na comunicação, em virtude de uma exigência maior que qualifica o desempenho da compreensão e produção oral. A relevância da inteligência interpessoal para a aquisição e desenvolvimento da linguagem também foi asseverada na análise de conteúdo, quando um dos conteúdos apontados pelos terapeutas foi “qualificar a interação”.

Sobre a inteligência intrapessoal, é válido ressaltar que esta pode referir-se à automotivação e aos interesses, de determinado momento da trajetória da criança e/ou adolescente. Traz-se o exemplo da inteligência musical, não sendo a preferencial de um paciente, porém ele tem se interessado por atividades relacionadas a esta, em virtude da sua convivência com um determinado grupo de amigos ou colegas. Assim, retomam-se alguns dos recursos e estratégias elencados na análise de conteúdo da inteligência intrapessoal: interesse e/ou *hobby* no momento da pesquisa, por exemplo, jogo de vídeo game específico e o trabalho com assuntos relacionados ao time de futebol.

Em relação aos piores resultados, quando a estratégia contempla somente outras inteligências que não a linguística, por exemplo, as combinações da inteligência cinestésico-corporal com outras e, também pelo fato de a inteligência linguística não estar presente, somente em uma das combinações que proporciona melhores resultados na terapia, mostra-se a necessidade da utilização de um

componente essencialmente linguístico, por exemplo, um livro ou um diálogo temático, para que se tenham melhores resultados em relação ao desempenho oral mais complexo. Em contrapartida, o fonoaudiólogo está mobilizando a inteligência linguística que diz respeito à dificuldade dos pacientes, logo a combinação com outras inteligências tem o intuito de favorecer e instigar o trabalho com a área deficitária, pela combinação entre *frames* cognitivos e semânticos, mobilizados nos diferentes níveis de complexidade linguística.

Pensa-se no papel destes *frames* atuando de forma concomitante sobre o raciocínio das pessoas a partir das suas experiências^{13,21}. Neste sentido, o processamento de uma informação específica, ao mesmo tempo em que é diferenciado, isso em menor proporção nas crianças, também é perpassado por processamentos de regiões cerebrais que atuam em diversas informações³⁵. Assim, uma atividade linguística, por exemplo, pode estar interligada a um processamento não verbal, por exemplo, um movimento ou a apreciação de uma imagem, dependendo da forma como está sendo trabalhada. E, esta interlocução com determinados processamentos, é favorecedora da aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal.

Os resultados relativos à comunicação não verbal são coerentes com os níveis de complexidade linguística na expressão verbal, nos quais a inteligência linguística vai assumindo maior importância de acordo com o seu aumento. Na utilização de gestos não simbólicos, para se obter melhores resultados na terapia, é importante na terapia contemplar nas atividades as combinações das inteligências cinestésico-corporal e interpessoal e das inteligências espacial e musical, já na comunicação mais avançada, que contempla as expressões de reprovação, para se obter melhores resultados, é importante na terapia acessar a inteligência linguística em detrimento da inteligência espacial e, as combinações das inteligências linguística e intrapessoal e das inteligências espacial e musical. Ainda, a qualificação do desempenho não verbal, no subitem “satisfatório”, os resultados quando há a contemplação da inteligência linguística são melhores em relação à inteligência espacial.

Em relação à compreensão, no nível menos complexo, “o paciente precisa de associação de gestos para compreender”, é importante na terapia contemplar a inteligência cinestésico-corporal, primordialmente e, as inteligências espacial, musical, interpessoal, em detrimento da inteligência linguística isolada ou em

combinações. Em contrapartida, quando o paciente já apresenta melhores habilidades de compreensão, que correspondem aos itens do roteiro, “o paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato” e “o paciente compreende ordem e/ou informações não relacionadas ao contexto imediato”, mostra-se a importância de realizar atividades com recursos e estratégias relacionados à inteligência linguística. Neste contexto, afirma-se a importância da diversificação para o trabalho com a compreensão verbal, ressaltando o máximo de três inteligências contidas nas combinações, o que é enfatizado em um trabalho sobre o enriquecimento sensorio motor como qualificador da compreensão verbal³⁶.

Na compreensão, a ênfase nas estratégias e recursos passa de inteligências não verbais, para a verbal na inteligência linguística, com elementos de *frames* cognitivos diferentes que instiguem a compreensão, bem como acessar estes *frames* que estão menos relacionados à área deficitária que é a linguagem verbal. Com o desenvolvimento na terapia, o paciente já possui certo desenvolvimento linguístico, logo se podem combinar estes elementos a outros, para qualificar e/ou favorecer a evolução, frente ao nível de compreensão, bem como de expressão, sendo que na maioria das combinações de inteligências que geram melhores resultados está a linguística, tendo por base que as construções linguísticas evocam *frames* semânticos específicos²⁰.

Neste sentido, em relação a que a contemplação de algumas inteligências propicia melhores resultados à terapia do que outras, também se pode pensar que a composição do(s) *frame(s)* dessas são mais instigantes da aquisição e desenvolvimento da linguagem para os pacientes. Neste sentido, com base em Armstrong³⁷, os *frames* semânticos relativos principalmente à inteligência linguística podem ser trabalhados, relacionando-os com *frames* cognitivos de outras inteligências, logo o foco é a inteligência linguística, porém instigada a partir da diversificação entre os seus *frames* e o das demais inteligências de forma combinada.

Não houve diferença significativa nos resultados do teste estatístico nos itens que contemplavam a leitura e a escrita. Nestas habilidades, há uma maior exigência e predomínio da inteligência linguística na terapia, o que estabelece uma complexidade frente à escolha dos *frames* semânticos apropriados ao trabalho. Neste sentido, retoma-se a relação cultura- inteligência-*frames*, para qualificação dos recursos e estratégias, como um dos fatores a ser considerado e, indicado na

escolha do tema, que vai envolver determinado(s) *frame(s)* semântico(s). Tem-se o exemplo de atividades que abordam experiências culturais dos pacientes que podem ser relacionadas às construções linguísticas³⁸, dentre estas, aquelas relacionadas a datas comemorativas como a confecção e escrita de cartões de Natal.

Pensa-se ser importante ressaltar, que não houve diferença com significância estatística, nos resultados entre as inteligências, em relação ao desempenho do paciente, quanto à intenção comunicativa e utilização de troca de olhares. Tais atitudes estão muito relacionadas à atenção conjunta, logo independente da inteligência, é importante que se estabeleça a tríade paciente – adulto- referencial externo, para qualificar tais habilidades, que apesar de serem não verbais, são simultâneas à expressão e compreensão oral e as qualificam. O adulto, neste caso o terapeuta, atua como promotor do estabelecimento de situações de atenção conjunta, evidenciando a importância da inteligência interpessoal na atuação deste.

Neste mesmo contexto, nos itens “Interesse pela atividade” e “Envolvimento do paciente na tarefa” não foi possível identificar entre quais grupos está a diferença significativa; já nos itens “Motivação na atividade”, “Envolvimento do paciente na tarefa”, “O paciente percebeu a sua efetividade na terapia”, “Envolvimento da terapeuta na tarefa”, não houve diferença significativa entre a contemplação das combinações de inteligências nos resultados obtidos. Assim, as inteligências são equivalentes quanto aos resultados que proporcionam na terapia nestes itens comportamentais, considera-se então que estes são estritamente relacionados ao estabelecimento de situações de atenção conjunta.

4.7 CONCLUSÃO

A análise de conteúdo realizada nesta investigação demonstrou a diversidade e ampla gama de recursos e estratégias, que podem ser utilizados na terapia fonoaudiológica de linguagem. Tal demonstração, com a categorização destes nos oito tipos de inteligência, facilita a visualização dos terapeutas, bem como, amplia as possibilidades de atividades a serem realizadas no atendimento dos pacientes.

Ainda, com a análise estatística foi possível compreender, que contemplar determinadas inteligências e combinações delas, proporciona melhores resultados à terapia, relativos ao trabalho com os meios de comunicação verbais e não verbais e compreensão, que são importantes para aquisição e desenvolvimento da linguagem

verbal. Em contrapartida, em outros aspectos tal contemplação é indiferente, indicando que para além da adequada seleção de recursos e estratégias no planejamento terapêutico, faz-se necessário que o fonoaudiólogo observe outros fatores, dentre estes, a qualidade da sua mediação e da sua interação com o paciente.

4.8 REFERÊNCIAS

1. Bevilacqua MC, Formigoni GMP. Audiologia Educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. Pró-Fono: São Paulo, 2000.
2. Capovilla AGS, Capovilla FC. Problemas de leitura e escrita: como identificar, prevenir e remediar numa abordagem fônica. São Paulo: Memnon, 2000.
3. Jakubovicz R, Leme MP. Exercícios de linguagem. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.
4. Legarda MCO, Miketta AT. Estimulação Precoce Inteligência Emocional e Cognitiva. São Paulo: Grupo Cultural, 2010.
5. Zorzi JL. A Intervenção Fonoaudiológica nas Alterações da Linguagem Infantil. Rio de Janeiro, Revinter, 1999.
6. Zorzi JL. Aprendizagem e distúrbios da linguagem escrita: questões clínicas e educacionais. Porto Alegre, ArtMed, 2002.
7. Gardner H. Estruturas da Mente: A Teoria das Inteligências Múltiplas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
8. Gardner H. Inteligência: um conceito reformulado. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.
9. Gardner H. Inteligencias múltiples: la teoría em la práctica. Tradução por María Teresa Melero Nogués. 1ª ed. 4ª reim. Buenos Aires: Paidós, 2011
10. Brady NC, Storkel HL, Bushnell P, Barker RM, Saunders K, Daniels D, Fleming K. Investigating a Multimodal Intervention for Children with Limited Expressive Vocabularies Associated with Autism. Am J Speech Lang Pathol. 2015 Ago; 24(3):438-59.
11. Ebert KD, Rentmeester-Disher J, Kohnert K. Nonlinguistic cognitive treatment for bilingual children with primary language impairment. Clin Linguist Phon. 2012; 26(6): 485–501.
12. Ebert KD, Kohnert K, Pham G, Disher JR, Payesteh B. . Three treatments for bilingual children with primary language impairment: Examining cross-linguistic and cross-domain effects. J Speech Lang Hear Res. 2014; 57(1): 172–186.

13. Fillmore, CJ; Baker, C. A Frames Approach to Semantic Analysis. In: Heine B, Narrog H. *The Oxford Handbook of Linguistic Analysis*. 1 ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 313-339.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
15. Camargo RG, Mezzomo CL. Terapia fonoaudiológica de linguagem e teoria das inteligências múltiplas: investigação em prontuários. *Rev. CEFAC*. 2015; 17(5), 1457-1465. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517522014>.
16. Camargo RG, Mezzomo CL. Análise de estratégias terapêuticas para promoção da linguagem verbal a partir da Teoria das Inteligências Múltiplas. *Temas desenvolv* 2015/16; 20(112):193-202.
17. Weiss MW, Bidelman GM. Listening to the brainstem: musicianship enhances intelligibility of subcortical representations for speech. *J Neurosci*. 2015 Jan 28; 35(4):1687-91. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3680-14.2015.
18. Cogo-Moreira H, Andriolo RB, Yazigi L, Ploubidis GB, Brando de Vila CR, Mari JJ. Music education for improving reading skills in children and adolescents with dyslexia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 15(8):1-24.
19. Fillmore, CJ. Semântica de frames. *Cadernos de Tradução*. 2009; 25: 25-54.
20. Fillmore, CJ. Frame semantics. I.; Geeraerts D. (ed.): *Cognitive linguistics - basic readings*. 1 ed. Hawthorne: Mouton de Gruyter; 2006. p. 373–400
21. Lima FRO, Miranda NS. O Frame Semântico como uma ferramenta analítica de compreensão de experiências sociais educacionais. *Gatilho*. 2013 Mai; 8(16): 1-14.
22. Berk S, Lillo-Martin D. The two-word stage: Motivated by linguistic or cognitive constraints? *Cogn Psychol*. 2012; 65(1): 118-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cogpsych.2012.02.002>.
23. Alvarez W, Fuente A, Coloma CJ, Quezada C. Association between temporal resolution and Specific Language Impairment: The role of nonsensory processing. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2015 Out;79(10):1702-7. DOI: 10.1016/j.ijporl.2015.07.029.
24. Chen IC, Tsai PL, Hsu YW, Ma HI, Lai HA. et al. Everyday memory in children with developmental coordination disorder. *Research In Developmental Disabilities*. 2013 Jan; 34 (1):687-694. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2012.09.012>.
25. Lewis BA, Freebairn L, Tag J, Ciesla AA, Iyengar SK, Stein CM, Taylor HG. et al. Adolescent Outcomes of Children With Early Speech Sound Disorders With and Without Language Impairment. *Am J Speech Lang Pathol*. 2015; 24(2): 150-163. DOI: http://dx.doi.org/10.1044/2014_ajslp-14-0075.

26. Suárez J, Maiz F, Meza M. Inteligencias múltiples: Una innovación pedagógica para potenciar el proceso enseñanza aprendizaje. *Investigación y Postgrado*. 2010; 25 (1): 81-94.
27. Earle FS, Gallinat EL, Grela BG, Lehto A, Spaulding TJ. Empirical Implications of Matching Children With Specific Language Impairment to Children With Typical Development on Nonverbal IQ. *J Learn Disabil*. 2015 Dez; 31(1): 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0022219415617165>.
28. Sánchez-López M, Pardo-Guijarro MJ, Del Campo DG, Silva P, Martínez-Andrés M, Gulías-González R, Díez-Fernández A, Franquelo-Morales P, Martínez-Vizcaíno V; Movi-Kids group. Physical activity intervention (Movi-Kids) on improving academic achievement and adiposity in preschoolers with or without attention deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015 Out; 12: 1-10. DOI: 10.1186/s13063-015-0992-7.
29. Ijalba E. Effectiveness of a parent-implemented language and literacy intervention in the home language. *Child Lang Teach Ther*. 2014 Set; 31 (2): 207-220. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0265659014548519>.
30. Lerna A, Esposito D, Conson M, Massagli A. Long-term effects of PECS on social-communicative skills of children with autism spectrum disorders: a follow-up study. *Int. J. Lang. Commun*. 2014 Jul-Ago; 49(4): 478-85, 2014.
31. Sun C, Zhang T, Bao BK, Xu C, Mei T. Discriminative exemplar coding for sign language recognition with Kinect. *IEEE Trans Cybern*. 2013 Out; 43(5):1418-28. DOI: 10.1109/TCYB.2013.2265337.
32. Stein DS; Welchons LW; Corley KB; Dickinson H; Levin AR; Nelson CA; Stein MT. Autism associated with early institutionalization, high intelligence, and naturalistic behavior therapy in a 7-year-old boy. *J Dev Behav Pediatr*. 2015 Jan; 36(1): 53-5.
33. Tomasello M. *Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition*. 1 ed. Cambridge: Harvard University Press; 2003.
34. Tomasello M, Carpenter M, Call J, Behne T, Moll H. Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behav Brain Sci*. . 2005; 28: 675-691.
35. Cerruti C. Building a functional multiple intelligences theory to advance educational neuroscience. *Front. Psychol*. 2013; 19: 1-4.
36. Woo CC, Donnelly JH, Steinberg-Epstein R, Leon M. Environmental enrichment as a therapy for autism: A clinical trial replication and extension. *Behav Neurosci*.. 2015 Ago;129(4):412-22. DOI: 10.1037/bne0000068.
37. Armstrong, T. *As inteligências múltiplas na sala de aula*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.

38. Miranda, NS; Bernardo FC. Frames, discurso e valores. *Cad Est Lingui*. 2013 Jan-Jun; 55(1): 81-97.

5 DISCUSSÃO GERAL

A Teoria das Inteligências Múltiplas apreciada na terapia fonoaudiológica linguagem foi o centro desta pesquisa. Tal apreciação foi enriquecida na discussão dos três artigos originais que compõem a tese pelo estudo dos *frames*, da Gramática de Construções e do conceito de atenção conjunta.

Com o estudo apresentado no capítulo dois, no qual consta a revisão de literatura, evidenciou-se nas pesquisas sobre as diferentes patologias relacionadas à alteração de linguagem, a vinculação entre as características dos pacientes e as inteligências, seja em habilidades cognitivas gerais, como atenção (SUPPIEJ et al., 2014), ou nas específicas, por exemplo, déficit na cognição não verbal (CHEN et al., 2013). Este levantamento, dentre outros, auxiliou na justificativa da proposta desta tese, de que para o trabalho na terapia fonoaudiológica faz-se necessário mobilizar capacidades, conhecimentos e experiências, não somente da inteligência linguística, mas das demais, que se configuram como mais ou menos favorecedoras da aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal (FILLMORE, BAKER, 2009; MORAN, 2010; MORAN, GARDNER, 2006; MIRANDA, BERNARDO, 2013).

Neste contexto ressalta-se a amplitude da comunicação. Assim, na terapia fonoaudiológica faz-se necessário compreender e trabalhar com esta amplitude, deste modo, por vezes são verificados avanços em aspectos e habilidades que não são específicos da linguagem verbal e/ou ao componente da linguagem que se está enfatizando na terapia, porém estes irão interferir para a aquisição ou desenvolvimento ou qualificação dessa em um momento futuro do atendimento.

Com base nos objetivos geral e específicos da tese, este favorecimento foi analisado e discutido sob o ponto de vista da(s) inteligência(s) preferencial(is) de pacientes e terapeutas; número de inteligências contempladas na terapia; idade e sexo dos pacientes; caracterização dos recursos e estratégias utilizados na terapia com base na Teoria das Inteligências Múltiplas e a importância do papel de mediador do terapeuta. Todas estas variáveis foram estudadas com foco sobre as habilidades que eram trabalhadas em cada terapia e, a partir destas, o nível de complexidade linguística de compreensão e expressão dos pacientes, a comunicação não verbal e aspectos comportamentais.

Gardner (1994, 1999, 2011), autor da Teoria das Inteligências Múltiplas, sugere que para a elaboração do perfil de inteligências preferenciais, principalmente de crianças e adolescentes, sejam realizadas atividades diversificadas que contemplem as oito inteligências, durante o período de aproximadamente um mês. Ainda, que sejam feitas observações sistemáticas do comportamento desses.

Não foi possível realizar a investigação do perfil desta forma em virtude da numerosa amostra, de 107 pacientes e de 62 terapeutas, sendo que muitos são atendidos simultaneamente, gerando a impossibilidade de observar a todos os pacientes durante o período estipulado para a pesquisa. Também, porque a realização de tais atividades interferiria no tempo destinado a terapia organizada por cada terapeuta e, ainda, pela possibilidade de causar algum tipo de constrangimento com a observação dos estágios.

Então, apesar de se ter conhecimento que geralmente uma inteligência é a preferencial, registrou-se, na maioria dos casos, mais de uma inteligência como preferencial, pela combinação dos dados do questionário respondido por pais ou responsáveis e dos relatórios semestrais, no caso dos pacientes e, somente questionário, no caso dos terapeutas. Destaca-se que tal dado contou com a apreciação de juízes avaliadores.

É válido ressaltar também que, geralmente, as inteligências preferenciais se aproximam em atividades realizadas pelo paciente, por exemplo, cinestésico-corporal e musical, em pacientes que praticam dança. Além disso, mesmo sendo possível identificá-las ainda na primeira infância, nesta fase ainda o perfil de inteligência(s) preferencial(is) pode estar se concretizando e, em fases mais avançadas do desenvolvimento, totalmente estabelecido (BADCOCK, NYE, BISHOP, 2012; CERRUTI, 2013; GARDNER, 1994; GROEN et al., 2013).

De modo geral, não contemplar a(s) inteligência(s) preferencial(is) somente dos pacientes ou juntamente com a(s) e seus terapeutas, traz melhores resultados à terapia, na expressão e compreensão verbal, logo refutou-se a hipótese de que contemplar a(s) inteligência(s) preferencial(is) dos pacientes com alterações de linguagem e de terapeutas propicia melhores resultados na terapia de linguagem. A partir desta constatação, discutiu-se a importância de que os recursos, estratégias e construções linguísticas, abordados na terapia sejam significativos para o paciente, ao contemplar estruturas de conhecimento organizadas e visualizadas a partir das experiências e saberes relativos às oito inteligências.

Além disso, ao relacionar-se os dados dos capítulos 2 e 4, que se referem respectivamente aos artigos 1 e 3, pode-se verificar que dentre as inteligências ou combinações destas, que proporcionam melhores resultados na terapia, estão algumas que não estavam foram as mais frequentes nos perfis dos pacientes, são elas: linguística, interpessoal, intrapessoal e lógico-matemática. Assim, apresenta-se mais uma explicação/justificativa para tal achado.

Ainda, destaca-se este dado em relação às inteligências interpessoal e linguística. Porém, estas capacidades precisam ser qualificadas para a aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal, pois dizem respeito ao conhecimento das construções linguísticas e, dentre outros, ao uso destas na comunicação e interação com os outros.

Em contrapartida, estas duas inteligências estão entre as preferenciais dos terapeutas, logo tendo o conhecimento e habilidades desenvolvidas em ambas, possivelmente estes conseguem com mais facilidade compreender as necessidades e conduzir o paciente a aprimorar estas inteligências, principalmente, por meio do estabelecimento de situações de atenção conjunta (TOMASELLO 2003a, 2003b). Alguns estudos abordam a relevância da mediação dos profissionais que atuam no campo da saúde. Neste sentido, tem-se reconhecido a importância das habilidades relativas às inteligências intrapessoal e interpessoal neste campo (VEIGA, MIRANDA, 2006), para além do conhecimento técnico específico (PEARSON, O'BRIEN, 2012).

Ainda, em geral, não se encontrou diferença com significância estatística, entre a contemplação na terapia das oito inteligências e da(s) preferencial(is), de pacientes e de terapeutas, nos seguintes itens: leitura e escrita, expressões não verbais e fatores comportamentais, por exemplo, interesse pela atividade. Quanto ao primeiro, tem-se a questão de ser um trabalho muito restrito à inteligência linguística; já quanto aos dois últimos percebe-se a importância do papel do terapeuta como mediador das atividades, cabendo a este a complexa tarefa de estabelecer a atenção conjunta em terapia.

Um dos maiores benefícios do estudo das inteligências preferenciais dos pacientes foi mostrar para os terapeutas e para os pais ou responsáveis, que as crianças e adolescentes participantes da pesquisa não apresentam apenas dificuldades, representadas pela alteração de linguagem, mas muitas potencialidades. Estas potencialidades muitas vezes não são percebidas e/ou são pouco valorizadas, em virtude do foco e preocupação desses estar voltada à

dificuldade principal que apresentam. Este destaque às potencialidades e expressão das mesmas foi trazida por Camargo (2013), porém em relação a estudantes com Altas Habilidades/Superdotação. Acredita-se que investigações realizadas neste âmbito são implicitamente precursoras, da autoestima e da busca por desenvolver atividades que sejam do seu interesse e/ou no futuro possibilidades de estudo e/ou atuação profissional para os pacientes.

A visualização do perfil dos pacientes traz um novo olhar sobre o seu potencial para a família ou responsáveis. Sabe-se da valorização e hierarquização das inteligências, sendo que a linguística é uma das principais inteligências privilegiadas na maioria das culturas. Assim, ao conhecer o perfil e verificar que existem outras capacidades e habilidades que podem ser desenvolvidas pelo filho, os pais ou responsáveis podem visualizar um nicho de oportunidades para esta criança ou adolescente, que por vezes a atenção direcionada totalmente à dificuldade na inteligência linguística não permite que isso aconteça.

Quanto aos recursos e estratégias, visualizou-se que acessar elementos estritamente relacionados à inteligência linguística, por exemplo, livros, são de extrema importância para a terapia. Porém, a combinação destes com elementos de outras inteligências enriquece o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos.

Destacam-se também, como as inteligências que proporcionam melhores resultados na terapia, combinadas ou não com a inteligência linguística: a inteligência espacial, a cinestésico-corporal, a intrapessoal e a interpessoal. Neste âmbito, assim, confirmam-se duas hipóteses desta investigação, tanto a de que existe uma ampla diversificação de recursos e estratégias de uso recorrente na terapia de linguagem associadas aos tipos de inteligências, quanto à de que, com a contemplação das diferentes inteligências nas atividades desenvolvidas na terapia de linguagem (nas quais também estão implicados elementos não verbais, como por exemplo, a motricidade e apreciação musical), pode-se potencializar o processo de desenvolvimento da inteligência linguística.

Tem-se a questão da quantidade e diversificação de recursos e estratégias, sendo importante para determinadas habilidades reduzir esta diversificação (por exemplo, o trabalho com frases e relatos) e, para outras, ampliar (por exemplo, o trabalho com a comunicação não verbal), então, a hipótese de que o número de inteligências contempladas na terapia interfere nos resultados obtidos foi confirmada. O manejo da quantidade de recursos também impõe um desafio ao trabalho do terapeuta, que precisa selecioná-los da maneira mais adequada ao

estabelecimento da atenção conjunta, como por exemplo, quando existe a situação de fatores extra a terapia que influenciam o desempenho em terapia.

No estudo das características individuais dos pacientes teve-se à idade e ao sexo. Com base nos dados desta pesquisa, corroborando com a investigação de Beck et al. (2012), a inteligência linguística ao ser trabalhada em terapia com crianças traz melhores resultados ao ser combinada com a inteligência espacial e interpessoal, em destaque em relação a outras combinações, já com os adolescentes ressalta-se a combinação com a inteligência intrapessoal (GARDNER, 1994, 2011).

Sobre a variável sexo, destaca-se que meninos e meninas apresentaram as inteligências cinestésico-corporal e espacial como a combinação mais frequente de inteligências preferenciais; também se destaca a inteligência espacial, combinada com ou não com a inteligência linguística, como uma das inteligências que traz melhores resultados à terapia em ambos os sexos. As duas características, sexo e idade, precisam ser observadas na terapia para a adequada seleção dos recursos e estratégias visualizados a partir das inteligências múltiplas, com isso afirma-se que foi ratificada a seguinte hipótese: a contemplação das oito inteligências na terapia tem implicações diferenciadas nos resultados dessa, de acordo com o sexo e com a idade do paciente.

Por fim, é válido ressaltar a importância de estudar pacientes de um serviço específico. Tal assertiva diz respeito ao conhecimento dos aspectos que são relevantes para a evolução na terapia, proporcionando, dentre outros a dinamização e otimização do atendimento fonoaudiológico (BARROS, OLIVEIRA, 2010; COSTA, SOUZA, 2009), ao se considerar que este espaço estudado é um serviço público.

Acredita-se que com a análise e discussão dos dados desta investigação, fundamentados na Teoria das Inteligências Múltiplas conseguiu-se evidenciar o que muito se visualiza na prática, porém, sem a comprovação da cientificidade em relação aos tipos de recursos e estratégias utilizados na terapia fonoaudiológica de linguagem. Esta visualização diz respeito à observação empírica de terapeutas a respeito das atividades que são mais produtivas à aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal, dos seus pacientes e/ou de cada paciente, que puderam ser entendidas a partir da caracterização e possibilidades relativas aos oito tipos de inteligências estudados.

6 CONCLUSÃO

Acredita-se no estudo da Teoria das Inteligências Múltiplas, como um meio de ampliar os olhares e perspectivas para a atuação fonoaudiológica, com foco sobre o planejamento terapêutico e desempenho do paciente. Nesta tese, mostrou-se possibilidades de aplicação deste conhecimento, na terapia de linguagem, observando a complexidade inerente a esta prática, representada pelas singularidades dos pacientes, em relação à(s) sua(s) inteligência(s) preferencial(is), idade e sexo; pela(s) inteligência(s) preferencial(is) dos terapeutas; pela sistematização dos recursos e estratégias utilizados na terapia e pela qualidade da mediação e interação estabelecidos.

Desta forma, acredita-se que os objetivos propostos para esta investigação foram alcançados. Por meio das discussões apresentadas nos artigos, bem como na discussão geral, mostrou-se que a diferenciação da contemplação das oito inteligências na terapia de linguagem, estudada em relação às características dos pacientes e dos terapeutas e à variedade de recursos e estratégias, tem implicações sobre os resultados dessa.

Ao se combinar recursos e estratégias da inteligência linguística/linguagem verbal, com componentes das demais inteligências, promove-se a qualificação e significação das atividades desenvolvidas que geram melhores resultados na terapia, logo influenciam a evolução e a otimização na terapia fonoaudiológica. Esta significação advém dos conhecimentos e experiências das inteligências e/ou das combinações destas, organizadas em esquemas denominados *frames*, bem como a sua mobilização voltada à aquisição e desenvolvimento da linguagem dá-se pelas construções linguísticas utilizadas na terapia. É válido ressaltar que o nível de complexidade linguística, os meios de comunicação não verbais, a fase do desenvolvimento e o sexo dos pacientes devem ser observados na seleção da(s) inteligência(s) a serem contempladas na terapia.

Ainda, verificou-se a complexidade da terapia, por meio dos diferentes objetivos elencados pelos terapeutas, que vão além do propósito principal que é a promoção da linguagem verbal. Novamente, reitera-se a relevância de acessar diferentes conhecimentos e capacidades e, a partir desses, desenvolver outras

habilidades que são essenciais para a qualificação da inteligência linguística, por exemplo, a atenção.

Mostrou-se também que o estabelecimento da atenção conjunta como um dos aspectos primordiais frente à qualidade da terapia de linguagem. Entende-se que a todo o momento, o terapeuta é desafiado a estabelecer uma conexão com o seu paciente e com um terceiro, ou até mesmo com um quarto elemento, na atividade que está desenvolvendo.

Neste sentido, sabe-se que uma das inteligências mais frequentes como uma das preferenciais dos terapeutas, que participaram desta pesquisa, foi a interpessoal, que é intrínseca ao ato de instigar as interações. Logo, tendo esta inteligência como preferencial ou não, todos os terapeutas necessitam aprimorar tal capacidade com vistas a qualificar a sua atuação como fonoaudiólogo, na terapia de linguagem.

A densidade dos dados levantados e as discussões que foram realizadas nesta tese apontam várias possibilidades para investigações futuras. A seguir serão levantadas aquelas que foram visualizadas pela pesquisadora neste momento.

O estudo pormenorizado de cada um dos itens e subitens do Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia registra-se como a primeira possibilidade de nova pesquisa. As peculiaridades do trabalho, por exemplo, com vocalizações e frases, são muito diferentes e poderiam ser discutidas individualmente com base na Teoria das Inteligências Múltiplas. Além disso, este roteiro pode ser explorado como instrumento de pesquisa em outras investigações como, por exemplo, na validação do mesmo com a aplicação dos pressupostos da psicometria. Também, os questionários utilizados para elaboração dos perfis de inteligência(s) preferencial(is) podem ser utilizados como instrumentos em pesquisas posteriores.

Discutir teoricamente o(s) tipo(s) da(s) inteligência(s) preferencial(is) de paciente(s) e terapeuta(s) encontradas, a partir da Análise de Conteúdo é a segunda proposta que se apresenta. No primeiro artigo da tese, estes dados foram apresentados e discutidos de forma simplificada, logo poderiam ser melhor explorados.

Apresenta-se como outra possível pesquisa com a comparação entre os resultados obtidos na terapia, tendo como variável investigada a mudança de terapeuta ao longo do período de coleta de dados, em relação ou não à(s) inteligência(s) preferencial (is) dos mesmos. Esta análise estatística foi realizada,

porém não foi discutida nos artigos a fim de se ater aos objetivos específicos propostos para a tese.

Recursos e estratégias utilizadas na terapia de linguagem, visualizados a partir da Teoria das Inteligências Múltiplas e, estudados em amostras menores estratificadas por faixas de idade, configura-se como outra alternativa de investigação. No segundo artigo, fez-se este estudo por meio da comparação entre crianças e adolescentes, porém é plausível e interessante a compreensão da relação mais detalhadas entre faixas etárias e tipos de inteligências contempladas na terapia de linguagem.

Diagnósticos fonoaudiológicos e desempenho na terapia de linguagem, relacionado à contemplação dos diferentes tipos de inteligências, é outro tema gerador rico para a realização de novas pesquisas. O estudo deste tema mostra-se de certa forma como uma limitação em relação à pesquisa que resultou nesta tese, que poderia ter sido realizado na proposta do segundo artigo. Porém, justifica-se esta limitação com base no entendimento que este estudo requer um aprofundamento teórico e da discussão que, dentre outros, precisa ser realizado com a organização da amostra em grupos definidos pelo diagnóstico, logo podendo ser redigido um artigo para cada tipo de diagnóstico fonoaudiológico apresentado pelos dos pacientes.

Realizar nova análise estatística selecionando da amostra total, terapias que utilizam recursos e/ou estratégias inovadores e/ou de uso não corriqueiro na terapia fonoaudiológica de linguagem surge como outra possibilidade de investigação. Neste âmbito, a Cinoterapia e novos aplicativos para uso em celulares e computadores, são exemplos que ilustram esta ideia de pesquisa.

A investigação da formação inicial e/ou continuada do terapeuta fonoaudiólogo em relação ao conhecimento da Teoria das Inteligências Múltiplas mostra-se muito interessante. Este conhecimento pode ser explorado tanto em termos da identificação da(s) sua(s) inteligência(s) preferencial (is) nos cursos de Ensino Superior e as implicações do conhecimento do seu perfil para a sua atuação; quanto aos saberes relacionados às diferentes inteligências, em especial, a espacial, a interpessoal e a cinestésico-corporal e a sua aplicação nos processos terapêuticos fonoaudiológicos.

Ainda, destacam-se os diversos olhares que poderiam ser dados à análise dos dados, a partir da discussão desses a partir de outros embasamentos teóricos,

por exemplo, no âmbito da Psicologia, o aprofundamento da discussão sobre mediação terapêutica e atenção conjunta, fundamentado nos estudos sócio interacionistas e, na Linguística, o estudo dos *frames* semânticos, tipos de inteligências e gêneros linguísticos.

Estes caminhos de pesquisa apontados são aqueles vislumbrados neste momento. É válido retomar e ressaltar a afirmação sobre a riqueza de aspectos que podem ser investigados na terapia fonoaudiológica de linguagem com base na Teoria das Inteligências Múltiplas, com vistas à sua qualificação.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA RODRÍGUEZ, V. M. et al. Intervención en procesos lectores en alumnado con Trastorno Específico del Lenguaje. **Psicothema**, v. 28, n.1, p. 40-46, 2016.
- ALMEIDA, L. S. et al. Structural invariance of multiple intelligences, based on the level of execution. **Psicothema**, v. 23, n.4, p.832-38, 2011.
- ALTMANN, E. **Fissuras labiopalatinas**. 3ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ARAVENA, T.; CASTILLO, T. S.; VILLASECA, G.C. Síndrome de Coffin-Siris: casos clínicos y revisión de la literatura. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 72, n. 3, p. 224-229, 2001.
- BADCOCK, N. A.; NYE, A.; BISHOP, D. V. M. Using functional transcranial Doppler ultrasonography to assess language lateralisation: Influence of task and difficulty level. **Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition**, v. 17, n. 6, p. 694-710, 2012.
- BARROS, N. et al. **Como fazer experimentos: pesquisa e desenvolvimento na ciência e na indústria**. 2. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002.
- BARROS, P. M. L.; OLIVEIRA, P. N. Perfil dos pacientes atendidos no setor de fonoaudiologia de um serviço público de Recife – PE. **Revista CEFAC**, 12(1):128-33, 2010.
- BAXENDALE, J. et al. Parent and teacher perceptions of participation and outcomes in an intensive communication intervention for children with pragmatic language impairment. **International Journal of Language & Communication Disorders.**, v.48, n.1, p.41-53, 2013.
- BEZERRA, G.B.; SOUZA, L.B. A aquisição da linguagem por Chomsky e por Tomasello. **Revista DLCV - Língua, Linguística & Literatura**, v.10, n.1, p. 19-32, 2013.
- BISHOP, D. V. M. How does the brain learn language? Insights from the study of children with and without language impairment. **Developmental Medicine & Child Neurology**, n. 42, p. 133–142, 2000.
- CAMARGO, R.G. **Estratégias de acessibilidade educacional para e por estudantes com altas habilidades/superdotação**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Rio Grande do Sul, 2013.

CAPES. **Portal de Periódicos da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES**. Disponível em: www.periodicos.capes.gov.br. Acesso em: 01 de junho de 2014.

_____. **Portal de Periódicos da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES**. Disponível em: www.periodicos.capes.gov.br. Acesso em: 21 de julho de 2016.

CAVALHEIRO, L. G. C.; BRANCALIONI, A. R.; KESKE-SOARES, M. Perfil comunicativo de crianças com desenvolvimento fonológico normal e com desvio fonológico. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 3, p. 359-367, 2013.

CIENKI, A. Frames, idealized cognitive models and domains. In: GEERAERTS, D.; CUYCKENS, H. **The Oxford handbook of cognitive linguistics**. OUP, New York. p. 170-187, 2007.

COSTA, P. P.; MEZZOMO, C. L.; KESKE-SOARES, M. Verificação da eficiência da abordagem terapêutica miofuncional em casos de desvio fonológico, fonético e fonético-fonológico. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 1703-1711, dez., 2013.

CRESTANI, A. H. et al. Distúrbio específico de linguagem: a relevância do diagnóstico inicial. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 228-237, fev., 2013

CURRAN, A. et al. Non-attendance and utilization of a speech and language therapy service: a retrospective pilot study of school-aged referrals. **International Journal of Language & Communication Disorders**, v.50, n.5, p. 665-75, set./out., 2015.

DANZER, E. et al. Early neurodevelopmental outcome of infants with high-risk fetal lung lesions. **Fetal Diagnosis and Therapy**, v. 34, n. 4, p.210-5, 2012.

DENNY, M. Matching purpose with practice: Revolutionising nurse education with MITA. **Nurse Education Today**, v. 28, n. 1, p.100-107, jan. 2008.

FERRARI, L. **Introdução à linguística cognitiva**. São Paulo: Contexto, 2014.

_____. Modelos de gramática em Linguística Cognitiva: princípios convergentes e perspectivas complementares. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras e cognição**, n 41, p. 149-165, 2010.

FILLMORE, C.J. An alternative to checklist theories of meaning. In: C. COGEN; H. THOMPSON; G. THURGOOD; K. WHISTLER (eds.). **Proceedings of the First Annual Meeting of the Berkeley Linguistics Society**, Berkeley, p. 123-131, 1975.

_____. Frames and the semantics of understanding. In: **Quaderni di Semantica**, v. 6, n. 2, dez.1985.

_____. Frame semantics and the nature of language. **Annals of the New York Academy of Sciences: Conference on the origin and development of language and speech**, New York, p. 20-32, 1976.

_____. The case for case reopened. In.: COLE, P.; SADOCK, J. (eds.) **Syntax and semantics viii: Grammatical Relations**. New York: Academic Press, 1977. p. 59-71.

_____. Topics in lexical semantics. In.: COLE, R.W. (ed.). **Currents Issues in Linguistic Theory**. Bloomington: Indiana University Press, 1979. p. 76-158.

FORTUNATO-TAVARES, T. et al. Syntactic comprehension and working memory in children with specific language impairment, autism or Down syndrome. **Clinical Linguistics & Phonetics**, v. 29, n. 7, p.499-522, abr., 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768807/pdf/nihms760425.pdf> <http://dx.doi.org/10.1080/02643758.2015.1052842>. Acesso em: 30 jul. 2016.

FREED, J. et al. Performance of children with social communication disorder on the Happé Strange Stories: Physical and mental state responses and relationship to language ability. **Journal of Communication Disorders**, v. 55, p.1-14, mai., 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021992415000234>. Acesso em: 28 jul. 2016.

FRIDRIKSSON, Julius et al. Speech entrainment compensates for Broca's area damage. **Cortex**, v. 69, p.68-75, ago., 2015.

FURNHAM, A. Sex differences in self-estimates of lay dimensions of intelligence. **Psychol Rep.**, v.85, n.1, p. 349-50, ago., 1999.

FURNHAM, A.; CALLAHAN, I.; AKANDE, D. Self-Estimates of Intelligence: A Study in Two African Countries. **The Journal of Psychology**, v. 138, n. 3, p.265-285, jan. 2004.

FURNHAM, Adrian; CHAMORRO-PREMUZIC, Tomas. Estimating One's Own and One's Relatives' Multiple Intelligence: A Study from Argentina. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 8, n. 01, p.12-20, mai., 2005.

FURNHAM, A. et al. Self- and other-estimates of multiple abilities in Britain and Turkey: A cross-cultural comparison of subjective ratings of intelligence. **International Journal of Psychology**, v. 44, n. 6, p.434-442, dez., 2009. Wiley-Blackwell. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00207590802644766>

FURNHAM, A.; MKHIZE, N. Zulu Mothers' Beliefs About Their Own and Their Children's Intelligence. **The Journal Of Social Psychology**, v. 143, n. 1, p.83-94, fev. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00224540309598432>.

FURNHAM, A.; REEVES, E.; BUDHANI, S. Parents Think Their Sons Are Brighter Than Their Daughters: Sex Differences in Parental Self-Estimations and Estimations

of Their Children's Multiple Intelligences. **The Journal Of Genetic Psychology**, v. 163, n. 1, p.24-39, mar., 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00221320209597966>.

FURNHAM, A.; SHAGABUTDINOVA, K. Sex differences in estimating multiple intelligences in self and others: A replication in Russia. **International Journal Of Psychology**, v. 47, n. 6, p.448-459, dez., 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00207594.2012.658054>.

GARDNER, H. **Frames of Mind**. New York: Basic Books, 1983.

_____. The relationship between early giftedness and later achievement. **Ciba Foundation symposium Journal**, v. 178, p. 175-186, 1993.

_____. The theory of multiple intelligences. **Annals of Dyslexia**, v.37, n.1, p.19-35, jan., 1987.

GHAJARZADEH, M., MOHAMMADIFAR, M. Emotional intelligence of medical residents of Tehran University of Medical Sciences. **Acta Medica Iranica**, v.51, n.3, p.185-8, abr., 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GILBOA, Y. et al. Underlying mechanisms of writing difficulties among children with Neurofibromatosis type 1. **Research In Developmental Disabilities**, v. 35, n. 6, p.1310-1316, jun., 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422214001139>. Acesso em: 30 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.021>.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional: A teoria revolucionária que define o que é ser inteligente**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOORHUIS-BROUWER, S. M., KNIJFF, W. A. Efficacy of speech therapy in children with language disorders: specific language impairment compared with language impairment in comorbidity with cognitive delay. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 63, n.2, p.129-36, abr., 2002.

GROEN, M. A. et al. Associations between Handedness and Cerebral Lateralisation for Language: A Comparison of Three Measures in Children. **PLoS ONE**, v.8, n.5, p.1-6, 2013.

HEARNE, D.; STONE, S. Multiple intelligences and underachievement: lessons from individuals with learning disabilities. **Journal of Learning Disabilities**, v. 28, n. 7, p. 439-448, abr., 2002.

HEIM, S. et al. Early gamma oscillations during rapid auditory processing in children with a language-learning impairment: changes in neural mass activity after training. **Neuropsychologia**, v.51, n.5, p. 990-1001, abr., 2013.

HERMAN, R. et al. Deficits in narrative abilities in child British Sign Language users with specific language impairment. **International Journal Of Language &**

Communication Disorders, v. 49, n. 3, p.343-353, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12078>.

HISCOX, L.; LEONAVIČIŪTĖ, E.; HUMBY, T. The effects of automatic spelling correction software on understanding and comprehension in compensated dyslexia: improved recall following dictation. **Dyslexia**. v. 20, n.3, p. 208-24, ago., 2014.

HOU, C. et. al. Autistic savants [correction of artistic]. **Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology**, v. 13, n. 1, p. 29-38, jan., 2000.

JAKUBOVICZ, R. **Avaliação, Diagnóstico e Tratamento em Fonoaudiologia: Psicomotricidade, Deficiência de Audição, Atraso de Linguagem Simples e Gagueira Infantil**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2002.

JESUS, M. de S. V. et al. Avaliações Fonoaudiológicas Clínica e Instrumental em Indivíduos com Fissura Labiopalatina. In: JESUS, M. de S. V.; DI NINNO, C. Q. de M. S. (org.). **Fissura Labiopalatina: Fundamentos para a prática fonoaudiológica**. São Paulo: Rocca, 2009, p. 57 –75.

LA-FRANCE, C.; GARCIA, L.J.; LABRECHE, J. The effect of a therapy dog on the communication skills of an adult with aphasia. **Journal of Communication Disorders**, v.40, n.3, p. 215-24, mai./jun., 2007.

LAMPRECHT, R. R. et al. **Aquisição fonológica do Português: Perfil de desenvolvimento e subsídios para terapia**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LANE, India F.. Professional competencies in health sciences education: from multiple intelligences to the clinic floor. **Advances In Health Sciences Education**, v. 15, n. 1, p.129-146, jul., 2009.DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-009-9172-4>.

LANGS, G. et al. Identifying Shared Brain Networks in Individuals by Decoupling Functional and Anatomical Variability. **Cerebral Cortex**, v. 26, n.10, p. 4004-14, 2016.

LOPES-HERRERA, S. A.L., MAXIMINO, L.P. (org.). **Fonoaudiologia intervenções e alterações da linguagem oral infantil**. Ribeirão Preto: Editora Booktoy, 2011.

MANDELLI, S. A.; ABRAMIDES, D. V. M. Manifestações clínicas e fonoaudiológicas na Síndrome de Turner: estudo bibliográfico. **Revista CEFAC**, São Paulo , v. 14, n. 1, p. 146-155, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000081>.

MARCUM, J. A. The Role of Emotions in Clinical Reasoning and Decision Making. **Journal Of Medicine And Philosophy**, v. 38, n. 5, p.501-519, ago., 2013. Oxford University Press (OUP). DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jmp/jht040>.

MARTÍNEZ-SANTIAGO, F. et al. A semantic grammar for beginning communicators. **Knowledge-based Systems**, v. 86, p.158-172, set., 2015. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.knosys.2015.06.002>.

MEZZOMO, C. L.; FREITAS, C. R. ; VIDOR, D. C. G. M. Aspectos formais da linguagem em crianças com e sem desvio fonológico. **Distúrbios da Comunicação**, v. 26, p. 854-854, 2014.

FREITAS, C. R.; MEZZOMO, C. L. ; VIDOR, D. C. G. M. Phonemic discrimination and the relationship with other linguistic levels in children with typical phonological development and phonological disorder. **CoDAS**, v. 27, p. 236-241, 2015.

MCKINLEY, S. K. et al. A multi-institutional study of the emotional intelligence of resident physicians. **The American Journal Of Surgery**, v. 209, n. 1, p.26-33, jan., 2015. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.09.015>.

MIDDLETON, Rebekkah. Active learning and leadership in an undergraduate curriculum: How effective is it for student learning and transition to practice?. **Nurse Education In Practice**, v. 13, n. 2, p.83-88, mar., 2013. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.012>.

NETO, F.; FURNHAM, A. Gender Differences in Self-Rated and Partner-Rated Multiple Intelligences: A Portuguese Replication. **The Journal Of Psychology**, v. 140, n. 6, p.591-602, nov., 2006. Informa UK Limited. DOI: <http://dx.doi.org/10.3200/jrlp.140.6.591-602>.

OLIVEIRA, C.; CUNHA, D.; SANTOS, A. Fatores de risco para gagueira em crianças disfluentes com recorrência família. **Audiology Communication Researc**, v.18, n.1, p. 43-9, 2013.

PAGLIARIN, K. C.; KESKE-SOARES, M. Abordagem contrastiva na terapia dos desvios fonológicos: considerações teóricas. **Revista CEFAC**, v. 9, n. 3, p. 330-338, set., 2007.

PEARSON, M.; O'BRIEN, P. Changing views of theory and practice in counselling: Multiple intelligences, eclecticism and the therapeutic alliance. **PACJA**, v.1, n.1, p. 1-19, 2013.

PENNA, L. M.; LEMOS, S. M. A.; ALVES, C. R. L. Habilidades linguísticas e auditivas de crianças usuárias de aparelho auditivo. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo , v. 81, n. 2, p. 148-157, abr., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000200148&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.05.034>.

PETERSON, C.C.; WELLMAN, H.M.; SLAUGHTER, V. The mind behind the message: advancing theory-of-mind scales for typically developing children, and those with deafness, autism, or Asperger syndrome. **Child Development**. 83(2):469-85, mar./abr., 2012.

PSILOPANAGIOTI, A. et al. Emotional intelligence, emotional labor, and job satisfaction among physicians in Greece. **Bmc Health Services Research**, v. 12, n. 1, p.1-12, dez., 2012. Springer Nature. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-463>.

RENAUD, M T.; RUTLEDGE, C.; SHEPHERD, L. Preparing Emotionally Intelligent Doctor of Nursing Practice Leaders. **Journal Of Nursing Education**, v. 51, n. 8, p.454-460, mai., 2012. SLACK, Inc.. <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20120523-03>.

SALOMÃO, M. M. M. FrameNet Brasil: um trabalho em progresso. *Calidoscópico*, São Leopoldo, v.7, n.3, p.171-182, set./dez., 2009.

SALOMÃO, M. M. M; MIRANDA, N. S. **Construções do Português do Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

SCARPA, E. M. Aquisição da Linguagem. In.: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (org.). **Introdução à linguística: domínios e fronteiras**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 203-232.

SCHIRMER, C. R.; FONTOURA, D. R.; NUNES, M. L.. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **Jornal de Pediatria**. v. 80, n. 2, supl. p. 95-103, abr., 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300012>.

SIERRA-FITZGERALD, O.; QUEVEDO-CAICEDO, J. La teoría de las inteligencias múltiples: contexto neurocognitivo adecuado para la hipótesis neuropsicológica sobre los factores y mecanismos de la superioridad. **Revista Neurología**, v.33, n.11, p.1060-1064, dez., 2011.

SILVA, E. B. da. Fissura Labiopalatina em Bebês: Intervenção Interdisciplinar. In: JESUS, M. de S. V., DI NINNO, C. Q. de M. S. (org.). **Fissura Labiopalatina: Fundamentos para a prática fonoaudiológica**. São Paulo: Rocca, 2009, p. 10 – 28.

SILVA, H.T.; FERREIRA, R.G. Questões de construção gramatical: a teoria no paradigma da linguística cognitiva e sua aplicação à hipocorização. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Letras e cognição**, n. 41, p. 115-135, 2010.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SPEK, B. et al. Teaching evidence-based practice (EBP) to speech-language therapy students: are students competent and confident EBP users? **International Journal of Language & Communication Disorders**, v.48, n.4, p. 444-52, jul./ago., 2013. DOI: 10.1111/1460-6984.12020. Epub 2013 Apr 13.

SKEBO, C. et al. Reading Skills of Students With Speech Sound Disorders at Three Stages of Literacy Development. **Language Speech And Hearing Services In Schools**, v. 44, n. 4, p.360-373, out., 2013. American Speech Language Hearing Association. Disponível em:

<http://lshss.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=1797461>. Acesso em: 29 jul.. 2016. DOI: [http://dx.doi.org/10.1044/0161-1461\(2013/12-0015\)](http://dx.doi.org/10.1044/0161-1461(2013/12-0015)).

SPARKS, R.; GANSCHOW, L.; THOMAS, A. Role of intelligence tests in speech/language referrals. **Perceptual & Motor Skills**, v. 83, n.1, p.195-204, ago., 1996.

SUPPIEJ, A. et al. Long-Term Neurocognitive Outcome and Quality of Life in Pediatric Acute Disseminated Encephalomyelitis. **Pediatric Neurology**, v. 50, n. 4, p.363-367, abr., 2014. Disponível em: [http://www.pedneur.com/article/S0887-8994\(13\)00742-X/pdf](http://www.pedneur.com/article/S0887-8994(13)00742-X/pdf). Acesso em: 28 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2013.12.006>.

SWAMI, V.; FURNHAM, A.; KANNAN, K. Estimating Self, Parental, and Partner Multiple Intelligences: A Replication in Malaysia. **The Journal Of Social Psychology**, v. 146, n. 6, p.645-655, dez., 2006. Informa UK Limited. DOI: <http://dx.doi.org/10.3200/socp.146.6.645-655>.

SWAMI, V.; FURNHAM, A.; ZILKHA, S. Estimates of Self, Parental, and Partner Multiple Intelligence and their Relationship with Personality, Values, and Demographic Variables: A Study in Britain and France. **The Spanish Journal Of Psychology**, v. 12, n. 02, p.528-539, nov., 2009. Cambridge University Press (CUP). DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s1138741600001906>.

SWILLEN, A. A Coffin- Siris síndrome: dados sobre o desenvolvimento mental, a linguagem, comportamento e habilidades sociais em crianças. **Clinical Genetics**, v. 48, p.177-182, 1995.

TOMASELLO, M. (2003a). **As origens culturais da aquisição do conhecimento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TURKSTRA, L.S.; ABBEDUTO, L.; MEULENBROEK, P. Social cognition in adolescent girls with fragile x syndrome. **American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities**, v.119, n.4, p. 319-39, jul., 2014.

USLER, E.; WEBER-FOX, C. Neurodevelopment for syntactic processing distinguishes childhood stuttering recovery versus persistence. **Journal Of Neurodevelopmental Disorders**, v. 7, n. 1, p.1-21, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318174/pdf/11689_2014_Article_97.pdf. Acesso em: 28 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1866-1955-7-4>.

VAN RIPER, C.; EMERICK, L. **Correção de Linguagem: uma introdução à patologia da fala e à audiologia**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

VARANDA, C. de A.; FERNANDES, F. D. M. Consciência sintática: prováveis correlações com a coerência central e a inteligência não verbal no autismo. **Jornal**

da **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 142-151, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000200011>.

VEIGA, E.C.; MIRANDA, V.R. A importância das inteligências intrapessoal e interpessoal no papel dos profissionais da área da saúde. **Ciências e Cognição**, v.9, n.1, p. 64-72, 2006.

VITAL, A. A. F. et al. Avaliação de alunos com síndrome de Down: aspectos cognitivo-linguísticos, educacionais e funcionais. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 177-188, dez., 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2016.

WHO. **ICD-10 Guide for Mental Retardation**. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1996.

YAMANO, M.; AKAMATSU, N.; TSUJI, S. Advances in research on cognitive function related to temporal lobe epilepsy: focus on social cognitive function. **Journal of UOEH**, v.34, n.3, p. 245-58, set., 2012.

APÊNDICES

**APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
PARA OS ACADÊMICOS DO CURSO DE FONOAUDIOLOGIA****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹⁵**

Título do estudo: **“AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA E O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM**

Pesquisador responsável: Prof. Dr.^a Carolina Lisbôa Mezzomo

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Fonoaudiologia

Telefone do pesquisador responsável: (55)91233200

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8348. Avenida Roraima, 1000, Prédio 26A (CCS), 2º Andar, s. 1432, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Fonoaudiológico –SAF-. (55) 3220-3444. Rua Marechal Floriano Peixoto, n. 1750, Santa Maria - RS.

Eu Carolina Lisbôa Mezzomo, responsável pela pesquisa **“AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA E O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM”** e minha orientanda de doutorado Renata Gomes Camargo, convidamos você a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende investigar se o uso de estratégias terapêuticas que envolvem as inteligências preferenciais do sujeito na terapia fonoaudiológica pode promover/facilitar um maior desenvolvimento da linguagem (da inteligência linguística). Acreditamos que ela seja importante porque pensa-se que a reflexão sobre o perfil das inteligências múltiplas dos pacientes pode auxiliar os terapeutas na elaboração do planejamento do atendimento fonoaudiológico, visando à qualificação do mesmo; bem como a oportunidade de abreviar o processo terapêutico, através da evolução da inteligência linguística do paciente. Para sua realização será feito o seguinte: reunião explicativa inicial do projeto e de devolutiva ao final da pesquisa, aplicação de questionários, investigação em prontuários e preenchimento de

¹⁵ Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Endereço: 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 Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia. Sua participação constará em responder a um questionário de apreciação das suas inteligências múltiplas, bem como preenchimento de um Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia a cada dia de atendimento do(s) seu(s) paciente(s).

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: incômodo ou discordância com as perguntas contidas no questionário que irão responder, também quanto à possibilidade de modificações na terapia do seu paciente, em função da sua participação na pesquisa. Para tanto, serão tomadas as seguintes medidas em relação a isso: poderão decidir por não responder determinada pergunta do questionário, mesmo após a explicação com esclarecimentos por parte da pesquisadora; ainda, você será instruído e acompanhado durante a sua participação na pesquisa, quanto à não alteração da sua organização dos atendimentos, tanto que o registro no referido roteiro acontecerá após efetivação das terapias, logo será garantida a sua autonomia para elaboração dos mesmos. Os principais benefícios que esperamos com o estudo são o entendimento da relação da apreciação das inteligências múltiplas na terapia de linguagem e sua relação com a evolução do paciente nesta, sendo que alguns dados já serão divulgados às pessoas envolvidas após o término da coleta de dados, bem como após o término da pesquisa, no intuito de que estas informações possam auxiliar na referida evolução.

Durante todo o período da pesquisa, você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa (o contato do conselho pode ser encontrado ao final das duas páginas do termo).

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar da investigação ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Essas serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria, no CELF, Rua Floriano Peixoto, n. 1750, Bairro Centro, CEP: 99910-000 subsolo do prédio de apoio da UFSM, Santa Maria/RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Carolina Lisbôa Mezzomo. Após este período os dados serão destruídos.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu,

após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais eu serei

submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, 11 de novembro de 2014.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Endereço: 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 B– TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****TERMO DE CONFIDENCIALIDADE¹⁶**

Título do projeto: **AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA E O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM**

Pesquisador responsável: Prof. Dr.^a Carolina Lisbôa Mezzomo

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Fonoaudiologia

Telefone para contato: (55)91233200

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de aplicação de questionários com os pais dos pacientes e com os acadêmicos do Curso de Fonoaudiologia, da Universidade Federal de Santa Maria –UFSM, que estarão atendendo os referidos pacientes nos Estágios em Linguagem Oral e Escrita e Habilitação e Reabilitação Auditiva. Esses também responderão ao Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia, sobre as estratégias e resultados obtidos em cada dia de atendimento, no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da UFSM. Além disso, serão pesquisados nos prontuários dos pacientes resultados de avaliações fonoaudiológicas, bem como relatórios gerais de terapia. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria, no CELF, Rua Floriano Peixoto, n. 1750, Bairro Centro, CEP: 99910-000 subsolo do prédio de apoio da UFSM, Santa Maria/RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Carolina Lisbôa Mezzomo. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número CAAE

Pesquisador responsável.

Santa Maria, 10 de novembro de 2014.

¹⁶ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Endereço: 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.

**APENDICE C– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
PARA OS PAIS/RESPONSÁVEIS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹⁷

Título do estudo: **“AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA E O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM**

Pesquisador responsável: Prof. Dr.^a Carolina Lisbôa Mezzomo

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Fonoaudiologia

Telefone do pesquisador responsável: (55)91233200

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8348. Avenida Roraima, 1000, Prédio 26A (CCS), 2º Andar, s. 1432, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Fonoaudiológico –SAF-. (55) 3220-3444. Rua Marechal Floriano Peixoto, n. 1750, Santa Maria - RS.

Eu Carolina Lisbôa Mezzomo, responsável pela pesquisa **“AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA E O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM”** e minha orientanda de doutorado Renata Gomes Camargo, convidamos o(a) seu(a) filho(a) a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende investigar se o uso de estratégias terapêuticas que envolvem as inteligências preferenciais do sujeito na terapia fonoaudiológica pode promover/facilitar um maior desenvolvimento da linguagem (da inteligência linguística). Acreditamos que ela seja importante porque pensa-se que a reflexão sobre o perfil das inteligências múltiplas dos pacientes pode auxiliar os terapeutas na elaboração do planejamento do atendimento fonoaudiológico, visando à qualificação do mesmo; bem como a oportunidade de abreviar o processo terapêutico, através da evolução da inteligência linguística do paciente. Para sua realização será feito o seguinte: reunião explicativa inicial do projeto e de devolutiva ao final da pesquisa, aplicação de questionários, investigação em prontuários e preenchimento de um Roteiro Estruturado de Evolução da Terapia. Sua participação constará em responder a um questionário sobre o(a) seu(a) filho(a), bem como autorizar que o terapeuta que o(a) atende responda, nos quais será mantido em sigilo o seu

¹⁷ Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Endereço: 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.

nome.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: incômodo ou discordância com as perguntas contidas no questionário que irão responder, também quanto a possibilidade de modificações na terapia do(a) seu(a) filho(a), em função do seu terapeuta estar participando da pesquisa. Para tanto, serão tomadas as seguintes medidas em relação a isso: poderão decidir por não responder determinada pergunta do questionário, mesmo após a explicação com esclarecimentos por parte da pesquisadora; ainda, os terapeutas serão instruídos e acompanhados durante a sua participação na pesquisa, quanto a não alteração da organização dos atendimentos, tanto que o registro no referido roteiro acontecerá após efetivação das terapias. Os principais benefícios que esperamos com o estudo são o entendimento da relação da apreciação das inteligências múltiplas na terapia de linguagem e sua relação com a evolução do paciente nesta, sendo que alguns dados já serão divulgados às pessoas envolvidas após o término da coleta de dados, bem como após o término da pesquisa, no intuito de que estas informações possam auxiliar na referida evolução.

Durante todo o período da pesquisa, você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa (o contato do conselho pode ser encontrado ao final das duas páginas do termo).

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar que seu do(a) seu(a) filho(a) participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Essas serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria, no CELF, Rua Floriano Peixoto, n. 1750, Bairro Centro, CEP: 99910-000 subsolo do prédio de apoio da UFSM, Santa Maria/RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Carolina Lisbôa Mezzomo. Após este período os dados serão destruídos.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu,

após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que a participação do(a) meu(minha) filho(a) é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais ele(a) será submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha

concordância em que meu (minha) filho(a) possa participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, 11 de novembro de 2014.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Endereço: 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 D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
PARA OS JUÍZES ESPECIALISTAS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹⁸

Título do estudo: **“AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA E O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM**

Pesquisador responsável: Prof. Dr.^a Carolina Lisbôa Mezzomo

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Fonoaudiologia

Doutoranda pesquisadora: Renata Gomes Camargo

Telefone do pesquisador responsável: (55)91233200

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8348. Avenida Roraima, 1000, Prédio 26A (CCS), 2º Andar, s. 1432, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Fonoaudiológico –SAF-. (55) 3220-3444. Rua Marechal Floriano Peixoto, n. 1750, Santa Maria - RS.

Eu Carolina Lisbôa Mezzomo, responsável pela pesquisa **“AS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA E O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM”** e minha orientanda de doutorado Renata Gomes Camargo, convidamos você a participar como voluntário deste nosso estudo. Esta investigação tem por objetivo investigar a contemplação das oito inteligências na terapia fonoaudiológica sob o ponto de vista do favorecimento do desenvolvimento da linguagem verbal (da inteligência linguística).

As informações deste consentimento foram definidas pelas pesquisadoras, para que seja autorizada a participação dos juízes especialistas nesta investigação, por escrito, com total conhecimento do trabalho que realizarão. A participação do juiz especialista tem por propósito analisar os dados do perfil de inteligência(s) preferencial (is) de uma amostra de pacientes e de terapeutas que participaram da pesquisa, elaborado a partir de um questionário, com questões abertas e fechadas, bem como em relação ao dos primeiros, também de um relatório de atendimento fonoaudiológico. Esta ação

¹⁸ Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Endereço: 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.

foi realizada no intuito de garantir a fidedignidade dos dados sistematizados pelas pesquisadoras.

A participação do juiz especialista neste estudo é voluntária e livre, podendo ser cancelada em qualquer fase do processo, não havendo custo adicional, tampouco remuneração financeira.

Eu, _____
_____, portador (a) da carteira de identidade número _____, afirmo que, após a leitura deste documento e de esclarecimentos dados pelas pesquisadoras, sobre as informações contidas no mesmo, estou de acordo com a minha participação neste estudo. Estou ciente que atuarei na pesquisa analisando os dados dos perfis de inteligência(s) preferencial(is) sistematizados pela pesquisadora, para que tal análise possa ser comparada com os achados dessa, com vistas a conferência de maior fidedignidade a estes dados .

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, 11 de novembro de 2014.

ANEXOS

ANEXO A- ROTEIRO ESTRUTURADO DE EVOLUÇÃO DA TERAPIA.

DATA DA SESSÃO	
OBJETIVO DA SESSÃO:	
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE E RECURSOS (MATERIAIS) UTILIZADOS:	
RESULTADOS: 1 Comportamento linguístico verbal (expressão)	O paciente apresentou intenção comunicativa (1) (2) (3) (4) ¹⁹
	O paciente utilizou vocalizações (1) (2) (3) (4)
	O paciente utilizou palavras isoladas (1) (2) (3) (4)
	O paciente utilizou frases (simples e complexas) (1) (2) (3) (4)
	O paciente fez relatos (1) (2) (3) (4)
2 Qualificação do desempenho verbal	Satisfatório (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação à atividade (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação a fatores extra terapia (doença, mal estar, problema familiar, etc.) (A) (B) (C)
3 Comportamento linguístico não verbal (expressão)	O paciente utilizou gestos não simbólicos (1) (2) (3) (4)
	O paciente utilizou gestos simbólicos (1) (2) (3) (4)
	O paciente utilizou troca de olhares (contato visual) (1) (2) (3) (4)
	O paciente utilizou expressões de aprovação (1) (2) (3) (4)
	O paciente utilizou expressões de reprovação: (1) (2) (3) (4)
4 Qualificação do desempenho não verbal	Satisfatório (A) (B) (C) ²⁰
	Insatisfatório em relação à atividade (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação a fatores extra terapia (A) (B) (C)
5 Compreensão	O paciente precisa de associação de gestos para compreender (1) (2) (3) (4)
	O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas ao contexto imediato (1) (2) (3) (4)
	O paciente compreende ordem e/ou informações relacionadas não relacionadas ao contexto imediato (1) (2) (3) (4)

¹⁹ (1) Frequentemente; (2) às vezes; (3) raramente; (4) nunca (relação com fatores extra terapia: doença, mal estar, problema familiar,...).

²⁰ (A) Totalmente; (B) parcialmente; (C) nunca.

6 Comportamento linguístico verbal (leitura e escrita)	O paciente consegue reconhecer letras (1) (2) (3) (4)
	O paciente reconhece sílabas (1) (2) (3) (4)
	O paciente lê palavra (1) (2) (3) (4)
	O paciente lê frases (1) (2) (3) (4)
	O paciente faz uso da rota fonológica na leitura (1) (2) (3) (4)
	O paciente faz uso da rota lexical na leitura (1) (2) (3) (4)
	O paciente compreende o que lê (1) (2) (3) (4)
	O paciente escreve letras sob ordem (1) (2) (3) (4)
	O paciente escreve sílabas sob ordem (1) (2) (3) (4)
	O paciente produz palavras (1) (2) (3) (4)
	O paciente produz frases (1) (2) (3) (4)
	O paciente produz textos (1) (2) (3) (4)
	7 Interesse pela atividade
Insatisfatório em relação à atividade (A) (B) (C)	
Insatisfatório em relação a fatores extra terapia (A) (B) (C)	
8 Motivação na atividade	Satisfatório (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação à atividade (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação a fatores extra terapia (A) (B) (C)
9 Envolvimento do paciente na tarefa	Satisfatório (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação à atividade (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação a fatores extra terapia (A) (B) (C)
10 O paciente percebeu a sua efetividade na terapia	Sim (A) (B) (C)
	Não (A) (B) (C)
	Às vezes (A) (B) (C)
11 Envolvimento do terapeuta na tarefa	Satisfatório (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação à atividade (A) (B) (C)
	Insatisfatório em relação a fatores extra terapia (doença, mal estar, problema familiar, etc.) (A) (B) (C)
12 Outros resultados	

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO B- QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS

Nome:

Nome do filho(a):

Data:

O que o seu (a) filho (a) MAIS gosta de fazer? Por quê? Dê exemplos.

Dentre as atividades que seu(a) filho(a) realiza, o que ele faz melhor? Por quê?

Dê exemplos.

O que o seu (a) filho (a) NÃO gosta de fazer? Por quê? Dê exemplos.

O que ele conta em casa sobre a terapia fonoaudiológica?

Como ele (a) se sente depois da terapia fonoaudiológica?

Qual (is) a(s) atividade(s) que ele MAIS gosta de fazer na terapia fonoaudiológica?

Qual (is) a(s) atividade(s) que ele NÃO gosta de fazer na terapia fonoaudiológica?

Responda totalmente (T), parcialmente (P) ou nunca (N) em relação ao comportamento do seu (a) filho(a) para os itens²¹:

Livros são muito importantes para ele (a), gosta de ouvir e/ou contar histórias (T) (P) (N)
Faz muitas perguntas sobre como as coisas funcionam (T) (P) (N)
Adora brincar e utilizar cores de maneiras diferentes (T) (P) (N)
Pratica um esporte ou atividade física regularmente (T) (P) (N)
Gosta de cantar ou tem uma voz agradável quando canta (T) (P) (N)
Prefere esportes e brincadeiras coletivas (ex. futebol, pega-pega, etc.) (T) (P) (N)
Demonstra bastante independência e vontade própria (T) (P) (N)
Gosta de fazer passeios para entrar em contato e/ou observar a natureza (T) (P) (N)
Resolve problemas matemáticos mentalmente, com rapidez (educação infantil: apresenta conceitos matemáticos avançados para a sua idade) (T) (P) (N)
Gosta de olhar e apreciar detalhes de fotos e imagens (T) (P) (N)
Dança ou pratica algum esporte muito bem (T) (P) (N)
Percebe quando sons musicais estão fora de tom (T) (P) (N)
Tem muitos amigos e apresenta facilidade para relacionar-se com os outros (T) (P) (N)
Prefere brincar ou estudar sozinho(a) a brincar ou estudar com outras crianças (T) (P) (N)
Se preocupa e quer ajudar a salvar o meio ambiente da destruição (T) (P) (N)
Gosta de jogos com palavras (ex. palavra cruzada, enigmas, etc.) (T) (P) (N)
Matemática e/ou ciências estão entre as minhas matérias favoritas na escola (T) (P) (N)
Gosta de montar quebra-cabeças, labirintos e outros jogos visuais (T) (P) (N)
Tem facilidade e gosta de atividades corporais: correr, pular, etc. (T) (P) (N)
Frequentemente pede para ouvir ou assistir DVD's com música (T) (P) (N)
Gosta de ensinar outras crianças ou grupo de crianças (T) (P) (N)
É bastante determinado(a) e tem muitas ideias próprias (T) (P) (N)
Gosta e/ou tem animais de estimação (T) (P) (N)
Gosta de se divertir e divertir os outros com piadas, trava-línguas, etc. (T) (P) (N)
Gosta de jogos ou enigmas que exijam pensamento lógico. (T) (P) (N)
Faz construções interessantes com <i>Lego</i> ou jogos semelhantes (T) (P) (N)
Tem boa expressão corporal e/ou facial e/ou gestual (T) (P) (N)
Toca ou tem interesse em aprender um instrumento musical ou cantar (T) (P) (N)
É um líder nas brincadeiras e atividades (T) (P) (N)
Reconhece suas potencialidades e dificuldades (T) (P) (N)
Gosta de ficar perto de animais e entrar em contato com animais que ainda não conhece (T) (P) (N)
Gosta da disciplina de Português (T) (P) (N)
Gosta de fazer pequenos experimentos "e se" (por exemplo: "E se eu dobrasse

²¹ Os itens objetivos do questionário foram elaborados com base em Armstrong, 2001, p. 40-43.

a quantidade de água que coloco na minha roseira semanalmente?”) (T) (P) (N)
Gosta de organizar brinquedos e objetos de maneiras diferenciadas durante a brincadeira (T) (P) (N)
Prefere atividades que tem movimento (T) (P) (N)
Gosta de cantarolar ou tamborilar enquanto faz outras atividades (T) (P) (N)
Gosto de participar de atividades sociais na escola e/ou na comunidade (T) (P) (N)
Expressa com exatidão como se sente (T) (P) (N)
Demonstra grande sensibilidade com elementos da natureza (T) (P) (N)
Apresenta interesse em outras línguas (por exemplo, inglês ou espanhol) (T) (P) (N)
A mente busca padrões, regularidades ou sequências lógicas nas coisas (T) (P) (N)
Gosta muito de desenhar ou rabiscar(T) (P) (N)
Tem dificuldade em permanecer quieto por longos períodos de tempo (T) (P) (N)
Lembra das melodias e letras de muitas músicas diferentes (T) (P) (N)
Tem empatia e se preocupa com os outros (T) (P) (N)
Aprende com aquilo que faz bem e com o que não faz tão bem (T) (P) (N)
Gosta de estudar temas relacionados à natureza (T) (P) (N)
Gosta de contar sobre coisas que leu ou ouviu e achou interessante(T) (P) (N)
Tem interesse por jogos de computador de lógica (T) (P) (N)
Prefere interagir com materiais com muitas ilustrações e apreciar os detalhes destas (T) (P) (N)
Gosta de trabalhar com as mãos em atividades concretas como pintura com tinta, massinha de modelar, etc.(T) (P) (N)
Se ouve músicas uma ou duas vezes, geralmente é capaz de repeti-las com razoável precisão (T) (P) (N)
Prefere brincar com outras crianças a brincar sozinho (a) (T) (P) (N)
Tem um interesse ou passatempo que é muito especial para ele(a) (T) (P) (N)
Tem facilidade em perceber as diferenças entre diferentes tipos de árvores, cães (T) (P) (N)
Já escreveu algo que o deixou orgulhoso ou foi reconhecido por outras pessoas (T) (P) (N)
Gosta de xadrez ou outros jogos de estratégia (T) (P) (N)
Gosta de olhar apresentações visuais elaboradas (T) (P) (N)
Gosta de atividades de lazer ao ar livre (T) (P) (N)
É sensível a ruídos ambientais (ex. som de passarinho, chuva, etc.) (T) (P) (N)
Outras crianças procuram a sua companhia (T) (P) (N)
Gosta de ler ou de assistir a programas de televisão ou filmes sobre a natureza (T) (P) (N)
Gosta de inventar histórias (T) (P) (N)
Adora resolver enigmas, quebra-cabeças (T) (P) (N)
Gosta de tocar e explorar objetos (T) (P) (N)
Ruídos em alta intensidade lhe incomodam muito (T) (P) (N)
Adoro visitar fazendas, zoológicos, e outros lugares onde pode apreciar o mundo natural(T) (P) (N)

Gosta de conversar/interagir com outras pessoas (T) (P) (N)
Gosta de organizar objetos e/ou situações em categorias (T) (P) (N)
Tem uma boa coordenação motora(T) (P) (N)
Fica muito animado(a) quando é colocada música em alguma atividade (T) (P) (N)
Tem um jardim ou uma horta na casa e gosta muito de cuidar deles (T) (P) (N)
Tem uma boa noção de causa e efeito para a sua idade (T) (P) (N)
OUTROS

ANEXO C- QUESTIONÁRIO PARA OS ESTAGIÁRIOS

Nome:

Data:

O que você MAIS gosta de fazer? Por quê? Dê exemplo(s).

Nas atividades que você realiza, o que faz melhor? Por quê? Dê exemplo(s).

O que você NÃO gosta de fazer? Por quê? Dê exemplo(s).

Responda totalmente (T), parcialmente (P) ou nunca (N) em relação aos seus comportamentos e interesses²²:

Livros são muito importantes para mim. (T) (P) (N)
Tenho facilidade para fazer cálculos de cabeça. (T) (P) (N)
Costumo ver imagens visuais claras quando fecho os olhos. (T) (P) (N)
Pratico pelo menos um esporte ou atividade física regularmente. (T) (P) (N)
Sei cantar de forma muito agradável. (T) (P) (N)
No ambiente de trabalho ou em minha vizinhança, sou o tipo de pessoa que os outros procuram em busca de conselhos e orientação.(T) (P) (N)
Frequentemente dedico tempo a ficar sozinho meditando, refletindo ou pensando em questões importantes da vida. (T) (P) (N)
Gosto de fazer passeios para entrar em contato e/ou observar a natureza (T) (P) (N)
Eu posso escutar as palavras em minha cabeça antes de ler, falar ou escrevê-las. (T) (P) (N)
Matemática e/ou ciências estavam entre as minhas matérias favoritas na escola. (T) (P) (N)
Sou sensível a cores. (T) (P) (N)
Sinto dificuldade em ficar sentado durante longos períodos. (T) (P) (N)
Consigo dizer quando uma nota musical está desafinada. (T) (P) (N)
Prefiro esportes de grupo como futebol, basquete e vôlei a esportes solitários como natação e corrida. (T) (P) (N)
Já frequentei sessões de análise ou seminários de crescimento pessoal para aprender mais a meu próprio respeito (T) (P) (N)
Preocupo-me e quero ajudar a salvar o meio ambiente da destruição (T) (P) (N)
Eu aproveito mais ouvindo música do que vendo televisão ou filmes. (T) (P) (N)

²² Os itens objetivos do questionário foram elaborados com base em Armstrong, 2001, p. 28-31.

Gosto de brincar com jogos ou resolver problemas que exijam pensamento lógico. (T) (P) (N)
Uso frequentemente uma câmera para gravar o que vejo ao meu redor. (T) (P) (N)
Gosto de trabalhos manuais, como corte e costura, tricô, escultura e modelagem. (T) (P) (N)
Ouçõ frequentemente música no rádio, em DVD's ou CD's, etc. (T) (P) (N)
Quando tenho um problema, sou mais propensa a buscar a ajuda de outra pessoa do que a tentar resolvê-lo sozinho. (T) (P) (N)
Tenho um hobby ou interesse especial que reservo para desfrutar sozinho. (T) (P) (N)
Gosto e/ou tenho animais de estimação (T) (P) (N)
Tenho aptidão para jogos de palavras como caça-palavras, anagrama ou senha. (T) (P) (N)
Gosto de realizar pequenos experimentos do tipo "e se". Por exemplo: "E se eu duplicasse a quantidade de água que dou à minha roseira todas as semanas?" (T) (P) (N)
Gosto de resolver quebra-cabeças e outros jogos visuais. (T) (P) (N)
Minhas melhores ideias costumam ocorrer durante uma longa caminhada ou corrida, ou quando estou envolvido em algum outro tipo de atividade física. (T) (P) (N)
Toco um instrumento musical (T) (P) (N)
Tenho pelo menos três amigos íntimos (T) (P) (N)
Tenho opiniões que me separam da multidão (T) (P) (N)
Gosto de ficar perto de animais e entrar em contato com animais que ainda não conhece (T) (P) (N)
Gosto de me divertir, e aos outros também, com frases do tipo trava, poesias ou trocadilhos (T) (P) (N)
Minha mente procura por padrões, regularidades ou sequências lógicas nas coisas (T) (P) (N)
Tenho sonhos vívidos à noite (T) (P) (N)
Gosto de passar meu tempo livre em ambientes abertos (T) (P) (N)
Minha vida seria mais pobre se não houvesse música nela (T) (P) (N)
Prefiro passatempos sociais, como jogar banco imobiliário ou buraco a recreações individuais, como videogames e paciência. (T) (P) (N)
Tenho alguns objetivos importantes para a minha vida nos quais penso com regularidade (T) (P) (N)
Demonstro grande sensibilidade com elementos da natureza (T) (P) (N)
De vez em quando as pessoas me pedem para explicar o significado das palavras que uso em minhas expressões orais e escritas. (T) (P) (N)
Sinto interesse pelos novos desenvolvimentos na ciência (T) (P) (N)
Em geral, sou capaz de encontrar meu caminho em lugares que não conheço (T) (P) (N)
Uso com frequência gestos manuais ou outras formas de linguagens corporais quando converso com alguém (T) (P) (N)
Às vezes me flagro caminhando pela rua com um jingle de comercial de TV ou outra melodia na mente (T) (P) (N)
Gosto do desafio de ensinar a outra pessoa, ou a grupos de pessoas, o que eu

sei fazer (T) (P) (N)
Tenho uma visão realista de meus pontos fortes e fracos (obtido através da resposta de outras fontes). (T) (P) (N)
Gosto de estudar temas relacionados à natureza (T) (P) (N)
Na escola, eu tinha mais facilidade com gramática, estudos sociais e história do que com matemática e ciências. (T) (P) (N)
Acredito que praticamente tudo na vida possui uma explicação lógica. (T) (P) (N)
Gosto de desenhar ou rabiscar. (T) (P) (N)
Sinto a necessidade de tocar coisas para aprender mais sobre elas. (T) (P) (N)
Tenho facilidade em acompanhar o ritmo de uma música com um instrumento de percussão simples (T) (P) (N)
Eu me considero um líder (ou outros já me consideraram assim) (T) (P) (N)
Preferiria passar um fim de semana sozinho num chalé no meio de uma floresta a curtir um SPA luxuoso e repleto de outras pessoas. (T) (P) (N)
Tem facilidade em perceber as diferenças entre diferentes tipos de árvores, cães (T) (P) (N)
Quando dirijo por uma rodovia, presto mais atenção às palavras escritas nos outdoors do que na paisagem (T) (P) (N)
Às vezes, penso em conceitos nítidos, abstratos e desprovidos de palavras ou imagens. (T) (P) (N)
Na escola, sentia mais facilidade com geometria do que com álgebra. (T) (P) (N)
Gosto de andar em brinquedos radicais nos parques de diversões, como montanha-russa, e também de desfrutar outras experiências físicas semelhantes. (T) (P) (N)
Conheço as melodias de muitas canções instrumentais diferentes. (T) (P) (N)
Sinto-me confortável no meio de uma multidão.(T) (P) (N)
Eu me considero uma pessoa muito perseverante e independente. (T) (P) (N)
Gosto de ler revistas e livros, ou de assistir a programas de televisão ou filmes sobre a natureza (T) (P) (N)
Minha conversação inclui referências frequentes a coisas que eu li ou ouvi (T) (P) (N)
Gosto de encontrar problemas de lógica em coisas que as pessoas dizem e fazem no trabalho e em casa. (T) (P) (N)
Não sinto nenhuma dificuldade em imaginar como alguma coisa pareceria se fosse vista de um local diretamente acima, como se fosse vista por um pássaro. (T) (P) (N)
Costumo descrever a mim mesmo como bem-coordenado. (T) (P) (N)
Costumo batucar ou cantar pequenas melodias enquanto trabalho, estudo ou aprendo alguma coisa nova. (T) (P) (N)
Gosto de me envolver em atividades sociais relacionadas ao meu trabalho, à igreja ou à comunidade. (T) (P) (N)
Tenho um diário pessoal no qual registro os eventos de minha vida íntima. (T) (P) (N)
(conclusão)Adoro visitar fazendas, zoológicos, e outros lugares onde pode apreciar o mundo natural (T) (P) (N)
Recentemente, escrevi alguma coisa da qual me senti particularmente

orgulhoso ou que me valeram elogios de outras pessoas. (T) (P) (N)
Sinto-me confortável quando alguma coisa foi medida, categorizada, analisada ou quantificada de alguma forma. (T) (P) (N)
Prefiro leituras que sejam fartamente ilustradas. (T) (P) (N)
Prefiro praticar uma habilidade nova a simplesmente ler a respeito dela ou ver um vídeo que a descreva. (T) (P) (N)
Prefiro passar minhas tardes em reuniões sociais animadas a ficar sozinho em casa. (T) (P) (N)
Sou profissional autônomo ou pelo menos já considerei seriamente iniciar o meu próprio negócio. (T) (P) (N)
Tenho ou gostaria de ter um jardim ou uma horta em casa; gosto muito deste tipo de atividade (T) (P) (N)
OUTRAS ATIVIDADES:

ANEXO D- EXEMPLO DE RELATÓRIO SEMESTRAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FONOAUDIOLÓGIA
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM LINGUAGEM ORAL E ESCRITA II

Paciente: [REDACTED] D. N.: 02/04/2008 Idade: 6 anos
Estagiária: [REDACTED] Orientadora: [REDACTED]

RELATÓRIO SEMESTRAL

Neste semestre foram propostos 15 atendimentos, dos quais a paciente A. foi dispensada de 2 e faltou a 3. No dia 20 de agosto de 2014 a paciente foi chamada para dar continuidade à terapia fonoaudiológica sendo, neste mesmo dia, realizado uma conversa com a mãe para o relato do período de férias, com o objetivo de verificar se a família realizou com a paciente as atividades propostas para o período. Dentre os aspectos informados pela mãe, em relação à linguagem, A. produz algumas vocalizações quando está brincando com os irmãos, tem variado o tipo de brinquedo, porém ainda dá preferência para brincadeiras com bola.

Durante o semestre, pôde-se observar, em termos de habilidades comunicativas, que A. não adquiriu compreensão da linguagem oral, no entanto, evoluiu nos aspectos relacionados à intenção comunicativa, por vezes realiza a troca de olhar, mantém-se na brincadeira, realiza imitação, inclusive modificando a entonação e a modulação da voz.

Quanto ao planejamento terapêutico para esse semestre, buscou-se dar continuidade aos objetivos do semestre anterior, atribuindo significados práticos e convencionais aos objetos, criando condições para a evolução do comportamento imitativo além de desenvolver o reconhecimento de texturas, formas, temperatura, grandeza, peso, consistência e materiais de que são feitos, trabalhando com balão, blocos de montar, massa de modelar miniaturas, bolas de diferentes tamanhos, além do uso de tecnologia, como aplicativos. Ainda, após a avaliação do **Potencial Evocado Auditivo de Longa Latência – PEALL**, que concluiu a ausência da onda F, em que as respostas corticais estão em processo maturacional, porém presentes (prontidão cortical para o estímulo acústico), acrescentou-se ao planejamento estratégias com estimulação auditiva através de antigas e exploração de instrumentos como guizo, sino, coco e chocalho.

Para o próximo semestre, sugiro dar continuidade ao planejamento terapêutico, dando-se fase a questões relacionadas à baixa visão e estimulação auditiva, além disso encaminhar para avaliação do PEALL.

[REDACTED] [REDACTED]