

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

**A COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA
EM UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA NA CLÍNICA DE
LINGUAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Carla Ciceri Cesa

**Santa Maria, RS, Brasil
2009**

**A COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA EM
UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA NA CLÍNICA DE
LINGUAGEM**

por

Carla Ciceri Cesa

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Linguagem e Audição, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**

Orientadora: Dr. Ana Paula Ramos de Souza

Co-orientadora: Dr. Themis Maria Kessler

Santa Maria, RS, Brasil

2009

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**A COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA EM UMA
PERSPECTIVA DIALÓGICA NA CLÍNICA DE LINGUAGEM**

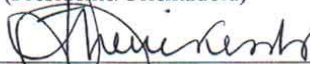
elaborada por
Carla Ciceri Cesa

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

COMISSÃO EXAMINADORA:



Ana Paula Ramos de Souza, Dr.
(Presidente/Orientadora)



Themis Maria Kessler, Dr.
(Co-orientadora)



Valdir do Nascimento Flores, PhD. (UFRGS)



Carolina Lisboa Mezzomo, Dr. (UFSM)

Santa Maria, 03 de março de 2009.

C421c Cesa, Carla Ciceri
A comunicação aumentativa e alternativa em uma perspectiva dialógica na clínica de linguagem / por Carla Ciceri Cesa. – 2009.
143 f. ; 30 cm.

Orientador: Ana Paula Ramos de Souza.
Co-orientador: Themis Maria Kessler.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2009.

1. Fonoaudiologia 2. Linguagem 3. Clínica de Linguagem 4. Comunicação 5. Relação mãe-filho 6. Paralisia cerebral I. Souza, Ana Paula Ramos de II. Kessler, Themis Maria III. Título.

CDU 616.89-008.43

Ficha catalográfica elaborada por Maristela Eckhardt - CRB-10/737

© 2009

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

Endereço: Av. Prof. Paula Soares, n. 315 ap. 302, Bairro Jardim Itu-Sabará, Porto Alegre, RS, 91.220-450

Telefone: (51) 3368.8511; End. Eletr: carlacesafga@yahoo.com.br

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, José Mário, por compartilhar comigo um sentimento nobre: o amor.

À minha mãe, Vera Liane, e à amiga e colega de clínica de linguagem, fonoaudióloga Cíntia Santos, pela colaboração nas transcrições das entrevistas que compõem o *corpus* deste trabalho e, acima de tudo, pelo incentivo e carinho constantemente recebidos.

À minha família de origem, pai Carlos Alberto (Gringo), mãe Vera Liane e mana Claudia e à família de meu esposo, que se tornou minha também há dez anos: Neida, tia Adilce, Carla, Aline, Kiko, Marcelo, Maristela, Marcela e Alexandre.

À minha orientadora, Professora Ana Paula Ramos de Souza, por respaldar a minha formação acadêmica com tanta competência e sensibilidade.

Aos professores e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana (PPGDCH) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), especialmente às professoras Ana Toniolo e Irani Maldonade, pela leitura e considerações na fase inicial do projeto de pesquisa, à professora Carolina Lisbôa Mezzomo, por suas considerações na versão final desta dissertação, assim como à minha co-orientadora, Themis Maria Kessler, o meu muito obrigado.

Ao professor Valdir do Nascimento Flores, por ter me acolhido no Programa de Pós-Graduação (PPG) em Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e por seus ensinamentos inesquecíveis na lingüística da enunciação.

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

À professora Marlene Canarim Danesi, responsável pela minha iniciação na clínica de linguagem em 1994, ainda estudante de fonoaudiologia, e pelos seus conselhos de vida.

Ao Dr. Fleming Salvador Pedroso, pelo voto de confiança e incentivo recebido rumo ao mestrado na Universidade Federal de Santa Maria.

Às minhas especiais colegas do PPGDCH da UFSM, Maria Rita Ghisleni, Roberta Dias, Gisiane Munaro e Vanessa Deuschle, por compartilhar conhecimentos, alegrias e angústias nesta caminhada.

Aos meus queridos colegas do PPG Letras da UFRGS, Luciano Fussieger, Cristina Rörig, Cláudio Primo Delanoy e Cerise Gomes, pela calorosa acolhida e pelos diversos debates lingüísticos realizados no primeiro semestre de 2007.

Às mães e fonoaudiólogas que se dispuseram a colaborar com suas falas tão singulares para que este trabalho pudesse se tornar realidade, o meu profundo respeito e admiração.

Aos amigos, amigas, familiares e colegas, por cada palavra de alento nesta bonita, mas difícil trajetória acadêmica.

Aos meus estimados afilhados, pela compreensão da distância em momentos tão importantes de suas vidas, dos quais eu gostaria de ter estado mais perto: ao Maurício no seu ingresso à vida adulta e ao Rodrigo e ao bebê Miguel Ângelo nas descobertas das aventuras da primeira infância.

À Senhora Maria Eva Gonçalves Carvalho, pelo apoio e confiança recebidos enquanto presidente do Centro de Reabilitação Educandário São João Batista, na cidade de Porto Alegre, assim como às minhas colegas do Setor de Fonoaudiologia deste Centro, fonoaudiólogas Cintia Santos, Carine Ecco e Raquel Bersch, pela motivação impulsionada pelas inquietações teóricas e das práxis na clínica de linguagem com sujeitos acometidos por lesão cerebral e suas famílias desde 2001.

À Clínica Boa Face (Porto Alegre, RS), pelas vivências ali experienciadas juntamente com as estimadas Oraides Hüning e Sandra Hüning.

Ao tradutor e revisor Iuri Duquia Abreu, pelo seu olhar atento em todas as minhas produções científicas desde a época da especialização.

Aos pacientes atuais e antigos, assim como às suas respectivas famílias, pela oportunidade de aprimoramento profissional e pessoal.

“Não consultes dicionário. Casmurro não está aqui no sentido que eles lhes dão, mas no que lhe pôs o vulgo de homem calado e metido com ele mesmo. Dom veio por ironia, para atribuir-me fumos de fidalgo”.

Machado de Assis

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

**A COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA EM UMA
PERSPECTIVA DIALÓGICA NA CLÍNICA DE LINGUAGEM**

AUTORA: CARLA CICERI CESA

ORIENTADORA: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA

CO-ORIENTADORA: THEMIS MARIA KESSLER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 03 de março de 2009.

Este trabalho apresenta uma investigação sobre a introdução e uso da prancha de comunicação aumentativa e alternativa (CAA) na clínica de linguagem com sujeitos com oralidade restrita ou ausente e suas famílias. Para tal meta foram realizadas entrevistas com dez mães de crianças e adolescentes usuárias do recurso e com dez fonoaudiólogas experientes no tema. Após a leitura inicial da coletânea das narrativas, verificou-se que a maior parte das mães não faz uso consistente da prancha e que isso parece se relacionar a fatores como o modo como esta é introduzida na vida dos sujeitos e de seus familiares e à percepção das mães das necessidades dos filhos. Essa percepção está limitada, em alguns casos, pela resistência à independência do filho, relacionada ao prolongamento da simbiose mãe-filho em muitos dos casos. Quanto às terapeutas, todas utilizam o instrumento, mas com diferentes concepções de língua e linguagem na sua implementação, gerando diferentes impactos na aceitação e uso da prancha junto aos usuários e seus familiares. Conclui-se que a incorporação do uso da prancha de comunicação aumentativa e alternativa na rotina diária dos usuários e família deve-se a uma conjugação de fatores objetivos e subjetivos que permeiam a clínica de linguagem. Portanto, a aceitação por parte da família, especialmente das mães, poderá ocorrer em um processo gradual. Ressalta-se, também, que a proposta dialógica de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), sobre funcionamento lingüístico intersubjetivo, traz subsídios para a terapêutica com a CAA. Essa terapêutica também demanda um suporte psicanalítico para compreender o relacionamento dos sujeitos e seus familiares, sobretudo com aqueles que exercem as funções parentais.

Palavras-chave: terapia de linguagem; comunicação; relações mãe-filho.

ABSTRACT

Master's Thesis
Graduate Program in Human Communication Disorders
Universidade Federal de Santa Maria

**ALTERNATIVE AND AUGMENTATIVE COMMUNICATION FROM A
DIALOGIC PERSPECTIVE AT THE LANGUAGE CLINIC**

AUTHOR: CARLA CICERI CESA

ADVISOR: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA

CO-ADVISOR: THEMIS MARIA KESSLER

Date and Place of Presentation: Santa Maria, March 3, 2009.

This study is an investigation on the introduction and use of alternative and augmentative communication (AAC) board at a language clinic for individuals with restricted or absent orality and their families. To do so, interviews with ten mothers of children and adolescents users of this resource and with ten speech and language therapists experienced in this theme were performed. Analysis of the collection of narratives showed that most mothers do not use the board consistently, which seems to be related to factors such as how it is introduced in the life of individuals and their relatives and to the perception mothers have of their child's needs. Such perception is limited in some cases by resistance to child's independence, associated with an extension of the mother-child symbiosis in many cases. All the therapists use the instrument, although with different conceptions of language in its implementation, generating different impacts in acceptance and use of the board by users and their relatives. It can be concluded that the use of alternative and augmentative communication board in the daily routine of users and their family is due to a group of objective and subjective factors that permeate language clinic. Therefore, acceptance by the family, especially by mothers, could occur through a gradual process. Bakhtin's dialogic proposal on intersubjective linguistic functioning (Volochinov) (1929/1995) is also stressed, bringing subsidies to the AAC therapy. This therapy also demands a psychoanalytic support to understand the relationship of subjects and their relatives, above all with those that play parental roles.

Keywords: language therapy; communication; mother-child relations.

LISTA DE REDUÇÕES

- AC - atenção compartilhada
- ASHA - American Speech-Language-Hearing Association
- CAA - comunicação aumentativa e alternativa
- CAAE - certificado de apresentação para apreciação ética
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CEPRE - Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto"
- CSA - comunicação suplementar e alternativa
- ECI - encefalopatia crônica infantil
- LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais
- ISAAC - International Society for Augmentative and Alternative Communication
- PC - paralisia cerebral
- PCS - pictures communication symbols (símbolos de comunicação pictográfica)
- PIC - pictogram ideogram communication
- PUC-PR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná
- PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- QVF - Qualidade de Vida Familiar
- RM - retardo mental
- SBFa- Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
- SCAA - sistema de comunicação aumentativo e alternativo
- SNC - sistema nervoso central
- UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
- UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
- UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí
- WH – perguntas WH (alguns exemplos: where, what, who / onde, qual, quem)

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|--|-----|
| APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 140 |
| APÊNDICE B - Roteiro de entrevista às mães..... | 142 |
| APÊNDICE C - Roteiro de entrevista às terapeutas..... | 143 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Resumo..... | 8 |
| Abstract..... | 9 |
| Lista de reduções..... | 10 |
| Lista de apêndices..... | 11 |
| Sumário..... | 12 |
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 PARALISIA CEREBRAL, COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA ALTERNATIVA E CLÍNICA DE LINGUAGEM | 18 |
| 2.1 Paralisia Cerebral e Comunicação Alternativa Aumentativa | 18 |
| 2.1.1 Paralisia Cerebral: definição, caracterização, etiologia e classificação..... | 18 |
| 2.1.2 Comunicação Aumentativa e Alternativa..... | 22 |
| 2.1.2.1 Breve Histórico..... | 23 |
| 2.1.2.2 Seleção, criação, confecção, introdução, intervenção, generalização e manutenção do uso..... | 26 |
| 2.1.2.3 A Comunicação Aumentativa e Alternativa na Fonoaudiologia: mudança de paradigmas na clínica de linguagem..... | 38 |
| 2.2 Dialogismo na clínica de linguagem com sujeitos com paralisia cerebral | 44 |
| 2.2.1 A Enunciação em M. Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), Bakhtin (1981, 1992)..... | 44 |
| 2.2.2 Enunciação na Clínica de Linguagem: repensando a Comunicação Aumentativa e Alternativa..... | 54 |
| 2.3 Funções parentais diante de um filho com paralisia cerebral: contribuições do interacionismo e da psicanálise | 64 |
| 3 METODOLOGIA | 72 |

| | |
|---|-----|
| | 14 |
| 3.1 Critérios de inclusão | 72 |
| 3.1.1 Terapeutas..... | 72 |
| 3.1.2 Mães..... | 72 |
| 3.2 Critérios de exclusão | 73 |
| 3.2.1 Terapeutas..... | 73 |
| 3.2.2 Mães..... | 73 |
| 3.3 População e Amostra | 73 |
| 3.3.1 Terapeutas..... | 73 |
| 3.3.2 Mães..... | 74 |
| 3.4 Material e Método | 74 |
| 3.4.1 Procedimentos de Coleta e Materiais..... | 74 |
| 3.4.2 Análise dos resultados..... | 76 |
| 4 PRIMEIRO ARTIGO DE PESQUISA: COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA: TEORIA E PRÁTICA CLÍNICA | 77 |
| Resumo..... | 77 |
| Abstract..... | 78 |
| 4.1 Introdução..... | 79 |
| 4.2 Métodos..... | 81 |
| 4.3 Resultado e discussão..... | 83 |
| 4.4 Conclusão..... | 92 |
| Referências..... | 94 |
| 5 SEGUNDO ARTIGO DE PESQUISA: INTERSUBJETIVIDADE MÃE-FILHO NA EXPERIÊNCIA COM COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA | 97 |
| Resumo..... | 97 |
| Abstract..... | 98 |
| 5.1 Introdução..... | 99 |
| 5.2 Métodos..... | 101 |
| 5.3 Resultados e discussão..... | 104 |
| 5.4 Conclusão..... | 114 |
| Referências..... | 115 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 119 |

| | |
|--|------------|
| REFERÊNCIAS | 124 |
| ANEXO A - Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria..... | 139 |
| APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 140 |
| APÊNDICE B - Roteiro de entrevista às mães..... | 142 |
| APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para as terapeutas..... | 143 |

1 INTRODUÇÃO

O discurso fonoaudiológico sobre a atuação com sujeitos com encefalopatia crônica infantil (ECI), mais comumente conhecida como paralisia cerebral (PC) (DIAMENT, 1996), vem passando por modificações ao longo do tempo. Contudo, ainda observa-se certa dependência do discurso médico, o qual valoriza predominantemente questões pertinentes à habilitação e reabilitação das praxias e funções orofaciais, como articulação, mastigação e deglutição. Atualmente, ainda percebe-se que a abordagem em linguagem com sujeitos gravemente acometidos, quando, e se, realizada, segue muitas vezes por um paradigma de intervenção também organicista. A propósito dessa constatação, Frazão (2004) discute o impacto dos usos e abusos da aplicação do tratamento neuroevolutivo Bobath na clínica de reabilitação fonoaudiológica, além de apontar o reconhecimento de que a relação entre linguagem e organismo é de implicação, e não de submissão daquela em face deste.

Contudo, já é possível visualizar mudanças na concepção deste fazer terapêutico, trazendo benefícios significativos à qualidade de vida das crianças, adolescentes e das famílias que buscam na clínica fonoaudiológica um espaço de acolhida e escuta às suas necessidades, dúvidas, esperanças e medos. Tais mudanças também foram fomentadas devido ao avanço em recursos tecnológicos assistivos, como a comunicação aumentativa e alternativa (CAA) utilizada nos casos em que os sujeitos apresentam uma linguagem receptiva preservada, mas com oralidade ausente ou restrita. Os seus benefícios são demonstrados em pesquisas como as de Trevizor e Chun (2004), Almeida, Piza e Lamônica (2005) e de Paula e Enumo (2007).

Somente no final da década de 1970 o recurso da CAA ficou disponível no Brasil. Seja por recursos de baixa tecnologia (prancha de figuras ou fotos) ou pela utilização do computador pessoal, abriu-se uma série de possibilidades de viabilizar o funcionamento lingüístico do sujeito com ECI no aspecto expressivo.

O fonoaudiólogo que, ao optar, junto com a sua equipe de trabalho, por esse recurso comunicativo e interacional, deve ter ciência, conforme ilustra Manzini e Deliberato (2006), de que a participação da família é fundamental durante o seu processo de seleção, implementação e utilização. Desta forma, distancia-se de uma intervenção na qual as atividades, quando vivenciadas com os pais, referem-se apenas a orientações sobre o que eles deveriam fazer ou

como deveriam se relacionar com o filho (MONTEIRO et al. 2005/2006) e aproxima-se de uma atitude de co-autoria.

Contudo, ainda percebe-se na rotina clínica que, apesar da participação da família na construção desse instrumento, o discurso materno aponta a não efetivação do seu uso no cotidiano, embora permaneçam presentes na sessão fonoaudiológica semanal. Cogita-se como hipótese inicial que, possivelmente, aspectos motivacionais, instrumentais, tecnológicos e/ou até teóricos relacionados à concepção terapêutica de linguagem na qual a prancha é apresentada à família e ao paciente parecem ser elementos intimamente relacionados à questão central desta pesquisa.

Sob essa ótica, tal dissertação propõe-se investigar o discurso das terapeutas e das mães de crianças e adolescentes acometidos por PC sobre a efetividade do recurso da prancha de CAA em suas rotinas com seus filhos. Espera-se, com o desenvolvimento desta pesquisa, trazer contribuições para a reflexão do papel do fonoaudiólogo que atua com sujeitos lesionados cerebrais e com suas famílias.

Pode-se imaginar a facilitação para o conhecimento do que pensa e do que deseja um sujeito com oralidade restrita e/ou ausente, desde a escolha do alimento até escolhas de vida mais sofisticadas que possa atingir com o uso da CAA. Tomando o exemplo da alimentação, por mais simples que seja, é possível pensar a relevância de poder escolher o que comer para alguém cujas possibilidades de manifestação estão limitadas pela motricidade corporal e oral. Em relação a escolhas de vida, o caso relatado por Klagenberg (2001) é significativo. Ele demonstrou que a introdução da CAA permitiu que a adolescente levasse ao conhecimento da terapeuta e de sua mãe que não desejava mais ganhar presentes infantis, nem se trajar com fitas e laçarotes de uma menina, mas que desejava a maquiagem, roupa e lazer (filmes, músicas) iguais aos acessados por sua irmã mais nova de 15 anos. Isso trouxe um ganho enorme na dinâmica familiar e na percepção da mãe de que, embora houvesse um imaginário infantil sobre seu corpo e psiquismo em função da sua extrema dependência física, possuía duas filhas adolescentes. Esse exemplo parece ser suficiente para demonstrar a relevância da comunicação alternativa, por mais limitada que possa ser em alguns casos, para que o sujeito possa ter uma maneira de se expressar.

Acredita-se que discutir a complexidade de aspectos relacionados à introdução e uso da CAA na clínica de linguagem e no ambiente familiar seja a contribuição deste trabalho. Busca-se, ainda, sugerir novos caminhos de reflexão para a clínica de linguagem a partir de conceitos como

dialogismo e intersubjetividade, advindos da proposta de M. Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), e da visão de exercício da função materna, advinda da psicanálise.

A partir de tais reflexões, os objetivos específicos foram analisar aspectos envolvidos na introdução da CAA na clínica de linguagem a partir de distintas concepções de língua, linguagem e sujeito no discurso das terapeutas e os efeitos dessa clínica em famílias de sujeitos com ECI usuários de CAA. Acredita-se que tais efeitos se combinam às características de cada mãe envolvida, ou seja, à constituição e ao exercício de sua função materna.

Para poder implementar tais análises, apresenta-se uma revisão sobre a CAA e a ECI, as concepções de língua, linguagem e sujeito na Fonoaudiologia, sobretudo da concepção dialógica de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995). Busca-se, portanto, um novo modo de pensar o funcionamento da CAA na clínica de linguagem. Também se resenham estudos psicanalíticos sobre a função materna, relacionando-os com sua importância para a aquisição da linguagem em uma perspectiva interacionista. Apresenta-se também um resumo geral do método de pesquisa dos dados dos dois artigos que compõem este modelo de dissertação alternativo.

As temáticas dos artigos foram: “*Comunicação Aumentativa e Alternativa: Teoria e Prática Clínica*” e “*Intersubjetividade Mãe-Filho na Experiência com Comunicação Aumentativa e Alternativa*”. O primeiro artigo foi realizado com base em entrevistas realizadas com as fonoaudiólogas e será submetido para publicação na **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**¹. O segundo artigo, também realizado com base em entrevistas, mas neste caso com as mães de usuários de CAA, será submetido para apreciação na **Revista CEFAC – Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação**².

Ao final do texto estão a carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, o termo de consentimento livre e esclarecido apresentado às voluntárias, bem como os distintos roteiros de entrevista utilizados com as fonoaudiólogas e com as mães.

¹ As normas de publicação estão disponíveis no *site*: <http://www.sbfaf.org.br>

² As normas de publicação estão disponíveis no *site*: <http://www.revistacefac.com.br>

2 PARALISIA CEREBRAL, COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA ALTERNATIVA E CLÍNICA DE LINGUAGEM

Neste capítulo, inicialmente, serão apresentados os conceitos básicos de PC e os estudos acerca da CAA com objetivo de expor o que a literatura comumente aborda sobre o tema. A seguir, resenham-se estudos sobre a mudança de paradigma organicista para interacionista na clínica de linguagem e suas conseqüências para pensar a clínica dos sujeitos com PC.

2.1 Paralisia Cerebral e Comunicação Alternativa Aumentativa

2.1.1 Paralisia Cerebral: definição, caracterização, etiologia e classificação

Schwartzman (1993), Diament (1996) e Monreal e Moraes (2003) descrevem a PC como sendo resultado de uma lesão ou mau desenvolvimento cerebral, de caráter não progressivo, mas freqüentemente mutável, devido a uma disfunção do encéfalo presente antes do seu crescimento e desenvolvimento estarem completos, podendo o evento lesivo ocorrer durante o período pré, peri ou pós-natal. As características neuromotoras observadas são alterações de padrões de postura, tônus e movimento. Diament (1996) assinala o caráter estacionário da lesão e o fato de que o transtorno funcional irá se estruturar no tempo, sendo esta evolução determinada pelo momento em que o fator nóxico agiu no sistema nervoso central (SNC) em plena maturação estrutural e funcional. Permanecem, entretanto, os sinais seqüelares da encefalopatia, embora a criança apresente sua própria maturação peculiar.

O limite de idade para que se considere que uma lesão do SNC possa causar quadro clínico compatível com PC causa discussão e controvérsias entre os autores. Diament (1996) diz que este limite é variável, indo desde a vida pré-natal até a infância. Relata também que a maturação não pára na primeira infância e que há estruturas que somente completam esse processo aos 18 anos ou mais. Já o simpósio organizado em Oxford, em 1958, pelo Little Club, (DIAMENT, 1996) pontua a idade limite de três anos, e SCHWARTZMAN (1993) estabelece que a PC deverá ter uma causa fixa, não progressiva, presente dentro dos dois primeiros anos de

vida, que deverá se manifestar, principalmente, por uma desordem do movimento e da postura. Monreal e Moraes (2003) admitem a PC por causas ocorridas após o nascimento até aproximadamente a idade de 7 anos.

Em relação à etiologia, Monreal e Moraes (2003) destacam que o acometimento cerebral precoce pode ter diferentes causas, muitas vezes não definidas e com diferentes graus de comprometimento, o que resulta em uma diversidade nos modos como as crianças se apresentam, demonstrando particularidades individuais. Tais causas podem ser classificadas em pré-natais, perinatais ou pós-natais. São caracterizadas como causas pré-natais as ocorridas durante a gravidez, as quais podem ser subdivididas em dois períodos.

As alterações no primeiro período são chamadas de embriopatias e compreendem desde a concepção até o quarto mês de gravidez. Podem ser causadas por rubéola, sífilis, herpes ou hepatite e dão lugar a malformações cerebrais, oculares, auditivas, viscerais e cardíacas. Já as alterações ocorridas no segundo período são chamadas fetopatias e são classificadas a partir do quarto mês até o final da gravidez. Doenças contraídas intra-útero podem deixar seqüelas microbianas (meningite), viróticas (citomegalovírus), parasitárias (toxoplasmose), intoxicação, drogas teratogênicas e exposição à irradiação.

Considerando os períodos embrionário e fetal, pode-se descrever as lesões cerebrais hipoxêmicas decorrentes de afecções durante a gestação (anemia materna, hemorragias, hipo e hipertensão, eclampsia e deslocamento precoce da placenta), distúrbios metabólicos (diabetes, desnutrição) e infecções renais e urinárias graves capazes de promover repercussões para a saúde fetal. Diament (1996) acrescenta causas genéticas e/ou hereditárias nesse período.

Quanto às causas perinatais, Monreal e Moraes (2003) descrevem que são causas ocorridas durante e logo após o parto, podendo haver distúrbios circulatórios cerebrais graves ou moderados, traumatismos no parto, nascimento prematuro ou pós-termo, baixo peso, Apgar muito baixo, icterícia neonatal grave (hemolítica ou incompatibilidade sangüínea), fatores teratogênicos e acidentes. Diament (1996) complementa citando parto distócico, asfixia (hipóxia ou anóxia), hemorragia intracraniana e infecção pelo canal do parto.

Monreal e Moraes (2003) descrevem como possíveis causas pós-natais a anóxia ou hipóxia, traumatismos cranioencefálicos, infecções do SNC (meningite ou encefalite), doenças metabólicas, desidratações, acidentes anestésicos e impregnação dos gânglios da base bilirrubínica. O estabelecimento da idade limite varia conforme o autor. Para Diament (1996), há

outras causas pós-natais, como encefalopatias desmielinizantes (pós-infecciosas ou pós-vacinais), processos vasculares, desnutrição, síndromes epiléticas (West e Lennox-Gastaut) e *status epilepticus*.

Em Volpe (1995), há registros de que se esperava que os avanços nos cuidados pré e perinatais baixassem a incidência de PC. No entanto, o que ocorreu foi a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da taxa de morbidade, principalmente com a sobrevivência dos nascidos de muito baixo peso, entre os quais a prevalência de PC é de 25 a 31 vezes maior do que entre os nascidos a termo.

Portanto, pode-se afirmar que demanda apresentada por esta população aumenta ainda mais o compromisso da especialização da atuação fonoaudiológica, assim como das outras áreas da saúde e da educação. Desta forma, visualizam-se melhores condições de desenvolvimento, qualidade de vida e inserção social aos sujeitos acometidos por alguma lesão neurológica.

Em relação à classificação dos tipos de PC, Shepherd (1998) analisa os sinais clínicos, sendo conhecidas as formas espástica, atetósica, hipotônica, atáxica e a mista. O tipo espástico apresenta características como hiper-reflexia, fraqueza muscular e padrões motores anormais, compatíveis com lesão do primeiro neurônio motor. Movimentos involuntários, distonia e, em alguns casos, rigidez muscular são características relacionadas à forma atetósica, compatível com sinais de comprometimento do sistema extrapiramidal. Quando há comprometimento no cerebelo, registra-se a forma atáxica. As formas mistas ocorrem quando há a combinação entre os tipos. A modalidade hipotônica apresenta grave depressão da função motora e fraqueza muscular e, como complementa Póo (2001), na maioria dos casos, é uma forma prévia de uma das formas de PC.

Conforme a topografia motora comprometida, Shepherd (1998, p. 115) complementa sua classificação distinguindo as formas quadriplégica, hemiplégica e diplégica. A monoplegia pura ou a triplegia provavelmente não existe, embora em alguns casos pareçam enquadrar-se nessas categorias.

Andrade (2000) descreve que o termo monoplegia significa que apenas um segmento corpóreo ou um membro foi prejudicado, sendo os casos mais frequentes os de acometimento de um braço, devido à paralisia braquial obstétrica e por lesão do plexo braquial durante partos difíceis, diferente, portanto, da monoplegia por PC, forma rara de ser observada na prática clínica. Na diplegia, embora os quatro membros estejam acometidos, os membros superiores têm

menor grau de comprometimento em relação aos inferiores. Na triplegia, três membros são acometidos, e sua ocorrência é remota. A quadriplegia é observada quando os quatro membros são afetados, mas a forma é assimétrica. Já a dupla hemiplegia, também com o comprometimento dos quatro membros, difere-se por apresentar os dimídios corporais afetados em diferentes graus. A hemiplegia ocorre quando somente um dimídio corporal é afetado. O autor destaca ainda que a aplicação do sufixo “paresia” é mais indicado, pois retrata a diminuição de força ou incapacidade para a realização do movimento na sua totalidade. Já a terminologia “plegia” significa perda total do movimento, o que quase nunca é observado na prática clínica com PC.

Marujo (1998), Bax (2000), Monreal e Moraes (2003) relatam que, em decorrência da lesão e/ou quadro manifestado, freqüentemente observam-se outros distúrbios associados, como epilepsia, deficiências sensoriais (auditivo, visual, dentre outras), mentais, cognitivas, emocionais e, finalmente, de comunicação e alimentação. Marujo (1998) ainda destaca que o desenvolvimento motor alterado afeta diretamente o desenvolvimento do controle motor oral, acarretando alterações no desempenho das funções estomatognáticas de sucção, mastigação, deglutição, respiração e de articulação.

Como era esperado a partir da visão organicista que domina a medicina, observa-se que a literatura médica pouco comenta e/ou valoriza as diversas possibilidades de descrições e variações das manifestações da linguagem em sujeitos acometidos pela PC, ficando tal discussão praticamente em segundo plano. Essas poderiam contribuir para a formação de um entendimento diagnóstico mais amplo que, por sua vez, possibilitaria um encaminhamento a uma intervenção fonoaudiológica precoce, potencializando o funcionamento lingüístico deste sujeito e a formação de sua subjetividade, especialmente quando este apresenta oralidade ausente ou limitada.

Moretti (1999) comenta que uma ajuda em forma alternativa à comunicação é possível em uma gama de distúrbios diversos que vão desde a anartria à surdez, às disfasias, aos graves distúrbios de desenvolvimento lingüístico e também para uma boa parte das dificuldades comunicativas associadas ao retardo mental.

As poucas descrições que se encontram sobre a linguagem afirmam que há discrepância entre a compreensão e a expressão da criança com PC, pois à medida que ela cresce, vai entendendo mais do que é capaz de expressar. As pesquisas ressaltam a necessidade de que um meio especializado adicional de expressão, denominado sistema de comunicação aumentativo, é requerido pela impossibilidade da falar e pelas conseqüências que a criança pode ter no acesso à

vivência e aquisição de conhecimentos, interferindo no desenvolvimento global e na interação social (GONZÁLEZ, GÓMES e DONOSO, 1996; MOREIRA e CHUN, 1997; BROWNE, 2000; PIRES e LIMONGI, 2002; ALMEIDA, PIZA e LAMÔNICA, 2005).

Percebe-se na literatura que, apesar de os estudos admitirem que os sujeitos com tais impossibilidades de fala se beneficiariam muito com o advento da tecnologia assistiva, pois esta viabilizaria adaptações para a realização das atividades da vida diária como locomoção, alimentação, vestuário e lazer, não fica clara a concepção de língua e linguagem que embasa tais recursos de comunicação. Mediante esta inquietação, na seção seguinte faremos uma breve descrição histórica da CAA, seguida de aspectos que compreendem a seleção, introdução, intervenção e generalização do uso do recurso. A seguir, avançaremos nossa reflexão sobre língua(gem) e subjetividade na clínica de linguagem, potencializando os recursos em si para um melhor “dizer” do sujeito impedido de oralizar, favorecendo a comunicação e interação social através dos sistemas de comunicação alternativos e/ou suplementares à fala de alta e/ou baixa tecnologia.

2.1.2 Comunicação Aumentativa e Alternativa

A American Speech-Language-Hearing Association - ASHA (1991) conceitua a CAA como uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa para terapeutas que tentam compensar e facilitar, temporária ou permanentemente, os prejuízos e incapacidades dos indivíduos com graves distúrbios da comunicação expressiva e/ou distúrbios da compreensão. A Comunicação Suplementar ou Alternativa pode ser necessária para indivíduos que tenham prejuízos nos modos de comunicação gestual, falado e/ou escrito. Johnson (1998) menciona que a comunicação será considerada suplementar quando o indivíduo possuir comunicação insuficiente, e alternativa quando o indivíduo não apresentar outra forma de comunicação. A implementação de um Sistema de Comunicação Aumentativo e Alternativo (SCAA) refere-se ao recurso, estratégias e técnicas que complementam modos de comunicação existentes ou substituem as habilidades de comunicação inexistentes.

Conforme Gava (1999), a CAA busca meios que auxiliem o indivíduo que não pode ter fala funcional. A terminologia alternativa é empregada quando se refere a tudo que é alternativo à

palavra, como figuras, desenhos e símbolos. Já a nomenclatura aumentativa está relacionada com a potencialização dos recursos comunicativos que ainda subsistem.

Para facilitar o processo de implementação do recurso da prancha de CAA, alguns fonoaudiólogos, além da intervenção com o usuário, utilizam o método Hanen para sensibilizar as famílias da importância da interação e da interpretação. Pinto (200-) refere que tal método, de base interacionista, foi idealizado pela fonoaudióloga canadense Ayala Manolson em 1966 e tem como foco o atendimento a grupos de pais que possuam filhos com retardo de linguagem.

O terapeuta tem a função de facilitar a comunicação entre pais e filhos. São realizadas três filmagens da interação das díades, as quais são analisadas e discutidas no grupo composto, em média, por oito casais. No Canadá, a média da duração do programa é de dois meses, com uma sessão semanal de 2h30min. Com pais de crianças com PC, a duração média é de quatro meses ou mais.

2.1.2.1 Breve Histórico

Considerando a história da CAA, Zangari, Lloyd e Vicker (1994) realizaram um levantamento histórico sobre a emergência da disciplina de CAA em cursos de graduação em fonoaudiologia na América do Norte. Nos anos 1950, devido aos avanços médicos e farmacológicos, mais crianças começaram a sobreviver nos períodos neonatais e na primeira infância, aumentando tanto a população normal como a com distúrbios de desenvolvimento. A maior sobrevivência dos sujeitos com PC, associada aos avanços tecnológicos de informática, permitiu que, na década de 1960, quando ocorreu uma humanização da reabilitação, além dos cuidados físicos e de proteção, os aspectos de independência e inclusão escolar na rede pública também fossem considerados. Para tanto, o desenvolvimento de um sistema de comunicação se fez necessário. Nos anos 1970, foram criadas as pranchas de comunicação, a comunicação facilitada e o sistema Bliss, que foi utilizado com indivíduos com PC incapazes de utilizar a ortografia, além de dispositivos eletrônicos.

Os profissionais que trabalhavam nessa área assumiram a posição de que a comunicação é um direito fundamental de todo indivíduo e que programas de intervenção de comunicação deveriam incluir o uso de símbolos gráficos para aumentar as habilidades adquiridas. Na década

de 1980, ocorreu o crescimento e o refinamento na CAA. No início dos anos 1990, a identificação da CAA como disciplina acadêmica, clínica e educacional provocou mudanças no pensamento social, tecnológico e educacional, facilitando o processo de inclusão social, escolar e em ambientes de trabalho de sujeitos com oralidade restrita ou ausente. Essas mudanças favoreceram o enfrentamento do preconceito social. Pesquisas em áreas relacionadas iniciaram o estágio para um campo de atuação novo e multidisciplinar.

Moreira e Chun (1997), também preocupados em averiguar o histórico da CSA, apontam que, no ano de 1971, profissionais da equipe do "Ontário Crippled Children's Centre", localizado em Toronto (Canadá), desenvolveram estudos com o intuito de encontrar um meio alternativo de comunicação para crianças com distúrbios neuromotores e sem fala funcional. No entanto, as possibilidades investigadas eram insatisfatórias e limitavam o desempenho lingüístico, conduzindo-os a novas tentativas.

Diante desse impasse, a equipe localizou em "Signs and Symbols around the World", de Elizabeth Helfman, um sistema simbólico internacional (Blissymbolics - Sistema Bliss de Comunicação), criado entre 1942 e 1965 por Charles K. Bliss, baseado na escrita pictográfica chinesa e nas idéias do filósofo Leibniz. O objetivo inicial do sistema era desenvolver uma forma de linguagem universal entre os homens. A partir de 1971, após algumas adaptações realizadas pela equipe canadense em parceria com C. Bliss, o recurso pôde ser utilizado por sujeitos com distúrbios de comunicação (MOREIRA e CHUN, 1997).

Johnson (1998) registra outro tipo de sistema simbólico, denominado *Picture Communication Symbols* (PCS) (Símbolos de Comunicação Pictórica), criado por ela em 1980 nos Estados Unidos da América para incentivar novas possibilidades comunicativas.

Tanto o Bliss quanto o PCS são referidos por Capovilla (1993) quando afirma que a CAA iniciou no Brasil no fim dos anos 1970. Além do PCS, categorizado em uma visão sintática tradicional, o autor menciona o *Pictogram Ideogram Communication* (PIC), que é dividido em categorias semânticas. Há evidências de uso desse recurso em *sites* de associações para sujeitos com PC, como a Associação Beneficente Quero-Quero (SP), fundada em 1976, reconhecida como de utilidade pública nas três esferas do poder em 1971.

Em 1998, Roxanne Mayer Johnson publica pela primeira vez em língua portuguesa o seu "Guia dos Símbolos de Comunicação Pictórica", através da precursora Clik Recursos Tecnológicos para Educação, Comunicação e Facilitação, situada na cidade de Porto Alegre (RS).

Essa evolução também se fez sentir na criação de cursos de especialização e aperfeiçoamento na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) em 2002.

Mekaru (2003) constatou que, apesar da evidente importância do recurso da CAA para diversos casos, esta tem sido uma área de pesquisa e aplicação clínica recente e pouco divulgada no Brasil, sendo que, em hospitais, quase não existe. Da mesma forma, Pelosi (2005) concorda com a necessidade de se dispor desse recurso em hospitais e propõe, através de um artigo, a implementação da comunicação alternativa e ampliada nos hospitais do município do Rio de Janeiro (RJ).

Conforme consta no *site* oficial divulgado pela ISAAC-Brasil, a XI Conferência Bianual da International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC) ocorreu pela primeira vez na América Latina, em Natal (RN), em outubro de 2005, reunindo 450 participantes de 33 países. A ISAAC-Brasil foi uma conquista histórica e se propõe a realizar congressos bianuais nacionais alternados com os congressos bianuais internacionais, nos quais pesquisadores e profissionais brasileiros têm representado o país.

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) organizou o I Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa, primeiro evento nacional sobre o tema, ocorrido na cidade do Rio de Janeiro em 2005 e contando com a presença de aproximadamente 300 participantes. Já o II Congresso Brasileiro foi organizado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP, Campinas, SP) e pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto" (CEPRE), tendo essa universidade como sede. O evento ocorreu no período de 15 a 19 de maio de 2007, com o objetivo de consolidar a instituição desse capítulo brasileiro vinculado à ISAAC e incentivar pesquisas e o desenvolvimento clínico e educacional na área. Em 2006, durante o XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, em Salvador (BA), a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) concebeu o Comitê de Comunicação Suplementar Alternativa, o qual passou a pertencer ao Departamento Científico de Linguagem dessa sociedade.

Ratcliff, Koul e Lloyd (2008) realizaram um levantamento acerca da formação especializada em CAA nos Estados Unidos da América. A pesquisa foi enviada para todos os programas de treinamento de especialistas em fala e linguagem via *e-mails* direcionados aos diretores dos programas ou das faculdades que ensinam a CAA. Vinte e nove por cento dos cursos têm especialista no tema, embora 73% ofereçam ao menos um curso específico nessa área. Os autores concluíram que é necessário ter mais acadêmicos e clínicos preparados para a

área de CAA. Tal necessidade está associada ao fato de haver 12% de usuários na população pré-escolar, de diversas raças e etnias e com vários distúrbios de linguagem e/ou desenvolvimento. Isso indica a necessidade urgente de que todas as pré-escolas tenham especialistas em fala e linguagem preparados para oferecer serviços para crianças que requerem CAA (BINGER e LIGHT, 2006).

O histórico da CAA aponta para uma rápida evolução dos recursos em oposição a um domínio ainda precário e ampliação do uso nas práticas profissionais, apesar dos evidentes ganhos que traz à vida de seu usuário. Na próxima seção, são abordados os aspectos mais relevantes encontrados na literatura atual como intervenientes no processo de seleção, introdução e generalização do uso da CAA.

2.1.2.2 Seleção, criação, confecção, introdução, intervenção, generalização e manutenção do uso

Basil e Bellacasa (1988) descreveram os sistemas de comunicação em dois grupos, caracterizando-os com ou sem ajuda. Os sistemas com ajuda requerem assistência externa, instrumento ou ajuda técnica para haver comunicação. São compatíveis com esse tipo de sistema os objetos, miniaturas, fotos, palavras escritas, alfabeto e símbolos gráficos. Os símbolos gráficos podem ser do tipo pictográficos, quando apresentam semelhança física com aquilo que representam, ideográficos, quando têm uma relação conceitual ou lógica com aquilo que representam, ou arbitrários, quando o significado obedece a convenções pré-estabelecidas. Podem abranger uma abordagem multimodal, empregando a combinação de diferentes modos de ação e utilizando todas as capacidades do indivíduo, como gestos, fala residual ou vocalizações, expressões faciais e auxílios de comunicação, visando substituir, suplementar ou apoiar a fala. A arbitrária e versátil associação entre essas possibilidades comunicativas introduzem e ampliam o funcionamento lingüístico e discursivo do sujeito limitado em sua expressividade oral (BASIL, 1997).

Portanto, dever haver um especialista capaz de selecionar o tipo de CAA mais adequado a cada usuário. A prática extensiva e a orientação do conselho de um fonoaudiólogo são necessárias para que os pais se sintam confiantes ao usar um auxílio de comunicação socialmente (BROWNE, 2000). A mesma autora refere que as necessidades de comunicação e de

equipamento mudarão gradualmente com o tempo, pois as crianças se deparam com novos desafios e o quadro das capacidades físicas se modifica.

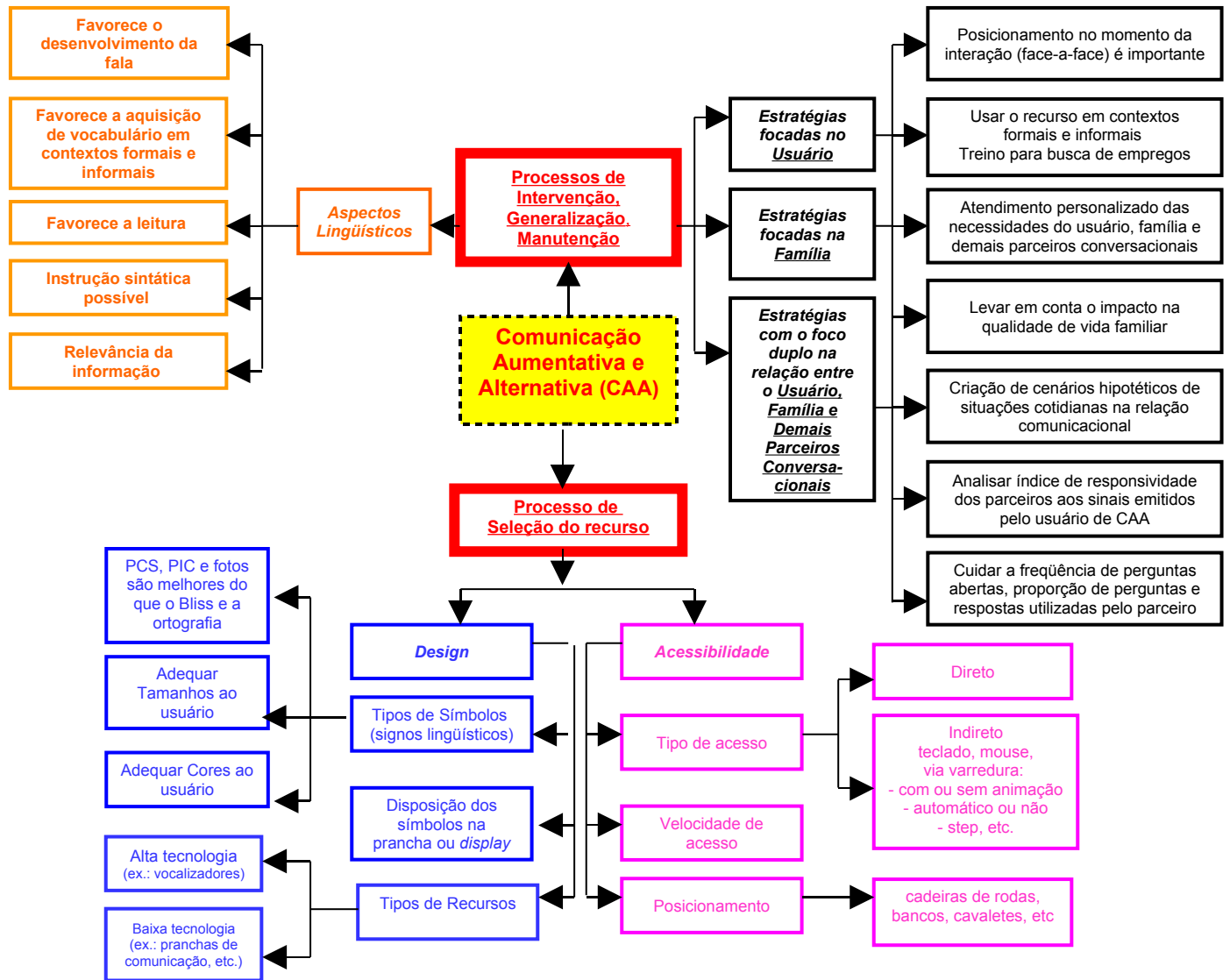
Paula e Enumo (2007) analisaram a adequação da avaliação assistida para sete alunos com problemas de comunicação, comparando o seu desempenho em provas psicométricas tradicionais e prova assistida e fornecendo indicadores dos efeitos de um programa de intervenção com sistema alternativo de comunicação sobre as habilidades lingüísticas e cognitivas dessas crianças. Concluíram que a integração de áreas tão promissoras, como a avaliação assistida e a CAA, poderá auxiliar no desenvolvimento de intervenções psicológicas mais sensíveis e eficazes, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência e outras necessidades específicas de ensino. As autoras concluíram que apenas os testes paramétricos não são suficientes para realizar uma avaliação; nesse tipo de avaliação, não há mediação compartilhada, podendo o sujeito ficar aquém de suas reais capacidades. Deve-se, portanto, associar a avaliação psicométrica tradicional à avaliação assistida para a realização de um diagnóstico psicológico em crianças com déficits comunicativos.

Schlosser e Lee (2000) propuseram-se a determinar a efetividade das intervenções em CAA com uma ênfase particular nas estratégias que induzem generalizações e/ou manutenção. Os autores analisaram 50 artigos selecionados através de banco de dados eletrônico dos últimos 20 anos. Foram realizadas 232 comparações de fases experimentais e de desfechos relatados. Os estudos foram agrupados por categorias: intervenção, generalização, manutenção. Os autores concluíram que a intervenção e a generalização são mais bem sucedidas do que a manutenção.

Schlosser e Sigafos (2006) analisaram, a partir de técnicas de saúde baseadas em evidências, a efetividade da CAA com e sem suporte, ou ambos, em 45 estudos. O treino experimental pode ser uma forma de escolher o recurso, mas os estudos não forneceram evidências suficientes para se concluir sobre a eficácia da CAA na comunicação, embora os desfechos demonstrassem ganhos. A mesma conclusão tiveram Campbell et al. (2006) ao revisarem a literatura sobre práticas de ensino para crianças pequenas no uso de recursos de tecnologia assistiva, pois, embora haja resultados positivos, as evidências da efetividade do uso de recursos de tecnologia assistiva são limitadas em termos de número de relatos, áreas de conteúdo e nível de evidências.

Cesa, Ramos-Souza e Kessler (*no prelo*) realizaram uma busca na literatura dos últimos cinco anos para investigar quais temáticas foram mais estudadas em periódicos internacionais

sobre CAA. *Design* e acessibilidade do recurso, aspectos lingüísticos e estratégias focadas no usuário, na família e com foco duplo são importantes em todas as etapas da implementação. Para uma melhor visualização dessas temáticas, ao término da leitura dos 28 artigos, foi criado um organograma ilustrando os princípios na seleção e criação, confecção, introdução, intervenção, generalização e manutenção do uso da CAA:



Organograma 1 – Princípios na seleção, criação, confecção, introdução, intervenção, generalização e manutenção do uso da Comunicação Aumentativa e Alternativa - CAA

Esmiuçando um pouco a síntese descrita, observa-se que o processo de seleção do recurso está focado em dois grandes pontos: **o design e a acessibilidade**. Salienta-se que a ênfase na descrição do desenho de linha PCS se justifica por ser esta uma das representações encontradas com maior frequência na composição das pranchas de comunicação utilizadas pelas famílias entrevistadas.

Mirenda e Locke (1989) descrevem a hierarquia dos símbolos gráficos na seguinte ordem: objetos, fotos coloridas, fotos em preto e branco, desenhos em preto e branco (símbolos dos sistemas PCS, PIC e REBUS), símbolos Bliss e ortografia. Sob esta perspectiva de análise do recurso em si, Thiers e Capovilla (2006) realizaram um estudo experimental com 11 estudantes universitários sem alteração neurológica para que julgassem a translucência de substantivos, verbos e modificadores em quatro Sistemas de Comunicação Alternativa e Suplementar (Bliss, PIC, PCS e ImagoAnaVox). Os participantes deveriam usar um *software* (Sonda) que apresentava os símbolos e registrava a pontuação atribuída, o tempo de julgamento e o número de repetições demandadas. Os sistemas mais icônicos foram, em ordem decrescente, ImagoAnaVox, PCS, PIC e Bliss. Os autores observaram que a alta pontuação média alcançada pelos verbos de ImagoAnaVox parece confirmar a eficácia da estratégia de uso de animação gráfica para representar ações. O estudo constatou também que os símbolos modificadores (advérbios e adjetivos) são mais difíceis de serem reconhecidos pela limitação de se representarem em imagens do que a categoria dos substantivos.

Capovilla, Macedo, Capovilla, Duduchi e Gonçalves (1996), ao revisarem a literatura sobre afasia e sistemas alternativos de comunicação, também indicam o sistema de comunicação pictorial, pois o sistema lingüístico é baseado em ortografias alfabéticas e silábicas, Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e semantografia Bliss. Salientam que o aspecto iconicidade deve ser ponderado. Recursos tecnológicos também devem ser considerados na intervenção, como prancha computadorizada, voz digitalizada e acessibilidade. Em outro estudo, demonstram que a voz digitalizada permitiu codificar fonologicamente a informação pictorial, aumentando a capacidade da memória de trabalho e, portanto, viabilizando a progressão no uso funcional do sistema para comunicação no caso de uma menina de 13 anos e 6 meses (CAPOVILLA et al., 1998).

Outros estudos abordam a importância da iconicidade, como o de Hurlbut, Iwata e Green (1982). Em um estudo de casos de adolescentes, esses autores demonstraram que os sujeitos

precisaram de quatro vezes mais tentativas para adquirir os símbolos do Bliss do que os icônicos. Houve porcentagem maior de manutenção de símbolos icônicos, e a generalização de estímulos ocorreu em ambos os sistemas. O número de respostas corretas foi muito maior no icônico em uso espontâneo em contextos. O estudo concluiu que o sistema icônico pode ser mais prontamente adquirido, mantido e generalizado para situações diárias do que a semantografia Bliss. Segundo Thiers e Capovilla (2006), iconicidade pode ser definida como o grau de isomorfismo entre o símbolo e o referente por ele representado, ou como o grau em que o significado de um símbolo é transparente a um observador ingênuo não-familiarizado com o símbolo.

Entre os símbolos icônicos, o PCS, desenvolvido por Roxanne Mayer Johnson em 1980, destaca-se como o mais utilizado. Para sua indicação, é necessário considerar fatores associados, como o nível de sofisticação da linguagem, a acuidade visual e percepção, as habilidades cognitivas, a atitude do usuário, o apoio de parceiros de comunicação, um facilitador, as habilidades de fala atuais e possíveis no futuro, as habilidades de comunicação adicionais e os problemas de comportamento. Os parceiros de comunicação devem dispor de tempo, envolvimento e interesse para compreender e interagir utilizando o recurso de comunicação (JOHNSON, 1998).

A autora agrupou os símbolos PCS por categorias, em um total de seis, constituídas por verbo, social, descritivo (adjetivos e advérbios), pessoas, substantivos e miscelânea. Há flexibilidade no tamanho do desenho do símbolo impresso no livro para reprodução em copiadora, podendo variar de 2,5 cm², 5,1 cm² ou 1,9 cm². Na versão informatizada, o programa para computador Boardmaker, que é um banco de dados gráficos com mais de 3.000 símbolos, viabiliza ao facilitador adequar o tamanho do desenho conforme a necessidade. Codificar por cores diferentes as categorias, além de tornar a prancha mais atraente, auxilia a agilizar a localização dos símbolos. Baseado no sistema Blissymbolics, recomenda-se amarelo para pessoas, verde para verbos, azul para descritivos, laranja para substantivos, branco para miscelânea e rosa para social. O tópico “miscelânea” compreende basicamente artigos, conjunções, preposições, conceito de tempo, cores, o alfabeto, números e outras palavras abstratas variadas.

Essa divisão por categorias, na visão gramatical do autor, pode vir a favorecer o desenvolvimento da estrutura gramatical, da sintaxe. Esse conhecimento é fundamental para a

construção de narrativas através dos símbolos gráficos e também para viabilizar a estruturação da linguagem escrita via CSA, associada ou não à ortografia.

Em relação à acessibilidade, Johnson (1998) afirma que há diferentes técnicas de seleção, ou seja, a forma pela qual o usuário escolhe os símbolos em uma prancha de comunicação de alta ou baixa tecnologia. Estas devem ser eficientes, considerando aspectos como precisão, fadiga e velocidade. Podem ser divididas em seleção direta, varredura e codificação. Gregory et al. (2006) analisaram a aprendizagem de códigos de abreviação e expansão associados a itens específicos de vocabulário com acesso pelo *mouse* e teclado. O experimento foi realizado com 30 adultos normais, para os quais foram apresentados os códigos de abreviação e expansão associados ao vocabulário com acesso pelo *mouse* e teclado. Os resultados demonstraram que o acesso ao teclado permite maior domínio dos códigos de abreviação do que o *mouse*.

Em relação às crianças, a seleção direta é mais adequada do que a varredura em tela fixa (WAGNER e JACKSON, 2006), e a contextualização, via animação, facilita a compreensão e uso da CAA (McCARTHY et al., 2006). Os estudos de Lund e Light (2003), Drager et al. (2003, 2004) e Johnston (2006) também concordam em seus desfechos de pesquisas ao destacarem a importância da adequação contextual no delineamento e implementação da intervenção, indicando que o aprendizado do vocabulário e uso da CAA, quando exposto em cenas contextualizadas, permitiu melhor aprendizado e generalização para usuários e parceiros. A pesquisa de Mechling e Cronin (2006) obteve sucesso ao ensinar alunos com distúrbios intelectuais de moderado a grave a fazer pedidos em restaurantes *fast-food* em contexto real usando recursos de CAA.

Já os estudos sobre **aspectos lingüísticos** discutem aspectos gramaticais no processo de aquisição da linguagem oral e escrita e nas possibilidades de utilização comunicativa da CAA na comunicação diária. Os estudos apresentados na literatura internacional utilizam predominantemente uma concepção gerativista e/ou estruturalista de língua(gem).

Foley e Staples (2003) desenvolveram uma abordagem integrada utilizando CAA e alfabetização direcionada para adultos com autismo, como o planejamento de leitura contextualizada através de temas como ir ao salão, restaurantes, banco, igreja ou sobre temáticas de interesse geral, como a vida de determinados animais. O desenvolvimento de rotas de leitura foi feito usando o texto como unidade. Três sujeitos demonstraram ganhos após quatro a seis semanas de intervenção, e dois após dois anos. Intervenções utilizadas na população com idade

escolar sem alterações ou com distúrbio leve podem ser efetivamente adaptadas para integrar abordagens de CAA e alfabetização para adultos com autismo.

Bedrosian, Hoag e McCoy (2003) analisaram os efeitos da relevância, velocidade e características do juiz na simulação entre usuário de CAA e vendedor. Como metodologia, foram analisadas 20 condições com a manipulação de velocidade, relevância e sexo dos juízes (96 vendedores). Os juízes valorizaram mais a relevância da mensagem do que sua velocidade nesse estudo.

Hoag et al. (2004) analisaram os efeitos de conflito de máximas conversacionais em simulação entre usuário de CAA e vendedor. Foram filmadas 16 condições em que estavam em conflito a velocidade da comunicação e a informatividade da mensagem, sendo julgadas por 96 juízes vendedores. A velocidade e a relevância combinam-se para produzir o melhor uso da CAA.

Fallon et al. (2004) analisaram a eficácia de um programa de instrução de leitura através de tarefas de consciência fonológica em usuários de CAA com alterações neurológicas. Cinco sujeitos, com idades entre nove e 14 anos, sendo três com retardo mental e dois com PC, realizaram tarefas fonológicas de aliteração, busca de sons em outras posições das palavras e leitura de palavras com coda. Três demonstraram generalização para a leitura via rota fonológica (palavras desconhecidas). Quatro passaram a ler livros, mas com dificuldade. Conclui-se que é válida a aplicação do programa em sujeitos com inteligibilidade de fala prejudicada.

Millar, Light e Schollosser (2006) analisaram a efetividade da CAA e seu impacto na fala em 23 estudos de 1975 a 2003, envolvendo 67 sujeitos. A CAA favoreceu a fala em 55 dos 67 sujeitos analisados, e em apenas cinco casos a fala decaiu. Existe a percepção de que a fala é favorecida pela CAA.

Guarda e Deliberato (2006) investigaram os enunciados de narrativas construídas por um aluno de 14 anos com PC do tipo tetraparesia espástica. Os resultados demonstraram que a natureza dos elementos constituintes dos enunciados era composta de objeto, símbolo gráfico, escrita, vocalização e gesto representativo. Quanto à ordenação e complexidade da estrutura sintática, foram observadas ordenações sintáticas simples das categorias *sujeito*, *verbo* e *objeto*, utilizados isoladamente em enunciados verticais, isto é, quando foi usado um tipo naturalístico somente e ordenações mais complexas, utilizadas em sentenças horizontais, as quais continham dois elementos em um mesmo enunciado. A mediação metalingüística da interlocutora com o aluno favoreceu o aprimoramento narrativo.

Neste último estudo, observa-se, mesmo que discreta, uma valorização interacional compartilhada do outro no processo lingüístico de construção de narrativas através da CAA, mesmo tendo o referido estudo um enfoque na estrutura sintática e semântica.

Em relação às **técnicas de intervenção**, destacam-se estudos de cunho comportamentalista na literatura internacional.

Richman e Kozlowski (1977) realizaram um estudo de caso com uma menina institucionalizada de 9 anos, com quadriparesia espástica e grave deficiência cognitiva. Foram utilizadas didáticas operativas para treinar e produzir três habilidades de comunicação pré-intencional: manter o contato visual, manter o controle de cabeça na posição vertical e aumentar as imitações verbais/vocalizações onomatopéicas. Os comportamentos reduziram-se durante a reversão e logo aumentaram novamente, uma vez que o tratamento foi recomeçado. Entretanto, durante a segunda fase do tratamento, os comportamentos não alcançaram os níveis da fase inicial do tratamento inicial. Foram observadas maiores pontuações para os três comportamentos durante o seguimento de 12 meses.

Outro estudo de caso (CAMPBELL e STREMEL-CAMPBELL, 1982) objetivou investigar a generalização do comportamento de linguagem complexa e espontânea em um ambiente de não treinamento e a durabilidade da generalização como resultado de programação da estratégia de “treinamento-frouxo”. Foram utilizadas técnicas de treinamento operante para ensinar o sujeito a produzir “is/are” (é ou está/são ou estão) em três estruturas sintáticas (perguntas WH, perguntas SIM/NÃO, enunciados). Durante 155 sessões, divididas em sessões de 15 minutos por dia, foi medida a frequência de produções corretas “is/are” em cada uma das três estruturas-alvo. Os desfechos demonstram que houve o aprendizado do uso do “is/are” na relação dinâmica com o ambiente de treinamento durante o contexto das atividades rotineiras da escola.

Hunt et al. (1986) fizeram um estudo de caso, usando um desenho de investigação múltipla e de valores iniciais múltiplos, com uma menina de 7 anos com PC que conseguia realizar vocalizações, mas com grave deficiência cognitiva, transtornos múltiplos e limitação em parear figura e objeto concreto. O sujeito foi ensinado a solicitar quatro objetos ou eventos (ações) ao sinalizar com os olhos os desenhos lineares que simbolizam o objeto ou a ação. Foram usados métodos didáticos operativos que incluíram a aprendizagem com treinamento de pedidos. O tratamento foi administrado duas vezes por dia, com 55 sessões no total. O valor inicial foi

estável e mostrou um uso pouco freqüente de todos os pedidos. Ao término, houve clara tendência positiva no comportamento-alvo.

Pinder e Olswang (1995) estudaram quatro sujeitos (dois meninos e duas meninas), entre 11 e 13 meses, com PC grave. O trabalho de 12 semanas, em duas sessões semanais de 50 a 60 minutos, abordou o pedido de objetos mais pelo olhar. Para isso, foram utilizadas as estratégias de realização do modelo pelo terapeuta (modelagem) e controle da espera, com uso do reforço positivo. Para compor a situação experimental, foi escolhida a ação de pedir objetos durante a brincadeira e, para a situação controle, a ação de pedir objetos durante o lanche. Observaram que todos tiveram aumento do número de pedidos, alguns no início do treinamento e outros a partir da terceira e quarta sessão de treinamento. O aumento da produção de pedidos também ocorreu no caso de um menino de 6 anos com PC e alteração cognitiva moderada, o qual se comunicava pelo olhar e entendia comandos falados, estudado por Sigafos e Couzens (1995).

Com uma abordagem focada na relação **usuário de CAA com sua família e demais parceiros** conversacionais, alguns estudos trabalharam o treinamento de familiares.

McCollum (1984) realizou um estudo de caso com uma mãe que raramente fazia a criança interagir e, além disso, usava um tom neutro na interação. Como variáveis utilizadas na condição experimental, foram trabalhadas a aproximação do rosto da mãe com o da criança e a imitação da vocalização da criança. Como condição controle, foi mantida a interação mãe e criança, brincando ou jogando com brinquedos, como de costume. A duração do presente estudo foi de três sessões basais, seis de tratamento e uma de seguimento. A mãe aumentou o número de vezes que aproximou o seu rosto da criança e manteve esse comportamento após o término da intervenção. A imitação da vocalização de seu filho aumentou durante a intervenção, porém com muita variação e uma possível tendência a diminuir essa imitação próximo ao fim do tratamento. As habilidades pareciam se generalizar a uma situação de brincadeira não tratada, mas não foram mantidas após a terapia. A criança também aumentou a sua vocalização quando sua mãe fez o mesmo no treinamento.

Outro estudo, realizado pelo treino de mães e com um grupo de pais como controle, teve como foco de trabalho a instrução verbal do terapeuta para que ocorresse a troca de turno, aumento da responsividade, aumento do contato face-a-face, redução da diretividade e controle terapêutico. As mães praticavam as técnicas em sessões e recebiam material informativo. O grupo controle também recebeu orientações, mas de outra ordem: demonstrações de técnicas

neurodesenvolvimentais para inibir tônus anormal e promover movimento normal, prática com o terapeuta e material informativo. Foram realizadas visitas domiciliares em ambos os grupos, com tomadas de vídeos da interação pais-criança para análise e discussão. Como desfecho, após a intervenção, as mães do grupo experimental usaram menos direcionamento físico, mais contato face-a-face e menos contato físico. Não houve diferenças em relação à diretividade verbal, elogios, perguntas ou interação verbal antes e após a instrução para os dois grupos. As crianças do grupo experimental tiveram aumento da responsividade voluntária. Ocorreu menos obediência fisicamente direcionada, mas não houve diferenças na quantidade de “brincadeiras livres” (independentes, ou seja, sem diretividade).

Basil (1992) realizou um estudo tendo três mães e um pai no grupo experimental e um grupo de professores de três meninas e um menino como grupo controle, com idade entre 7a4m e 8a8m e diagnóstico médico de PC. Suas idades “de linguagem” estimada eram entre 3 e 5 anos. Eles se comunicavam por mímica facial, vocalização, olhar e prancha de comunicação com 52 a 188 símbolos. Quanto aos aspectos metodológicos, o estudo descreve que foi realizada uma sessão com o grupo experimental em um centro de reabilitação tendo as seguintes diretrizes: uso de pranchas de comunicação, métodos de seleção de símbolos, redução da própria velocidade de fala, solicitar o uso da CAA, fazer perguntas abertas e aumentar as respostas à comunicação da criança. Após esse momento, ocorreram três visitas domiciliares. Durante três sessões antes do tratamento com o grupo de pais, foram colhidas amostras de índices de atitudes comunicativas. Três sessões após a intervenção, os mesmos índices foram mensurados. Para os adultos, os índices de medidas avaliativas foram frequência de início de turno de conversação, respostas, não-respostas, perguntas abertas e fechadas. Já para as crianças os índices foram frequência de início de turno de conversação, respostas, não-respostas, enunciados por meio da prancha e por outros modos. O grupo controle (professores) não recebeu o treinamento. Terminada a intervenção, foram observados os seguintes desfechos: a) sem diferenças entre a porcentagem de turnos mantidos na conversação ou na proporção de respostas aos enunciados das crianças por pais treinados ou professores não treinados antes e após a intervenção; b) os pais fizeram menos perguntas abertas do que os professores antes da terapia, mas aumentaram essas perguntas abertas após o treinamento, ao passo que o uso de perguntas abertas pelos professores permaneceu estável; c) antes do treinamento aos pais, as crianças não respondiam às interações com os pais com mais frequência do que com os professores, mas aumentaram suas respostas depois da

intervenção; e d) as crianças se comunicavam com menos frequência através de suas pranchas de comunicação com símbolos com seus pais do que com seus professores, mas aumentaram o seu uso após o treinamento.

McConachie e Pennington (1997) realizaram um estudo experimental com 19 sujeitos (nove professores, 10 assistentes de professores), tendo um grupo controle de 14 sujeitos (oito professores e seis assistentes), o qual não recebeu treinamento. Este foi denominado “Minha vez de falar” e consistia em: incentivar a atividade dialógica em diferentes posições enunciativas (ativas e passivas), investigar métodos de acesso, criar oportunidades de interação, negociar uma falha/quebra de comunicação e planejar o desenvolvimento da comunicação. As estratégias de ensino incluíam pequenas conversas curtas, demonstrações em vídeo, tarefas escritas, livre associação de idéias, teatro, planejamento da intervenção. Foram feitos vídeos de cinco minutos de cada adulto interagindo com a criança no mês anterior ao tratamento, um mês após e quatro meses mais tarde. A facilitação da comunicação dos usuários de CAA foi avaliada em 11 categorias através de uma escala de três pontos. Metade dos vídeos foi avaliada por um dos autores, e a outra metade, por um juiz-cego. Ao total, a duração foi de cinco sessões de 90 minutos na escola ao longo de 10 a 12 semanas. Como desfechos houve diferenças um mês após o treinamento para os professores, mas não para os assistentes do grupo experimental. O grupo experimental usou mais estratégias para facilitar a comunicação da criança quatro meses após o treinamento, e o grupo controle não teve mudança nos padrões de interação.

Pennington, Goldbart e Marshall (2004) revisaram todas as pesquisas experimentais em treinamento de comunicação para parceiros conversacionais de crianças com PC e avaliaram a efetividade desse tipo de intervenção. Como metodologia para a análise, utilizaram diversos bancos de dados eletrônicos das áreas da saúde, psicologia e educação até dezembro de 2002. Para serem incluídos na análise, os estudos teriam que relatar intervenções com algum elemento de controle experimental, com o objetivo de mudar o estilo de interação dos parceiros conversacionais de sujeitos entre zero a 19 anos com PC, mas sem graves comprometimentos globais. Quatro estudos foram analisados, e os autores concluíram que os seguintes procedimentos são positivos: cuidar o posicionamento dos parceiros conversacionais e das crianças na interação, criar oportunidades de comunicação e se dispor a fornecer responsividade aos sinais comunicativos da criança.

Os estudos contêm falhas metodológicas, e os resultados podem não demonstrar se as mudanças são definitivamente um resultado da intervenção. Outros estudos demonstram a necessidade de intervenção com foco duplo, tomando a família como unidade de serviço (CRESS, 2004), já que há altos níveis de iniciativa e diretividade nos padrões conversacionais das mães de usuários de CAA (PENNINGTON e McCONACHIE, 2001). A importância da intervenção fonoaudiológica com foco duplo nos casos dos retardos de linguagem, especialmente na clínica da PC, é também defendida no estudo de caso de Cesa (2007).

Starble et al. (2005) descreveram uma abordagem centrada na família para desenvolver e implementar um treinamento de uso de recursos de CAA. Foi realizado um treinamento com uma família focando em avaliação das necessidades, identificação de contextos prioritários de comunicação, implementação de recursos de CAA e treinamento do parceiro conversacional. Foi aplicado um questionário de avaliação, que demonstrou altos níveis de satisfação para a maioria das dimensões (por exemplo: conhecimento e sensibilidade do instrutor, relevância e adequação do treinamento). Outras dimensões foram associadas com a menor satisfação, como, por exemplo, o conforto da família ao usar o recurso de CAA. Esse fato parece se conectar ao estresse relacionado ao tempo de uso do recurso, por isso o uso da comunicação corporal é preferido (BAILEY et al., 2006).

Pennington, Goldbart e Marshall (2007) investigaram quatro estudos centrados na relação dos pais ou outros parceiros conversacionais com usuários crianças. Os autores apontam êxito nesse tipo de intervenção demonstrado através das mudanças de seus estilos de interação (frequência de perguntas abertas, proporção de perguntas e respostas, etc.). Para conseguir bons resultados nessas intervenções, aspectos como crenças em auto-eficácia materna e a classificação que a mãe faz das habilidades lingüísticas dos filhos devem ser considerados (HARTY, ALANT e UYS, 2006).

Saito e Turnbull (2007) analisaram desfechos e perspectivas familiares em relação à prática de CAA para identificar questões que as famílias percebem como importantes para suas vidas. Foi realizada uma revisão de literatura de 13 artigos publicados entre 1985 e 2005 que abrangessem sujeitos de até 21 anos. Utilizou-se uma escala de medição de Qualidade de Vida Familiar (QVF) para avaliar os estudos. O impacto das práticas de CAA interage com cinco domínios de QVF: interação familiar, função parental, bem-estar físico e material, suporte em relação ao distúrbio e bem-estar emocional. A família deve ser o foco da prática e da pesquisa,

mas o mesmo deve ser ampliado a outros contextos para que se dê o processo de inclusão dos usuários da CAA na sociedade (ZAPATA, 2001; MOREIRA, 2001). Corroborando tais afirmativas, destacam-se os estudos de Fernandes (2001), Almeida, Piza e Lamônica (2005) e Von Tetzchner, Brekke, Sjøthun e Grindheim (2005). Moreira (2001) salienta ainda que, para viabilizar a inclusão, além de aspectos tecnológicos para o recurso da CAA, é necessário conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade.

Em termos de experiências, Sader (2001) relata o processo de inclusão no curso superior de jornalismo de um sujeito acometido pela PC do tipo atetóide, e Bryen, Cohen e Carey (2004) usaram a CAA para aumentar as oportunidades de emprego de seis adultos usuários. Os participantes melhoraram suas habilidades de busca de emprego, a forma de lidar com o distúrbio no trabalho, comunicação e tecnologia da informação. Além disso, houve um impacto sobre o emprego e/ou aumento salarial para quatro dos seis participantes.

Com base na leitura desses artigos, observa-se uma mudança no olhar sobre o recurso da CAA, valorizando o instrumento para facilitar e viabilizar a inclusão escolar e social em sujeitos com oralidade ausente ou restrita. No entanto, é perceptível que a maior parte deles está centrada em uma perspectiva comportamentalista de linguagem e comunicação. Apresentam a visão de língua como código, e isso talvez explique os resultados inconclusivos ou limitados no processo de generalização de uso da CAA. Este estudo afirma a necessidade de se repensar a concepção de língua e linguagem com a qual tal recurso é introduzido e também a práxis na clínica de linguagem. As próximas seções buscam trazer novos subsídios teóricos para uma nova perspectiva.

2.1.2.3 A Comunicação Aumentativa e Alternativa na Fonoaudiologia: mudança de paradigmas na clínica de linguagem

Em uma perspectiva comportamentalista, os estudos se preocupam com os requisitos para o sucesso na introdução do uso da CAA. Moreira e Chun (1997) afirmam que a CAA deve ser iniciada por conceitos básicos, exercícios de pareamento, associação e discriminação, e que a eficácia da utilização do sistema dependerá da habilidade de cada sujeito em aprender, das metas a serem alcançadas, do ambiente de aprendizagem, da motivação e das habilidades do facilitador.

Fernandes (1999) propõe uma avaliação composta da realização de um questionário, da observação de situação lúdica entre sujeito, mãe e avaliadora e da investigação das habilidades motora, cognitiva e lingüística. Em seu estudo, os indivíduos apresentaram dificuldade na representação simbólica, seguindo uma hierarquia de reconhecimento gráfico: objeto, foto e símbolo pictográfico. Os autores não têm dúvida do ganho cognitivo e lingüístico (PIRES e LIMONGI, 2002), mas apenas alguns falam dos ganhos em criatividade (SCHIRMER e VICENTIN, 2001; SCHIRMER, 2001) e afetivo (LOUREIRO e SIQUEIRA, 2001) no uso da CAA. Estas comentam que a comunicação é a base para a realização de trocas afetivas, de obtenção de ajuda e de informação, a partir da descrição de atividades realizadas com quatro sujeitos com PC entre 11 e 27 anos. No decorrer do trabalho, foi observado que, através da CSA, os sujeitos obtiveram crescimento no âmbito social, havendo uma integração melhor entre os terapeutas e os familiares, desenvolvendo auto-estima, confiança e independência nas atividades de vida diária, melhora nas trocas de experiências, na eficiência da comunicação e na qualidade de vida.

Tais trabalhos centram-se na comunicação como objeto de estudo da Fonoaudiologia, mas não abordam aspectos da função constitutiva da linguagem. O trabalho de Panhan (2001) aproxima-se mais de uma perspectiva interacionista que considera tais fatores. Ele faz uma reflexão crítica, à luz da clínica de linguagem proposta a partir de Freire (1996) e outros autores (SOUZA, 1999; WOLFF, 2001), sobre a maioria dos trabalhos de CAA estarem focados em aspectos instrumentais, com a descrição de técnicas e a efetividade do uso desse recurso nas terapêuticas, sem haver uma reflexão sobre o método clínico e a base teórica.

Vasconcelos (2001) estudou o caso de uma criança (dos 7 anos e 3 meses aos 7 anos e 10 meses) com quadro motor grave (quadriparesia espástico-atetóide) que foi introduzida no sistema Bliss. Ela não podia apontar os símbolos, levando a terapeuta a buscar os símbolos através de tentativas e erros com o uso de sim e não pela criança (via olhar e maneios de cabeça) para confirmar as opções dadas pela terapeuta. A eficácia do uso da comunicação alternativa e suplementar resultaria do fato de serem submetidos ao *trabalho da língua* que está na escuta desse portador de paralisia. Através desse trabalho, a terapeuta consegue interpretar seqüências de enunciados, nos quais há o uso de símbolos em conjunto com o uso de letras, para compor relatos de vida (passeio do fim de semana) e permitir narrativas como a do conto de fadas popularmente conhecido como João e Maria.

Em uma perspectiva vigotskyana, Chun (2003) e Trevizor e Chun (2004), em diferentes artigos, relatam um mesmo estudo documental e retrospectivo sobre a terapia fonoaudiológica pela introdução do PCS com uma criança de 8 anos *não falante*, com histórico de convulsões, lesão hemisférica direita e alteração neurológica por trauma após acidente de carro. O diagnóstico neurológico não é conclusivo para explicar a quase ausência de fala no caso. O sujeito recebeu terapia individual e grupal de linguagem dos 5 aos 7 anos, sem avanços na fala, quando foi introduzido o PCS. A proposta teórica de linguagem foi baseada na teoria vigotskyana. O resultado terapêutico foi positivo, já que, por meio do PCS, o sujeito passou a produzir relatos de vida diária e diversos, manifestar sentimentos e ampliar o processo de interlocução com outro. O uso do PCS ampliou espontaneamente o desenho e incentivou a aquisição da linguagem escrita, sendo possível ao terapeuta perceber um funcionamento na linguagem maior do que era possível antes dessa introdução. Havia uma percepção da compreensão ampla de linguagem do sujeito, mas este não possuía recursos expressivos. No ambiente familiar e escolar, o sujeito não utilizava o PCS, sendo este exclusivo à terapia.

Apesar do trabalho de Panhan (2001), não se encontraram outros trabalhos com perspectivas mais atuais na clínica de linguagem com usuários de CAA. Essa perspectiva mais atual é resenhada por Terçariol (2008).

A autora analisou 378 dissertações e teses produzidas pelos fonoaudiólogos na década de 1990 e identificou dois modos distintos de se conceber a clínica fonoaudiológica em linguagem, que denominou de *clínica da objetividade e da subjetividade*. O primeiro modelo inaugurou a fonoaudiologia brasileira e está fortemente submetido ao discurso médico-pedagógico, com pressupostos positivistas, postulando em linhas gerais a necessidade de se quantificar e mensurar os objetos investigados no campo científico. Nesses moldes, no que tange à linguagem, a área vem sendo configurada como um espaço de verificação, constatação e correção dos “erros de linguagem” dos sujeitos que nela circulam. Nesse modelo de clínica, a linguagem é descrita como código comunicativo, vista como produto do desenvolvimento motor, sensorial e cognitivo.

Já o outro tipo de clínica, a da subjetividade (Balestro e Ramos-Souza, 2008) advém do diálogo da Fonoaudiologia com outras disciplinas e teorias, que se distanciam do modelo positivista, como o interacionismo brasileiro proposto por De Lemos em 1992, a análise de discurso de linha francesa, teorias da enunciação e a psicanálise. Nesse tipo de clínica, a linguagem é pensada como funcionamento simbólico, e não como instrumento de representação

de conteúdos cognitivos, psíquicos e biológicos. A estratégia de criação e reprodução de contextos do dia-a-dia no ambiente clínico e a nomeação de brinquedos e objetos para atingir um dado fonema não deslocam em nada a idéia de aprendizagem da linguagem:

Portanto, não se trata simplesmente de se promover atividades clínicas contextualizadas, mas sim, de estar instrumentalizado por pressupostos que permitam ao profissional fazer uma leitura do efeito do seu discurso nos enunciados da criança (e vice-versa) (TERÇARIOL, 2008, p. 90).

Assim, o terapeuta se faz presente, para ressignificar o dizer ou não-dizer da criança, permitindo que ela se dê conta dos seus “erros” e “acertos”. O discurso que cada sujeito produz é singular, mesmo estando submetido às leis e regras do funcionamento de uma língua. A autora finaliza que ambos os discursos atualmente se permeiam entre si, tendo fragmentos de um no discurso do outro, e que tal “encontro” parece ser o resultado do movimento atual de todas as áreas da saúde.

Surreaux (2000), a partir da análise do discurso, aprofunda a discussão da clínica de linguagem, afirmando que a Fonoaudiologia, através da sua história, enuncia um discurso que pretende ilusoriamente fornecer ao paciente uma comunicação perfeita, plena e clara, que se pode relacionar à visão da clínica da objetividade proposta por Terçariol (op.cit). Esse fato parece, segundo Cardoso (2002), relacionar-se ao fato de a Fonoaudiologia no Brasil ser vista, inicialmente, como uma especialidade técnica, ocupando um lugar deixado por outras ciências. O autor afirma que a constituição como uma área heterogênea trouxe alguns aspectos produtivos, mas que se tornou problemática quando os conhecimentos de outras áreas foram absorvidos de forma reducionista pelo fonoaudiólogo, caracterizando, nas palavras do autor, uma “clínica de empréstimos”.

Surreaux (2000) identificou uma evolução histórica que corresponde a três perspectivas distintas da abordagem da linguagem. A primeira corresponde ao primeiro momento histórico da profissão que tem uma perspectiva de Fonoaudiologia como colagem de discursos oriundos de diferentes campos do saber. A autora a denominou de *colcha de retalhos*. A segunda, que tem um compromisso quase obsessivo de cientificizar a fonoaudiologia, foi denominada *interdisciplinar*. O resultado dessas aproximações foi uma fonoaudiologia “de aderência”. A terceira reconhece como fundamental as trocas com outras disciplinas, buscando delinear seu próprio objeto. A autora a denominou de *disciplina de entremeio*. Esses momentos são visíveis na estrutura curricular dos cursos de fonoaudiologia no Rio Grande do Sul, conforme pesquisa de Cardoso

(2002), que deixa evidente a força da visão organicista e de práticas mecanicistas na clínica de linguagem.

Kessler (2008) indica que as práticas mecanicistas comumente promovem uma visão reducionista do funcionamento da linguagem, limitando-a a um sistema compartimentalizado em recepção e emissão. A interpretação mecânica sobre a língua também refletiu na forma como os sujeitos passaram a ser entendidos, segundo um ponto de vista que os distanciava de suas singularidades, significações e representações, tendo uma imagem unificada, homogênea e neutra de língua. A visão da autora segue a mesma concepção teórica de Surreaux (2006) de que a linguagem é heterogênea e multiforme, portanto a peculiaridade deve ser valorizada em uma clínica de linguagem. Tal visão coloca em questão a idéia da profilaxia como meta na atuação clínica, sobretudo em casos de ausência de oralidade.

Uma nova possibilidade de refletir sobre questões clínicas fica evidente no trabalho de Kessler (2008), que analisa o discurso de quatro mães ouvintes de sujeitos surdos. A autora, através da análise de blocos temáticos sobre a surdez, o surdo, o filho, a função materna, a língua e a linguagem, encaminhou reflexões importantes para a maior compreensão dos sentidos do discurso de mães ouvintes sobre a surdez do filho em suas vidas. As formações discursivas analisadas remeteram a um efeito de sentidos contraditórios nos quais deslizam discursivamente, mas retornam aos sentidos de deficiência já cristalizados.

A deficiência auditiva é temática amplamente analisada na literatura. Já há estudos sobre as representações familiares e do próprio sujeito surdo acerca da surdez (Borne e Ramos, 2007). No entanto, pouco se sabe sobre as representações acerca da deficiência física, em especial o que está sob o rótulo de PC. Nos casos graves, sobretudo aqueles em que a quadriparesia se evidencia, há uma dependência corporal e discursiva total do interlocutor. Isso ocorre porque o sujeito, embora funcione na linguagem compreensiva, vê-se impossibilitado de falar e necessita do esforço familiar no sentido de criar espaços de escuta no qual o olhar, a entonação e a gestualidade corporal são espaços para o dizer e para a circulação de sentidos. A visão desse trabalho é que esta nova clínica de linguagem, baseada em teorias discursivas de linguagem que consideram a intersubjetividade e abrem espaço para as singularidades de cada sujeito e de sua família, aponta novos caminhos para a atuação fonoaudiológica com esses sujeitos e pode combater o reducionismo com o qual se vê a utilização da CAA.

Como se poderá observar na seção seguinte, enquanto a literatura acerca da PC é extremamente focada na descrição orgânica do distúrbio, as pesquisas sobre a CAA (introdução e uso) sequer mencionam explicitamente a concepção de linguagem que as embasa. Elas oscilam na identificação de fatores externos e internos à linguagem, estes últimos a partir de uma visão de código.

Esses trabalhos ultrapassam uma visão de língua como código e acompanham uma evolução que houve na lingüística, nos quais autores como Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) e Benveniste (1976/1995) são fundamentais.

Weedwood (2008) afirma evolução posterior do conceito de língua, cuja base foi Saussure (1922/1989), conseqüente ao surgimento da pragmática, instaurada por autores como Austin, e que permitiu chegar às teorias da enunciação e do discurso. Estas são especialmente importantes à clínica de linguagem, já que postulam a noção de língua em funcionamento. Émile Benveniste define:

De fato é dentro da e pela língua que indivíduo e sociedade se determinam mutuamente. O homem sentiu sempre – e os poetas freqüentemente cantaram – o poder fundador da linguagem, que instaura uma realidade imaginária, anima as coisas inertes, faz ver o que ainda não existe, traz de volta o que desapareceu. (BENVENISTE, 1976, p.27).

Assim, a autora questiona a visão de linguagem como instrumento ao afirmar que “é na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito” (BENVENISTE, 1976/1995, p. 286). Ela propõe uma visão da língua como o fundamento das relações intersubjetivas. Esse conceito de língua em uso reintroduz nos estudos da linguagem a reflexão sobre a noção de sujeito, deixando de lado a noção de língua como um sistema neutro e considerando a língua como o lugar privilegiado de manifestações enunciativas.

Essa noção é apresentada na teoria da enunciação de Benveniste (1976), para quem, no ato enunciativo, o sujeito não constitui apenas o sujeito locutor, mas também o sujeito-alocutário, isto é, ao instaurar a posição “eu”, instaura-se também um “tu” pressuposto: “...ele implanta o *outro* diante de si, qualquer que seja o grau de presença que ele atribua a este outro. Toda a enunciação é, explícita ou implicitamente, uma alocação, ela postula um alocutário” (BENVENISTE, 1976/1989, p. 84). Assim, pode-se considerar que a enunciação estabelece a relação entre a língua e o mundo: ela permite representar os fatos no enunciado, constituindo, ela própria, um fato, um acontecimento único definido no tempo e no espaço. Tais relações são abordadas com conceitos especialmente importantes a esta pesquisa, propostos por Bakhtin

(Volochínov) (1929/1995). Por isso, segue-se uma seção específica sobre a visão de língua, intersubjetividade, dialogismo, signo e polissemia nesse autor.

2.2 Dialogismo na clínica de linguagem com sujeitos com paralisia cerebral

Nesta seção serão abordados, em um primeiro momento, aspectos teóricos da teoria da enunciação de Mikhail Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) na primeira subseção e como tal visão pode embasar as reflexões teóricas necessárias ao trabalho com CAA na segunda seção.

2.2.1 A Enunciação em M Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), Bakhtin (1981, 1992)

Esta seção não pretende ser exaustiva na abordagem da teoria de enunciação de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), mas apenas abordar alguns dos principais aspectos que possam contribuir para uma concepção de língua(gem) alternativa às que as fonoaudiólogas participantes deste estudo demonstraram ter em suas práticas clínicas com crianças e adolescentes com PC e suas famílias, na introdução, intervenção, generalização e manutenção da prancha da CAA. Para a escrita desta dissertação, registra-se que foi consultada a sétima reedição da obra do autor, datada de 1995, sendo que a primeira edição data de 1929/1930.

A opção por esse autor russo, diplomado em História e Filologia em 1918, para contribuir na discussão de um dos artigos que compõem esta dissertação dá-se pela possibilidade de, a partir da leitura de *Marxismo e Filosofia da Linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem* (1929/1995)³, promover uma reflexão sobre o valor terapêutico e social do trabalho fonoaudiológico em linguagem quando o clínico vislumbra a língua em uso, distanciando-se das práticas tradicionais que fomentam uma metodologia de cunho comportamentalista. Como pontos norteadores desta reflexão, serão utilizados conceitos-

³ No campo dos estudos lingüísticos, o qual não é homogêneo, há uma discórdia sobre a autoria deste livro. Por não se tratar do objetivo deste trabalho, não nos deteremos nesse ponto, mas de qualquer forma este registro se faz necessário para justificar a presença do nome de Voloshínov entre parênteses após o nome de Bakhtin em algumas referências neste texto. Sobre a temática, consultar a obra de Faraco (2003), onde constam referências sobre este debate. Esta informação sobre autoria também será útil no decorrer do texto para um melhor entendimento da discussão sobre diferentes posicionamentos de Bakhtin frente à lingüística saussuriana.

chave como o dialogismo, signo e polissemia. A proposta, portanto, não é a de realizar uma aplicação, reprodução prática em forma de atividades clínicas com os conceitos, mas sim de promover uma discussão sobre o fazer clínico do fonoaudiólogo que intervém como terapeuta em linguagem.

Antes de iniciar propriamente a discussão, para um melhor entendimento dos estudos enunciativos, faz-se necessário esclarecer, conforme apontam Flores e Teixeira (2005), que há uma diversidade de *teorias da enunciação* (no plural), o que impossibilita uma planificação. Em contrapartida, há traços comuns a todas as perspectivas, sendo a unicidade referencial da expressão *lingüística da enunciação* (no singular).⁴ Os mesmos autores registram que é importante ressaltar que, em todas as versões, a enunciação se apresenta como uma reflexão sobre o dizer, e não propriamente sobre o dito, além de esclarecer que as teorias da enunciação estudam as marcas do sujeito no enunciado, e não o próprio sujeito. Portanto, é o sujeito lingüístico que está em questão, e não o ato interpretativo a partir do dito pelo sujeito psicológico. Alguns dos autores representativos dessas propostas teóricas são Charles Bally, Roman Jakobson, Émile Benveniste, Mikhail Bakhtin, Oswald Ducrot e Jacqueline Authier-Revuz. O que há em comum a todos é a valorização das relações entre linguagem em uso e sujeito.

Cardoso (2002) e Flores e Teixeira (2005) afirmam que tais estudos da enunciação mantêm interface e dialogam com diferentes áreas da lingüística e do conhecimento, como a literatura, o folclore, a história, a antropologia, a sociologia, a filosofia, a psicanálise, a psicologia, a psicopedagogia, a análise do discurso, a pedagogia e a fonoaudiologia.

Especificamente em relação à Bakhtin, Flores e Teixeira (2005) registram que historicamente os intelectuais que integravam o Círculo de Bakhtin contribuíram para o estabelecimento de uma lingüística da enunciação, a qual contemplava a intersubjetividade no âmbito dos estudos da linguagem, em que forma e uso se articulam no processo de constituição de sentidos no discurso.

Os autores afirmam, ainda, que as idéias de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) “anunciam a fundação de uma lingüística que promoverá a enunciação como centro de referência do sentido dos fenômenos lingüísticos, vendo-a como evento, sempre renovado, pelo qual o locutor se institui na interação viva com vozes sociais” (FLORES e TEIXEIRA, 2005, p. 45).

⁴ As palavras em itálico são destaques dos próprios autores na fonte consultada (FLORES e TEIXEIRA, 2005).

Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), ao refletir sobre em que consiste o objeto da filosofia da linguagem, afirma que essa questão está longe de ser resolvida. A essência do objeto estudado, em sua natureza semiótica e ideológica, é perdida à medida que delimitamos o objeto de pesquisa a um complexo objetivo, material, compacto, bem definido e observável.

No prefácio do livro *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), Marina Yaguello comenta que o autor coloca em evidência a inadequação de todos os procedimentos de análise lingüística (fonéticos, morfológicos e sintáticos) para dar conta da enunciação completa, seja ela uma palavra, uma frase ou uma seqüência de frase. A enunciação é a unidade de base da língua, compreendida como uma réplica do diálogo social, sendo, portanto, ideológica. Dada a natureza ideológica da língua, a consciência configurada em pensamento e a “atividade mental” são condicionadas pela linguagem e modeladas pela ideologia.

Quanto à delimitação das fronteiras do objeto da ciência lingüística, Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) parte do exame de duas orientações metodológicas concernentes ao pensamento lingüístico-filosófico denominadas em seu entender de “subjetivismo idealista” e “objetivismo abstrato” e, a partir dessas reflexões, propõe a sua, mesmo não a nomeando formalmente. Tal posição filosófica ora rejeita radicalmente as proposições saussurianas, ora as considera.

O autor critica o “subjetivismo idealista” de Wilhelm Humboldt, que tem como fundamento da língua o ato da fala, valorizando o psiquismo individual na criação das leis lingüísticas e o “objetivismo abstrato”, no qual a língua é vista como sistema de signos arbitrários e convencionais. Ferdinand de Saussure e Charles Bally são alguns dos representantes desse pensamento filosófico.

Bakhtin (Volochínov) (1995, p. 124), em sua proposição filosófica de linguagem, afirma que “a língua vive e evolui historicamente na comunicação verbal concreta, não no sistema lingüístico abstrato das formas da língua nem no psiquismo individual dos falantes”. Dessa forma, são rejeitadas as proposições das correntes do objetivismo abstrato e do subjetivismo idealista, as quais, na visão do autor, não dão conta da verdadeira natureza da língua, decorrendo então sua proposta para uma forma de ordem metodológica do estudo da língua.

Há diferentes leituras de Bakhtin acerca da visão do autor sobre a obra saussuriana.

Flores e Teixeira (2005) afirmam que é comum haver discordâncias entre leitores de Bakhtin a respeito da posição do autor sobre a lingüística. Uma das vertentes vê um anti-

saussurianismo radical em suas colocações; outras, ao contrário, p. 46 “entendem que Bakhtin não recusa a idéia de que a língua tem uma dimensão abstrata, ainda que não encerre a análise lingüística na imanência da forma. Há também os que apontam problemas de coesão interna na posição de Bakhtin em relação à noção saussuriana de *língua*, ora recusando sua pertinência no processo de constituição do sentido, ora admitindo-a”.

Há uma discussão a respeito das autorias dos textos assinados por Bakhtin: *Freudismo*, de 1927, e *Marxismo e filosofia da linguagem*, de 1929. Os autores encontraram diferentes posicionamentos em relação à lingüística saussuriana na leitura de *Marxismo e filosofia da linguagem*, assinado por Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) e em *Problemas da poética de Dostoievski e Estética da criação verbal*, assinados somente por Bakhtin (1981; 1992).

Em *Marxismo e filosofia da linguagem*, o autor critica que o estudo da face sonora do signo lingüístico ocupa um lugar proporcionalmente exagerado nos estudos da linguagem, com uma descrição, conforme apontam Flores e Teixeira (2005), meramente formal, estática e normativa, em detrimento do mutável.

Em outros registros do mesmo livro, o qual tem sua autoria debatida, afirma-se que, no objetivismo abstrato, a unicidade da palavra é posta em evidência, em detrimento da pluralidade de suas significações. No entanto, mais adiante, quando o autor debate sobre tema e significação, admite a necessidade de se ter um aparato técnico reiterável (enunciado) para que se viabilize uma enunciação. Perpassa a inferência de que, no próprio texto de *Marxismo e filosofia da linguagem*, o autor oscila de visão.

Conforme as premissas da filosofia em linguagem da ordem da segunda orientação, Saussure (1922/1989) foi objetivo em seus postulados, não destacando a língua em uso, mas nem por isso negando a existência da *parole*. Portanto, **ele admite a lingüística da fala**, mas afirma que esta não poderia ser objeto da lingüística. Conforme o *Curso de lingüística geral*, (1922/1989), p. 138, Saussure afirma: “Tudo o que é diacrônico na língua, só o é através da fala. É na fala que se encontra o germe de todas as mudanças”.

No próprio texto de *Marxismo e filosofia da linguagem* infere-se uma questão de coesão a partir de uma leitura mais atenta das regras metodológicas da proposta de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), p. 124, especialmente a terceira e última regra: “A partir daí, exame das formas da língua na sua interpretação lingüística habitual”. Infere-se dessa afirmação que o autor admite e considera a existência da *langue* (a língua) de Saussure (1922/1989), mas nem por isso se limita a

ela, dando ênfase na *parole* (fala), ato de enunciação, no uso da língua para viabilizar a interação verbal na sociedade.

Em *Problemas da poética de Dostoievski*, Bakhtin (1981, p.181) propõe-se a estudar o que ele chama de discurso: “a língua em sua integridade concreta e viva, e não a língua como objeto específico da lingüística, obtido por meio de uma abstração absolutamente legítima e necessária de alguns aspectos da via concreta do discurso”. Nessa publicação, percebe-se que o autor considera aspectos da lingüística ao se referir a aspectos da vida concreta do discurso (relação lógica, concreto-semântica) para viabilizar a metalingüística. A respeito disso, o autor afirma, na mesma página: “As pesquisas metalingüísticas não podem ignorar a lingüística e devem aplicar os seus resultados”.

Bakhtin utiliza uma divisão entre as duas abordagens do discurso: a lingüística (pura) e a metalingüística. “A lingüística e a metalingüística estudam um mesmo fenômeno concreto, muito complexo e multifacetado – o discurso, mas o estudam sob diferentes aspectos e diferentes ângulos de visão. Devem completar-se mutuamente e não fundir-se” (BAKHTIN, 1981, p.181).

Na abordagem lingüística do discurso, não há distinção entre o uso monológico e o polifônico do discurso, e seus estudos são centrados nas particularidades sintáticas e léxico-semânticas. Dessa forma, “a lingüística estuda a ‘linguagem’ propriamente dita com sua lógica específica na sua *generalidade*, como algo que *torna possível* a comunicação dialógica, pois ela abstrai conseqüentemente as relações propriamente dialógicas” (BAKHTIN, 1981, p.183).

Já a abordagem metalingüística do discurso preocupa-se com as “relações dialógicas” do discurso, entendidas como um confronto de vozes em um único enunciado. As relações de natureza dialógica são extralingüísticas e devem ser estudadas pela metalingüística, ultrapassando os limites da lingüística, pois possui objeto autônomo e metas próprias, constituindo o verdadeiro campo da vida da linguagem, segundo Bakhtin (1981).

Bakhtin (1981) pondera então que:

As relações dialógicas são irreduzíveis às relações lógicas ou às concreto-semânticas, que por si mesmas carecem de momento dialógico. Devem personificar-se na linguagem, tornar-se enunciados, converter-se em posições de diferentes sujeitos expressas na linguagem para que entre eles possam surgir relações dialógicas. (BAKHTIN, 1981, p. 183).

Para concluir, Flores (2002), ao realizar uma análise sobre as convergências e divergências de Bakhtin e Saussure, afirma ser “possível ver em Bakhtin a conservação da

lingüística saussuriana e não apenas a sua negação” (p. 25). Exemplifica que essa negação é vista nitidamente em *Marxismo e filosofia da linguagem*, mas que em outras obras, como em *Problemas da poética de Dostoievski*, embora a crítica esteja sempre presente, nada conduz à desconsideração do pensamento saussuriano.

A terminologia “signo” é utilizada tanto por Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) quanto por Saussure (1922/1989), mas com definições bem diferentes, portanto não há convergências de sentidos. O signo para Saussure (1922/1989) refere-se ao signo lingüístico, o qual é constituído por uma face voltada para o interior (significado) e outra voltada para o exterior (significante) e tem como característica a arbitrariedade nessa escolha de correlação significado *versus* significante. Saussure (1922/1989), em seu postulado, afirmava que a *parole* (a fala), ato de enunciação, tem caráter individual. Já Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) tem uma visão diametralmente oposta, afirmando que a enunciação é de natureza social, portanto não pode ser explicada a partir das condições psicológicas do sujeito falante.

Neste sentido, a pretensão de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) é explicitar o lugar da linguagem dentro do domínio mais amplo da ideologia. Para tanto, é necessário que se formule a relação entre semiótica e ideologia. Palavras-chave recorrentes em todo o livro são: ***refletir e refratar***. De fato, para Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), os produtos ideológicos refletem, ou seja, devolvem para o exterior o que sobre eles incide, mas, além disso, também refratam, ou seja, distorcem, mudam o rumo (sentido) daquilo que sobre eles incide. **Essa dupla capacidade dos produtos ideológicos será, em última instância, a grande descoberta bakhtiniana em relação aos signos.** Se o signo, manifestação do ideológico, reflete e refrata seu “conteúdo”, a mudança contextual, a transformação é instância constante e constituinte de todo sistema semiótico⁵.

Portanto, o significado das palavras é construído mutuamente, compartilhado e atualizado pelo contexto de uso em um terreno interindividual, em que a consciência individual é gerada através de um fato socioideológico.

Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) pontua que, enquanto a forma lingüística for considerada pelo receptor como um sinal, ela não terá nenhum valor lingüístico. Para o autor, o que importa para o locutor é que a forma lingüística figure em um dado contexto, aquilo que a

⁵ Para corroborar a afirmativa sobre o valor semiótico da língua, buscamos referências em Émile Benveniste (1976/1989), que, ao estudar a semiologia da língua, observa que esta é a única entidade semiótica em que é simultaneamente interpretante e interpretada.

torne um signo adequado às condições de uma situação concreta dada, não enquanto sinal estável e sempre igual a si mesmo, mas somente enquanto signo sempre variável e flexível. Portanto, os signos só emergem da interação:

A pura “sinalidade” não existe, mesmo nas primeiras fases da aquisição da linguagem. Até mesmo ali, a forma é orientada pelo contexto, já constitui um signo, embora o componente de “sinalidade” e de identificação que lhe é correlatada seja real. Assim, o elemento que torna a forma lingüística um signo não é sua identidade como sinal, mas sua mobilidade específica; da mesma forma que aquilo que constitui a descodificação da forma lingüística não é o reconhecimento do sinal, mas a compreensão da palavra no seu sentido particular, isto é, a apreensão da orientação que é conferida à palavra por um contexto e uma situação precisos, uma orientação no sentido da evolução e não do imobilismo. (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV) 1995, p. 94).

Nessa vertente de pensamento, o processo de decodificação (compreensão) não deve, em nenhum caso, ser confundido com o processo de identificação. O signo é decodificado e somente o sinal é identificado, pois é uma entidade de caráter imutável, não podendo substituir, refletir ou refratar nada.

Bakhtin (Volochninov) (1929/1995), com um propósito de originalmente investigar o processo de aquisição de uma língua estrangeira, formula o conceito de polissemia. O autor afirma que a unicidade da palavra não é assegurada pela unicidade de sua composição fonética, havendo também uma unicidade inerente a todas as suas significações. Afirma também que uma palavra é onisignificante, pois “se um complexo sonoro qualquer comportasse uma única significação inerte e imutável, então esse complexo não seria uma palavra, não seria um signo, mas apenas um sinal. A multiplicidade das significações é o índice que faz de uma palavra uma palavra” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1995, p. 130).

A partir de tal conceito, o autor afirma que o problema fundamental da semântica só pode ser resolvido pela dialética, uma vez que a pluralidade de sentidos – as plurissignificações – só ocorre durante a interação verbal, realizada através da enunciação ou nas enunciações, que é de natureza social, constituindo assim a realidade fundamental da língua.

Flores e Teixeira (2005), tendo como referência Bakhtin (Volochninov) (1929/1995), afirmam que o autor anunciou uma lingüística cujo “objeto não é nem a língua nem a fala, mas a enunciação, evento de passagem do *sinal* ao signo, mediante o qual se dá a semantização da língua” (p. 51).

Para viabilizar isso, Bakhtin (Volochninov) (1929/1995) procura explicar o que para ele seria uma espécie de dupla articulação da enunciação. Com efeito, toda enunciação possui dois

extratos. A partir da leitura do autor, interpretamos que o termo “tema” indica a enunciação, isto é, da esfera do não-reiterável, do não-padronizado, e o termo “significação” é o enunciado que é o aparato técnico para a realização do tema, portanto reiterável e idêntico a cada vez que se reproduz.

O primeiro extrato, chamado *tema*, diz respeito à característica de “um sentido definido e único” da enunciação e, assim como a enunciação (no sentido de ato do dizer), é “individual e não reiterável”, sendo “a expressão de uma situação concreta que deu origem à enunciação” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1995, p. 128). O tema da enunciação relaciona-se ao contexto da enunciação, ou seja, a todos os aspectos temporais e sociais que, em última análise, motivaram a enunciação e que pertencem ao enunciado. Portanto, “o tema da enunciação é determinado não só pelas formas lingüísticas que entram na composição [...], mas igualmente pelos elementos não verbais da situação” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1995, p. 128). O autor destaca que o termo “tema” cobre igualmente a sua realização. É, portanto, a enunciação em si, com todo o seu caráter de atualização, não reiterável.

Formando a outra face, não separável do tema e não compreensível sem ele, aparece a *significação*. Esta é entendida como sendo o aparato técnico, os elementos da enunciação que são reiteráveis e idênticos cada vez que são repetidos. Estes são abstratos, fundados sobre uma convenção. É importante diferenciar o entendimento do termo “significação” da proposta. Esses conceitos são destacados nos dois trechos relatados a seguir: “A significação da enunciação, ao contrário, pode ser analisada em um conjunto de significações ligadas aos elementos lingüísticos que a compõem” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1995, p. 129); “o tema deve apoiar-se sobre uma certa estabilidade da significação; caso contrário, ele perderia seu elo com o que precede e o que segue, ou seja, ele perderia, em suma, o seu sentido” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1995, p. 129).

Assim, parece-nos que Bakhtin (Volochnikov) (1929/1995) está tentando fundar uma divisão entre os elementos lingüísticos que formam o sistema (fonológico, morfológico, sintático, etc.) e a parte da enunciação que diz respeito ao *sentido* estrito que uma frase ou proposição adquire no momento do dizer, por se ligar a uma rede contextual de dizeres anteriores e intenções comunicativas. O autor afirma que:

O tema é um sistema de signos dinâmico e complexo, que procura adaptar-se adequadamente às condições de um dado momento da evolução. O tema é uma reação da

consciência em devir ao ser em devir. A significação é um aparato técnico para a realização do tema. (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1929/1995, p. 129).

É no funcionamento dessa dupla articulação que enunciação e enunciado têm mútua dependência. O tema é “o estágio superior real da capacidade lingüística de significar” (p. 131), enquanto a significação, sendo o mecanismo funcional da enunciação, “é o estágio inferior da capacidade de significar” (p. 131).

Tema e significação tornam-se distinções importantes, segundo Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), quando nos colocamos o “problema da compreensão”. Segundo ele, compreender o que alguém enuncia implica apreender o *tema*, e não somente a significação. “Compreender a enunciação de outrem significa orientar-se em relação a ela, encontrar o seu lugar adequando no contexto correspondente” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1929/1995, p. 132). É preciso colocar a enunciação em relação e inter-relação com o contexto enunciativo, bem como com os enunciados anteriores, é trabalhar a rede mais ampla do dizer, orientando a enunciação para um **diálogo**, para uma réplica, para uma resposta. “Compreender é opor à palavra do locutor uma *contrapalavra*” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1929/1995, p. 132). Nesse sentido, a enunciação e a compreensão dela não podem se esgotar ou se restringir a sua significação.

Essa diferenciação entre tema e significação é de fundamental importância dentro da teoria sobre a linguagem de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), pois ela engendra o processo (ou pelo menos um dos processos) de transformação. Sendo o tema o índice contextual, que se atrela à significação em cada enunciação, jamais reiterável e, portanto, único, é nele que Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) encontrará a possibilidade de modificação da língua. Para tanto, postula que há na enunciação (na palavra) não somente tema e significação, mas “um acento de valor”, isto é, toda vez que há “um conteúdo objetivo expresso (dito ou escrito) pela fala viva, ele é sempre acompanhado por um acento apreciativo determinado” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1929/1995, p. 132). Ao pensar como esse processo se dá no cotidiano, é importante explorar o conceito de gênero do discurso. Cardoso (2002) afirma a respeito que “o conceito de enunciado está atrelado à noção de gêneros do discurso, pois os gêneros englobam os tipos relativamente estáveis de enunciados, elaborados pelas ‘esferas de utilização da língua’” (p. 95).

Bakhtin (1992) classifica os gêneros em primários ou secundários. Primários (ou simples) formam-se nas condições de comunicação discursiva imediata; já nos secundários ou complexos, estes perdem o vínculo imediato com a realidade concreta e os enunciados reais alheios (réplica

do diálogo cotidiano). O autor afirma que conteúdo temático, estilo e construção composicional são os três elementos de um enunciado. Os gêneros do discurso requerem uma forma padronizada, portanto velam o reflexo da individualidade na linguagem. Cumprem determinadas funções sociais: científica, técnica, publicística, oficial, cotidiana, etc. Eles são o modo pelo qual se concretizam as interações verbais e têm no dialogismo e na interação verbal conceitos essenciais ao seu entendimento.

Cardoso (2002) destaca que “o interesse pela teoria bakhtiniana está no princípio do dialogismo que, entre outras questões, aborda o discurso como produto de outros discursos”. Esta é uma das marcas da filosofia marxista de linguagem seguida por Bakhtin (Volochínov) na antiga União Soviética (1929).

Para Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), a verdadeira substância da língua ocorre através do fenômeno social da interação verbal através da enunciação ou das enunciações, e não pela constituição de um sistema abstrato de formas lingüísticas, pela enunciação monológica ou pela produção de um ato psicofisiológico. O autor refere-se ao diálogo como sendo uma das formas mais importantes de interação verbal, mas o próprio autor tem o cuidado de registrar que se deve compreender esse termo em um sentido mais amplo, “não apenas como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1929/1995, p. 123).

Portanto, comunicação não se reduz a uma transmissão de mensagens, e o conceito de dialogismo abrange qualquer tipo de interação verbal, e não apenas a de natureza dialogal.

Cardoso (2002) afirma que o dialogismo é um dos princípios filosófico-lingüísticos que perpassa as obras de Bakhtin. Acrescenta que “através da comunicação o homem se constitui como sujeito (consciência) no auto-reconhecimento, pelo reconhecimento do outro, numa relação de alteridade” (p. 67). A vida da linguagem está, para Bakhtin, impregnada de relações dialógicas. Flores e Teixeira (2005, p. 59) ressaltam tal visão desta forma: “No dito co-existe o já dito”.

Finalizando, para Bakhtin (Volochínov) (1929/1995), o locutor serve-se da língua para as suas necessidades enunciativas concretas através das formas normativas em um dado contexto concreto, que obtém nova significação quando atualizada em diferentes contextos. Os pressupostos do autor partem do pressuposto de que todo o homem interage e depende de outros indivíduos, portanto entende-se que a intersubjetividade é dada *a priori*. Essa visão se diferencia

da proposta por Saussure (1922/1989), que centrou os estudos lingüísticos na *langue* (entendida como sistema), pois esta sim poderia ser entendida como algo objetivo, do qual se poderia extrair uma ciência racional e estrutural. No entanto, tal visão não interessa à clínica, pois esta lida com o singular. A filosofia de linguagem nos moldes bakhtinianos poderá auxiliar a dar encaminhamentos terapêuticos, por considerar a língua em uso. Tal visão é fundamental para pensar a clínica de linguagem em fonoaudiologia com sujeitos com oralidade restrita ou ausente e usuários de CAA.

2.2.2 A Enunciação na Clínica de Linguagem: Repensando a Comunicação Aumentativa e Alternativa

Em função de toda a revisão realizada acerca da CAA na seção 2.1, é possível afirmar que já não se questiona a sua validade terapêutica e os ganhos possíveis com tal estratégia comunicacional, especialmente via prancha de comunicação, a qual é um dos diversos recursos de baixa tecnologia disponíveis para compor um sistema de CAA (MANZINI e DELIBERATO, 2006). Nestas são inseridos vários símbolos gráficos que representam mensagens, de acordo com as necessidades comunicativas de seu usuário. Uma forma muito comum de organizar esse recurso é chamada de técnica por subdivisão e níveis (SCHIRMER e BERSCH, 2007).

Sabe-se que países desenvolvidos têm, por questões financeiras, acesso à alta tecnologia, enquanto, nos menos desenvolvidos, a prancha de comunicação é a realidade possível para muitos usuários (MANZINI e DELIBERATO, 2006; SCHIRMER e BERSCH, 2007). Entretanto, pouco se aprofunda sobre a motivação do insucesso desse recurso no processo de generalização do uso a todas as situações de vida do usuário, como observado em vários estudos da revisão de literatura realizada na seção anterior.

Conforme sinalizado na introdução, acredita-se que a concepção de língua(gem) com a qual esse recurso é trabalhado junto ao usuário, seus familiares e demais parceiros comunicacionais pode ser aspecto fundamental para analisar tal insucesso. Exemplos de concepções de linguagem que usualmente estão presentes na clínica são o comportamentalismo, cognitivismo (em suas distintas versões) e o interacionismo. Para identificá-las, tomaram-se

como referências autores clássicos, como Skinner (1989), Piaget (1993), Vygotsky (2005) e Chomsky (1998), entre outros.

As fragilidades da clínica de linguagem são muitas e, por esse motivo, fomenta-se uma mudança na visão da CAA apenas sob o ângulo instrumental, para uma visão das pranchas em funcionamento lingüístico entre interlocutores. Defende-se a visão bakhtiniana de língua, na qual o uso é parte essencial.

A partir dessa percepção, a presente dissertação tem o propósito de redimensionar a prancha de CAA na clínica de linguagem. Para viabilizar tal meta, recorreremos aos estudos enunciativos da área da lingüística da enunciação e encontramos esteio nos pressupostos de Mikhail Mikhailovitch Bakhtin (1895-1975).

A proposta não é aderir a uma teoria para realizar uma aplicação direta de seus conceitos, o que seria até uma imprudência metodológica neste caso, pois o autor não se propôs a discorrer especificamente sobre a fonoaudiologia. A idéia central, portanto, é trazer à tona elementos de sua teoria, como sinal, signo, símbolo, polissemia, intersubjetividade e dialogismo, os quais possam desencadear novas reflexões sobre recurso da CAA, uma vez o referido autor valoriza as relações entre linguagem em uso e sujeito, atributos essenciais na clínica de linguagem.

Pode-se iniciar a temática abordando o *design* dos “símbolos” utilizados nas pranchas de CAA. A semantografia Bliss e o PCS são os mais comumente utilizados na construção do recurso. Há dois grandes tipos de símbolos: os pictoriais (PIC e PCS) e os lingüísticos (Bliss). Para Capovilla, Capovilla e Macedo (1998) e Thiers e Capovilla (2006), “as forças de um são as fraquezas do outro”, pois nos lingüísticos a relação significante-significado é arbitrária e passível de recombinação produtiva entre significantes básicos, podendo representar qualquer significado, por mais abstrato que seja.

Já nos pictoriais ela é icônica, ou seja, há uma similaridade física, denotando seu significado claramente, porém a recombinação possível nos lingüísticos é inviável nos pictoriais. No entanto, o sistema lingüístico tende a excluir as crianças e estrangeiros, os cérebro-lesionados (PC, afásicos, etc.) e os demenciados do aproveitamento do recurso, ficando clara a superioridade dos pictoriais. A concretude dos pictoriais, na visão dos autores, parece limitar seu uso ao que é imaginável e concreto. Entretanto, tal limitação pode estar mais relacionada ao fato de os autores não apresentarem o recurso em uma proposta clínica de linguagem coerente com a visão de língua em uso do que pela tipologia do sistema de CAA.

Pictoriais ou lingüísticos, os sistemas podem ser interpretados a partir do conceito de sinal de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995). O sinal é algo fixo e imutável, bastando apenas a atitude de identificação do referente ao objeto concreto. No entanto, o signo é uma entidade de caráter mutável, podendo substituir, refletir ou refratar algo.

Pensar a enunciação como unidade de base da língua nos moldes bakhtinianos oferece algumas saídas para o dilema de como pôr em funcionamento lingüístico as figuras que compõem as pranchas de CAA, usualmente designadas de símbolos. Estes não seriam tão restritos se pensados como sinais que se tornam signos no processo de enunciação que ocorre entre interlocutores, em meio a uma intersubjetividade. Há também a possibilidade de arbitrariedade de sentidos durante as enunciações, já que no processo de enunciação ocorrerá a passagem do sinal ao signo, através da articulação entre forma e uso que permite a constituição de sentidos no discurso (FLORES e TEIXEIRA, 2005).

Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) afirma que a unicidade da palavra não é assegurada pela unicidade de sua composição fonética, havendo também uma unicidade inerente a todas as suas significações, portanto ela é onisignificante. O autor segue defendendo que a pluralidade de sentidos – as plurissignificações – só ocorre durante a interação verbal, realizada através da enunciação ou nas enunciações, que é de natureza social, constituindo assim a realidade fundamental da língua.

Por isso que, ao se referir ao diálogo como sendo uma das formas mais importantes de interação verbal, Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) tem o cuidado de registrar que se deve compreender esse termo em um sentido mais amplo, “não apenas como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja. (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1929/1995, p. 123). Portanto, nessa visão, a comunicação não se reduz a uma transmissão de mensagens, e o diálogo abrange qualquer tipo de comunicação verbal, incluindo a que pode ser efetivada pela CAA.

“Símbolo”, na literatura da área da CAA, é uma terminologia tradicionalmente utilizada para designar os tipos de “desenhos” dos sistemas pictoriais e os lingüísticos dos sistemas alternativos. Já na teoria bakhtiniana “símbolo” apresenta-se sob uma outra conotação, a de sentido ideológico, sustentada pelo universo dos signos compartilhados. O autor traz como exemplo o vinho e o pão, os quais se tornam símbolos religiosos no sacramento cristão da comunhão; desta forma, o pão possui uma forma particular que não é apenas justificável pela sua

função de produto de consumo. O autor defendia que “(...) tudo que é ideológico possui um valor semiótico” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV), 1929/1995, p. 32).

O autor referia-se aos signos também como objetos naturais, específicos e, como vimos, todo produto natural, tecnológico ou de consumo pode tornar-se um signo e adquirir, assim, um sentido que ultrapasse suas próprias particularidades. Um signo não existe apenas como parte de uma realidade; ele também reflete e refrata uma outra. Ele pode distorcer essa realidade, ser-lhe fiel, apreendê-la de um ponto de vista específico, e assim por diante. Todo o signo está sujeito aos critérios de avaliação ideológica.

Bakhtin (Volochinov) (1929/1995) afirma que, para o sinal passar ao *status* de signo, é preciso um funcionamento lingüístico entre interlocutores. Tal funcionamento se faz dentro de um sistema lingüístico aberto, formado por signos que emergem da interação. O autor pontua que, enquanto a forma lingüística for considerada pelo receptor como um sinal, ela não terá nenhum valor lingüístico. Para o autor, o que importa é que a forma lingüística figure em um dado contexto, aquilo que a torne um signo adequado às condições de uma situação concreta dada, não enquanto sinal estável e sempre igual a si mesmo, mas somente enquanto signo sempre variável e flexível. Portanto, o significado das palavras é construído mutuamente, compartilhado e atualizado pelo contexto de uso em um terreno interindividual, em que a consciência individual é gerada através de um fato socioideológico.

Vasconcelos (2006) defende que os sistemas gráfico-visuais, como o Bliss e o PCS, não são língua, mas podem ser movimentados pelo funcionamento da língua, transmutados em “fala” por efeito do outro (instância da língua constituída – De Lemos, 1992) e pela fala que está na escuta dos sujeitos com PC. Nesses moldes, os símbolos dos sistemas alternativos transformam-se em significantes, pois os materiais são postos em movimento pelo funcionamento da língua. A autora conclui que os chamados “sistemas” gráfico-visuais são um amontoado de símbolos (não se articulam como sistema), mas, ao serem submetidos ao jogo da língua, podem vir a significar.

Deste modo, abre-se a possibilidade para que os “símbolos” da CAA sejam apenas indícios de múltiplas interpretações em um dado contexto de intersubjetividade e não signifiquem somente o que está pré-determinado. Propõe-se, neste trabalho, que se chamem de sinais, cuja passagem a signo ocorrerá no processo de enunciação.

Uma situação hipotética dessa flexibilidade está no fato de um símbolo, que originariamente pode ser colocado na prancha para assumir determinado signo, poder assumir

outro. Isso pode ocorrer em um contexto em que o símbolo necessário esteja ausente ou sua localização demande muito tempo de acesso. Nesses casos, o falante poderá se valer da possibilidade de polissemia que o signo pode engendrar. Exemplos clínicos não faltam: quando uma criança utiliza o sinal “cotovelo” para significar “dor de cotovelo” ou quando uma adolescente combina os sinais “costas” e “dor” para significar estar com coceira nas costas.

A partir de tais reflexões, pode-se pensar que a não generalização do uso da CAA aos diversos contextos de vida, fora da clínica, observada em muitos casos, pode estar relacionada a dois fatores: à forma como se aborda o recurso a partir de concepções de linguagem que tomam a língua como código, ou à impossibilidade de reconhecer ali, no sujeito com ausência de fala oral, um interlocutor.

Considerada a visão enunciativa em linguagem, o fonoaudiólogo poderia, conforme defende Surreaux (2008), descartar a relação dicotômica normal/patológico na clínica de linguagem. A autora justifica-se com propriedade ao mencionar que, se o normal servisse de padrão para avaliar a patologia, a diferença entre os dois estados seria apenas quantitativa, além do fato de que a normalidade não poderia ser generalizada para todos os indivíduos, tornando, portanto, o limiar entre o normal e o patológico impreciso.

Flores (2008) registra que, na clínica da fala desviante (termo proposto pelo referido autor), detectar, descrever, explicar e classificar os “erros” do uso da língua “pouco diz da singularidade da fala de um sujeito e de como ele se enuncia nesta língua” (FLORES, 2008, p. 73).

Tais colocações auxiliam-nos na reflexão sobre o pensar e o agir fonoaudiológico, algumas vezes contraditórios, os quais ocorrem no cotidiano da clínica de linguagem comportamental com sujeitos com ou sem lesão cerebral. A normalidade é tomada indiscriminadamente como parâmetro na avaliação e intervenção até mesmo nos casos neurológicos, podendo tal atitude até mesmo ser caracterizada como imprudência metodológica, pois o objeto de análise, a linguagem, é singular, ainda mais em sujeitos acometidos por danos cerebrais. Nesse sentido, Frazão (1996; 2004), ao discorrer sobre linguagem em um caso de uma menina acometida pela PC, recorda que a ordem da linguagem é de implicação, e não de submissão aos aspectos orgânicos.

Portanto, assumir uma visão enunciativa na clínica de linguagem significa mudar a forma de conceber o paciente com PC (especialmente os que apresentam oralidade restrita ou ausente),

modificando o foco do “olhar terapêutico” da doença para o sujeito, reconhecendo-o como um enunciador, que está imerso na língua através do funcionamento lingüístico entre interlocutores em um dado contexto de intersubjetividade. Assim, sob este viés, ultrapassa-se o limite imposto pelo orgânico da ausência ou dificuldade da fonoarticulação, instaurando-se o estatuto de “falante” ao sujeito com PC. Este pensar vale também para casos nos quais o sujeito com PC, mesmo que falante, não é considerado um “enunciador” pela comunidade que convive.

Sobre a relevância do uso da CAA em ambientes rotineiros, Capovilla, Capovilla e Macedo (1998) registram que, a partir de meados da década de 1980, as pesquisas na área de afasia e CAA passaram a “concentrar-se no uso funcional que os pacientes deveriam fazer dos sistemas de comunicação em ambientes naturalísticos”, para que houvesse um efetivo aumento de sua qualidade de vida.

Johnson (1998), mesmo valendo-se repetidamente da terminologia *treinamento* em seu *Guia de Símbolos de Comunicação Pictórica - PCS*, destaca que o sucesso de um *treinamento* não é medido por quantos símbolos são aprendidos, mas sim pela utilidade proporcionada pelo recurso no dia-a-dia. O autor recomenda a personalização de estratégias, de acessibilidade e *design* da prancha de comunicação, assim como fomenta a importância das interações naturais com e pelo recurso da prancha de CAA em ambiente também naturalístico, além da prática da combinação de outras formas alternativas de comunicação, como gestos, vocalizações desarticuladas e expressões faciais. Destaca também a importância da participação dos parceiros conversacionais e dos usuários da ferramenta de comunicação na promoção do recurso de comunicação.

Johnson (1998) descreve a importância da imersão em símbolos, tornando-se parte natural da vida do indivíduo, em vez de serem encarados isoladamente. Defende que os símbolos devem ser utilizados tanto por pessoas falantes quanto não-falantes, uma vez que as crianças “aprendem a linguagem”, pois estão imersas na linguagem desde o seu nascimento. Já as crianças especiais normalmente perdem essa imersão, ficando em desvantagem.

O fonoaudiólogo poderia oferecer o recurso da prancha de CAA para usuários e suas famílias em uma condição em que esse aparato não servisse somente para fins comunicacionais, mas para estruturar sua linguagem, ou seja, para fins de constituição enquanto sujeito na e pela linguagem. Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) firma, nesse sentido, que a relação de alteridade é fundamental para que o homem se constitua como sujeito consciente, através do auto-

reconhecimento e pelo reconhecimento do outro. Esse olhar teórico parece produzir um deslocamento da visão dicotômica normal/patológico tradicionalmente projetada sobre os usuários de CAA para a sua percepção enquanto falantes capazes de enunciar, de dizer, de se dizer, mesmo diante de limites biológicos que os impeçam de produzir fala articulada.

Dessa forma, a idéia de distúrbio da comunicação poderá ser repensada, uma vez que, em enunciação, a comunicação deixa de ser pensada como transmissão de informação e passa a ser vista como interação. Flores (2008) sinaliza que a falha, o “patológico” na fala desviante do sujeito, são enunciações que se mostram no campo do simbólico, pois são articuladas como instância do singular, em que ele se propõe como sujeito, sendo de suma importância poder “ouvir” a enunciação do locutor na língua. Para isso, é necessário que os sujeitos com ou sem patologias se proponham a um quadro não-simétrico na enunciação, a partir da própria fala na relação com o outro.

Surreaux (2008), em sua tese, faz uma releitura do sintoma a partir de referências da lingüística da enunciação, psicanálise freudo-laciana e da clínica de linguagem. A noção do sintoma no âmbito da clínica de linguagem comporta o que a autora denomina de combinação singular, envolvendo o ineditismo que cada fala sintomática tem e abalando sensivelmente a divisão entre “normalidade” e “patologia” de um mecanismo heteróclito e multiforme. Assim sendo, a concepção de linguagem adotada pela autora inscreve a fala (leia-se enunciação) do sujeito através da língua e “nela dá lugar ao sintoma, ou seja, é efeito de seu próprio dizer” (SURREAUX, 2008, p. 37). O sintoma de linguagem é encarado como uma posição que o sujeito ocupa na linguagem.

Imagina-se que o distúrbio de comunicação qual seja, que anteriormente se configurava como “erro” a ser “sanado”, “curado”, é redimensionado e passa a ser entendido como características lingüísticas peculiares subjetivas do sujeito posto em funcionamento discursivo intersubjetivo singular.

A idéia de distúrbios da comunicação pode ser deslocada para a idéia de que há limites biológicos que não impedem a ocorrência da intersubjetividade, desde que se amplie a visão de língua de código que comunica para uma visão histórico-cultural de língua enquanto convenção atualizada em intersubjetividades, as quais constroem coletivamente sua história. A atuação do fonoaudiólogo se abriria, nessa perspectiva, à multiplicidade de funções que a língua e a linguagem podem exercer no processo de subjetivação, na cultura, na comunicação em si e no

conhecimento socioantropológico. Ela ocuparia, ao mesmo tempo, uma função estruturante e instrumental.

Essas considerações reforçam as afirmações de Vasconcelos (2001; 2006) sobre haver uma projeção de falantes sobre os recursos da CAA para que seu funcionamento ocorra. Avançam, no entanto, quando isso pode ser refletido a partir da perspectiva de passagem do sinal ao signo pela interlocução ocorrida na enunciação. Parece-nos que essa reflexão é fundamental para que se possa pensar no uso efetivo da CAA no dia-a-dia. Terapeutas, familiares e educadores devem preparar-se para essa abertura a novos sentidos a partir de um número muito limitado de sinais. Também permite pensar no caminho mais importante para a escolha dos símbolos para a prancha: escutar, e não ouvir apenas, seu usuário. Ele dará os caminhos através do uso crescentemente complexo e criativo que fará da prancha. Esse uso, no entanto, só pode ser pensado em uma perspectiva dialógica, fundamentada no conceito de diálogo.

Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) refere-se ao diálogo como sendo uma das formas mais importantes de interação verbal, mas o próprio autor tem o cuidado de registrar que se deve compreender esse termo em um sentido mais amplo, “não apenas como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja” (BAKHTIN (VOLOCHÍNOV) 1995, p. 123).

Cardoso (2002, p. 66-67) afirma que o princípio do dialogismo, proposto em Bakhtin, fundamenta-se na comunicação vista enquanto uma relação de alteridade. Deste modo, o ato de tomada de consciência de si próprio implicaria a existência do olhar do outro sobre nós, ou seja, a “comunicação tem um caráter intersubjetivo e dialógico, ocorrendo através da diferença, tanto entre pessoas, como entre textos e grupos sociais” (Cardoso, 2002, p. 67). Na perspectiva bakhtiniana, a fala é heterogênea, pois se pode apresentar através de múltiplas formas de manifestações de linguagem, na qual o contexto verbal e extraverbal são considerados a partir do viés da enunciação.

Retomando os exemplos anteriores, é possível pensar que a alteridade dos sujeitos esteja presente em suas manifestações e nos pontos de vista assumidos diante da prancha. Os sujeitos portadores de PC utilizaram de modo criativo os recursos limitados que a prancha ofereceu, socorrendo-se do contexto não-verbal para que sua linguagem pudesse manifestar-se. Os interlocutores, a partir de um esforço interpretativo, permitiram e ancoraram esse funcionamento

lingüístico, demonstrando que reconhecem ali, onde não há fala (manifestada de modo alternativo), a presença de alteridade e linguagem.

À luz dos pressupostos bakhtinianos, pode-se pensar em como mudar o paradigma da clínica de linguagem na ausência da oralidade. Abandonar as infrutíferas tentativas da oralização quando a ordem do orgânico se impõe (dispraxias, disartrias graves, etc.) e valorizar as alternativas para que ocorra a estruturação da língua em si e da linguagem.

A perspectiva de Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) nos permite pensar que os símbolos da CAA possuem em si um valor de sinal que somente assume valor de signo na interação entre interlocutores. Estes devem estar dispostos a escutar o sujeito usuário de CAA, o que demandaria pensar nos processos intersubjetivos a partir de uma teoria de subjetividade, por exemplo, a psicanálise. Assim, a introdução de tal recurso só teria sentido se construída a partir de uma participação dos seus usuários; no caso da clínica, o sujeito com impedimento de fala e seus familiares.

Outro aspecto importante é a possibilidade de pensar que a lista de símbolos não necessita ser exaustiva e precisa preocupação muito freqüente dos fonoaudiólogos. A possibilidade de usar com flexibilidade um mesmo sinal, cujo valor de signo será definido a cada situação de enunciação, permite pensar que o foco principal da terapêutica deve ser o modo de uso do recurso, e não a lista de símbolos.

A proposta bakhtiniana produziria, então, uma mudança de perspectiva da enunciação enquanto transmissão de informação para um processo de interação entre interlocutores, no qual a intersubjetividade é fundamental. Nesse sentido, a fala incompreensível ou ausente, substituída ou complementada por expressões faciais/corporais, e o recurso da CAA deixam de ser o foco do olhar clínico enquanto descrição da patologia para se tornarem espaços de interpretação do interlocutor, espaços em que a singularidade de cada sujeito se atualiza no seu dizer.

Cabe ao clínico ocupar o espaço de interlocutor que oferece sua subjetividade para que o usuário de CAA se sinta escutado, interpretado e motivado a dizer. Para tanto, terá de sustentar subversões da língua de modo a reconhecer o enunciador e interpretar o sentido do que este enuncia. Essa posição parece produzir o movimento lingüístico necessário para a estruturação do sujeito na/pela linguagem.

Seja oferecendo o modelo, observando interações sujeito-familiares ou dialogando com os familiares em entrevistas continuadas, o fonoaudiólogo pode ser muito mais efetivo e eficaz na

inserção da CAA se suas concepções de funcionamento lingüístico e de língua abrirem espaços para produção de sentidos na intersubjetividade usuário-familiares. Gerar hipóteses de funcionamento lingüístico, considerando a intersubjetividade sujeito-familiares, representará, na perspectiva da enunciação, um dos primeiros passos do fonoaudiólogo para planejar sua proposta terapêutica. Esta não é, contudo, fechada ou imposta ao sujeito e seus familiares. Ela é dialogada na intersubjetividade que se estabelece entre terapeuta fonoaudiólogo e sujeito/família, reconhecendo e considerando, a cada momento, as limitações impostas pelas condições biológicas, psíquicas e sociais de cada caso.

Deste modo, o fonoaudiólogo deverá considerar que não poderá prever os efeitos da intervenção em sua plenitude, mas terá de se adaptar ativamente, a todo o momento, às demandas de cada caso. Modelos fechados, seja qual for a disciplina teórica, não são possíveis nessa perspectiva, pois não se trata de aplicar a teoria na prática, mas de utilizar a reflexão teórica para afetar a clínica via terapeuta.

Se a família é parte integrante no processo de enunciação, sua participação ativa no processo terapêutico é fundamental. Por ela ser o núcleo de produção de significações para o sujeito, constitui-se no foco de intervenção, seja em contextos formais (terapias e escola) ou informais (passeios, supermercado, consultas, etc.).

O fonoaudiólogo poderá contribuir para a elaboração de uma hipótese sobre o funcionamento da linguagem (SURREAUX, 2008) através da análise do conjunto das combinações singulares constitutivas que o sujeito realiza. Esse recurso permitirá uma escuta das possibilidades discursivas do paciente em uma dimensão em que o sintoma determina os rumos da intervenção fonoaudiológica.

Tendo a interação social dada *a priori*, a língua em interação lingüística entre sujeitos dá-se através da articulação entre enunciados e enunciações em contextos compartilhados, nos quais forma e uso são valorizados. O fonoaudiólogo, nesse tipo de clínica, deve estar disposto a sustentar as falas subvertidas, reconhecendo nelas a posição de um enunciador (SURREAUX, 2008).

O fonoaudiólogo não deverá restringir a leitura lingüística somente aos enunciados – aquilo que o sujeito evidencia ao falar, mas considerar a enunciação ao analisar a relação do enunciado com o ato enunciativo. Desta forma, o profissional terá mais chances de refletir sobre o lugar que o sujeito com sintomas na linguagem ocupa ao se enunciar (SURREAUX, 2008).

A prática fonoaudiológica, afetada pela teoria enunciativa, é calcada na valorização do processo de intersubjetividade, tendo a fala montagens multiformes, mas nem por isso efeito patológico.

Para fazer circular sentidos, a atualização lingüística deve ocorrer em contextos de uso. A participação familiar nesse movimento de língua é fundamental por ser este um dos principais núcleos significativos para o sujeito. Portanto, o foco de intervenção fonoaudiológica, além de ser diretamente com o usuário da CAA, deve contemplar a família e demais parceiros conversacionais significativos em contextos formais (terapias e escola) e informais (passeios, supermercado, consultas, etc.).

Para abordar a família, deve-se levar em consideração o funcionamento familiar a partir de uma teoria de subjetividade. Nesta, o conceito de função parental, em especial de função materna, é fundamental. Uma visão de aquisição que tenha como unidade de análise o diálogo também é necessária, como a proposta por Cláudia de Lemos (1992). Esses temas são resenhados na próxima seção.

2.3 Funções parentais diante de um filho com paralisia cerebral: contribuições do interacionismo e da psicanálise

Os distúrbios na aquisição da linguagem oral, apesar de serem foco de interesse interdisciplinar, são encaminhados ao fonoaudiólogo como o especialista responsável pela condução terapêutica dos seus distúrbios. Mesmo diante de casos nos quais exista uma “evidência do laço psicopatológico dos pais à criança” (psicose, autismo), como afirma Vorcaro (2003, p. 265), os sujeitos chegam à clínica fonoaudiológica em função do discurso social acerca dessa profissão. O fonoaudiólogo é tido como o profissional que tornará o sujeito um falante ideal. Dada a transferência que se estabelece entre os pais e o fonoaudiólogo nesses casos, não cabe questionar quais os distúrbios de linguagem oral são prioritariamente do fonoaudiólogo ou os que deveriam ser atendidos por psicólogos e/ou psicanalistas, mas é necessário pensar na complexidade do atendimento de alguém que ainda não se constituiu como sujeito e que, por sua condição de *infans*, está na dependência do discurso parental a seu respeito.

Tal complexidade é incrementada quando a inscrição da criança na linguagem está dificultada por limites orgânicos (disartria, disfasia, deficiência mental, deficiência auditiva, ECI), demandando conhecer e manejar tais aspectos sem que eles se tornem o centro da

intervenção fonoaudiológica. Com ou sem limite orgânico, a tarefa do fonoaudiólogo abrangerá o manejo do processo de transmissão simbólica que, segundo Vorcaro (2003, p. 270), “permite a cada criança efetuar os tempos de sua estruturação para ultrapassar a condição real de objeto de um outro, imaginar-se identificada ao lugar em que é colocada até situar-se numa posição de incomensurabilidade a partir da qual pode desdobrar plenamente toda a função significante”, ou seja, tornar-se um falante-ouvinte.

Para tanto, o aspecto central é que se entende como foco de intervenção do fonoaudiólogo, quer em projetos de promoção da saúde mental/linguagem ou mesmo na clínica, é possibilitar que o terapeuta crie laço discursivo com a criança. Além disso, deve favorecer o laço discursivo entre ela e seus parentes, sobretudo a mãe, ou quem exerça a função materna. Finalmente, deve assumir seu lugar de intérprete do gesto articulatório ou vocálico, ou se dispor a interpretar o sinal produzido pela criança, no caso da CAA, de modo a deixar vago para ela um espaço de falante que antes ocupara já nos cuidados maternos primários, logo após o nascimento.

É preciso, antes de pensar no domínio de aspectos gramaticais por parte da criança, como tradicionalmente se tem pensado em concepções comportamentalistas ou exclusivamente mentalistas do fazer fonoaudiológico, considerar a posição discursiva da criança na fala familiar e as possibilidades de movimentar essa posição quando necessário. Uma vez constituído um sujeito discursivo, o sujeito lingüístico o acompanhará e aspectos como os limites biológicos poderão ser manejados, sem que a visão do terapeuta se concentre nesses aspectos e aprisione a criança na condição real de objeto de um outro. A ascensão ao campo do imaginário e, a seguir, ao simbólico são passos fundamentais para um funcionamento na linguagem.

Acreditamos que, para tanto, a clínica fonoaudiológica não pode se restringir a um processo objetivo, focado em aspectos orgânicos, mesmo que sejam evidentes em alguns casos, mas deve trabalhar no terreno da subjetividade da criança e de seus familiares, realizando-se na forma de atendimentos à criança e/ou a seus pais. Tanto atendimentos conjuntos da criança com os pais quanto um processo de entrevistas continuadas com os pais fazem parte de um processo clínico que não é novo, mas que ainda se encontra em processo de difusão na fonoaudiologia, chamado de “clínica da subjetividade” por TERÇARIOL (2008), em oposição à tradicional “clínica da objetividade”. Essa clínica subjetiva diferencia-se de procedimentos objetivos de caracterização dos sintomas orgânicos/lingüísticos, os quais têm por base uma concepção de língua/linguagem mentalista e/ou puramente estruturalista.

Estudos de aquisição da linguagem que assumiram uma visão de língua/linguagem lingüístico-discursiva indicaram novos caminhos para as ciências que estudam o ensino da língua e os processos de aquisição da linguagem oral e escrita. Entre eles, destacam-se os trabalhos de núcleos de pesquisa em aquisição da linguagem, como o de Cláudia de Lemos na UNICAMP e o de Maria Francisca Lier de-Vitto na PUC-SP. Tais pesquisadoras são responsáveis há cerca de 20 anos pela formação de lingüistas e fonoaudiólogos que hoje ocupam espaços nas universidades do sudeste e sul do Brasil, destacando-se os grupos da PUC-SP, PUC-PR, Universidade Tuiuti do Paraná e UNIVALI.

Em tais estudos, a interface entre abordagens discursivas em linguagem e psicanalíticas é constante e cada vez mais acentuada, o que tem permitido questionar a clínica de linguagem tradicional centrada em aspectos orgânicos e/ou puramente gramaticais da linguagem. Como tal movimento ainda é relativamente pouco difundido nos cursos de graduação do Estado do Rio Grande do Sul e ainda possui poucos estudos clínicos acumulados, acredita-se na importância de adotar tal perspectiva nos estudos dos distintos casos clínicos de aquisição da linguagem. Com isso, pretende-se somar experiências relatadas para que se possa testar e aprimorar essa nova proposta clínica, bem como difundir no meio universitário esse novo saber teórico de modo a torná-lo uma nova prática em nosso meio profissional.

No período de 0 a 2 anos, segundo Rubino (1989), o discurso da mãe dá existência a uma voz para o bebê, o que permite detectar uma atividade discursiva muito anterior à sua função expressiva (LIER-DeVITTO, 1994). Lier-DeVitto (1995), ao estudar os monólogos da criança, demonstra os efeitos do diálogo e da fala do outro na fala da criança. De Lemos (1992) demonstra que, nessa perspectiva, a criança está submetida às leis e regras de funcionamento da língua, mas que, antes de poder analisar gramaticalmente a língua, estará funcionando nela a partir da dialogia que estabelece com o adulto, de modo especial a mãe.

Tal dialogia já se inicia a partir das interações não-verbais. Há, para autores como Carpenter et al. (1998), habilidades comunicativas que são construídas ao longo desse período, sobretudo no primeiro ano de vida, fundamentais para o surgimento e incremento da linguagem. Os autores ressaltam que, ao redor de 1 ano, a criança já é capaz de olhar para onde o adulto olha com flexibilidade e segurança, utilizando o adulto como ponto de referência social e imitando as ações deste com objetos. Gestos comunicativos intencionais são comuns nessa idade e são construídos a partir de uma experiência rica com o outro (mãe, cuidador) durante este

primeiro ano de vida. Os autores denominam o grupo complexo de interações sociais que ocorrem nesse primeiro ano de *joint attention* ou atenção compartilhada (AC). Bosa (2002) define a AC como comportamentos infantis que possuem propósito declarativo, já que objetivam dividir e compartilhar a experiência com o outro sobre objetos/eventos através de gestos, vocalizações e contato ocular. A ausência de tais comportamentos entre mãe e filho é sinal de risco para o desenvolvimento psíquico e lingüístico do bebê.

Laznik (2004) aborda com clareza a possibilidade de detectar risco para autismo já a partir dos três meses de idade. Isso ocorreria pela ausência do *motherese* ou *babytalk*, impossibilidade da mãe brincar com o corpo do bebê durante uma troca e, na evolução disso, o fato de o bebê não explorar o corpo da mãe (oferecendo o pezinho ou colocando a mão no seio ou na boca da mãe, por exemplo). A autora intervém precocemente com mães e bebês procurando impedir que o vínculo não ocorra, ou seja, atua para que a mãe possa olhar este bebê e significá-lo, e para que este possa, por sua vez, constituir-se pela linguagem da mãe.

Esse processo é crucial não somente para a saúde mental, como também para o surgimento da linguagem. Sobre circuito pulsional descrito por Lacan (1963 apud Laznik, 2004) se apóiam os tempos de estruturação psíquica do sujeito. Para que ele aconteça, é necessário que a função materna possa ser exercida em sua plenitude.

O risco de alteração psíquica também se faz presente nos casos de ECI, embora, em boa parte dos casos, a criança apresente uma estruturação de tipo neurótica. Talvez até pelo diagnóstico que, salvo em grandes lesões relacionadas à prematuridade, em geral é realizado depois que algum vínculo está estabelecido, pois a ausência de aquisições motoras parece ser a base na qual se assenta o mesmo.

Um dos autores que traz contribuições fundamentais para se pensar a função materna é Winnicott (1983, 1988, 2000), que identifica fases evolutivas na criança relacionadas com o exercício da função materna.

A primeira fase é de dependência absoluta e está relacionada ao período perinatal e até algumas semanas depois deste, predominando a preocupação materna primária, em que a mãe, segundo o autor, “enlouquece” para dar conta dos cuidados com o bebê. É um momento de transparência psíquica da mãe, no qual a sua rede de apoio será fundamental para que possa exercer sua função e passar pela adaptação à nova rotina de vida, que gira em torno do bebê. O

ritmo da mãe será ditado pelas necessidades do bebê, pois terá de fazer o *holding* necessário para sustentar seu bebê física e psicologicamente (WINNICOTT, 1991).

Há um processo de vinculação extremo entre mãe e bebê, de modo que este cria a ilusão de que ele e a mãe são um só, um processo denominado simbiose (WINNICOTT, 2000). Tal ilusão inicia sua resolução entre 6 e 8 meses de idade, período no qual surge a chamada angústia de separação e se intensifica a construção mental (WINNICOTT, 1983; 2000), que irá culminar no desenvolvimento de habilidades lingüísticas e cognitivas importantes até os 24 meses.

Com a evolução de habilidades lingüísticas, motoras e cognitivas do bebê ao final do segundo ano de vida, inaugura-se um período de dependência relativa, no qual a criança inicia uma crescente autonomia física e psíquica da mãe. Nesse período, a inserção escolar se viabiliza, ocorre a ampliação do brincar e do processo de socialização. Tais fatos não se verificam do mesmo modo com os sujeitos portadores de ECI, dado o fato de que as evoluções motoras não ocorrerão. A dependência física pode gerar conseqüências ao exercício da função materna, uma vez que pode ou não haver a percepção de que o sujeito evoluiu cognitivamente e lingüisticamente. Esta última possibilidade é visível no caso relatado por Klagenberg (2001), já mencionado nesta dissertação, em que a mãe não percebia que, apesar da dependência física, sua filha adolescente tinha um desenvolvimento cognitivo e lingüístico (em termos de funcionamento compreensivo da linguagem) adequado à sua idade cronológica. A inserção da CAA permitiu àquela mãe ver além do corpo imóvel e dependente, ultrapassando a visão da filha como uma menina pequena.

A independência, última fase descrita por Winnicott (1983), inicia-se ao redor dos seis anos. Nela a criança amplia sua socialização e já não depende na figura materna para os cuidados com o corpo e psiquê como antes. Aprende a se defender e a ter consideração pelo outro (WINNICOTT, 1983). A partir de então, o ingresso na vida escolar mais formal e o processo de aquisição da escrita permitirão um salto qualitativo nos processos cognitivos e lingüísticos. Pode-se imaginar o quanto esta fase é fisicamente impossível ao sujeito com ECI, mas totalmente possível do ponto de vista psíquico, desde que a mãe permita o processo de independência psíquica.

Muitas mães, de modo inconsciente (FREUD, 1987), não conseguem romper o vínculo simbiótico, o que compromete a independência psíquica do filho. A fragilidade do exercício da função paterna ou ausência de alguém que desempenhe a função de “corte” é fato que também merece atenção, pois está intimamente relacionado com o exercício da função materna e vice-

versa. Tal é a relevância da temática que o estudo de Borges (2005) considera as mudanças nas concepções de função materna e paterna frente às grandes mudanças ocorridas no universo de homens e mulheres na atualidade.

A mãe do sujeito com ECI, especialmente, terá de perceber que, apesar da dependência física, pode haver um desenvolvimento subjetivo e cognitivo a contento, pois boa parte desses sujeitos possui inteligência próxima ou até superior a parâmetros considerados normais. Esse fato pode ser verificado nos estudos citados na seção 2.1, os quais trabalham aspectos da independência do usuário de CAA em situações laboriais.

Piccinini et al. (2003), Castro (2003), Castro e Piccinini (2004) e Frota e Oliveira (2004) investigaram as relações mães-filhos na doença crônica. Os resultados mostram que as mães têm sentimentos contraditórios em relação a si mesmas e em relação a seus filhos, e a busca pela cura é algo que perpassa seu pensamento.

Portanto, a depender do exercício da função materna, o sujeito portador de ECI poderá ou não ter um desenvolvimento subjetivo-lingüístico e cognitivo que lhe permita a independência na idade adulta. Na falta ou precariedade dessa função, o bebê não será suficientemente olhado, falado e sustentado, podendo acarretar prejuízo em sua constituição de sujeito (GRANJA, 2008), ainda mais em se tratando de bebês afetados neurologicamente. Já o oposto, quando a função materna é desenvolvida com uma intensidade quase que obsessiva, poderá da mesma forma ser prejudicial, pois a criança poderá ficar alienada na fala da mãe ou em quem exerce tal função. Tanto em uma como na outra situação, é possível que a prancha de CAA fique sem utilidade na rotina familiar.

Uma das saídas para este “dilema” ocorre quando o filho é resiliente, ou seja, tem capacidade de resistência e adaptação às adversidades e ao risco entendida como uma função intrínseca de reequilíbrio (Assis, Pesce, Avanci, 2006). Desta forma, dispõe-se ao enfrentamento, promovendo a terceira fase descrita por Winnicott: a independência materna. O conceito de resiliência, de acordo com Job (2000), tem sido estudado desde o final da década de 1960, quando Redl introduziu a noção de “resiliência do ego”.

No entanto, não se pode esquecer que a função paterna inscrita na mãe poderá garantir a descolagem mãe-filho. A possibilidade de a mãe imaginar que o bebê pode estar fora do seu corpo, sendo um outro materno, porém não-idêntico, somente se concretiza via essa inscrição. Pela colaboração da função materna, o bebê poderá ir tomando suas iniciativas partindo da

construção própria de um imaginário, estabelecendo o que é externo e o que é interno, até diferenciar ego de não-ego. A função paterna favorece a descolagem mãe-filho, já que se localiza no espaço da subjetivação, do exercício do poder, entendido como a representação da lei, como representação simbólica do mundo (MOLINA, 2001).

Se a função paterna não se fizer presente pela presença do pai, o fonoaudiólogo poderá representar esse terceiro através de sua atuação clínica. Quando ele, nos casos aqui tematizados, conscientiza a mãe de que o filho com PC tem mais a dizer do que ela pode interpretar pela expressão corporal, está induzindo a percepção da mãe da falta de unidade com o filho, de que ele está no mundo e tem um mundo interno a significar. Esse fato induz a descolagem e pode produzir resistência materna, pois o lugar do filho é definido por meio dos acontecimentos entre a criança e seus pais ou quem exerça as funções parentais, sendo significado por atos, gestos e palavras. Partindo da definição desse lugar, a criança passará a ser sujeito.

Motivada pelo objetivo de tornar a prancha de CAA mais funcional entre usuários e familiares, esta pesquisa se propôs a ouvir as mães. Acredita-se que no discurso materno resida o resgate de todo um histórico não só sobre os usos da CAA, mas de como tais usos estão condicionados ao sucesso da elaboração do luto (FREUD, 1987) e ao papel do exercício da função materna no processo enunciativo deste sujeito. Mais do que os sujeitos que oralizam, ele necessita de um bom *holding* e de uma extrema possibilidade interpretativa para produzir sentidos, seja pelo corpo, pela vocalização (mesmo que deficitária) ou pela prancha de CAA.

Sabendo que apenas a prancha permitirá veicular alguns sentidos que ficariam limitados na expressão puramente corporal, causa surpresa o fato de as mães pouco a utilizarem no ambiente familiar, preferindo decifrar a gestualidade corporal. Deixa-se então ao leitor essa surpresa no ar para que possa ser abordada no artigo 2, no qual se pretende pensar os fatores que interferem de modo a facilitar ou dificultar o uso da prancha de CAA.

Considerou-se também que a escuta das terapeutas pudesse iluminar algumas das suas dificuldades de formação que possivelmente estejam impondo limites em sua atuação junto aos usuários de CAA. Viu-se, na revisão de literatura sobre CAA, o quanto sua introdução é recente no mundo e no Brasil, e também que perspectivas enfatizando a enunciação são ainda mais raras na abordagem do tema. Tal fato obviamente se reflete na formação ainda precária nos cursos de graduação acerca de tal recurso e na esperada projeção dessa situação no discurso das terapeutas sobre as bases teóricas de sua atuação.

No entanto, havia uma hipótese inicial de que a vida clínica força uma prática de uso do recurso em que a intersubjetividade se apresenta teorizada ou não pelo terapeuta. Ela possivelmente produz espaços enunciativos produtivos que, se ancorados em reflexões teóricas de linguagem mais produtivas à clínica, poderiam surtir efeito maior na vida dos sujeitos usuários de CAA. Perceber o processo individual e coletivo de um grupo de terapeutas pareceu atrativo nesse sentido, pois há espaços de formação pessoal e profissional que diferenciam e afetam o terapeuta em seu fazer clínico. Essa reflexão é especialmente importante quando se tenta pensar o fazer clínico e a formação necessária para sua ampliação e sucesso.

Na seção seguinte, serão apresentados os procedimentos metodológicos gerais desta dissertação.

3 METODOLOGIA

Esta dissertação insere-se no projeto “Clínica da subjetividade nos retardos da aquisição da linguagem oral”, coordenado pela Dr. Ana Paula Ramos de Souza, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM, sob processo número 23081.010681/2007-41 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE número: 0117.0.243.000-07, em seu subprojeto sobre a clínica de linguagem na ECI. A carta de aprovação, datada de 14.08.2007, consta no anexo A deste trabalho.

3.1 Critérios de inclusão

3.1.1 Terapeutas

Foram incluídas fonoaudiólogas que atuassem na clínica de linguagem com sujeitos acometidos pela PC, através do recurso de CAA, com experiência clínica de, no mínimo, um ano. A partir disso, foram convidadas a participar da pesquisa, de forma aleatória, 10 terapeutas de diferentes locais e que preenchessem os critérios de inclusão da pesquisa.

3.1.2 Mães

Participaram mães com filhos(as) que se enquadrassem nos seguintes critérios de inclusão:

- ter diagnóstico médico de PC de qualquer tipo (quadriparesia, diparesia ou hemiparesia) e forma (espástica, coreoatetósica, atáxica, hipotônica e/ou mista);
- não ter retardo mental ou, se presente, que não seja impeditivo do uso da prancha de CAA;
- já possuir prancha de CAA;

- apresentar oralidade ausente ou limitada;
- ter assiduidade na intervenção fonoaudiológica.

Portanto, foram mães de filhos com boas condições de desenvolvimento de linguagem compreensiva e que poderiam se expressar de forma alternativa através da prancha de CAA.

3.2 Critérios de exclusão

3.2.1 Terapeutas

Foram excluídos da pesquisa os terapeutas que não se enquadraram nos critérios de inclusão descritos.

3.2.2 Mães

Foram excluídas as mães com filhos que se enquadrassem nos seguintes critérios de exclusão:

- possibilidade de comunicação oral exclusiva;
- PC associada a deficiências auditiva e visual graves;
- apresentar autismo, psicose e deficiência mental graves, observados na rotina clínica.

Portanto, foram excluídas as mães de sujeitos que não necessitassem do recurso alternativo ou para os quais fosse impossível introduzi-lo.

3.3 População e Amostra

3.3.1 Terapeutas

Foi realizado um levantamento dos principais centros de reabilitação de Porto Alegre (RS) e, a partir disso, foram convidadas aleatoriamente 10 experientes terapeutas de quatro locais diferentes que interviessem com sujeitos acometidos de PC na clínica de linguagem com o instrumental da CAA há, no mínimo, um ano. O tempo médio de graduação da amostra das fonoaudiólogas foi de 8 anos 4 meses; já a média de tempo de experiência com a CAA foi de 6 anos 9 meses.

3.3.2 Mães

Todos os aspectos de inclusão e exclusão foram observados e definidos na clínica de origem de seus filhos, aqui denominada “Centro de Reabilitação”, na cidade de Porto Alegre⁶. Essa clínica conta com equipe multidisciplinar (fonoaudióloga, fisioterapeuta, pediatra, psicóloga, terapeuta ocupacional e assistente social) para efetivar tal diagnóstico.

No ano de 2007, a instituição prestou atendimento fisioterapêutico a uma população de 100 paralisados cerebrais; destes, 55 conseguiram vaga para o atendimento fonoaudiológico semanal, e 20 necessitam e fazem uso do recurso da prancha de CAA em terapia. Destes, foram selecionados 10 casos para a realização deste estudo transversal por se enquadrarem nos critérios de inclusão e por terem assiduidade terapêutica.

3.4 Material e Método

3.4.1 Procedimentos de Coleta e Materiais

⁶ Este local foi escolhido por se tratar de uma amostra de conveniência, pelo perfil sociocultural de clínica-escola, inclusive e por ser um dos locais de atuação da pesquisadora. Neste centro de reabilitação, os tratamentos não estão condicionados a limitações, como, por exemplo, tempo de vínculo institucional pré-determinado entre instituição e pacientes. Ressalta-se, também, que todas as mães já tiveram seus filhos(as) assistidos(as) por uma ou mais instituições de reabilitação.

Procedeu-se à coleta das assinaturas das voluntárias no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), a partir da explicação dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa para os dois grupos de entrevistadas.

Após esse momento, foi aplicado um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas às mães (apêndice B) e às fonoaudiólogas (apêndice C). Esse roteiro serviu como guia na coleta de dados orais. Conforme o desenvolvimento da narrativa, a pesquisadora pôde realizar outras questões, não se limitando somente aos questionamentos traçados no roteiro de entrevista inicial.

No caso das terapeutas, as questões abordavam sua formação acadêmica, concepção de linguagem e práticas terapêuticas na clínica da PC e a CAA. Já o roteiro das mães abordava práticas de uso da prancha de CAA no cotidiano formal e informal e o impacto do manejo terapêutico na introdução e/ou expansão do recurso frente ao desempenho da função materna.

O convite e o agendamento foram realizados pessoalmente ou via contato telefônico com ambos os grupos. Destaca-se que, no caso das mães, durante a visita domiciliar fonoaudiológica, teve-se o cuidado para que, durante a coleta de dados, a criança ou adolescente não estivesse presente no ambiente da entrevista. O objetivo foi preservar o vínculo mãe-filho, proporcionando também que a mãe ficasse mais segura e à vontade para emitir suas opiniões sem pudores. Desta forma, evitaram-se desconfortos para ela e para seu filho e preveniu-se que a mãe, devido à presença do filho, mudasse o seu dizer materno.

Todas as coletas realizadas foram gravadas, transcritas e revisadas. Em ambas a coletas, foram utilizados para a gravação dos registros da coleta oral um gravador de marca Sony TCM 359V, com duas pilhas modelo AA e 20 fitas cassetes de 60 minutos cada. Cada entrevista teve, em média, uma hora de duração. As transcrições do *corpus* das mães e das terapeutas foram realizadas por duas colaboradoras (uma fonoaudióloga e uma assistente social), com experiência em transcrição dos dados, sendo posteriormente conferidas pela pesquisadora e arquivadas em acervo particular. Ressalta-se que foram eleitas aleatoriamente uma mãe (em maio de 2007) e uma fonoaudióloga (em outubro de 2007) as quais foram submetidas a uma entrevista-piloto separadamente. Desta forma, os roteiros de entrevistas iniciais puderam ser aperfeiçoados, gerando os roteiros finais utilizados como guias das entrevistas, cada qual com temáticas distintas conforme o grupo (apêndices B e C). O período de coleta geral foi de agosto de 2007 a março de 2008.

3.4.2 Análise dos resultados

Depois de realizadas as transcrições e conferências, as respostas foram agrupadas por similaridade conforme as questões e os fragmentos mais expressivos foram selecionados. Considerou-se a coletânea das narrativas a melhor forma de apresentar a fala dos entrevistados. Para esta fase do trabalho, buscou-se orientação em Thompson (1998), que explica o valor da história oral, os cuidados, os passos, os instrumentos e como utilizá-los de forma a atingir os objetivos propostos.

A seguir, foram feitas as análises e as interpretações dos dados coletados. Neste momento, foram utilizados procedimentos da pesquisa qualitativa, sem, contudo, dispensar a pesquisa quantitativa em alguns momentos da análise.

A pesquisa qualitativa viabilizou um melhor conhecimento dos sujeitos com os quais dialogamos. Conforme Martinelli (2003), a pesquisa qualitativa permite a busca de significados através de narrativas, depoimentos e representações. É um modo diferente de fazer pesquisa, no qual não se descarta a pesquisa quantitativa – elas não se excluem, mas se complementam. Quando da análise e discussão dos dados, houve o cuidado com os recortes a serem feitos, a fim de extrair dos depoimentos os elementos mais significativos, sem alterá-los, transcrevendo-os tais como foram apresentados. Foi verificada a frequência das categorias e, a partir disso, será elaborada uma análise, vinculando as respostas ao referencial teórico (MINAYO, 2008).

Seguimos a análise de conteúdo, cujo método se baseia na dedução, tendo como principal objetivo a inferência. Buscamos identificar as semelhanças e diferenças nos discursos das mães e das terapeutas, além de evidenciar o significado latente das entrevistas e confrontá-lo com as visões de língua(gem) presentes no histórico da ciência lingüística, sobretudo a oposição entre língua(gem) como instrumento *versus* funcionamento lingüístico. Acredita-se que a visão de M. Bakhtin (Volochínov) (1929/1995) e Bakhtin (1981, 1992) será fundamental à discussão dos dados desta pesquisa, assim como as leituras advindas da psicanálise, como as de Winnicott (1983, 1988, 1991, 2000).

4 PRIMEIRO ARTIGO DE PESQUISA

COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA: TEORIA E PRÁTICA CLÍNICA

RESUMO

Objetivo: Este estudo investigou, através das falas de dez fonoaudiólogas, a introdução e o uso do recurso da comunicação aumentativa e alternativa na clínica de linguagem. **Método:** foram realizadas entrevistas individuais semi-dirigidas e a análise dos dados ocorreu através de dois pontos norteadores: a) a *concepção de língua e de linguagem* e b) a relação entre tais concepções e a práxis. **Resultados:** Os resultados indicam diferentes formas de implementação do recurso junto à díade mãe-filho, havendo um predomínio na práxis de uma proposta de inclusão da família, embora nem sempre acompanhada de suporte teórico coerente. Alguns dos fatores favorecedores da incorporação da comunicação aumentativa e alternativa fora do *setting* terapêutico são concepções de linguagem de foco sociointeracionista, associadas a conceitos psicanalíticos como os que relacionam as funções parentais com o desenvolvimento subjetivo e de linguagem. **Conclusões:** Concluiu-se que a sensibilidade da terapeuta compensa possíveis déficits teóricos, tornando a práxis efetiva em muitos casos. Sugere-se a necessidade de ampliação teórica na graduação.

Palavras-chave: comunicação; paralisia cerebral; estudos de linguagem; linguagem.

ALTERNATIVE AND AUGMENTATIVE COMMUNICATION: THEORY AND CLINICAL PRACTICE

ABSTRACT

Purpose: This study analyzed the statements of ten speech and language therapists to investigate the introduction and use of Alternative and Augmentative Communication (AAC) at a language clinic. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted and data analysis was performed using two guiding aspects: *the language conception* and the relationship between these conceptions and praxis. **Results:** Results indicate different forms of implementing AAC in the mother-child dyad, and there was a prevalence of a proposal to include the family in the praxis, although not always followed by a coherent theoretical support. Some factors fostering incorporation of AAC outside the therapeutic setting are language conceptions that have a social and interactionist focus, associated with psychoanalytic concepts such as those relating parental function to subjective and language development. **Conclusions:** It can be concluded that the therapist's sensitivity compensates for possible theoretical deficits, making praxis effective in many cases. More emphasis on theory should be given in undergraduate courses.

Keywords: communication; cerebral palsy; language arts; language.

4.1 INTRODUÇÃO

A prancha de comunicação é um dos diversos recursos de baixa tecnologia disponível para a implementação de um sistema de comunicação aumentativa e alternativa (CAA). Sujeitos com oralidade restrita ou até mesmo ausente e que apresentem condições mínimas de aproveitamento desse recurso poderão se beneficiar em termos comunicativos e lingüísticos, desde que generalizem seu uso aos distintos contextos de uso (familiar, escolar, profissional, lazer, etc.).

Para que isso ocorra, vários autores têm reforçado a necessidade de a terapêutica focar o usuário e a família, além dos demais parceiros conversacionais como, por exemplo, amigos, professores e demais terapeutas ^(1,2).

Percebe-se, portanto, um avanço nas áreas de pesquisa e formação acadêmica relativo às práticas de CAA. Um estudo ⁽³⁾ investigou os centros de formação de terapeutas e educadores especiais nos EUA, e observou que apenas 29% dos cursos possuem especialista no tema, embora 73% ofereçam ao menos um curso específico nessa área. Esses cursos ocorrem em 77% dos centros de formação na graduação e em 20% em nível de graduação e pós-graduação. Os 27% de centros de graduação que não possuem curso específico diluem esse tema de ensino em outras disciplinas de linguagem. Em relação à pesquisa, os autores encontraram apenas 120 teses e 55 dissertações. Apesar de afirmarem que houve um crescimento percentual de estudo da CAA naquele país, relacionado às novas exigências para a certificação clínica da *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), ainda consideram deficitárias a difusão e as práticas laboratoriais na formação clínica especializada no tema (cerca de 50% dos cursos oferecem práticas em laboratório).

No entanto, tais estudos ainda utilizam concepção de linguagem comportamentalista e/ou cognitivista, que não permite abordar as interações dialogais entre usuário e parceiros conversacionais de modo a incluir aspectos da subjetividade. Esse fato pode explicar a pouca generalização que ocorre no uso de tal recurso no contexto familiar. Muitos familiares afirmam preferir a comunicação corporal, pelo menor esforço que exige ⁽¹⁾. Não percebem, no entanto, que esta possui limitações importantes para a expressão de sentimentos e desejos que não estejam no contexto imediato da enunciação.

Nesse sentido, as concepções de linguagem que possuam um foco no uso, sobretudo aquelas que consideram o processo intersubjetivo no funcionamento lingüístico, podem trazer

reflexões importantes para ancorar a clínica de linguagem. Há estudos, por outro lado, que abordam a temática com foco excessivo nas características gramaticais do recurso e na forma como a criança/adulto usuário se apropria desse conhecimento gramatical e consegue se expressar através dele ⁽⁴⁾, sem, contudo, levar em conta o funcionamento lingüístico, pois sua base epistemológica está em teorias comportamentalistas e mentalistas.

Poucas são as publicações na clínica com CAA defendendo teorias de linguagem que consideram o funcionamento lingüístico, como, por exemplo, de base interacionista ⁽⁵⁻⁸⁾.

Em um estudo de perspectiva interacionista ⁽⁵⁾ é considerado aspectos da função constitutiva da linguagem. Neste afirma-se que a maioria dos trabalhos de CAA enfoca aspectos instrumentais, com a descrição de técnicas e a efetividade do uso desse recurso nas terapêuticas, sem haver uma reflexão sobre seu método clínico e base teórica. Na mesma perspectiva, um outro estudo ⁽⁶⁾, ao relatar o caso de uma criança com 7 anos com quadriparesia espástica-atetóide introduzida no sistema *Bliss**, conclui que a eficácia no uso se dá por serem submetidos a um funcionamento lingüístico, através da interpretação do outro e pelo movimento da língua que está na escuta do usuário.

Já em uma perspectiva vigotskyana, diferentes artigos ^(7, 8) relatam um mesmo estudo documental e retrospectivo sobre a terapia fonoaudiológica com utilização dos *Picture Communication Symbols (PCS)*** em uma criança de 8 anos *não-falante*. O sujeito passou a produzir relatos de vida diária, manifestar sentimentos e ampliou o processo de interlocução com outros. Além desses ganhos, observou-se também que o uso do PCS ampliou espontaneamente o desenho e incentivou práticas de letramento.

Considerando o fato clínico de que a generalização no uso da CAA é ainda precária, nesta pesquisa buscou-se compreender possíveis fatores intervenientes no processo de introdução e trabalho com o uso da CAA no relato de um grupo de fonoaudiólogas que já possuíssem experiência clínica no tema. Para tanto, acredita-se que a concepção teórica com a qual o instrumento é introduzido pode ser um dos fatores preditores do sucesso ou insucesso na

^{7*} A semantografia Bliss foi desenvolvida por Charles K. Bliss entre 1942 e 1965, tendo como objetivo desenvolver uma linguagem universal logográfica-semântica, através da composição de símbolos pictográficos, ideográficos e arbitrários ⁽⁹⁾.

^{8**} *Picture Communication Symbols (PCS)* são símbolos de comunicação pictórica idealizados por Roxanne Mayer-Johnson em 1980 e compostos de desenhos de linha simples ⁽¹⁰⁾.

generalização de seu uso, além de aspectos relacionados à sensibilidade e disponibilidade do terapeuta, sujeito e familiares.

No sentido de aperfeiçoar as práticas terapêuticas em CAA, esta pesquisa se propôs a escutar o que diz um grupo de fonoaudiólogas sobre a introdução e uso da prancha de CAA na clínica de linguagem. Buscou-se identificar a(s) concepção(ões) de linguagem e os aspectos instrumentais (tecnologia, estratégias de inserção e expansão, portabilidade, acesso e *design*: tipo de *sin*al, disposição, tamanho e cor) com a(s) qual(ais) o recurso é inserido. Também se observou o relato dos profissionais sobre a práxis e aspectos singulares do terapeuta e da família que possam interferir no sucesso terapêutico com a CAA.

4.2 MÉTODOS

Esta pesquisa insere-se no projeto “Clínica da subjetividade nos retardos da aquisição da linguagem oral”, coordenado pela Dr. Ana Paula Ramos de Souza, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, sob processo número 23081.010681/2007-41 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE número: 0117.0.243.000-07, em seu subprojeto sobre a clínica de linguagem na ECI. Foi incluída, no mínimo, uma fonoaudióloga de quatro diferentes centros de reabilitação da região metropolitana do Estado do Rio Grande do Sul que interviesse na clínica de linguagem com sujeitos acometidos pela PC, através do recurso de CAA, com experiência clínica de, no mínimo, um ano. Dez voluntárias foram selecionadas por amostra de conveniência em diferentes centros de reabilitação foram admitidas para a pesquisa, independentemente do seu centro de formação acadêmica. A partir disso, foram convidadas a participar da pesquisa de forma aleatória 10 terapeutas de diferentes locais e que preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa.

Para facilitar a referência aos enunciados deste *corpus* no decorrer do artigo, utilizaremos a designação “F” seguida da numeração arábica correspondente (F1, F2, etc.) para fazer a referência aos informantes. O tempo médio de graduação da amostra das fonoaudiólogas foi de 9 anos e 4 meses, já a média de tempo de experiência com a CAA foi de 8 anos 2 meses.

O quadro 1 demonstra o perfil da amostra deste estudo:

QUADRO 1 – PERFIL DA AMOSTRA DE FONOAUDIÓLOGAS QUANTO AOS ASPECTOS DE INSTITUIÇÃO E TEMPO DE GRADUAÇÃO, TEMPO DE EXPERIÊNCIA COM CAA E FORMAÇÃO EM LINGUAGEM NA GRADUAÇÃO EM RELAÇÃO A CASOS NEUROLÓGICOS E EM CAA

| Amostra | Instituição de graduação | Tempo de graduação | Tempo de experiência com CAA | Formação em linguagem na graduação | |
|---------|--------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------------|-----|
| | | | | Casos neurológicos | CAA |
| F1 | A | 13 anos | 9 anos | Sim | Não |
| F2 | A | 8 anos | 9 anos | Sim | Não |
| F3 | B | 10 anos | 10 anos | Sim | Não |
| F4 | A | 11 anos | 13 anos | Sim | Não |
| F5 | A | 12 anos | 9 anos | Não | Não |
| F6 | A | 5 anos | 6 anos | Não | Não |
| F7 | A | 4 anos | 7 anos | Sim | Não |
| F8 | A | 9 anos | 6 anos | Sim | Não |
| F9 | A | 13 anos | 7 anos | Sim | Não |
| F10 | A | 9 anos | 6 anos | Sim | Não |

Legenda:

CAA - comunicação aumentativa e alternativa.

As fonoaudiólogas foram convidadas e devidamente esclarecidas sobre os propósitos da pesquisa. Mediante o aceite e após o cumprimento de todas as recomendações éticas, conforme determina a legislação em pesquisa, foi iniciada a aplicação de um roteiro de entrevista. Este foi elaborado, usando perguntas abertas e fechadas, com temas pertinentes à concepção de linguagem na clínica da PC e a forma de introdução e uso do recurso da CAA na rotina clínica com usuários e familiares. Tal roteiro serviu como um guia na coleta de dados e, conforme o desenvolvimento da narrativa, a pesquisadora poderia realizar outras questões, não se limitando somente aos questionamentos traçados no roteiro de entrevista inicial. Todas as entrevistas foram registradas num gravador marca Sony TCM 359V, em fitas cassetes, tendo, em média, 60 minutos de gravação. As transcrições foram realizadas por duas colaboradoras (uma fonoaudióloga e uma assistente social) com experiência em transcrição de dados, sendo posteriormente submetidas a conferência pela primeira pesquisadora.

Na leitura das entrevistas, foram utilizados dois pontos norteadores para a análise: 1) a concepção de língua e de linguagem das terapeutas; 2) o confronto entre o que dizem sobre sua visão teórica e o que descrevem ou exemplificam de sua prática clínica.

Considerando tais pontos norteadores, foi realizada uma segunda leitura, na qual foram selecionados e agrupados os fragmentos das entrevistas através da coletânea de narrativas que se apresentaram mais significativas para elucidar o tema proposto ⁽¹¹⁾. Exemplos de concepções de linguagem usualmente presentes na clínica são o comportamentalismo, cognitivismo (em suas distintas versões) e o interacionismo. Para identificá-las, tomaram-se como referências autores clássicos ⁽¹²⁻¹⁵⁾, entre outros. Buscou-se na interpretação de Mikhail Bakhtin (Volochninov) ⁽¹⁶⁾ a visão crítica sobre as bases filosóficas das distintas concepções de língua e linguagem. Além dos autores clássicos, trabalhos de revisão sobre a clínica de linguagem foram considerados ⁽¹⁷⁾.

Uma autora ⁽¹⁷⁾ analisou 378 dissertações e teses produzidas pelos fonoaudiólogos na década de 1990 e constatou dois modos distintos do fazer fonoaudiológico, caracterizando-os em *clínica da objetividade e da subjetividade*. Essa clínica da subjetividade diferencia-se de procedimentos objetivos de caracterização dos sintomas orgânicos/lingüísticos, que têm por base uma concepção de língua/linguagem mentalista e/ou puramente estruturalista. Ela advém do diálogo da Fonoaudiologia com outras disciplinas e teorias, que se distanciam do modelo positivista, como o interacionismo brasileiro proposto por De Lemos ⁽¹⁸⁾, teorias do discurso e da enunciação, as quais concebem a linguagem como funcionamento simbólico, e não como instrumento de representação de conteúdos cognitivos, psíquicos e biológicos.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A existência de diferentes tipos de clínica de linguagem na Fonoaudiologia, conforme constatado em um estudo ⁽¹⁷⁾, pôde ser observada na caracterização de nossa amostra composta por dez terapeutas com experiência em CAA. *Seis* enquadram-se em uma perspectiva próxima ao sociointeracionismo, configurando uma clínica da subjetividade (F1, F2, F4, F6, F7 e F10); *duas* (F3 e F8) podem ser consideradas como pertencentes à clínica da objetividade, tendo a linha cognitivista e comportamentalista como referenciais teóricos. Outras *duas* oscilam entre um tipo e outro de clínica (F5 e F9), enquanto (F5) não menciona a inserção da família no pensar os objetivos terapêuticos, mas o faz na práxis; já (F9) diz incluir a família no planejamento da terapia, mas não se observaram exemplos de situações em que isso ocorresse na sua prática.

Essa identificação é, em alguns casos, denominada pelo profissional; em outros, percebida nas entrelinhas de seu discurso. Alguns fonoaudiólogos, embora reconheçam a importância da inserção da família no trabalho, oscilam entre a inclusão e a exclusão familiar do processo terapêutico: (F8) “(...) *tem alguns momentos que, sinceramente, eu não gosto. Eu não gosto, às vezes, da família muito envolvida. Porque, às vezes, a família atrapalha mais do que ajuda*”. A mesma terapeuta (F8) contradiz-se quanto à inclusão da família na práxis: “***Eu sei que eu tenho que trabalhar muito mais com a família. Se tu trabalhar muito mais com ela, tu vai ter muito mais resultado***”.

A promoção do vínculo mãe-filho é vista por todas as fonoaudiólogas como sendo algo primordial para o sucesso da inserção do recurso da CAA. Mesmo tendo isso presente no discurso, algumas priorizam práticas com foco único no usuário (F3, F8 e F9). Outras propiciam um *holding* terapêutico de modo a motivar as mães para um exercício suficientemente bom da função materna ⁽¹⁹⁾ e do sucesso na elaboração do luto via terapia fonoaudiológica, especialmente com pacientes dependentes fisicamente e com oralidade restrita ou ausente: (F 10) “*Eu acho que o segredo é tu conseguires puxar essa família para dentro da sessão, mais vezes possíveis*”; (F7) “*Porque elas tentam trazer o mais próximo do normal possível o seu filho. E um filho que precisa carregar uma prancha não é normal. Então, se elas tiverem que trazer esse filho para o mais perto de um bebê, mas de um é bebê normal*”.

Todas as fonoaudiólogas referem que as famílias, em especial as mães, insistem no questionamento “*Quando é que o meu filho vai falar?*”, inclusive tendo, em alguns casos, filhos com idades já bem avançadas. Baseado nas falas das terapeutas, imagina-se que a esperança materna da “cura” ⁽²⁰⁾ contribua para a não efetivação do recurso no dia-a-dia, pois, se elas o usassem, estariam se autocontradizendo: (F8) “*Olha, eu deposito meu filho lá e tu dá um jeito. Eles querem que a gente dê a cura*”. O inverso também ocorre, como demonstra a fala de (F6): “*As mães, às vezes, não acreditam que ela possa melhorar*”.

Em relação ao recurso da prancha de CAA, as profissionais afirmam que parte das mães são adeptas, e outras não. Percebem que o interesse materno influencia na inserção do recurso: (F5) “*Porque vai ser sempre frustrante. Apesar de ser um material super rico, para a família é frustrante: “Porque o meu filho tem que falar com símbolos, com figuras!” (...)* de, às vezes, a gente (fonoaudióloga) dizer: “*Olha, vocês não querem?*”. Não é algo natural. E a gente também não pode impor! Apesar de nós termos nosso saber técnico”. Uma fonoaudióloga (F1) refere

ganhos terapêuticos com a participação de pais no Programa Hanen*** demonstrados através da ampliação da atividade interpretativa dos pais e na promoção da independência psíquica mãe-filho.

Sobre a aceitação do recurso por parte das mães, a fala de (F4) retrata uma realidade mencionada por diversas entrevistadas: *“Acho que é um processo assim; tem mães que de cara já te ajudam, já acham importante, já conseguem ver que é uma coisa boa para melhorar a comunicação dela mesmo com os filhos, principalmente aquelas que não entendem muito, porque aquelas que já tem uma comunicação estabelecida com os filhos assim, que entendem tudo que eles falam em casa porque está tudo a mão, porque eles olham, geralmente são as que não dão muito valor no início”*. Nas falas das terapeutas, é possível verificar que algumas mães perpetuam as fases primária e secundária, denominadas, respectivamente, de dependência absoluta e relativa ⁽¹⁹⁾.

A dependência física (total ou parcial) dos usuários de CAA pode gerar conseqüências ao exercício da função materna, uma vez que pode ou não haver a percepção materna de que o sujeito evoluiu cognitivamente e linguisticamente. Os recortes dos dizeres das terapeutas a seguir ilustram o prolongamento da simbiose materna, o que acarreta não uso ou uso limitado da prancha de CAA: (F2) *“No imaginário dela, ela dá conta! E essa criança fica... não é presa... é congelada ali, sabe? Porque ela não consegue manifestar, se ela não tem o recurso... **que não é aquilo ali que a mãe está falando!** (...) Fica sujeitado à vontade da mãe, à significação da mãe, ao pensar da mãe, e não ao seu. Elas se sentem proprietárias de um saber”*; (F7) *“Talvez ela se sinta mais importante na vida se ela puder dizer pelo filho, se o filho não fala por si! **Ela vai se sentir muito mais necessária.** Ela sente dificuldade de ver que o filho cresce e que o filho pode. (...) Elas já têm uma culpa que elas carregam dentro de si. Para conseguir lidar melhor com essa culpa, então ‘Eu cuido bem do meu filho! Eu não saio em nenhum momento do lado dele!’”*

Um uso funcional da prancha de CAA na rotina entre pais e filhos poderia favorecer o ingresso na última fase chamada de independência ⁽¹⁹⁾: (F4) *“Mas eu não acho que seja, assim, primordial a família aceitar, em primeiro lugar porque muitas vezes tu vai começando a tua terapia e a mãe não vai ‘abraçar’ aquilo, a mãe não vai nem usar, mas assim, em algum*

*** O método Hanen de base interacionista foi idealizado pela fonoaudióloga canadense Ayala Manolson em 1966 e tem como foco o atendimento a grupo de pais que possuam filhos com retardo de linguagem ⁽²¹⁾.

momento sabe, dá aquele insight ou a criança mostra pra ela, conta alguma coisa pra ela, sabe (...)”. Sujeitos mais resilientes ⁽²²⁾ têm mais chances de enfrentar a resistência familiar quanto à aceitação e incorporação do recurso em suas rotinas, conforme demonstrado no discurso de F4.

Esse fato demonstra a possibilidade de sujeitos com essa posição estarem ingressando na terceira fase denominada de independência ⁽¹⁹⁾ da figura materna. As terapeutas parecem ter sensibilidade a essa possibilidade do sujeito: (F7) *“Eu vou em cima... quem é que vai se comunicar? Quem é que pode exigir a prancha? É a criança, é o adolescente! Se eu não mostrar para essa criança a necessidade, ela não vai utilizar mesmo”*; (F3) *“Mesmo sabendo que a criança está usando aquilo super bem que a criança está se comunicando, que está conseguindo ser independente, eu vejo que tem essa barreira (dos pais)”*; (F1) *“Porque a idéia é, aos pouquinhos, a mãe não ser a tradutora e intérprete da criança. Porque tem horas que ela também se aperta e não sabe o que a criança quer! E aí é que a gente entra introduzindo”*; (F10) *“Tem outras famílias que se encantam com a possibilidade da pessoa se comunicar, gostam da idéia, mas não praticam”*.

As dez terapeutas acreditam e investem no recurso da prancha de CAA durante a terapia de linguagem, mas somente oito incluem rotineiramente os demais parceiros conversacionais (F1, F2, F4, F5, F6, F7, F9 e F10). Uma das entrevistadas refere usar a prancha, mas com pouca frequência: F8 *“A gente usa as pranchas em alguns momentos, mas não sempre como uma rotina”*. Já o oposto emerge na fala de (F10): *“Porque eu fico imaginando uma vida inteira tu sendo passivo. Às vezes, o que a pessoa (interlocutor) fala nem é verdade. Porque a pessoa não te conhece”*.

A importância da intervenção fonoaudiológica com foco duplo nos casos de retardo de linguagem, especialmente na clínica da paralisia, foi descrito num estudo de caso ⁽²³⁾. As falas de (F10) e de outras terapeutas também demonstram que há uma sensibilidade terapêutica importante demonstrada no pensar das possibilidades que a CAA pode oferecer para que o sujeito manifeste seu desejo. Tal fala se reflete na iniciativa de (F10) de viabilizar o processo de generalização e manutenção através do atendimento grupal e individual, em ambientes simulados e naturais, como o salão de beleza, supermercado, etc., os quais visita com o(s) sujeito(s): (F10) *“No começo as pessoas falam só comigo, e eu digo ‘Mas aqui, ela conversa! Conversa com ela! Olha aqui essa pasta dela. Isso aqui é uma forma dela se comunicar’”*.

A percepção das fonoaudiólogas quanto aos benefícios do uso do recurso com *distintos parceiros conversacionais* e em *diferentes contextos* corroboram os estudos sobre ganhos terapêuticos quando são utilizadas tais estratégias ⁽²⁴⁾. Todas as fonoaudiólogas concordam que a prancha de comunicação promove uma melhor inclusão escolar e social; no entanto, apenas seis associam, durante a intervenção fonoaudiológica, práticas de letramento com o recurso da CAA (F1, F2, F3, F4, F7 e F10). A profissional F6 não faz uso combinado de oralidade e escrita, pois parece admitir a antecedência da primeira em relação à segunda: (F6) *“Eu uso a comunicação alternativa com pacientes sem oralidade ou com oralidade restrita e dificilmente a gente usa associado à linguagem escrita. Porque, primeiro, a gente trabalha a comunicação em si, para depois trabalhar a escrita”*.

O oposto desse pensar foi visto na fala de (F10): *“Eu tento vincular a leitura e a escrita com a CAA sempre com o contexto e não simplesmente largar uma... ‘Ah, tenho que copiar ou tenho que escrever!’. Ou um ditado. Tudo o que eu faço, assim, não só na linguagem... mesmo na motricidade oral, tudo o que eu faço eu procuro criar um contexto, para que a pessoa entenda que aquilo ali é importante e motive ela”*.

As diferentes concepções de linguagem das fonoaudiólogas descritas na introdução desta discussão refletem aspectos pertinentes às suas formações acadêmicas. As dez terapeutas com formação entre 1996 e 2005 afirmam que, na graduação, não foi oferecida uma disciplina específica sobre CAA, mesmo sendo essa área difundida no Brasil desde a década de 1970 ⁽⁹⁾.

Em algumas entrevistas, as fonoaudiólogas pontuaram que alguns professores convidavam um palestrante externo com experiência prática ao centro de formação para explicar uma aula pontual (F6 e F7) ou apenas mencionavam o recurso, sem oferecer subsídios teóricos e práticos, em meio à discussão de casos neurológicos. Observa-se que as duas terapeutas (F6 e F7) que receberam uma aula de 3 horas sobre CAA são formadas, respectivamente, há 4 e 3 anos, demonstrando que já há certa percepção pelo corpo docente da necessidade de se estudar e difundir a temática.

Tais achados concordam com um estudo ⁽³⁾ sobre a deficitária formação acadêmica, confirmado pelas fonoaudiólogas, que ressaltam também a disparidade entre a proporção de aulas teóricas e práticas na área de estudos na linguagem em geral. Parece haver uma formação teórica que não se materializa na prática, de modo a proporcionar um processo de retroalimentação entre ambos saberes.

Sobre os estudos de linguagem em casos neurológicos, das dez terapeutas, cinco (F2, F3, F4, F7, F9) tiveram aulas muito breves e superficiais, nada detalhado sobre a avaliação e terapêutica; duas (F5 e F6) afirmaram não ter estudado tal conteúdo; uma (F10) ficou em dúvida; e duas (F1 e F8) demonstraram formação teórica no tema. F1 destaca que recebeu formação sobre as distintas concepções de linguagem: (F1) *“Nós tínhamos duas visões também a respeito do tratamento de crianças com PC. Tinha uma visão mais psicanalítica e tinha uma visão mais, digamos assim, mais ortodoxa. (...) São questões assim que não têm que estar se digladiando. Porque têm coisas boas nas duas (...)”*.

A distinção entre a clínica da objetividade e da subjetividade na Fonoaudiologia tem sido gradualmente objeto de análise e reflexões ^(17, 26-28). Ressalta-se que duas terapeutas (F1 e F9), mesmo tendo o mesmo tempo de graduação (13 anos), portanto contemporâneas, apresentam diferentes percepções quanto à formação acadêmica. Desta forma, observa-se que o aproveitamento das disciplinas por parte do discente também é algo que influencia no processo de formação acadêmica.

Um aspecto abordado espontaneamente pelas entrevistadas foi a necessidade de se combater o preconceito e o desconhecimento entre os próprios fonoaudiólogos e demais profissionais da saúde e educação sobre o uso da CAA, o que pode estar tendo repercussões na percepção familiar sobre o recurso. As fonoaudiólogas observam, nas famílias, a crença de que a prancha impedirá a fala, o que não é confirmado em estudos que demonstram o favorecimento da fala em 55 sujeitos de 67 pesquisados ⁽⁴⁾. A crescente popularização nos últimos 10 anos, em especial do PCS, favorece o processo de inclusão escolar e social dos usuários e futuros candidatos ao recurso.

As terapeutas salientam, entretanto, que nem todos os sujeitos com PC atendem aos critérios de elegibilidade, pois, conforme salienta (F1), há necessidade de se ter condições mínimas de aproveitamento. No entanto, há casos nos quais não se pensaria na introdução do recurso há alguns anos, mas para o qual se pode, via criatividade terapêutica, encontrar soluções, como exemplifica (F10) ao relatar um caso de uma usuária adulta, com grave comprometimento motor global e visual. A estratégia utilizada pela terapeuta (F10) consistia no investimento em um interlocutor disposto a realizar uma varredura auditiva primeiramente em uma prancha índice e, a seguir, na prancha temática escolhida.

Em relação à introdução do recurso, percebem a necessidade de ser personalizada e consideram que o perfil lingüístico contribuirá para a sua implementação. Algumas fonoaudiólogas pontuam que, se o usuário for mais adiantado nos aspectos simbólicos, a prancha de CAA poderá ser indicada como primeira opção. Entretanto, nos casos em que o simbolismo ainda seja precário, como ocorre com algumas crianças muito pequenas, sugerem a inserção via símbolos avulsos ou organizados em chaveiros especiais temáticos. A cada caso, o profissional deverá, através de uma experimentação ativa com o sujeito e sua família, encontrar o melhor *design*, portabilidade e acessibilidade.

Percebe-se, portanto, que há uma valorização da singularidade de cada usuário e de seus familiares que, mesmo em alguns casos não tendo um respaldo teórico claro, é processada na práxis das profissionais. As fonoaudiólogas parecem evidenciar, na clínica de linguagem, a perspectiva winnicottiana ⁽²⁹⁾ a qual destaca a importância da sensibilidade e adaptação ativas do terapeuta às necessidades da criança na clínica da infância. (F2) afirma a importância da experiência nesse processo de sensibilização do terapeuta: (F2) *“Precisa muito da experiência, sabe, de tu conhecer muitas mães, de tu conhecer muitas mães diferentes umas das outras”*.

Importante ressaltar, no entanto que o próprio autor da teoria ⁽²⁹⁾ cita que não se pode prescindir da discussão das experiências dos colegas a partir de uma visão teórica para que se possa ir apurando tal sensibilidade e conhecimento terapêutico.

Conceitos da teoria da enunciação propostos pelo filólogo e historiador Bakhtin (Volochínov) ⁽¹⁶⁾ sugerem espaços de reflexão importantes para a temática do funcionamento lingüístico a partir do uso do recurso da CAA. Os conceitos de sinal, signo, polissemia e dialogismo são úteis para se redimensionar o uso da CAA na clínica de linguagem.

Ao colocar a língua em movimento através da fala do terapeuta ou de outro parceiro conversacional em um dado contexto de intersubjetividade compartilhado, os “símbolos” de CAA, caracterizados como sinais, tornam-se signos no processo de enunciação e, portanto, polissêmicos. São passíveis de inúmeros significados, guiados e atualizados pelo contexto. O autor ⁽¹⁶⁾ afirma que a unicidade da palavra não é assegurada pela unicidade de sua composição fonética: “A multiplicidade das significações é o índice que faz de uma palavra uma palavra” (p. 130) ⁽¹⁶⁾.

Na perspectiva bakhtiniana, forma e uso articulam-se no processo de constituição de sentidos no discurso. Um interlocutor significativo disposto a re(significar) os enunciados do

usuário de CAA se faz necessário, pois a língua também está na escuta do usuário, conforme destacam as seguintes falas: (F2) “*A gente não fala telegraficamente com a criança só porque ela não fala. Então, de nós ela escuta! Ela está sendo sensibilizada para isso através da fala do terapeuta! (...)*”; (F4) “*(...) linguagem existe nem que seja na voz do outro, a linguagem nunca deixou, ninguém existe fora da linguagem*”.

A pluralidade de sentidos somente ocorre durante a interação verbal (dialogismo), realizada através da enunciação ou nas enunciações, que são de natureza social, constituindo assim a realidade fundamental da língua ⁽¹⁶⁾.

É possível, através da fala de (F10), visualizar o pensamento bakhtiniano neste exemplo: “*Olha, faltou, está faltando tal palavra!*”, “*Aí, tu sabe que em tal lugar ele falou não sei o quê, mas não tinha aqui e daí ele fez um sinal com esse, esse símbolo aqui misturou esse. Tu vê esse entrosamento*”. Vê-se na fala de (F10) que, apesar de não dominar a teoria bakhtiniana, há uma percepção do funcionamento polissêmico do símbolo pictórico em sua passagem de sinal a signo na enunciação.

Tal passagem do sinal ao signo permite ⁽³⁰⁾, quando projetada sobre a situação de uso da CAA, encontrar uma saída para o dilema de não se viabilizar uma prancha que dê conta do número necessário de símbolos. O conceito de dialogismo ⁽¹⁶⁾ permite uma releitura do desenho de linha do PCS ou de qualquer outra simbologia (fotografia, desenho, figuras de encartes de supermercado, etc.) através de mobilidade interpretativa subjetiva do “desenho” (sinal) durante a enunciação (que não é repetível). Ele pode migrar para o estatuto de signo, que é algo sempre variável e flexível, atualizado no contexto intersubjetivo entre os interlocutores.

Em um exemplo hipotético, o substantivo “tartaruga” poderia migrar para um estatuto de adjetivo (lento), ou o também substantivo “feijão” poderia ser um índice de que o sujeito quer dizer através da CAA que é preciso comprar o alimento no armazém (verbo), ou que ele quer comer ou qualquer outro significado que veicule seu desejo enunciativo. A fala de (F4) transparece este pensar ao defender que: “*(...) para a comunicação alternativa ser mais efetiva também e realmente valer como comunicação, tu tens que colocar o mínimo possível, não é tanto a quantidade de símbolos, mas assim é o quanto que eles são eficientes para comunicar aquilo que ela quer. (...) Eu gosto mais da abordagem do sociointeracionismo(...) é a teoria que melhor enxerga assim a linguagem não como um código, alguma coisa já pronta, mas uma coisa que vai sendo construída com a criança*”.

Os signos, na visão bakhtiniana ⁽¹⁶⁾, somente emergem da interação, e não de uma simples decodificação do “desenho” da CAA, não reduzindo a aquisição da linguagem à memorização de *palavras faladas*, aqui substituídas por símbolos gráficos, comumente vista nas práticas fonoaudiológicas de origem comportamentalista. As falas de (F1) e (F4) são bem objetivas na defesa do uso da língua em funcionamento: (F1) “*Não é para só ficar apontando. Nomeando as coisas. **Porque para nomear a gente usa outros recursos, e não o PCS***”; (F4) “*Se tu só faz um trabalho assim e só pede: ‘onde é que está a bola?’, ‘onde é que está não sei o quê?’, claro que a mãe não vai ver aquilo como comunicação, porque tu não está fazendo a criança se comunicar, tu estás mostrando para a mãe que a criança reconhece a bola*”.

Os dois recortes descritos ilustram o que o autor ⁽¹⁶⁾ cita na página 94: “(...) a descodificação da forma lingüística não é o reconhecimento do sinal, mas a compreensão da palavra no seu sentido particular (...)”. Nesta proposta teórica ⁽¹⁶⁾ distingue-se a terminologia “símbolo” daquela de sinal e signo. Os símbolos, assim como os signos, veiculam ideologias; por outro lado, o sinal é fixo e imutável. Qualquer produto de consumo pode ser transformado em signos ideológicos, mas o produto em si não é um signo, conforme ilustra a seguinte citação: “O pão e o vinho, por exemplo, tornam-se símbolos religiosos no sacramento cristão da comunhão” (p. 32) ⁽¹⁶⁾.

Portanto, os “símbolos” da CAA são equivocadamente denominados dessa forma por desconhecimento dessas diferenças lingüísticas. Os “símbolos” da CAA não defendem ideologias. Considerando o conceito de signo desse autor, pode-se afirmar que os “*símbolos*” da CAA na verdade são *sinais* à disposição de um universo de significações infinitas a serem interpretadas em um dado contexto dialógico, passando ao estatuto de *signo* durante o evento enunciativo.

Nas falas das terapeutas que sinalizaram uma aproximação teórica nos moldes bakhtinianos, observa-se que percebem a necessidade de o recurso ser introduzido, via funcionamento lingüístico, conseguindo transcender a visão de língua enquanto código, embora não tenham conhecimento lingüístico aprofundado sobre as teorias do discurso e enunciação e seus reflexos sobre o processo de aquisição da linguagem. Assim, a introdução de tal recurso somente teria sentido se construída a partir de uma participação dos seus usuários. No caso da clínica, o sujeito com impedimento de fala e seus familiares.

Outro aspecto importante é a possibilidade de pensar que a lista de símbolos não necessita ser exaustiva. Essa preocupação é muito freqüente entre as fonoaudiólogas, pois a possibilidade de usar com flexibilidade um mesmo símbolo, cujo valor de signo será definido a cada situação de enunciação, permite pensar que o foco principal da terapêutica deve ser o modo de uso do recurso, e não a lista de símbolos. As fonoaudiólogas que não possuem essa percepção enunciativa do funcionamento lingüístico preocupam-se mais com aspectos comunicacionais em si e com as condições cognitivas do sujeito para utilizar a CAA. (F6) se afirma vygotskyana e demonstra uma preocupação com a comunicação e vê o fonoaudiólogo como um mediador: “(...) *O fonoaudiólogo vai ser um facilitador para a criança se comunicar com o mundo externo. Se comunicar até com mundo interno (...)*”.

A fala de (F3) demonstra a preocupação com a organização do recurso em função das potencialidades cognitivas do sujeito: (F3) “*Vai conforme o entendimento da criança, se ela consegue, assim, fazer essa transferência do objeto para a figura e para o símbolo*”. Essa preocupação com a cognição se reflete em sessões estruturadas que a família deve presenciar para apreender a fazer em casa: (F3) “*Eu prefiro eu fazer com a criança e que elas fiquem olhando pra ver como é que eu estou fazendo. Eu faço assim, eu fico fazendo uma demonstração. Então, é assim que eu faço essa introdução*”.

Embora se afirme cognitivista, (F3) tem um fazer que, por vezes, aproxima-se do comportamentalismo, pois trabalha com os pais a partir de hierarquias que ela determina como a seqüência adequada de trabalho. (F9) também fala desse lugar quando afirma a participação da mãe como uma “auxiliar” para conseguir os símbolos que ela não consegue encontrar para inserir na prancha: (F9) “*A mãe também procura em casa coisas que eu digo... E aí eu trabalho em terapia e ela leva para casa. Aí ela fica até o próximo dia da terapia, volta. Daí a gente trabalha, repete aquilo ali*”. Essas falas nem sempre são constantes, emergindo, em alguns momentos, a percepção do desejo do sujeito usuário de CAA: (F3) “*Aí conforme eu vejo os interesses da criança, ou eu tiro alguns símbolos, ou então eu deixo depois eu vou acrescentando outros*”.

4.4 CONCLUSÃO

Fica claro que, apesar de possíveis lacunas teóricas, em decorrência da fragilidade na formação de graduação, há uma práxis muito sensível que permite o funcionamento lingüístico na maior parte do grupo e que tem feito avançar o uso da CAA na realidade investigada. A prática

vai induzindo o fonoaudiólogo, mesmo que submetido a uma formação comportamentalista e/ou cognitivista em linguagem, a considerar o desejo e as necessidades do sujeito na construção do recurso.

No entanto, a falta de embasamento teórico para esse fazer, ou a não percepção do mesmo, sugere que há uma prática divorciada da teoria e que não é divulgada cientificamente em revistas da área, de modo a fazer predominar na literatura fonoaudiológica clássica visões comportamentalistas e cognitivistas. Parece haver uma restrição em se admitir como parte integrante da clínica de linguagem o desejo do sujeito e de sua família. Talvez haja a percepção de que tal aspecto faça parte de uma teoria psíquica, a qual o fonoaudiólogo não se autorizaria a utilizar e/ou falar. Há fonoaudiólogas que possuem certa consciência de um hibridismo teórico, quando ressaltam que há casos em que o retardo mental é tão acentuado que há a necessidade de um trabalho de repetição, mesmo sendo adeptas de uma proposta interacionista. Algumas percebem uma complementaridade de saberes, sobretudo entre estudos cognitivistas e interacionistas, pois parecem utilizar distintas teorias para pensar aspectos diferentes do desenvolvimento humano.

Esses saberes parecem estar relacionados à formação acadêmica que expõe a teoria sem uma conexão com a prática, não permitindo que a prática a interrogue, ou seja, ainda se busca aplicar as distintas teorias para visualizar a prática, e não necessariamente ter uma visão crítica das teorias a partir da prática. Importa ao fonoaudiólogo diferenciar teorias que sejam sobre cognição e constituição psíquica das teorias específicas à linguagem, sobretudo as que teorizam a língua, pois este é o objeto de estudo da fonoaudiologia na clínica de linguagem.

Em relação ao insucesso terapêutico, há várias percepções que perpassam a família, o sujeito, a limitação de recursos tecnológicos na realidade brasileira, mas nenhuma faz referência explícita à base teórica da clínica de linguagem e como esta vê o trabalho com o sujeito e a família e, sobretudo, uma visualização de como a língua entra em funcionamento no processo intersubjetivo.

É preciso haver alteridade e relação entre dois sujeitos *a priori* para que as figuras (sinais) da prancha de CAA deixem de ser imóveis e passem a ter o estatuto de *signo (bakhtiniano)* durante a enunciação, ou seja, necessitam de um funcionamento lingüístico entre interlocutores na clínica e nos demais contextos da vida de seus usuários. Assim, a CAA se tornará um instrumento que permitirá emergir a linguagem em suas múltiplas dimensões, para além do

comunicar, principalmente como forma de ser. Para que esta visão de língua(gem) perpassasse a clínica dos distúrbios da linguagem, necessita-se aprimorar a formação acadêmica oferecida pelos cursos de graduação em Fonoaudiologia. Recomenda-se, portanto, incluir em suas grades curriculares a disciplina especializada em comunicação aumentativa e alternativa, ou no mínimo, contemplá-la em algum plano de ensino da área da linguagem.

REFERÊNCIAS

1. Bailey RL, Parette Jr. HP, Stoner JB, Angell ME, Carroll K. Family members' perceptions of augmentative and alternative communication device use. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2006;37: 50-6.
2. Pennington L, Goldbart J, Marshall J. Tratamiento del habla y el lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación de niños con parálisis cerebral. Oxford: Wiley; 2007. [citado 2008 Mai 11]. Disponível em http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/terapia_paralisis_cerebral.pdf
3. Ratcliff A, Koul R, Lloyd LL. Preparation in augmentative and alternative communication: an update for speech-language pathology training. *Am J Speech Lang Pathol.* 2008; 17:48-59.
4. Millar DC, Light JC, Schlosser RW. (2006). The impact of augmentative and alternative communication intervention on the speech production of individuals with developmental disabilities: a research review. *J Speech Lang Hear Res.* 2006;49:248-64.
5. Panhan H. A tecnologia no espaço clínico e terapêutico fonoaudiológico. *Temas Desenvol.* 2001;10(58-9):55-8.
6. Vasconcelos R. Paralisia cerebral e comunicação alternativa e suplementar: linguagem em funcionamento. *Temas Desenvol.* 2001;10(58-9):79-84.
7. Chun RYS. Comunicação suplementar e/ou alternativa: favorecimento da linguagem de um sujeito não falante. *Pro Fono.* 2003;15(1):55-64.
8. Trevizor TT, Chun RYS. O desenvolvimento da linguagem por meio do sistema pictográfico de comunicação. *Pro Fono.* 2004;16(3):323-32.
9. Capovilla FC, Thiers VO. Aprendendo símbolos Bliss via computador I. *Distúrbios da Comunicação.* 1998;9(2): 325-72.
10. Johnson RM. Guia dos símbolos de comunicação pictórica. Porto Alegre: Clik; 1998.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Skinner BF. Ciência e comportamento humano. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
13. Piaget J. A linguagem e o pensamento da criança. 6a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
14. Vygotsky LS. Pensamento e linguagem. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
15. Chomsky N. Linguagem e mente: pensamentos atuais sobre antigos problemas. Brasília: UNB; 1998.

16. Bakhtin M. (V. N. Volochínov). *Marxismo e Filosofia da Linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. 7a ed. São Paulo: Hucitec; 1995.
17. Terçariol D. A clínica fonoaudiológica: da prática à construção de fundamentos teóricos-metodológicos. In: CG Graña. *Quando a fala falta*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.79-94.
18. De Lemos, CTG. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismo de cambio. *Substratum*. 1992;1(1):121-135.
19. Winnicott DW. *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
20. Frota LMCP, Oliveira VLM. Experiência de ser mãe da criança com paralisia cerebral no cuidado cotidiano *Rev. Bras. Ed. Esp.* 2004;10(2):161-74.
21. Pinto MCF. Fonoaudiologia na paralisia cerebral. 200-? [citado 2008 Nov 29]. Disponível em <http://www.profala.com/arttf66.htm>
22. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2006.
23. Cesa CC. A influência da atividade dialógica no processo terapêutico. In: MC Danesi, BL Pinto. *Fonoaudiologia e Linguagem: teoria e prática lado a lado*. Porto Alegre: Sulina, Universitária Metodista; 2007. p. 81-86.
24. Johnston SS. Considering response efficiency in the selection and use of AAC systems. *J Speech-Lang Pathol Appl Behav Anal* 2006;1(3):193-206.
25. Capovilla FC. Informática aplicada à neuropsicologia. In: N Rodrigues, L Mansur. *Temas em Neuropsicologia – Série de Neuropsicologia*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neuropsicologia; 1993. p. 130-40.
26. Surreaux LM. *Linguagem, sintoma e clínica em clínica de linguagem [tese]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Letras; 2006.
27. Kessler TM. *A surdez que se faz ouvir: sujeito, língua, sentido [tese]*. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Artes e Letras; 2008.
28. Balestro JI, Ramos-Souza AP. A clínica de linguagem no autismo: terapia de dois irmãos. In: CG Graña. *Quando a fala falta*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 143-80.
29. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed; 1983.
30. Flores VN, Teixeira M. *Introdução à lingüística da enunciação*. São Paulo: Contexto; 2005.

5 SEGUNDO ARTIGO DE PESQUISA

INTERSUBJETIVIDADE MÃE-FILHO NA EXPERIÊNCIA COM COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA

RESUMO

Objetivo: Esta pesquisa se propôs a escutar a percepção materna sobre a introdução e uso da prancha de comunicação aumentativa e alternativa na clínica de linguagem da paralisia cerebral.

Método: foram realizadas entrevistas com um roteiro semi-dirigido e através da coletânea de narrativas foram criadas categorias de análise a partir de três pontos norteadores: a) a constituição da função materna e seu exercício junto ao sujeito com paralisia cerebral; b) a interação dialogal sob a ótica bakhtiniana e c) os efeitos da clínica de linguagem na função materna e no diálogo das mães com seus filhos.

Resultados: Os resultados indicam diferentes tipos de uso do recurso na díade mãe-filho, tendo relação com a qualidade do exercício da função materna e a forma de apresentação do recurso ao usuário e a sua família. Quando a concepção de linguagem com a qual é implementado o recurso não inclui a família, nem considera o exercício da função materna, os resultados na sua generalização e manutenção são precários. Nos casos em que houve o debate sobre o uso familiar da prancha, o processo de intersubjetividade do sujeito sem oralidade foi favorecido o uso e a generalização foram ampliados. **Conclusão:** Conclui-se que a concepção de linguagem dialógica de Bakhtin, atravessada pela psicanálise, permite uma abordagem mais eficaz do recurso comunicativo investigado.

Palavras-chave: comunicação; paralisia cerebral; terapia de linguagem; language; relações mãe-filho.

MOTHER-CHILD INTERSUBJECTIVITY IN ALTERNATIVE AND AUGMENTATIVE COMMUNICATION EXPERIENCE

ABSTRACT

Purpose: This study aimed at analyzing the maternal perception on the introduction and use of alternative and augmentative communication boards in cerebral palsy language clinic. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted and used to create analysis categories based on three guiding aspects: a) constitution of maternal function and its execution with individuals with cerebral palsy; b) dialogic interaction under Bakhtinian perspective; and c) the effects of language clinic on maternal role and on the dialogue between mothers and their children. **Results:** The results indicate different types of resource use in the mother-child dyad, which are related to the quality of maternal role and to the form of presenting the resource to users and their family. When the conception of language with which the resource is implemented does not include the family or consider the exercise of maternal role, the results in its generalization and maintenance are precarious. In cases in which there was a debate on family use of the communication board, favoring the process of intersubjectivity between subjects without orality and their family, use and generalization were increased. **Conclusions:** It can be concluded that Bakhtin's conception of dialogic language crossed by psychoanalysis allows for a more efficacious approach of the communicative device.

Key-words: communication; cerebral palsy; language therapy; language; mother-child relations.

5.1 INTRODUÇÃO

A ausência ou limitação da expressão oral devido a algum acometimento da ordem do orgânico ainda é vista por alguns fonoaudiólogos como um critério eletivo para que tais sujeitos não recebam intervenção no âmbito da linguagem, restringindo o atendimento a aspectos da motricidade orofacial, como a alimentação. Já nos casos em que o terapeuta não domina os recursos de comunicação aumentativa e alternativa (CAA), a prancha de comunicação* pode ser pensada como uma forma de trabalhar a linguagem. Entretanto, a simples tomada de decisão para implantar um sistema complementar e alternativo de comunicação por si só não garante ao fonoaudiólogo o sucesso estimado. Há necessidade de reflexão acerca da concepção teórica com a qual o profissional introduz e trabalha o recurso, pois esta pode gerar impactos distintos em sua implementação junto a usuários e familiares. Nas publicações científicas da área, observa-se que a inserção do recurso ocorre a partir de visões comportamentalistas e cognitivistas, o que pode explicar as limitações na generalização e manutenção do uso da CAA ⁽³⁾. A investigação desses autores concluiu, após a análise de 50 estudos, que a intervenção e a generalização são mais bem-sucedidas do que a manutenção, possivelmente porque muitos estudos têm foco menor na interação usuário-parceiro.

Alguns trabalhos internacionais começam a valorizar o papel da família no processo de inserção desse recurso em sujeitos com limitações orais importantes ⁽⁴⁻¹¹⁾. Entretanto, pode-se observar que os artigos não valorizam a investigação sobre a função materna e a intersubjetividade mãe-filho ⁽¹²⁾, mas somente o processo de seleção do recurso (*design* e acessibilidade), os aspectos lingüísticos e foco único no usuário.

Em um ensaio teórico com foco na família ⁽⁴⁾, foram criados contextos hipotéticos que retratam situações cotidianas na relação comunicacional. Tal estudo verificou a importância de se adaptar individualmente a intervenção e ver a família como unidade de serviço. Nessa mesma direção um outro estudo ⁽⁷⁾ salientou que as expectativas, os facilitadores, as barreiras e os benefícios do uso do recurso devem ser analisados caso a caso com a participação familiar. Os autores ⁽⁷⁾ afirmam que o excesso de estresse familiar está relacionado ao tempo de uso do recurso e, por isso, o uso de comunicação corporal é preferido ao uso da CAA. Mesmo diante de bom

^{10*} A prancha de comunicação é um dos recursos de baixa tecnologia disponível para a implementação de um sistema de comunicação aumentativa e alternativa ⁽¹⁾. Nestas, são colocados vários símbolos gráficos que representam mensagens, de acordo com as necessidades comunicativas de seu usuário. Uma forma muito comum de organizar esse recurso é chamada de técnica por subdivisão e níveis ⁽²⁾.

conhecimento e sensibilidade do terapeuta, há estudos que confirmam essa insatisfação com o recurso⁽⁶⁾. Outros afirmam a necessidade de criar oportunidades de comunicação e aumentar a responsividade dos pais às demandas comunicacionais das crianças^(5,10).

O impacto das práticas em CAA na qualidade de vida familiar foi estudado através de uma revisão de literatura de 13 artigos publicados entre 1985 e 2005⁽¹¹⁾. O estudo revelou cinco domínios para tal impacto: interação familiar, bem-estar físico e material, exercício da função parental, suporte ao distúrbio e promoção do bem-estar emocional ao usuário e aos familiares. Esse foco duplo no usuário e na família como aspecto central para a efetividade das abordagens terapêuticas é indicado por vários estudos^(5, 10, 13) como a estratégia terapêutica mais efetiva, embora os estudos não obedeçam a todos os critérios preconizados pela área de saúde baseada em evidências.

O fonoaudiólogo que optar, junto com a sua equipe de trabalho, por esse recurso comunicativo⁽¹⁾, deve ter ciência de que a participação da família é fundamental durante o seu processo de seleção, implementação e utilização. Desta forma, distancia-se de uma intervenção na qual as atividades, quando vivenciadas com os pais, referem-se apenas a orientações sobre o que eles deveriam fazer ou como deveriam se relacionar com o filho⁽¹⁴⁾ e aproxima-se de uma atitude de co-autoria.

Contudo, ainda percebe-se que, apesar dos ganhos na participação da família na construção desse instrumento, o discurso materno na clínica de linguagem aponta a não efetivação do seu uso no cotidiano, ficando restrito à sessão terapêutica. Cogitou-se como hipótese inicial deste estudo que, possivelmente, aspectos motivacionais, instrumentais, tecnológicos e/ou teóricos relacionados à concepção terapêutica de linguagem na qual a prancha é apresentada à família e ao paciente parecem ser elementos intimamente relacionados à questão central desta investigação.

Por esses motivos, a clínica fonoaudiológica não pode se restringir a um processo unicamente objetivo, focado apenas em aspectos orgânicos e instrumentais do uso da CAA, mas deve trabalhar no terreno da intersubjetividade da criança e seus familiares, realizando-se na forma de atendimentos à criança e/ou seus pais. Tanto atendimentos conjuntos da criança com os pais quanto um processo de entrevistas continuadas com os pais fazem parte de um processo clínico que não é novo, mas que ainda se encontra em processo de difusão na fonoaudiologia, sendo chamado de “clínica da subjetividade” em oposição à tradicional “clínica da objetividade”

⁽¹⁵⁾. Essa clínica subjetiva diferencia-se de procedimentos objetivos de caracterização dos sintomas orgânicos/lingüísticos, que têm por base uma concepção de língua/linguagem mentalista e/ou puramente estruturalista.

Nessa concepção, que inclui a subjetividade, alicerces na psicanálise são necessários, pois para que o seu uso seja legitimado no cotidiano, há de se esperar uma mãe com um desempenho de função materna suficientemente bom ^(12, 16). Na falta ou precariedade dessa função, o bebê não será suficientemente olhado, falado e sustentado, podendo acarretar prejuízo em sua constituição de sujeito ⁽¹⁷⁾, o que pode ocorrer tanto com mães de bebês com limites orgânicos evidentes como com aquelas cujos filhos não possuem qualquer limite biológico.

As inquietações advindas da clínica de linguagem com sujeitos sem oralidade e suas famílias motivou este artigo. A proposta é investigar, através do discurso das mães de crianças e adolescentes acometidos pela paralisia cerebral, as possíveis relações entre o exercício da função materna, a efetividade do recurso da prancha de CAA em suas rotinas com seus filhos e o impacto gerado a partir da forma de implementação do recurso pelo fonoaudiólogo. Espera-se, com o desenvolvimento desta pesquisa, trazer contribuições para a reflexão do papel dos profissionais de saúde, sobretudo fonoaudiólogo e psicólogo, que atuam com sujeitos lesionados cerebrais e com suas famílias.

5.2 MÉTODOS

Participaram desta pesquisa 10 mães de crianças e adolescentes que tivessem diagnóstico médico de ECI, geralmente denominada como paralisia cerebral (PC), independente do tipo e comprometimento motor global, com ou sem retardo mental (RM). Caso os sujeitos apresentassem retardo mental, este não poderia ser impeditivo ao uso da prancha de CAA. Também foi considerado critério de inclusão que seu filho (a) já tivesse uma prancha de CAA devido à oralidade ausente ou limitada e (b) assiduidade na intervenção fonoaudiológica. Portanto, foram mães de filhos com boas condições de desenvolvimento de linguagem compreensiva e que poderiam se expressar de forma alternativa através da prancha de CAA. As mães foram selecionadas por amostra de conveniência em um centro de reabilitação onde uma das autoras atua, desde que preenchessem satisfatoriamente tais critérios de inclusão. O convite e o agendamento foram realizados pessoalmente ou via contato telefônico.

Foram excluídas as mães que tivessem filhos com possibilidade de comunicação oral exclusiva ou aqueles em que não há os meios necessários para o uso da prancha de CAA com

visão subnormal e considerável deficiência auditiva associadas à PC e os casos graves de autismo primário ou secundário, psicose e deficiência mental observados na rotina clínica.

Todos os aspectos de inclusão e exclusão foram observados e definidos na clínica de origem de seus filhos, a qual conta com equipe multidisciplinar (pediatra, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta ocupacional e assistente social) para efetivar tal diagnóstico. Esse centro de reabilitação foi escolhido por se tratar de uma amostra de conveniência, pelo perfil sociocultural de clínica-escola e por ser um dos locais de atuação da pesquisadora. Nesse centro, os tratamentos não estão condicionados a limitações, como, por exemplo, tempo de vínculo institucional pré-determinado entre instituição e pacientes. Ressalta-se, também, que todas as mães já tiveram seus filhos(as) assistidos(as) por uma ou mais instituições de reabilitação.

As mães foram convidadas e devidamente esclarecidas sobre os propósitos da pesquisa e, mediante o aceite, foi agendada uma visita domiciliar para a realização da pesquisa. Por se tratar de uma visita domiciliar, buscou-se evitar, durante a realização da coleta, a presença da criança ou adolescente, proporcionando maior liberdade e segurança para que as mães emitissem suas opiniões. Após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi iniciada a aplicação de um roteiro de entrevista pela pesquisadora, o qual foi elaborado, com perguntas abertas e fechadas, com temas pertinentes às percepções e uso da CAA na rotina familiar. Esse roteiro serviu como guia na coleta de dados orais e, conforme o desenvolvimento da narrativa familiar, a pesquisadora poderia realizar outras questões, não se limitando somente aos questionamentos traçados no roteiro de entrevista inicial. Todas as entrevistas foram gravadas em um aparelho de marca Sony TCM 359V, em fitas cassetes, tendo cada entrevista duração média de uma hora. Ao término da coleta, as fitas foram submetidas à transcrição por duas colaboradoras (uma fonoaudióloga e uma assistente social) com experiência em transcrição de dados e, a seguir, foi realizada a conferência pela primeira autora. A coleta foi realizada entre agosto de 2007 a março de 2008.

Após a primeira leitura das dez entrevistas, foram criadas três categorias de análise, que serviram como *pontos norteadores*:

1. A constituição da função materna e seu exercício junto ao sujeito com ECI;
2. Interação dialogal, segundo a perspectiva bakhtiniana ⁽¹⁸⁾, entre mãe e filho(a);
3. Efeitos da clínica de linguagem na função materna e no diálogo da mãe com seu filho(a).

Considerando esses três pontos norteadores, foi realizada uma segunda leitura, na qual foram selecionados e agrupados os fragmentos mais expressivos das entrevistas. Considerou-se a coletânea das narrativas a melhor forma de apresentar a fala das entrevistadas. Para esta fase do trabalho, buscou-se orientação em Thompson ⁽¹⁹⁾, que explica o valor da história oral, os cuidados, os passos, os instrumentos e como utilizá-los de forma a atingir os objetivos propostos. Esse tipo de pesquisa permite a busca de significados através de narrativas, depoimentos e representações ⁽²⁰⁾. Quando da análise e discussão dos dados, houve o cuidado com os recortes a serem feitos, para extrair dos depoimentos os elementos mais significativos, sem alterá-los, transcrevendo-os tais como foram apresentados ⁽²¹⁾. Deste modo, busca-se identificar as semelhanças e diferenças entre os discursos das mães, assim como as contradições, e sinalizar significados latentes nas entrevistas. Destacamos que após a coleta, transcrição e leitura de M10 optamos por excluí-la da amostra para a análise, por tomarmos conhecimento de sua acentuada fragilidade psíquica, demonstrada inclusive na falta de coesão e coerência discursiva durante a entrevista. Portanto, foram analisadas para esta pesquisa nove entrevistas.

Para melhor visualização da amostra, apresenta-se um quadro descritivo demonstrando uma breve caracterização das mães participantes, incluindo algumas informações de seus respectivos(as) filhos(as):

QUADRO 1 - PERFIL DA AMOSTRA DAS MÃES ENTREVISTADAS QUANTO AOS ASPECTOS DE IDADE E USO DA PRANCHA DE CAA COM OS(AS) FILHOS(AS), ALÉM DE DADOS SOBRE O USO DA PRANCHA COM OUTROS PARCEIROS CONVERSACIONAIS, IDADE CRONOLÓGICA, SEXO, DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO E DE RETARDO MENTAL DE SEUS RESPECTIVOS(AS) FILHOS(AS).

| Amostra | Idade | Mãe usa a prancha com o(a) filho(a) | Filho(a) usa a prancha com os outros | Idade Cronológica do(a) filho(a) | Sexo do(a) filho(a) | Diagnóstico fisioterapêutico do(a) filho(a) | Retardo mental do(a) filho(a) |
|---------|---------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------|---|-------------------------------|
| M1 | 42 anos | às vezes | sim | 13a2m | M | Quadriparesia coreoatetose | Não |
| M2 | 21 anos | Não | não | 6a5m | F | Quadriparesia espástica | Não |
| M3 | 34 anos | às vezes | às vezes | 15a2m | F | Quadriparesia espástica | Não |
| M4 | 28 anos | às vezes | às vezes | 7a5m | F | Quadriparesia coreoatetose | Sim |
| M5 | 40 anos | Não | não | 10a3m | M | Quadriparesia espástica | Sim |
| M6 | 31 anos | às vezes | sim | 8a7m | F | Quadriparesia coreoatetose | Não |
| M7 | 24 anos | às vezes | às vezes | 7a11m | M | Quadriparesia espástica | Não |
| M8 | 23 anos | Não | sim | 5a3m | M | Quadriparesia coreoatetose | Não |
| M9 | 37 anos | Sim | não | 7a7m | F | Quadriparesia espástica | Sim |

Legenda:

F - feminino

M - masculino

Esta pesquisa insere-se no projeto “Clínica da subjetividade nos retardos da aquisição da linguagem oral”, coordenado pela Dr. Ana Paula Ramos de Souza, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, sob processo número 23081.010681/2007-41 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE número: 0117.0.243.000-07, em seu subprojeto sobre a clínica de linguagem na encefalopatia crônica infantil (ECI).

Para proceder à discussão dos dados, buscou-se esteio nas leituras sobre as fases evolutivas na criança, as quais se relacionam com o exercício da função materna, advindas da proposta psicanalítica de Winnicott ^(16, 22). Como referencial teórico lingüístico, utilizou-se a proposta interacionista de Mikhail Bakhtin (Volochínov) ⁽¹⁸⁾, sobretudo acerca do funcionamento lingüístico intersubjetivo.

5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão realizada acerca da CAA permite afirmar que já não se questiona a validade terapêutica da CAA e os ganhos possíveis com tal estratégia de comunicação. Sabe-se, também, que países desenvolvidos têm, por questões financeiras, acesso à alta tecnologia, enquanto nos menos desenvolvidos a prancha de comunicação é a realidade possível para muitos usuários ^(1, 2). Entretanto, pouco se aprofunda sobre a motivação do insucesso no processo de generalização insuficiente a todas as situações de vida do usuário.

Considerando o aspecto **freqüência de uso mãe-filho**, das 9 entrevistas analisadas, os resultados apontam que **três mães não usam** a prancha de CAA em nenhum ambiente (M2, M5 e M8), pois segundo estas **raramente** apresentam dificuldades de interpretação corporal de seus filhos. **Cinco mães usam às vezes** quando não entendem o que o filho quer dizer ou estão em dúvida (M1, M3, M4, M6 e M7), e **uma mãe usa sempre** (M9).

Observa-se, nas falas das três mães que nunca usam a prancha, a crença materna de que somente a linguagem corporal associada às vocalizações, sorrisos e choros é o suficiente para que elas consigam interpretar o seu filho com ausência ou grave limitação de fala, sendo, portanto, desnecessário o uso da prancha de CAA.

Os recortes realizados a seguir ilustram essa forma de pensar: (M2) *“Eu e a G., a gente se entende pelo olhar, então, assim é uma coisa que vem naturalmente, eu nem penso, eu já sei o que que ela quer, só no olhar eu sei o que a G. quer”*; (M5) *“Eu sinceramente não tenho dificuldade nenhuma para entender ele. O J. fala muito com os olhos assim. Quando ele quer ele aponta com os olhos, até mais do que com as mãos e com os braços”*.

Das três mães que referem não utilizar a prancha de CAA em nenhum contexto, por total compreensão, duas (M2 e M8) apresentam contradição ao afirmarem que seus filhos insistem para serem entendidos. Isso demonstra que o imaginário referido por elas, de que entendem tudo o que o filho quer dizer, é contraditório com alguns comportamentos dos filhos(as), que ficam insatisfeitos com algumas interpretações e insistem para serem compreendidos.

Algumas mães da amostra afirmam que, quando não entendidos, seus filhos manifestam seu descontentamento através da irritação, choro, briga, beliscão, mordida, berro, etc. (M8) *“Tem vezes que ele não consegue se expressar bem assim, daí a gente acaba pegando ele, indo no local e ele acaba mostrando o que que ele quer mesmo”*.

Uma das mães que usa às vezes (M4) não realiza uma interpretação corporal tão acurada, mas deduz o que o filho quer a partir de uma rotina fixa, na qual o horário permite saber as necessidades fisiológicas, mas raramente dialoga sobre outras temáticas, conforme se vê em seu discurso: (M4) *“Ah! É meio, meio difícil, assim, a comunicação com ele, porque ele está sempre sorrindo, sempre sorrindo e aí a gente não sabe se é sim ou se é não”*.

(M9) refere que usa sempre a prancha de comunicação, pois tem dificuldades em decifrar a gestualidade corporal de sua filha. Tal mãe afirma que o instrumental (prancha de CAA) colaborou no cuidado a sua filha. No entanto, observa-se nessa mãe uma falta de vínculo corporal com a menina.

Cinco mães afirmam que, quando não entendem o que seus filhos querem dizer ou quando estão em dúvida, usam a prancha de CAA. Percebem que o filho está crescendo e precisa se comunicar com outras pessoas, em diferentes tipos de ambientes e contextos.

As falas abaixo demonstram esse desejo materno: (M7) *“Até porque se fosse por mim, não usava porque eu ia entender ele sempre, mas eu sei que ele não vai estar sempre comigo, ele não vai estar 24 horas por dia comigo e ele tem que de alguma maneira se expressar, tem que ter diálogo com as outras pessoas da mesma maneira que tem comigo”*.

A fala de (M1) também valoriza a prancha de CAA: *“Já como ele não fala, a prancha é a boca do A.”* A mãe (M3) afirmou que, a partir do momento que conheceu outras mães com seus filhos também deficientes físicos em uma instituição especializada, transformou o seu jeito de enfrentar a deficiência que acometia a sua filha. A mudança de uma instituição para deficientes mentais para a especializada em deficientes físicos permitiu o processo de identificação com as outras mães, de aceitação das características e compreensão das potencialidades da filha.

Algumas mães ressaltam que não imaginavam o uso da CAA com terceiros: (M3) *“Mas eu não sabia que ela podia falar com outras pessoas sem saber falar, e isto eu fui saber com a prancha”*.

Na investigação da generalização de uso com outros parceiros conversacionais as mães referem que nem todos os filhos(as) utilizam a prancha de CAA. Quatro dos sujeitos que nunca usam são os filhos(as) de M2, M5 e M9; três dos que usam às vezes, apenas esporadicamente são filhos(as) de M3, M4 e M7; três filhos(as) utilizam a prancha com outros parceiros conversacionais (M1, M6 e M8). Quatro mães afirmam que a prancha de comunicação deveria ser utilizada em diferentes ambientes e contextos além da terapia fonoaudiológica. Sugerem que professores terapeutas de outras áreas e médicos a utilizem, inclusive durante a internação hospitalar e na hidroterapia. Uma das mães que não utiliza a prancha pontua: (M5) *“Porque, de repente, estão exigindo isso, uma coisa da gente, estão pedindo uma coisa para gente que a própria instituição não aplica”*.

O aspecto de portabilidade e acesso ao recurso em si é avaliado pelas mães, sendo que quatro referem que não é prático, quatro afirmam que o utilizam mesmo não sendo prático, uma deixa a prancha guardada para não sujar e rasgar, e uma não refere desconforto. Duas das mães salientaram o processo de personalização durante a confecção do recurso e da sua acessibilidade. Embora importante, esse aspecto parece não ter sido o que mais impede o uso da prancha no discurso materno. Dois aspectos se destacaram nesse sentido: a relação mãe-filho e a forma como a prancha foi introduzida pela terapeuta junto à mãe e seu filho.

Considerando a relação mãe-filho, percebeu-se um prolongamento importante da relação simbiótica: (M5) *“Eu também não sabia que ele tinha problema, não sabia como se lhe dava com uma criança especial, foi melhorar depois que ele passou dos nove meses, que ele deu uma acalmada, ‘sugava’ muito, eu dizia para ele: ‘Tu quer a minha alma!’. Ele não queria só o meu físico, ele queria a minha alma”. Eu fico assim porque até hoje de vez em quando eu custo para acreditar que ele está lá longe de mim!”*.

Mesmo sabendo que apenas a prancha permitirá veicular alguns sentidos que ficariam limitados na expressão puramente corporal, as mães não investem no recurso. O resultado sugere que, de modo inconsciente o uso levaria seus filhos a ter uma atitude mais independente. Dentre as diversas teorias psicanalíticas existentes, optou-se pela de orientação winnicottiana ^(12, 16, 22) a

qual traz contribuições fundamentais para se pensar a função materna, identificando fases evolutivas na criança que se relacionam com o exercício da função materna.

A primeira fase é de dependência absoluta e está relacionada ao período perinatal e até algumas semanas depois deste, predominando a preocupação materna primária, em que a mãe, segundo o autor, “enlouquece” para dar conta dos cuidados com o bebê. É um momento de transparência psíquica da mãe, no qual a rede de apoio será fundamental para que possa exercer sua função e passar pela adaptação à nova rotina de vida em torno do bebê. O ritmo da mãe será ditado pelas necessidades do bebê, pois terá de fazer o *holding* necessário para sustentar seu bebê física e psiquicamente ⁽²³⁾.

Há um processo de vinculação extremo entre mãe e bebê, de modo que este crie a ilusão de que ele e a mãe são um só, denominado simbiose ⁽¹⁶⁾. Tal ilusão inicia sua resolução entre 6 e 8 meses de idade, período no qual surge a chamada angústia de separação e se intensifica a construção mental ^(16, 22) que irá culminar no desenvolvimento de habilidades lingüísticas e cognitivas importantes até os 24 meses.

Com a evolução de habilidades lingüísticas, motoras e cognitivas do bebê ao final do segundo ano de vida, inaugura-se um período de dependência relativa, no qual a criança inicia uma crescente autonomia física e psíquica da mãe. Nesse período, a inserção escolar se viabiliza, ocorre a ampliação do brincar e do processo de socialização.

Tais fatos não se verificam do mesmo modo com os sujeitos portadores de ECI, dado o fato de que as evoluções motoras não ocorrerão. A dependência física pode gerar conseqüências ao exercício da função materna, uma vez que pode ou não haver a percepção de que o sujeito evoluiu cognitiva e lingüisticamente. Embora as mães desta pesquisa percebam o potencial cognitivo do filho, parecem não vislumbrar todas as possibilidades lingüísticas que o uso da CAA traria ao desenvolvimento e independência do filho.

Talvez um dos aspectos que esteja na raiz desse dilema é a falta de desejo em relação a essa independência, já que a dependência física parece prolongar o estado de preocupação materna primária de modo mais intenso para essas mães que não utilizam a CAA. As mesmas parecem temer perder o espaço privilegiado de intérprete do filho: (M5) “*Mas hoje depois assim com o passar do tempo, eu não sei não, não, talvez, eu, eu tenha uma pouco de culpa assim nisso, porque eu não, por eu saber já o que ele quer eu não, não deixo talvez ele quer, não é que*

eu não deixe, eu não faço com que ele use tanto a prancha assim, porque eu já sei o que ele quer, ele fala com os olhos...”.

A fragilidade do exercício da função paterna ⁽²⁴⁾ ou ausência de alguém que desempenhe a função de “corte” foi fato observado nas falas de diversas mães. (M2) e (M8) referem-se aos seus esposos (pais das crianças usuárias de CAA) como não tendo “voz” nas decisões familiares; (M7) é viúva; (M3), (M6) e (M9) mantêm-se casada com os pais de seus filhos, e outras (M1), (M4) e (M5) estão separadas do pai biológico. (M4), (M5) e (M7) não mantêm união estável conjugal. A fala de (M7) retrata uma situação vivenciada quando o seu filho era ainda um bebê: *“O E. estava com seis meses, aí o pai dele faleceu e aí eu fiquei sozinha, foi bem difícil, foi bem complicado mesmo”.*

Um estudo ⁽²⁵⁾ comparando oito díades mãe-filho com doença crônica física com oito crianças sem limitações biológicas, demonstraram que a experiência da maternidade foi afetada pela presença da doença crônica. Essa evidência foi demonstrada através da manifestação de sofrimentos vividos por essas mães, tais como a culpa, ansiedade, superproteção, ansiedade de separação e sentimento de pouca ajuda de outras pessoas. Um outra autora ⁽²⁶⁾ analisou os sentidos do discurso de mães ouvintes sobre seus filhos surdos. Neste caso, foi constatada a presença de sentimentos ideológicos maternos contraditórios.

A presença de doença crônica orgânica na infância pode se constituir em importante fator de mediação da qualidade da interação mãe-criança ⁽²⁷⁾. Neste estudo um dos principais aspectos investigados foi acerca da interação da díade quanto às estratégias empregadas pela mãe na regulação do comportamento da criança.

Imagina-se que a rede de apoio diminuída parece ser um fator que impulsiona as mães a permanecerem em certo estado de preocupação materna primária.

A respeito da investigação da função materna vivida por mães de crianças com PC do tipo quadriparesia ⁽²⁸⁾ observa-se que, na busca pela “cura”, os cuidados maternos destinam-se à concretização desse objetivo, encontrando-se no mundo sob a determinação da ocupação e preocupação, perdendo-se entre esses modos de ser. Em outra pesquisa os autores ⁽²⁷⁾ referem que a presença de doença crônica na criança se constitui em um importante índice organizador de respostas parentais, com conseqüências para as suas interações com a criança.

O impacto dessa condição na sociedade é sentido pelas mães entrevistadas, as quais mencionam episódios de preconceitos: (M6) *“De olhar assim com aspecto assim de nojo, como se fosse suja, sabe?”*.

As mães suficientemente boas ⁽¹⁶⁾ buscam defender seus filhos desses momentos de preconceito, fortalecendo sua auto-estima. (M6) relata um episódio na estação rodoviária em que outra mãe afasta seus filhos de sua filha e se retira do ambiente. Quando um senhor se aproxima com seu filho e brinca com a filha de (M6), a mãe que havia se afastado retorna e pergunta: “O que tua filha tem?”. Ao que a mãe responde: *“Tem uma doença muito grave, se tu tocar nela, tu morre”*. Percebe-se uma defesa que até parece agressiva, mas que é fruto de inúmeras situações de preconceito.

Outro aspecto que parece reforçar essa extrema ocupação da mãe com o filho com deficiência física é a rotina terapêutica extensa. A fala de (M8) demonstra esse fato, ao referir o pedido de seu filho de 5 anos, exausto da rotina e exigência terapêutica: *“Até hoje a gente não parou né, sempre correndo atrás e correndo e às vezes ele diz assim: ‘Mamãe, não quero, chega!’”*.

Observa-se, neste caso, que o sujeito vem solicitando uma mudança familiar. Isso sugere que há sujeitos mais resilientes que, ajudados terapeuticamente, impulsionam suas mães a saírem da relação simbiótica, demandando um olhar que sustente seu crescimento e independência. Tal sujeito** tem constantemente mostrado limite aos excessos de proteção desta mãe.

Um sujeito resiliente tem capacidade de resistência e adaptação às adversidades e ao risco entendida como uma função intrínseca de reequilíbrio ⁽²⁹⁾. Desta forma, dispõe-se ao enfrentamento, promovendo a terceira fase denominada de independência⁽²²⁾ da figura materna.

O limite orgânico insere as mães no discurso médico da “cura”. No caso da linguagem, seria a presença de fala, como afirma (M5), mãe de um menino de 12 anos: *“Assim como eu achava que a fonoaudióloga do J. tinha que... o J. tinha que falar. Depois, com o tempo eu fui vendo que a pessoa que mais sofria com aquilo ali era eu; não era nem ele. (...) Hoje em dia eu não sei nem te dizer se o J. vai caminhar, acho até que não (...)”*; (M8) *“Eu via ele como uma criança normal, que tivesse uma gripe lá e fosse que tivesse que cura, para mim era isto...”*.

Portanto, o imaginário de que o uso da prancha poderia limitar a fala pode ser um dos fatores que impeça a generalização do uso. Esse imaginário parece relacionar-se ao paralelo que

^{11**} Esse sujeito é atendido na clínica onde trabalha a primeira autora, e percebe-se que o mesmo tenta proteger-se da ansiedade materna ⁽¹⁶⁾.

se faz entre ter linguagem e ter oralidade ⁽²⁶⁾. A autora ⁽²⁶⁾ afirma que as vozes sociais interferem no imaginário de mães de surdos. Estas imaginam que a linguagem somente é possível se materializada na oralidade.

A fala de (M2), mãe de uma menina com paralisia cerebral ilustra um pensar referido também por outras mães entrevistadas: *“No começo sim, no começo eu pensava que a prancha ia limitar o desenvolvimento da fala, depois quando eu comecei a ouvir outras pessoas dizer que não, que ela acaba ajudando o raciocínio da criança, enfim que ela expande o pensamento dela e eu comecei a ficar preocupada, como eu tinha te dito comecei a ficar preocupada com esta questão da G. Imagina! Eu não posso privar a minha filha disto”*.

Na verdade, o uso da CAA promove melhorias inclusive na fala, não a impedindo⁽³⁰⁾. Tal percepção ocorreu em M6: *“No começo eu achei que ‘Ah! Um papel, o que esse papel vai adiantar, sabe?’ Depois eu vi que melhorou bastante sim, agora ela já começa a se expressar: ela diz batata, diz arroz, diz feijão. A prancha ajudou também porque em casa ela começou com gestos, coisa que ela não conseguia dizer, ela me fazia gestos, que eu entendo agora”*.

Algumas mães, dado o fato de lidar constantemente com questões médicas, acabam por abandonar a função materna, para assumir quase que uma posição de profissional da saúde, como é o caso de (M4), que possui dois filhos com ECI e cuja família questiona a todo o momento o que vai ser do futuro de seus filhos: *“Quero, sabe, se ele está atacado da bronquite, que remédio eu tenho que dar, se ele está com algum problema, se ele está com alguma dor, com tosse ou fome, o que vai ser dele no futuro não me preocupo mais”*.

Imersa em tantas questões médicas, a mãe (M4) passa a utilizar a terminologia médica e tem pouco espaço para dialogar com o filho: *“O importante é isso reabilitar ele (...)”*; *“A dificuldade (para usar a prancha) é mais assim de tempo, assim sempre é uma correria”*. Tal mãe encontrava-se em tal estado de exaustão que, ao final da entrevista, chorou e demonstrou seu desespero em lidar com a situação dos dois filhos com PC e outros quatro sem comprometimento biológico.

Algumas mães explicitam a contradição entre a dependência corporal e a independência psíquica, mais saliente na entrada da adolescência. Isso traz a reflexão sobre o fato de a dependência corporal entrar também em contradição com o corpo de um jovem e adulto que começa a surgir com o tempo. Desejando ou não, a mãe começa a perceber que não se trata de uma criança, embora ainda não perceba a necessidade de uso da prancha.

Quanto à forma de introdução e apresentação do recurso, dois casos tiveram o uso da prancha de CAA imposto pela fonoaudióloga; seis foram de modo dialogado; em um caso o entendimento da prancha foi mediado pelas outras mães na recepção da instituição, e não pelo fonoaudiólogo; e, por fim, um caso em que a mãe queria a implementação do recurso e a terapeuta não, tendo a criança os pré-requisitos necessários para o uso da prancha. Várias mães pontuam também que houve introdução tardia do recurso.

Algumas falas demonstram exemplos de insucessos no manejo na clínica de linguagem. M8 relata a falta de comunicação entre a terapeuta e ela e algumas críticas ao instrumental da CAA. Em (M2) e (M3), nota-se uma imposição do recurso e, com (M7), houve negligência da possibilidade de introdução do recurso. M8 relata que não usava porque o recurso em si era mal elaborado, com **desenhos (sinais)** pequenos e distribuídos em uma prancha-cardápio de somente duas folhas, portanto sem utilidade em diferentes contextos. A mãe descobriu e entendeu como se usava a prancha na recepção da instituição, e não com a terapeuta

Desta forma, ficam prejudicados os processos de manutenção e generalização, ficando seu uso restrito à intervenção somente, sem sentido para o sujeito que está tentando se tornar um usuário: (M8) *“Faltou comunicação, dedicação; ele simplesmente chegava na terapia, sentava no cadeirão aquele ali e ficava, ficava ela mexendo no computador e ele brincando no piano”*; (M2) *“Não usava eu acho que por birra mesmo, pode até ser por isso, **por não ter sido colocado de um jeito legal**, porque ela falou assim que era o **único** jeito dela se comunicar”*; (M7) *“Ela me fez uma nova avaliação com ele, isto um ano depois e ela me disse que ele ainda não estava pronto; e eu repeti dizendo para ela que ele nunca iria estar pronto senão, se ele não tivesse convivência com aquilo”*.

Nestas próximas duas falas visualizam-se casos de sucessos na clínica, demonstrados pela acolhida e escuta terapêuticas: (M9) *“(…) ela mostra tudo com a ajuda da prancha, então acho que ela se sentiu bem, **não é mais a fase de bebê, já é uma criança maior**”*; (M6) *“Agora, claro, vai entrando outras terapeutas, mas o primeiro assim, que tu chega, assim, naquela coisa assim, será que tem que fazer com o meu filho? Aí o primeiro que tu pega, assim, e te dá aquele apoio, aquela coisa, tu fica com aquilo para o resto da vida, sabe?”*.

Nas falas analisadas, a clínica de linguagem apresenta-se sob duas formas: quando ocorreu com parceria, resultou em um uso maior; entretanto, quando imposta às mães, estas se ressentiram, criando resistência em algumas. Nesse sentido, as fragilidades da clínica de

linguagem são muitas e, por esse motivo, fomenta-se uma mudança na visão da CAA apenas sob o ângulo instrumental, para uma visão das pranchas em funcionamento lingüístico entre interlocutores. Defende-se a visão bakhtiniana de língua, na qual o uso é parte essencial.

A análise dos resultados reforça a necessidade da clínica de linguagem abranger os aspectos subjetivos ⁽¹⁵⁾, pois fica evidente que as mães precisariam de um suporte maior para o exercício da função materna diante de uma situação tão desestruturante quanto a doença crônica. O terapeuta não pode estar focado apenas na intervenção junto ao sujeito com ECI, mas precisa percebê-lo em uma dinâmica familiar. Há a necessidade de abordar a relação mãe-filho em conjunto com questões de linguagem.

Essa proposta abrange uma teoria de linguagem que tenha a intersubjetividade e a dialogia como foco e não se restrinja apenas a uma constatação da necessidade de inserção da família nos procedimentos de treinamento do uso da CAA ^(5, 10). Essa clínica subjetiva diferencia-se de procedimentos objetivos de caracterização dos sintomas orgânicos/lingüísticos, os quais têm por base uma concepção mentalista e/ou puramente estruturalista de língua e linguagem.

Um dos autores que pode trazer contribuições importantes para pensar a linguagem a partir da intersubjetividade e dialogia é Bakhtin (Volochninov) ⁽¹⁸⁾. Ele afirma que a unicidade da palavra não é assegurada pela unicidade de sua composição fonética, havendo também uma unicidade inerente a todas as suas significações, portanto ela é onisignificante. O autor segue defendendo que a pluralidade de sentidos somente ocorre durante a interação verbal, realizada através da enunciação, que é de natureza social, constituindo assim a realidade fundamental da língua.

Por isso, o autor ⁽¹⁸⁾ ao afirmar que o diálogo é uma das formas mais importantes de interação verbal, tem o cuidado de registrar que se deve compreender esse termo em um sentido mais amplo, “não apenas como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja” (p. 123) ⁽¹⁸⁾. Portanto, nessa visão, a comunicação não se reduz a uma transmissão de mensagens, e o diálogo abrange qualquer tipo de comunicação verbal, incluindo a que pode ser efetivada pela CAA.

Os sistemas gráfico-visuais, como o Bliss e o PCS, não são língua, mas podem ser movimentados pelo funcionamento da língua ⁽³¹⁾, transmutados em “fala” por efeito do outro enquanto instância da língua constituída ⁽³²⁾ e pela fala que está na escuta dos sujeitos com PC. Nesses moldes, os símbolos dos sistemas alternativos transformam-se em significantes, pois os

materiais são postos em movimento pelo funcionamento da língua. A autora ⁽³¹⁾ conclui que os chamados “sistemas” gráfico-visuais são um amontoado de símbolos (não se articulam como sistema), mas, ao serem submetidos ao jogo da língua, podem vir a significar.

Ao utilizar a teoria da enunciação bakhtiniana ⁽¹⁸⁾, podemos afirmar que os “símbolos” da CAA na verdade são sinais à disposição de um universo de significações infinitas a serem interpretadas em um dado contexto dialógico. A cada enunciação, o sinal posto na prancha de CAA pelo fonoaudiólogo em comunhão com o usuário e sua família sofrerá atualizações conforme o valor apreciativo e assumirá valor de signo. O fonoaudiólogo, ao empregar tal concepção lingüística, está promovendo um funcionamento lingüístico, e não uma decodificação de um desenho, como tradicionalmente se observa.

As práticas mecanicistas comumente promovem uma visão reducionista do funcionamento da linguagem, limitando-a a um sistema compartimentalizado em recepção e emissão ⁽²⁶⁾. A interpretação mecânica sobre a língua também refletiu na forma como os sujeitos passaram a ser entendidos, segundo um ponto de vista que os distanciava de suas singularidades, significações e representações, tendo uma imagem unificada, homogênea e neutra de língua. A linguagem é heterogênea e multiforme, portanto, a peculiaridade deve ser valorizada em uma clínica de linguagem ⁽³³⁾. Tal visão coloca em questão a idéia da profilaxia como meta na atuação clínica, sobretudo em casos de ausência de oralidade.

Ao atribuímos o estatuto de sinal aos “símbolos” da CAA, que deverão se transformar em signos, estaríamos inclusive colaborando para a resolução de algumas das queixas maternas sobre o recurso, como a de que a prancha oferece uma limitação de vocabulário por seu tamanho, por maior que seja. Facilitaria também a acessibilidade (outra desvantagem apontada nas entrevistas), pois à medida que se tem uma quantidade menor de signos, desde que sejam vistos com uma capacidade de plurissignificações, podemos acessar os signos em uma velocidade maior.

A relevância e a velocidade são fatores extremamente considerados para um uso efetivo ^(34, 35). Conceber a prancha de CAA com teorias de língua que abordam apenas questões de hierarquias e regras gramaticais, concretizando-se em uma organização taxonômica e sintática na prancha não sustentam seu uso. Portanto, a relevância das temáticas e das escolhas das figuras é demandada a partir da disposição em se fazer um uso efetivo da língua, mesmo na ausência da oralidade num processo que considere a intersubjetividade entre os interlocutores.

Ao analisar a fala de duas das mães que utilizam a prancha (M3) e (M7), pode-se perceber que elas construíram uma visão própria de uso da língua. Em um exemplo, a mãe relata que o filho criou gestos personalizados para se referir a determinados objetos e ações, que assumiram valor de signo para a mãe.

A outra mãe referiu que a filha usou o desenho de linha PCS de “dor nas costas” para referir que estava com “coceira nas costas” (durante a enunciação ocorreu a migração de sinal para signo). Observa-se que isso somente foi possível porque ambas as mães estão bem colocadas na função materna, permitindo o funcionamento lingüístico, no qual o uso da prancha e os gestos são complementares para a formação de sentidos na díade.

Essa descoberta foi possível, apesar do foco comportamentalista da clínica de linguagem ao qual foram submetidas, já que, no caso de (M3), a CAA foi imposta e, para (M7), não foi apresentada, mesmo a mãe tendo insistido à fonoaudióloga. Isso possivelmente ocorreu porque tais mães estavam com possibilidades de exercício suficientemente bom de sua função junto aos filhos.

Exemplos de sucesso no manejo terapêutico na clínica de linguagem com o instrumento da CAA são demonstrados nas seguintes falas: (M6) *“É terapeuta e terapia; porque para ti acho que ter aquele, aquela conversa, assim ó; aqui se faz aqui, continua daí em casa, na escola, tem que ter aquele círculo, não pode cair fora daquilo; é uma rotina...”*; (M1) *“(...) é uma prancha de 24 horas tudo que tu faz em casa, faz na rua, (...) eu sou muito gratificante a isto e agradeço todas as fonos que ele passa”*.

5.4 CONCLUSÃO

Acredita-se que, para um bom aproveitamento do recurso comunicativo, há de se observar condições externas ao instrumento em si, e não somente o tipo de sinal (“símbolo”), disposição, tamanho, cor, portabilidade e acesso. A investigação de como está estabelecido o exercício da função materna (prolongamentos da simbiose, não-aceitação da deficiência), juntamente com o tipo de acolhida e escuta terapêutica, é fundamental para o sucesso terapêutico no uso do recurso. Este é determinado pela concepção de linguagem e de subjetividade com a qual é implementado pelo fonoaudiólogo junto ao usuário, seus familiares e demais parceiros comunicacionais.

Os discursos aqui apresentados sugerem que a concepção dialógica de linguagem e intersubjetividade proposta por Bakhtin, somada a teorias de subjetividade que investiguem o

funcionamento materno, como a de orientação winnicottiana, alicerça a clínica de linguagem de modo mais efetivo do que as tradicionais abordagens comportamentalistas.

Observa-se, portanto, que, além da introdução o mais precoce possível, a participação da família e dos demais parceiros conversacionais no processo de montagem inicial favorece a generalização e a manutenção do uso, contribuindo inclusive para o processo de sensibilização materna para a superação da simbiose. Tal perspectiva permite a inauguração ou expansão do processo de subjetivação do sujeito, com oralidade restrita ou ausente, aumentando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Manzini EJ, Deliberato D. Portal de ajudas técnicas para educação: equipamento e material pedagógico especial para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física: recursos para comunicação alternativa; 2ª ed. Brasília: MEC, SEESP; 2006. [atualizada em 2006; acesso em 2008 Ago 11]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ajudas_tec.pdf
2. Schirmer CR, Bersch R. Comunicação Aumentativa e Alternativa. Em: C.R. Schirmer, N. Browning, R. Bersch, R. Machado. Atendimento educacional especializado: deficiência física. Brasília: SEESP, SEED, MEC 2007. [citado 2008 Ago 11]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae_df.pdf
3. Schlosser RW, Lee DL. Promoting generalization and maintenance in augmentative and alternative communication: a meta-analysis of 20 years of effectiveness research. *Augment Altern Commun.* 2000;16(4):208-26.
4. Cress, CJ. Augmentative and alternative communication and language: understanding and responding to parents' perspectives. *Top Lang Disorders.* 2004;24(1):51-61.
5. Pennington L, Goldbart J, Marshall J. Interaction training for conversational partners of children with cerebral palsy: a systematic review. *Int. J. Lang. Comm. Dis.* 2004;39(2):151–170.
6. Starble A, Hutchins T, Favro MA, Prelock P, Bitner B. Family-centered intervention and satisfaction with AAC device training. *Commun Disord Quart.* 2005;27(1):47-54.
7. Bailey RL, Parette Jr. HP, Stoner JB, Angell ME, Carroll K. Family members' perceptions of augmentative and alternative communication device use. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2006;37: 50-6.
8. Harty M, Alant E, Uys CJE. Maternal self-efficacy and maternal perception of child language competence in pre-school children with a communication disability. *Child: Care,*

- Health and Development. 2006;33:144-154.
9. Johnston SS. Considering response efficiency in the selection and use of AAC systems. *J Speech-Lang Pathol Appl Behav Anal* 2006;1(3):193-206.
 10. Pennington L, Goldbart J, Marshall J. Tratamiento del habla y el lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación de niños con parálisis cerebral. Oxford: Wiley; 2007. [atualizada em 2007; acesso em 2008 Mai 11]. Disponível em http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/terapia_paralisis_cerebral.pdf
 11. Saito Y, Turnbull A. Augmentative and alternative communication practice in the pursuit of family quality of life: a review of the literature. *Res Prac Persons Severe Disabil.* 2007;32(1):50-65.
 12. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
 13. Pennington L, McConachie H. Predicting patterns of interaction between children with cerebral palsy and their mothers. *Dev Med Child Neurol.* 2001;43:83-90.
 14. Monteiro MIB, Camargo EAA, Freitas AP, Bagarollo MF. Interações dialógicas de familiares de sujeitos com deficiência mental: algumas reflexões. *Temas Desenvol.* 2005-6;14(83-84):32-9.
 15. Terçariol, D. A clínica fonoaudiológica: da prática à construção de fundamentos teóricos-metodológicos. In: CG Graña. Quando a fala falta. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.79-94.
 16. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
 17. Graña CG. A clínica fonoaudiológica à luz da teoria winnicottiana: um caso de psicose infantil. In: CG Graña. Quando a fala falta. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 115-141.
 18. Bakhtin M. (Volochínov). *Marxismo e Filosofia da Linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem.* 7a ed. São Paulo: Hucitec; 1995.
 19. Thompson P. *A voz do passado: história oral.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.
 20. Martinelli ML. *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.* São Paulo: Veras; 2003.
 21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2008.
 22. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artmed; 1983.
 23. Winnicott DW. *Holding e interpretação.* São Paulo: Martins Fontes; 1991.
 24. Borges MLSF. *Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade [dissertação].* São Paulo - Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Psicologia; 2005.
 25. Castro EK, Piccinini CA. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estud. psicol.* 2004;9(1):89-99.

26. Kessler TM. A surdez que se faz ouvir: sujeito, língua, sentido [tese]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Artes e Letras; 2008.
27. Piccinini AC, Castro EK, Alvarenga P, Vargas S, Oliveira VZ. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estud. psicol.* 2003;8(1):75-83.
28. Frota LMCP, Oliveira VLM. Experiência de ser mãe da criança com paralisia cerebral no cuidado cotidiano *Rev. Bras. Ed. Esp.* 2004;10(2):161-74.
29. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2006.
30. Millar DC, Light JC, Schlosser RW. (2006). The impact of augmentative and alternative communication intervention on the speech production of individuals with developmental disabilities: a research review. *J Speech Lang Hear Res.* 2006;49:248-64.
31. Vasconcellos R. Fala, escuta, escrita: a relação sujeito-linguagem no caso de uma criança com paralisia cerebral que não oraliza. Em: MF Lier-DeVitto, L Arantes. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: EDUC, FAPESP; 2006. p 289-311.
32. De Lemos, CTG. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismo de cambio. *Substratum.* 1992;1(1):121-135.
33. Surreaux, L. M. Linguagem, sintoma e clínica em clínica de linguagem [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Letras; 2006.
34. Bedrosian JL, Hoag LA, McCoy KF. Relevance and speed of message delivery trade-offs in augmentative and alternative communication. *J Speech Lang Hear Res.* 2003;46:800-18.
35. Hoag LA, Bedrosian JL, McCoy KF, Johnson DE. Trade-offs between informativeness and speed of message delivery in augmentative and alternative communication. *J Speech Lang Hear Res.* 2004;47:1270-85.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados desta pesquisa, percebe-se que, para uma melhor aceitação e uso cotidiano da prancha de CAA por parte das mães, o fonoaudiólogo, na clínica de linguagem, deverá conjugar aspectos objetivos (instrumentais) e subjetivos (estruturais). Alguns destes aspectos objetivos são inerentes ao recurso em si, como acessibilidade, portabilidade, tipo, tamanho e disposição do “sinal” na prancha; outros se relacionam aos ambientes e pessoas com os quais o recurso é introduzido (parceiros conversacionais, lazer, escola, etc.). Já os aspectos estruturais relacionam-se ao processo intersubjetivo demandado em linguagem e remetem o profissional a uma reflexão mais profunda sobre as concepções de língua, de linguagem e de sujeito com as quais se trabalha na clínica de linguagem. Aportes na lingüística da enunciação e na psicanálise são relevantes para subsidiar o fazer do fonoaudiólogo na clínica de linguagem em geral, ainda mais quando se intervém com sujeitos acometidos por alguma lesão cerebral e com suas famílias.

Incluir o usuário, família e demais parceiros conversacionais no processo de implementação (planejamento, criação, seleção, confecção, introdução, intervenção, manutenção e generalização) é uma das estratégias favoráveis à aceitação desse recurso pelo usuário e seus familiares. Para uma melhor incorporação do recurso, recomenda-se o uso da CAA em diferentes contextos hipotéticos e reais, formais ou não. Salienta-se que, especialmente no momento da introdução, seja eleito um parceiro conversacional significativo para o usuário.

Em nossa pesquisa, conseguimos visualizar alguns dos fatores preditores ao bom uso na rotina diária, fora do *setting* terapêutico. Ressalta-se que é a conjugação desses fatores que favorece o uso, e não algum em especial. São eles: investigar a qualidade do desempenho da função materna e paterna pelos responsáveis pelo sujeito usuário; atentar à personalização dos processos de implementação; considerar aspectos instrumentais (*design*, acessibilidade, portabilidade e estratégias); observar o perfil do usuário (cognitivo, psicoafetivo, lingüístico); ter/desenvolver uma sensibilidade terapêutica; abordar aspectos lingüísticos a partir de uma teoria que contemple a enunciação, além da utilização de elementos da psicanálise no entendimento; e manejo clínico com os sujeitos e suas famílias.

Em termos de concepção de língua e linguagem, a proposta sociointeracionista de Bakhtin, a qual valoriza o funcionamento lingüístico intersubjetivo, parece uma opção teórica promissora. A prática fonoaudiológica, via teoria enunciativa, é calcada na valorização do processo de intersubjetividade, tendo a fala montagens multiformes, mas nem por isso efeito patológico. A participação familiar nesse movimento de língua é fundamental por ser este um dos principais núcleos significativos para o sujeito. Portanto, o foco de intervenção fonoaudiológica, além de ser diretamente com o usuário da CAA, deve contemplar a família e demais parceiros conversacionais significativos, em contextos formais (terapias e escola) e informais (passeios, supermercado, consultas, etc.).

O fonoaudiólogo, ao abandonar a dicotomia normal/patológico nas diferentes instâncias de promoção à saúde (primária, secundária e terciária), favoreceria o processo de subjetivação pela/na linguagem, pois privilegiaria as marcas de singularidade. Neste pensar, o fonoaudiólogo teria uma função primordial: incentivar sujeitos a serem enunciadore, mesmo na ausência ou limitação da fala por motivo orgânico ou não.

Para que essa posição discursiva seja internalizada, recomenda-se, portanto, que sejam especialmente valorizadas por parte dos fonoaudiólogos as enunciações, e não tanto os enunciados, como se observa nas tradicionais práticas fonoaudiológicas de cunho comportamentalista, inatista e cognitivista. Caso isso não aconteça, há o risco de, mesmo sem intenção, congelar o sujeito no *status quo* de “doente”, de “diferente”, “de mau-falante”. Isso poderá acarretar conseqüências irreparáveis para a sua saúde mental, especialmente em crianças que ainda estão em processo de estruturação da sua subjetividade.

Assim, a idéia de distúrbio da comunicação poderá ser repensada, uma vez que, em enunciação, a comunicação deixa de ser pensada como transmissão de informação e passa a ser vista como interação dialógica, considerando as características lingüísticas peculiares subjetivas do sujeito posto em funcionamento discursivo intersubjetivo singular. Sob essa ótica, o “diagnóstico fonoaudiológico” com raízes especialmente na medicina e pedagogia poderia dar vazão à criação e recriação de elaborações de hipóteses sobre o funcionamento da linguagem, considerando a intersubjetividade sujeito-familiares. Aceitar e compreender as dimensões da subversividade da língua no ambiente terapêutico viabiliza ao sujeito a inauguração ou expansão da sua subjetividade, sendo este *holding* fundamental na clínica de linguagem.

Em relação ao discurso das dez fonoaudiólogas, nossa pesquisa tinha uma hipótese inicial, a qual foi corroborada ao término desta, de que a vida clínica força uma prática de uso do recurso em que a intersubjetividade se apresenta teorizada ou não pelo terapeuta. Perceber o processo individual e coletivo de um grupo de terapeutas pareceu atrativo nesse sentido, pois há espaços de formação pessoal e profissional que vão diferenciando e afetando o terapeuta em seu fazer clínico. Mesmo com as fragilidades na formação acadêmica sobre o tema CAA e na teorização de língua e linguagem, a sensibilidade do fonoaudiólogo se fez presente na maioria dos discursos analisados.

A partir dessa percepção, a híbrida fonoaudiologia poderia explorar mais os conhecimentos advindos da lingüística da enunciação que, mesmo tendo diferentes teorias enunciativas, avança no pensar sobre a “aquisição” de língua e linguagem, em relação às teorias de cunho somente social, como a vigostskiana. Na vertente enunciativa, a interação social é algo dado *a priori*.

Bakhtin, ao perceber a existência de um diálogo contínuo entre os fenômenos do mundo, concebeu no âmbito das relações humanas a construção de uma *ciência das relações – o dialogismo*, que inclui o dito, o não-dito e o contexto extraverbal (posição social, o contexto de enunciação e os sujeitos implicados na cena enunciativa, etc.). Portanto, diálogo sob essa ótica não se restringe ao entendimento de comunicação face a face (conversação), mesmo sendo esta uma das formas de interação verbal mais importantes. Para o autor, um *texto* pertence a uma cadeia que remete à cadeia de outros textos da comunicação verbal, constituindo, via intersubjetividade, as relações dialógicas. Dessa forma, o funcionamento lingüístico dá-se entre sujeitos em contextos de uso em uma relação de alteridade.

Para que a prancha de CAA seja posta neste funcionamento intersubjetivo, os “símbolos” na verdade são sinais que necessitam migrar para o estatuto de signo, o qual, pela sua natureza epistemológica, é polissêmico, durante as enunciações entre usuário e interlocutores, especialmente entre os mais significativos, como os que desempenham funções parentais.

Nos nove discursos maternos analisados, é possível visualizar diferentes percepções acerca do recurso da CAA fora do *setting* fonoaudiológico. Das três mães que não usam o recurso em nenhum contexto, todas refletem características de prolongamento da simbiose. Isso quer dizer que há manutenção das fases de dependência absoluta e relativa (preocupação materna primária e secundária), impedindo que ela reconheça seu filho como um enunciador. Imagina-se

que a intensa dependência física do sujeito com grave acometimento motor global em virtude da ECI possa gerar prejuízos ao exercício da função materna.

Algumas mães podem sustentar em seu imaginário que a dependência lingüística e psíquica é proporcional à dependência física, prolongando a simbiose com o filho. Em muitos casos, percebe-se também um pai que não faz o corte necessário a essa simbiose, por não reivindicar a esposa.

Cinco mães referem utilizar às vezes a prancha de CAA em situações em que a demanda da interpretação corporal não contempla as enunciações de seus filhos, e uma mãe afirma que utiliza sempre o recurso da prancha. Ambos os grupos sinalizam estarem circulando na fase de independência materna, ou também denominada de preocupação materna terciária.

Entretanto, as cinco mães, apesar de utilizarem o recurso, o fazem somente em situações extremas de dúvida ou quando realmente não entendem o que seus filhos querem enunciar. Estas precisam ainda dar-se conta de que seus filhos têm muito a dizer, além daquilo que elas conseguem demandar via interpretação corporal. O oposto ocorre com uma única mãe que afirma utilizar sempre o instrumento. Neste caso peculiar, haveria necessidade de aperfeiçoamento do processo de intersubjetivação, pois esta pouco enxerga os sinais, passíveis de se tornarem signos, frente à gestualidade corporal de sua filha.

A fragilidade do exercício da função paterna ou ausência de alguém que desempenhe a função de “corte” é fato também observado neste estudo. Esse exercício merece atenção, pois está intimamente relacionado com o exercício da função materna e vice-versa. O fonoaudiólogo, mesmo sem ter consciência, “empresta” a sua própria subjetividade para exercer essas funções parentais, seja pelo *holding* materno que fornece, seja por representar um terceiro que favorece a descolagem entre mãe e filho.

Apropriar-se teoricamente desse fazer parece ser o desafio na clínica de linguagem, uma vez que é convocado a se deixar afetar pela teoria em sua reflexão clínica, sem que a teoria gere aplicações que servem mais para testar sua cientificidade na análise de dados do que para auxiliar o sujeito com seu sofrimento. Ao fonoaudiólogo cabe dar conta do sofrimento relacionado aos limites patológicos (biológicos, cognitivos, afetivos) impostos ao funcionamento lingüístico. Essa é a motivação de sua clientela ao procurá-lo.

Todas as mães, em menor ou maior intensidade, apresentaram sentimentos contraditórios em relação aos seus filhos(as). O sentimento de culpa ou esperança de cura estão presentes em

suas falas de modo implícito ou não, indicando que o processo de luto nos casos neurológicos dá-se de forma em espiral, tendo em certos momentos uma melhor elaboração e, em outros, nem tanto ou um prolongamento do luto. Em relação a esse aspecto, pôde-se perceber que, para um melhor exercício da função materna e/ou paterna, há necessidade de a família contar com uma rede de apoio social que auxilie a suportar as diversas demandas, favorecendo inclusive uma maior resiliência parental.

Ao defendermos os frutos promissores da aliança entre a lingüística da enunciação e as teorias de subjetivação, como a psicanálise na abordagem fonoaudiológica, tanto com o sujeito como com sua família e demais parceiros conversacionais significativos, parece-nos que estamos diante do ponto nodal para que usuários ou não de CAA ampliem seu funcionamento lingüístico.

Nas perspectivas teóricas sugeridas, o fonoaudiólogo abriria espaço na clínica de linguagem para que esta seja um dos lugares possíveis para a inscrição do sujeito em um movimento de língua singular, favorecendo, desta forma, o seu deslocamento em diferentes posições enunciativas. Pode resultar desse movimento tanto o processo de ampliação da linguagem em sujeitos já constituídos na mesma quanto a aquisição da linguagem para sujeitos em fase inicial de constituição lingüística e subjetiva.

Imagina-se que a resistência do fonoaudiólogo em se autorizar no universo subjetivo na clínica da linguagem deve ser repensada a partir da percepção profissional sobre sua práxis e formação teórica, e da sua própria capacidade de resiliência pessoal. A superação da deficiência teórica profissional pode encontrar saída aliando as densas, mas fundamentais leituras psicanalíticas, independentemente da orientação, nas de lingüística da enunciação, assim como nas de clínica de linguagem.

Para que essa mudança paradigmática possa vir a operar na clínica dos distúrbios da linguagem, necessita-se aprimorar a formação acadêmica oferecida pelos cursos de graduação em Fonoaudiologia. Recomenda-se, portanto, a inclusão em suas grades curriculares da disciplina especializada em comunicação aumentativa e alternativa ou, no mínimo, contemplá-la em algum plano de ensino da área da linguagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A.; PIZA, M. H. M.; LAMÔNICA, D. A. C. Adaptações do sistema de comunicação por troca de figuras no contexto escolar. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 17, n. 2, p. 233-240, maio/ago. 2005.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION - ASHA, Oxfordshire, 1991. Disponível em: <http://www.asha.org> Acesso em: 27 jul. 2007.

ANDRADE, M. L. U. Fisioterapia e o trabalho fonoaudiológico em linguagem e comunicação na paralisia cerebral. In: LIMONGI, S. C. O. (Org.). **Paralisia Cerebral: processo terapêutico em linguagem e cognição** (pontos de vista e abrangência). Carapicuíba: Pró-Fono R. Atual. Cient., 2000. p. 183-219.

ASSIS S. G.; PESCE R. P.; AVANCI, J. Q. **Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 144 p.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE QUERO-QUERO. São Paulo. Disponível em: <http://www.queroquero.org.br> Acesso em: 21 nov. 2007.

BAILEY, R. L. et al. Family members' perceptions of augmentative and alternative communication device use. **Language, Speech, and Hearing Services in Schools**, Oxfordshire, v. 37, p. 50-56, 2006.

BAKHTIN, M. **Problemas da Poética de Dostoievski**. Tradução: Paula Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981. 239 p.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 421 p.

BAKHTIN, M. (Volochínov) (1929). **Marxismo e Filosofia da Linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, 1995. 196p.

BALESTRO, J. I.; RAMOS-SOUZA, A. P. A clínica de linguagem no autismo: terapia de dois irmãos. In: GRAÑA, C. G. (Org.). **Quando a fala falta**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 143-180.

BASIL, C.; BELLACASA, P. **Comunicación aumentativa: curso sobre sistemas y ayudas técnicas de comunicación no vocal**. Madrid: INSERSO, 1988. 240 p.

BASIL C. Social interaction and learned helplessness in severely disabled children. **Augmentative and Alternative Communication**, Oxfordshire, v. 8, n. 3, p. 188-199, 1992.

_____. Sistemas aumentativos e alternativos de comunicação. In: PEÑA, J.; CASANOVA, J. (Orgs.). **Manual de Fonoaudiologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 238-348.

BAX, M. Aspectos clínicos da paralisia cerebral. In: FINNIE, N. R. (Org.). **O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 8 -18

BEDROSIAN, J. L., HOAG, L. A., McCOY, K.F. Relevance and speed of message delivery trade-offs in augmentative and alternative communication. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, Rockville, v. 46, p. 800-818, 2003.

BENVENISTE, É. **Problemas de lingüística geral**. São Paulo: Nacional; Edusp, 1976. 387p.

_____. (1976). **Problemas de lingüística Geral II**. Campinas, SP: Pontes, 1989. 294p.

_____. (1976). **Problemas de lingüística Geral I**. 4. ed. Campinas, SP: Pontes, 1995. 387p.

BINGER, C.; LIGHT, J. Demographics of preschoolers who require AAC. **Language, Speech, and Hearing Services in Schools**, Rockville, v. 37, p. 200-209, 2006.

BORGES, M. L. S. F. **Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade**. 2005.148f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

BORNE, R.; RAMOS, A. P. F. Representações de um grupo de surdos em relação à surdez e implicações em suas interações sociais. In: RAMOS, A. P. F.; GUTFREIND, C. (Orgs.). **A saúde dos grupos: as representações sociais na saúde coletiva**. Canoas: ULBRA, 2007. p. 181-216.

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

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

BRYEN, D. N., COHEN K. J, CAREY A. Augmentative communication employment training and supports (ACETS): some employment-related outcomes. **Journal of Rehabilitation**, Alexandria, v. 70, n. 1, p. 10-18, 2004.

CAMPBELL, C.R., STREMEL-CAMPBELL, K. Programming "loose training" as a strategy to facilitate language generalization. **Journal of Applied Behavior Analysis**, Bronx, v. 15, n. 2, p. 295-301, 1982.

CAMPBELL, P. H. et al. A review of evidence on practices for teaching young children to use assistive technology devices. **Topics in Early Childhood Special Education**, Austin, v. 26, n. 1, p. 3-13, 2006.

CAPOVILLA, F.C. Informática aplicada à neuropsicologia. In: RODRIGUES, N., MANSUR, L. (Orgs.). **Temas em Neuropsicologia** – Série de Neuropsicologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, 1993. p. 130-140.

CAPOVILLA, F. C. et al. O uso de sistemas alternativos e facilitadores de comunicação para o tratamento a melhoria da qualidade de vida de afásicos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 20, v. 20, n. 10, nov./dez. 1996.

CAPOVILLA, F. C., CAPOVILLA, A. G. S., MACEDO, E. C. O uso de sistemas alternativos e facilitadores de comunicação nas afasias. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 233-259, jun., 1998.

CAPOVILLA, F. C. et al. Codificação de mensagens picto-ideográficas em paralisia cerebral: participação de processos verbais. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 261-291, jun., 1998.

CAPOVILLA, F. C.; THIERS, V. O. Aprendendo símbolos Bliss via computador I. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 325-372, 1998.

CARDOSO, J. L. **Dialogismo e Fonoaudiologia**: a intersubjetividade na clínica. 2002. 208f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

CARPENTER, M.; NAGELL, K.; TOMASELLO, M. **Social cognition, joint attention and communicative competence from 9 to 15 months of age**. Chicago: The university of Chicago Press. Monographs of the Society for Research in Child Development, 63 (4, Serial n. 255), 1998.

CASTRO, E. K. A doença crônica na infância e a interação mãe-criança no segundo ano de vida. **Psico.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 141-158, jan./jun. 2003.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 89-99, 2004.

CESA, C. C. A influência da atividade dialógica no processo terapêutico. In: DANESI, M. C.; PINTO, B. L. (Org.). **Fonoaudiologia e Linguagem**: teoria e prática lado a lado. Porto Alegre: Sulina; Editora Universitária Metodista, 2007. p. 81-86.

CESA, C. C.; RAMOS-SOUZA, A. P.; KESSLER, T. M. Seleção, intervenção, generalização e manutenção da comunicação aumentativa e alternativa. *Rev. Bras. Educ. Esp. (no prelo)*

CHOMSKY, N. **Linguagem e mente**: pensamentos atuais sobre antigos problemas. Brasília: UNB, 1998. 83 p.

CHUN, R. Y. S. Comunicação suplementar e/ou alternativa: favorecimento da linguagem de um sujeito não falante. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 15, n. 1, p. 55-64, jan./abr. 2003.

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

DE LEMOS, C. T. G. . Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismo de cambio. **Substratum**, Barcelona, v. 1, n. 1, p.121-135, 1992.

DIAMENT, A. Encefalopatias crônicas da infância. In: DIAMENT A.; CYPEL S. (Orgs.). **Neurologia infantil**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 781-798.

DRAGER, K. D. R et al. The performance of typically developing 2 1/2-year-olds on dynamic display AAC technologies with different system layouts and language organizations. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 46, p. 298-312, 2003.

DRAGER, K. D. R et al. Learning of dynamic display AAC technologies by typically developing 3-year-olds: effect of different layouts and menu approaches. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, Rockville, v. 47, p. 1133-1148, 2004.

FALLON, K. A. et al. The effects of direct instruction on the single-word reading skills of children who require augmentative and alternative communication. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, Rockville, v. 47, p. 1424-1439, 2004.

FARACO, C. **Linguagem & Diálogo: as idéias lingüísticas do Círculo de Bakhtin**. Curitiba: Criar, 2003. 136 p.

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

_____. A comunicação alternativa na escola especial. **Temas desenvolv.**, São Paulo, v. 10, n. 58/59, p. 85CE-88CE, 2001.

FLORES, V. N. Bakhtin e Saussure: convergências e divergências. **Coleção Ensaios do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, n. 5, p. 21-26, 2002.

FLORES, V. N.; TEIXEIRA, M. **Introdução à lingüística da enunciação**. São Paulo: Contexto, 2005. 125 p.

FLORES, V. N. Das relações entre a lingüística da enunciação e o estudo da fala sintomática. In: GRAÑA, C. G. (Org.). **Quando a fala falta**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 61-77.

FOLEY, B. E.; STAPLES, A. H. Developing augmentative and alternative communication (AAC) and literacy interventions in a supported employment setting. **Top Lang Disorders**, Baltimore, v. 23, n. 4, p. 325-343, 2003.

FRAZÃO, Y. S. **Paralisia cerebral na clínica fonoaudiológica**: primeiras questões sobre linguagem. 1996. 81f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

FRAZÃO, Y. S. Linguagem e paralisia cerebral. São José dos Campos: Pulso, 2004. 61p.

FREIRE, R. **Sobre o objeto na Fonoaudiologia**. II Seminário Introdutório. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1996.

FREUD, S. Luto e Melancolia. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 14, p. 271-291.

FROTA, L. M. C. P.; OLIVEIRA, V. L. M. Experiência de ser mãe da criança com paralisia cerebral no cuidado cotidiano. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 10, n. 2, p.161-174, mai./ago. 2004.

GAVA, M. L. AAC – Comunicação aumentativa e alternativa como resposta às deficiências verbais. In: TUPY, T. M.; PRAVETTONI, D. G. (Orgs.) **...E se falta a palavra, qual comunicação, qual linguagem?** São Paulo: Memnon, 1999. p. 79-99.

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

GRAÑA, C. G. A clínica fonoaudiológica à luz da teoria winnicottiana: um caso de psicose infantil. In: GRAÑA, C. G. (Org.). **Quando a fala falta**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 115-141.

GREGORY, E. et al. AAC Menu Interface: Effectiveness of active versus passive learning to master abbreviation-expansion codes. **Augmentative and Alternative Communication**, Oxfordshire, v. 22, n. 2, p. 77-84, 2006.

GUARDA, N. S.; DELIBERATO, D. Caracterização dos enunciados de um aluno não-falante usuário de recurso suplementar de comunicação durante a construção de histórias. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 12, n. 2, p. 269-288, mai./ago. 2006.

HARTY, M.; ALANT, E.; UYS, C. J. E. Maternal self-efficacy and maternal perception of child language competence in pre-school children with a communication disability. **Child: Care, Health and Development**, Newark, v. 33, p. 144-154, 2006.

HOAG, L. A. et al. Trade-offs between informativeness and speed of message delivery in augmentative and alternative communication. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 47, p. 1270-1285, 2004.

HUNT, P. et al. Using an interrupted behavior chain strategy to teach generalized communication responses. **Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps**, Baltimore, v. 11, n. 3, p. 196-204, 1986.

HURLBUT, B.I.; IWATA, B.A.; GREEN, J. D. Nonvocal language acquisition in adolescents with severe physical disabilities: Blissymbol versus iconic stimulus formats. **Journal of Applied Behavior Analysis**, Bronx, v. 15, n. 2, p. 241-258, 1982.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATION. ISAAC-BRASIL. Campinas, 2007. Disponível em <http://www.isaac.org.br> Acesso em: 21 nov. 2007.

JOB, J. R. P. **A escritura da resiliência**: testemunhas do holocausto e a memória de vida. 2000. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

JOHNSON, R. M. **Guia dos símbolos de comunicação pictórica**. Porto Alegre: Clik, 1998. 64p.

JOHNSTON, S. S. Considering response efficiency in the selection and use of AAC systems. **The Journal of Speech-Language Pathology and Applied Behavior Analysis**, Bronx, v. 1, n. 3, p. 193-206, 2006.

KESSLER, T. M. **A surdez que se faz ouvir**: sujeito, língua, sentido. 2008. 236f. Tese (Doutorado em Letras) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

KLAGENBERG, R. M. **A comunicação alternativa no tratamento de linguagem de uma adolescente portadora de paralisia cerebral do tipo espástica**. 2001. 83f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fonoaudiologia) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2001.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito.** Salvador: Ágalma, 2004. 211 p.

LIER-DeVITTO, M. F. Apresentação. In: LIER-DeVITTO, M. F. (Org.). **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem.** São Paulo: Cortez, 1994.

_____. Novas contribuições da Lingüística à Fonoaudiologia. **Distúrbios da comunicação.** São Paulo, v. 7, n. 2, p 163-173, 1995.

LOUREIRO, C. B. C.; SIQUEIRA, L. S. O desenvolvimento de atividades com comunicação suplementar alternativa realizadas em um grupo heterogêneo de portadores de paralisia cerebral. In: Congresso Sul-Brasileiro de Fonoaudiologia, 68, 2001, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Conselho Regional de Fonoaudiologia – 3ª Região, 2001.

LUND, S. K.; LIGHT, J. The effectiveness of grammar instruction for individuals who use augmentative and alternative communication systems: a preliminary study. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research,** Rockville, v. 46, p. 1110-1123, 2003.

MANZINI, E. J.; DELIBERATO, D. Portal de ajudas técnicas para educação: equipamento e material pedagógico especial para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física: recursos para comunicação alternativa. 2. ed. Brasília: MEC; SEESP, 2006, 52 p. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ajudas_tec.pdf Acesso em: 20 ago. 2008.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 2003. 143 p.

MARUJO, V. L. M. B. Fonoaudiologia em paralisia cerebral. In: SOUZA, A. M. C.; FERRARETTO, I. (Orgs). **Paralisia cerebral – aspectos práticos.** São Paulo: Memnon, 1998. p. 207-230.

McCARTHY, J. et al. Re-designing scanning to reduce learning demands: the performance of typically developing 2-years-olds. **Augmentative and Alternative Communication,** Oxfordshire, v. 22, n. 4, p. 269-283, 2006.

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

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

MECHLING, L. C.; CRONIN, B. Computer-based video instruction to teach the use of augmentative and alternative communication devices for ordering at fast-food restaurants. **The Journal of Special Education**, Charlotte, v. 39, n. 4, p. 234-245, 2006.

MEKARU, D. T. A importância da comunicação suplementar e ou aumentativa na intervenção fonoaudiológica hospitalar. In: **Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar**. RIOS, I. J. A. (Orgs). São José dos Campos: Pulso, 2003. p. 133-136.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. 407 p.

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

MOLINA, S. E. **O bebê na estrutura especular: o corpo e a linguagem**. In: **Escritos da Criança**. 2. ed. n. 4, Centro Lydia Coriat (Org.). Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 2001. p. 48-53.

MONREAL, M. C. L.; MORAES, M. G. P. Paralisia Cerebral. In: RIOS, I. J. A. (Org.). **Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar**. São José dos Campos: Pulso, 2003. p. 97-107.

MONTEIRO, M. I. B. et al. Interações dialógicas de familiares de sujeitos com deficiência mental: algumas reflexões, **Temas desenvolv.**, São Paulo, v. 14, n. 83-84, p. 32-39, 2005/2006.

MOREIRA, E. C. Comunicação alternativa e suplementar: as oportunidades da inclusão. **Temas desenvolv.**, São Paulo, v. 10, n. 58/59, p. 69CE-74CE, 2001.

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

MORETTI, G. Princípios e significados da comunicação alternativa. In: TUPY, T. M.; PRAVETTONI, D. G. (Orgs.). ... **E se falta a palavra, qual comunicação, qual linguagem?** São Paulo: Memnon, 1999. p. 79-99.

PANHAN, H. A tecnologia no espaço clínico e terapêutico fonoaudiológico. *Temas desenvolv.*, São Paulo, v. 10, n. 58-9, p. 55CE-58CE, 2001.

PAULA, K. M. P.; ENUMO, S. R. F. Avaliação assistida e comunicação alternativa: procedimentos para a educação inclusiva. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 13, n. 1, p. 3-26, jan./abr. 2007.

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

PENNINGTON, L.; McCONACHIE, H. Predicting patterns of interaction between children with cerebral palsy and their mothers. **Developmental Medicine and Child Neurology**, Oxford, v. 43, p. 83-90, 2001.

PENNINGTON, L.; GOLDBART, J.; MARSHALL, J. Interaction training for conversational partners of children with cerebral palsy: a systematic review. **Int. J. Lang. Comm. Dis.**, Londres, v. 39, n. 2, p. 151-70, 2004.

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

PIAGET, J. **A linguagem e o pensamento da criança**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 212 p.

PICCININI, A. C. et al. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 8, n. 1, p. 75-83, 2003.

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

PINTO, M. C. F. Fonoaudiologia na paralisia cerebral. [200-]. Disponível em: <http://www.profala.com/arttf66.htm> Acesso realizado em: 29 nov. 2008.

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

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC-SP. Cursos de especialização e aperfeiçoamento em Fonoaudiologia. São Paulo: [s.n.], 2002. 10 p.

POÓ, P. Paralisia Cerebral. In: PUYUELO, M.; PÓO, P.; BASIL, C. **A fonoaudiologia na paralisia cerebral: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Santos, 2001. p. 1-15.

RATCLIFF, A.; KOUL, R.; LLOYD, L. L. Preparation in augmentative and alternative communication: an update for speech-language pathology training. **American Journal of Speech-Language Pathology**, Bronx, v. 17, p. 48-59, 2008.

RICHMAN, J. S.; KOZLOWSKI, N. L. Operant training of head control and beginning language for a severely developmentally disabled child. **Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry**, v. 8, n. 4, p. 437-440, 1977.

RUBINO, R. **Representando o interlocutor no período pré-lingüístico**. 1989. Dissertação - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1989.

SADER, R.C.M. Dificuldades para um usuário de comunicação alternativa em universidade: relato de caso. **Temas desenvolv.**, v. 10, n. 58/59, p. 75CE-78CE, 2001.

SAITO, Y.; TURNBULL, A. Augmentative and Alternative Communication Practice in the Pursuit of Family Quality of Life: A Review of the Literature. **Research and Practice for Persons with Severe Disabilities**, Washington, v. 32, n. 1, p. 50-65, 2007.

SAUSSURE, F. (1922) **Curso de lingüística geral**. 15. ed. São Paulo: Cultrix, 1989. p. 279 p.

SCHIRMER, C. R. “Projeto criatividade e linguagem” com ênfase em comunicação suplementar e alternativa (CSA). In: Congresso Sul-Brasileiro de Fonoaudiologia, 64, 2001, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Conselho Regional de Fonoaudiologia – 3ª Região, 2001.

SCHIRMER, C. R., VIZENTIN, D. Intervenção fonoaudiológica em um caso de paralisia cerebral associado à surdez – enfoque na compreensão. In: Congresso Sul-Brasileiro de Fonoaudiologia, 66, 2001, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Conselho Regional de Fonoaudiologia – 3ª Região, 2001.

SCHIRMER, C. R.; BERSCH, R. Comunicação Aumentativa e Alternativa. In: SCHIRMER, C. R.; BROWNING, N.; BERSCH, R.; MACHADO, R. (Orgs.). **Atendimento educacional especializado: deficiência física**. Brasília: SEESP; SEED; MEC, 2007. p. 57- 129 Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aee_df.pdf Acesso em: 19 ago. 2008.

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

SCHLOSSER, R. W.; SIGAFOOS, J. Augmentative and alternative communication interventions for persons with developmental disabilities: narrative review of comparative single-subject experimental studies. **Research in Developmental Disabilities**, v. 27, p. 1-29, 2006.

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

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

SIGAFOOS, J.; COUZENS, D. Teaching functional use of an eye gaze communication board to a child with multiple disabilities. **British Journal of Developmental Disabilities**, Mödling, v. 81, n. 2, p. 114-125, 1995.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 420 p.

SOUZA, L. Subjetividade, corpo e linguagem na clínica fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 225-234, 1999.

STARBLE, A. et. al. Family-centered intervention and satisfaction with AAC device training. **Communication Disorders Quarterly**, v. 27, n. 1, p. 47-54, 2005.

SURREAUX, L. M. **O discurso fonoaudiológico: uma reflexão sobre sujeito, sentido e silêncio**. 2000. 157f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

_____. **Linguagem, sintoma e clínica em clínica de linguagem**. 2006. 199f. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

_____. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: GRAÑA, C. G. (Orgs.). **Quando a fala falta**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 21-38.

TERÇARIOL, D. A clínica fonoaudiológica: da prática à construção de fundamentos teóricos-metodológicos. In: GRAÑA, C. G. (Orgs.). **Quando a fala falta**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 79-94.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado – História Oral**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. 385 p.

TREVIZOR, T. T.; CHUN, R. Y. S. O desenvolvimento da linguagem por meio do sistema pictográfico de comunicação. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 16, n. 3, p. 323-332, set./dez. 2004.

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

VASCONCELOS, R. Paralisia cerebral e comunicação alternativa e suplementar: linguagem em funcionamento, **Temas desenvolv.**, v.10, n. 58/59, p. 79CE-84CE, 2001.

VASCONCELOS, R. Fala, escuta, escrita: a relação sujeito-linguagem no caso de uma criança com paralisia cerebral que não oraliza. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Orgs.). **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: EDUC; FAPESP, 2006. p.289-311.

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

VON TETZCHNER, S. et al. Inclusão de crianças em educação pré-escolar regular utilizando comunicação suplementar e alternativa. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 11, n. 2, p. 151-184, mai./ago. 2005.

VORCARO, A. A Clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Distúrbios da Comunicação**; São Paulo, v. 15, n. 2, p. 265-287, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 194 p.

XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, Salvador: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2006.

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

WEEDWOOD, B. **História concisa da lingüística**. 6. ed. São Paulo: Parábola, 2008. 165p.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. 268 p.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 98 p.

_____. **Holding e interpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 218 p.

_____. A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. (Org.). **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 455 p.

WOLFF, L. **Comunicação Suplementar e/ou Alternativa nos transtornos invasivos do desenvolvimento**. 2001. 68 p. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ZANGARI, C.; LLOYD, L. L; VICKER, B. Augmentative and alternative communication: na historic perspective. **Augmentative and Alternative Communication**, Oxfordshire, v. 10, p. 27-59, 1994.

ZAPATA, A. B. A comunicação como fator relevante para a viabilização da inclusão. *Temas desenvolv.*, São Paulo, v.10, n. 58-9, p. 65CE-68CE, 2001.

ANEXO A - Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
(CONEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM
REGISTRO CONEP: 243



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Clínica da subjetividade nos retardos da aquisição da linguagem oral

Número do processo: 23081.010681/2007-41

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0117.0.243.000-07

Pesquisador Responsável: Ana Paula Fadanelli Ramos

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Dez/2008 Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 14/08/2007

Santa Maria, 14 de agosto de 2007

Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do estudo: “Clínica da subjetividade nos retardos da aquisição da linguagem oral”: “A comunicação suplementar e/ou alternativa na encefalopatia crônica infantil: aspectos objetivos e subjetivos no discurso parental”.

Pesquisador(es) responsável(is): Dr^a Ana Paula Ramos de Souza

Colaboradores: Fga. Inaê Rechia, Fga. Carla Cesa

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

Telefone para contato: 51-32208348

Local da coleta de dados: _____

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário(a) conforme exposto nos itens seguintes.

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal de investigar a terapia dos retardos de aquisição da linguagem oral, encontrando as medidas necessárias para interrupção destes por meio da orientação familiar e terapia da criança.

2-A coleta de dados inclui entrevistas e encontros de orientação com as família, filmagem de interações entre a criança e sua família e a criança e terapeuta, cujos dados serão analisados pelos pesquisadores e descartados, via destruição das fitas, após análise. As sessões terapêuticas com a criança serão documentadas em relatórios escritos que também serão alvo de análises.

3 – A pesquisa não possui riscos nem desconfortos.

4 – Benefícios para o participante estão na possibilidade de se atingir melhores resultados na terapia de seu (sua) filho(a).

5 – A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente caso não estivéssemos relatando em pesquisa. Seu filho e sua filha receberão a mesma terapia, diante da possibilidade de você não autorizar a pesquisa.

6 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade da terapia de seu (sua) filho(a).

7 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

8 – Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

9 - Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

11 – Mantenho, como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A comunicação suplementar e/ou alternativa na encefalopatia crônica infantil: aspectos objetivos e subjetivos no discurso parental”.

Eu discuti com o Dr. Ana Paula Ramos de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____, ____ de _____ 2007.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

_____, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do responsável pelo estudo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM

Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS -
tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista às mães

1. Conte como seu filho se faz entender para se comunicar com você? Você sente dificuldades para entendê-lo?
2. Desde quando seu filho utiliza o CSA na terapia? Conte-me como foi introduzido para ele e para ti? Quais as reações dele, tuas e da família? Vocês já utilizam em casa?
3. Em que situações ele utiliza fora da clínica? E com que frequência? Quais as dificuldades para utilizar mais?Quais as vantagens e desvantagens que você viu na prancha de CSA?
4. Qual o tipo de CSA que seu filho utiliza? Você gostaria que fosse diferente? Como? Descreva o que você imagina como ideal para a comunicação de seu filho?
5. Você quer acrescentar algo sobre a terapia e o dia-a-dia do seu filho?
6. Descreva como foi e está o seu sentimento em relação ao problema de seu filho?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista às terapeutas

1. Discorra sobre sua forma de atuação com pacientes com paralisia cerebral.
2. Você tem alguma ou algumas concepções teóricas que norteiam a sua intervenção? Se sim, comente os motivos da sua escolha.
3. Em que ano você se formou e a Instituição? Na graduação no curso de fonoaudiologia foi apresentada a avaliação e a terapia vinculada à linguagem de crianças e adolescentes com lesão neurológica? Isso te fez e faz falta? E sobre o recurso da CSA?
4. Como é feita a criação, confecção, introdução e atualização/expansão da prancha CSA? Há parceria materna e/ou da criança/adolescente neste processo? Como? Detalhe.
5. Qual é o tipo de sistema/representação (PCS, Bliss...) que você elege para trabalhar com seus pacientes e os motivos da escolha.
6. Você utiliza as categorias (verbos, pessoas, substantivos...) do sistema escolhido para viabilizar a estruturação da sintaxe?
7. Baseada em sua experiência clínica você observa se as famílias e pacientes aderem realmente à proposta e fazem uso funcional da prancha de CSA em suas rotinas diárias fora do ambiente terapêutico? Comente.
8. Você associa o recurso da CSA com pacientes com oralidade restrita ou ausente vinculado ao trabalho com linguagem escrita? Se sim, comente.
9. A literatura que aborda a CSA refere muito as terminologias estratégias, recursos e técnicas neste tipo de trabalho. Defina-as baseando na sua experiência prática. Dê exemplos.
10. O fonoaudiólogo tem a desenvolver um papel social quando intervém com linguagem oral, escrita e/ou alternativa?
11. O recurso da CSA é um instrumento que viabiliza a inclusão social e escolar? Comente.
12. Comentários finais livres.