

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

**A COMUNICAÇÃO ENTRE FISIOTERAPEUTAS E
SUJEITOS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO
PROGRESSIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Francine Manara Bortagarai

Santa Maria, 2011

A COMUNICAÇÃO ENTRE FISIOTERAPEUTAS E SUJEITOS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA

por

Francine Manara Bortagarai

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: Ana Paula Ramos de Souza

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**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 ENTRE FISIOTERAPEUTAS E SUJEITOS COM
ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA**

elaborada por
Francine Manara Bortagarai

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

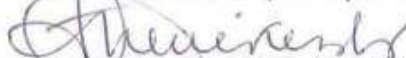
Comissão Examinadora



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



Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)



Themis Kessler, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 04 de março de 2011.

B739c Bortagarai, Francine Manara
A comunicação entre fisioterapeutas e sujeitos com encefalopatia crônica não progressiva / por Francine Manara Bortagarai. – 2011.
111 f. ; il. ; 30 cm

Orientador: Ana Paula Ramos de Souza
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2011

1 .Encefalopatia crônica não progressiva 2. Fisioterapia 3. Comunicação não verbal 4. Comunicação aumentativa alternativa 5. Humanização I. Souza, Ana Paula Ramos de II. Título.

CDU 616.89-008.434

Ficha catalográfica elaborada por Cláudia Terezinha Branco Gallotti – CRB 10/1109
Biblioteca Central UFSM

2011

Todos os direitos autorais reservados a Francine Manara Bortagarai. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com a autorização por escrito do autor.
Endereço: Rua Appel 800, apto. 210, Bairro Centro, Santa Maria- R.S., 97015030.
Endereço eletrônico: fbortagarai@hotmail.com

Dedico esta dissertação à minha mãe, Sônia Salbego Manara, pessoa que mais admiro e amo nesta vida.

Dedico também à minha saudosa Avó Hilda Bortagarai, pessoa a qual me conduziu pela mão em meu primeiro dia de aula do primário e, ao longo de sua vida, sempre esteve presente em todas as minhas conquistas. Não diferente das demais conquistas, sei que ela estará presente comigo, pregando a importância do estudo e do aprimoramento profissional.

Agradecimentos

A Deus por fazer-me merecedora da vida e, a partir desse ato de tamanha gentileza, manteve-me forte e determinada em minhas decisões e ações.

À minha mãe Sônia, mulher guerreira, com um coração imenso de bondade e com um sorriso acalentador. Ela é minha principal incentivadora e é quem está ao meu lado, seja nos momentos de angústia, assim como nos momentos de alegria e de conquistas. Muito obrigada pela sua paciência, pelo seu colo, abraço, carinho, por me acalmar e por me amar.

À minha afilhada Kamila, por tornar os meus dias mais alegres, por me fazer retornar à minha infância inúmeras vezes e por promover risadas e distração em momentos de tensão e nervosismo.

À minha orientadora, Professora Ana Paula Ramos de Souza, incansável em sua dedicação, atenção e carinho, agradeço pela orientação segura, pela sabedoria e pelo estímulo permanente, que me incentivou e me guiou nesta jornada de crescimento profissional e pessoal. Uma pessoa que trabalha com amor ao que faz e a qual passei a admirar e me espelhar para a minha futura carreira na docência. Agradeço também por sua confiança e amizade.

À fonoaudióloga Carla Cesa, pelo seu carinho e pela sua ajuda com os contatos das instituições e dos profissionais em Porto Alegre e também pela inspiração para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana (PPGDCH) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) pelos ensinamentos prestados e pela dedicação ao ensino.

Aos fisioterapeutas que participaram da pesquisa, pela disponibilidade, atenção e pelo carinho com que me receberam para a realização das entrevistas, o que tornou, através de suas respostas e vivências, possível a realização desta dissertação.

Às professoras Doutoras Lúcia Beatriz Ressel e Themis Kessler, as quais cederam seu tempo para a leitura e para o engrandecimento desta dissertação.

Às minhas queridas colegas de mestrado Lisiane Martins, Janaína Carlesso e Carine Barcellos, pela amizade e pela agradável companhia ao longo dessa caminhada de aprendizagem.

À tradutora Rogéria dos Santos, pela amizade, dedicação, empenho e excelência em seu trabalho.

À professora Doutora da Fisioterapia, Marisa Gonçalves, que me apoia, incentiva, ensina e inspira a buscar a pesquisa; pessoa fundamental na conclusão de minha especialização e que acompanhou meus primeiros passos, tropeços e crescimento em busca do aprimoramento e da aprendizagem na minha futura carreira de docente.

“Quem não compreende um olhar, tampouco compreenderá uma longa explicação”

(Mário Quintana)

RESUMO

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

A COMUNICAÇÃO ENTRE FISIOTERAPEUTAS E SUJEITOS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA

AUTORA: FRANCINE MANARA BOTAGARAI

ORIENTADORA: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 04 de março de 2011.

Este trabalho apresenta uma investigação sobre a forma de comunicação que o fisioterapeuta efetua durante a sessão com o sujeito com Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP) com oralidade restrita ou ausente. Para tal meta, foram realizadas entrevistas com doze fisioterapeutas sobre a comunicação não verbal e, a seguir, sobre o uso da Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA) na terapia com cinco fisioterapeutas que conheciam e utilizaram esse recurso. Após a leitura inicial da coletânea das narrativas, verificou-se que todos os fisioterapeutas consideram importante e realizam a comunicação não verbal, principalmente por meio da leitura de expressões corporais e faciais. Quanto ao uso da CAA, os cinco fisioterapeutas do grupo amostral ressaltaram a importância desse recurso, embora somente um desses o utilize rotineiramente. Conclui-se que os fisioterapeutas procuram investir em uma comunicação não verbal e/ou CAA com o sujeito com ECNP que apresenta oralização restrita ou ausente e que tal investimento produz melhoras na interação e no vínculo com o sujeito em tratamento. Todavia, o aprendizado teórico e prático, tanto da comunicação não verbal quanto da CAA, apresenta-se falho e insuficiente na graduação de Fisioterapia. Esse fato pode ser considerado como uma das causas do investimento precário na comunicação não verbal, assim como do desconhecimento ou do uso não rotineiro da CAA na terapia. Os resultados sugerem a necessidade de ultrapassar o modelo exclusivamente biomédico na formação do fisioterapeuta e de adotar uma formação que busque a humanização e a promoção de qualidade no atendimento fisioterápico.

Palavras-chave: Encefalopatia Crônica Não Progressiva; Fisioterapia; comunicação não verbal; Comunicação Aumentativa Alternativa; humanização.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Post-Graduation Program in Human Communication Disorders
Federal University of Santa Maria

COMMUNICATION BETWEEN PHYSIOTHERAPISTS AND SUBJECTS WITH CHRONIC NON-PROGRESSIVE ENCEPHALOPATHY

AUTHOR: FRANCINE MANARA BORTAGARAI

ADVISOR: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA

Date and Place of Presentation: Santa Maria, March 4th, 2011.

This work presents an investigation of the way physiotherapists perform their communication with subjects with chronic non-progressive encephalopathy (CNPE) having restricted or absent speech. For this purpose, we interviewed twelve physiotherapists about non-verbal communication and then we interviewed the five physiotherapists who knew and used the alternative and augmentative communication (AAC) in therapy about the use of this resource. After the initial reading of the narratives, we noticed that all the physiotherapists consider non-verbal communication important and perform it, mainly through reading facial and body expressions. Concerning the use of AAC, the five professionals of the sample emphasized the importance of this resource, although only one of them makes use of it routinely. We conclude that the physiotherapists strive to invest in non-verbal communication and/or AAC with CNPE subjects who present restricted or absent speech and that such an investment improves the hospitalization outcomes and the interaction between the subjects and the professionals who treat them. However, the theoretical and practical learning of non-verbal communication and ACC seems flawed and inadequate in physiotherapy undergraduate course. This fact can be considered one of the causes of the poor use of non-verbal communication as well as one of the causes of the lack of knowledge or of the non-routine use of AAC in therapy. The results suggest the need to overcome the purely biomedical model in the formation of the physiotherapist and to adopt some training that seeks to humanize and promote quality in physical therapy services.

Keywords: Chronic non-progressive encephalopathy; Physiotherapy; non-verbal communication; Alternative and Augmentative Communication; humanization.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	108
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com os fisioterapeutas	111
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com os fisioterapeutas que utilizam a CAA	112

SUMÁRIO

Resumo	ix
Abstract	x
Lista de apêndices	xi
INTRODUÇÃO	13
1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
1.1 Encefalopatia Crônica Não Progressiva	18
1.2 Formas de comunicação	23
1.2.1 Comunicação não verbal	23
1.2.2 Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA): caracterização e aplicações terapêuticas e educacionais	30
1.3 Atuação do fisioterapeuta no sujeito com ECNP	35
2 METODOLOGIA	44
2.1 Tipo de pesquisa	44
2.2 Critérios de inclusão e exclusão	45
2.3 População e amostra	45
2.4 Material e método	46
2.4.1 Procedimentos de coleta e materiais	46
2.4.2 Análise dos resultados	47
3 PRIMEIRO ARTIGO DE PESQUISA: DISCURSO DE FISIOTERAPEUTAS ACERCA DA COMUNICAÇÃO COM SUJEITOS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA	49
Resumo	49
Abstract	50
3.1 Introdução	51
3.2 Método	53
3.3 Resultados	54
3.4 Discussão	60
3.5 Conclusão	64
Referências	65
4 SEGUNDO ARTIGO DE PESQUISA: A COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA ALTERNATIVA NA SESSÃO DE FISIOTERAPIA	69
Resumo	69
Abstract	70
4.1 Introdução	71
4.2 Métodos	73
4.3 Resultados	74
4.4 Discussão	80
4.5 Conclusão	84
Referências	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	108
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com os fisioterapeutas	111
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com os fisioterapeutas que utilizam a CAA	112

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) ou Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP) refere-se ao prejuízo motor não evolutivo, adquirido antes dos dois primeiros anos de vida, que manifesta desordem do movimento e da postura (DIAMENT, 1996; FERRARETTO, 1997; ROTTA, 2002). Devido a esse fato, a criança com ECNP é encaminhada para programas de reabilitação com o objetivo de suprir ou amenizar os seus déficits, sendo monitorada por profissionais de diferentes especialidades. Dentre os profissionais que atuam na intervenção terapêutica da criança, estão o fisioterapeuta e o fonoaudiólogo.

Enquanto as intervenções motoras propostas pelo fisioterapeuta priorizam a facilitação de padrões normais de movimento e a melhora das capacidades motoras básicas para um melhor desempenho das habilidades funcionais (NELSON, 2004), a terapia do fonoaudiólogo abrange a comunicação desses pacientes (MARUJO, 1998). Apesar dessa intervenção multidisciplinar nos casos de ECNP, há poucos momentos de real integração, via inter ou transdisciplinaridade nesses casos, sobretudo, em relação ao processo comunicativo desses sujeitos.

Sabe-se que o local de realização da fisioterapia deve apresentar não somente materiais e espaço suficiente para a intervenção, mas também deve proporcionar interações afetuosas e de compreensão mútua na forma com que o sujeito se relaciona com o fisioterapeuta e vice-versa (RIBEIRO, MORAES e BELTRAME, 2008). No entanto, as formas de comunicação entre o profissional e o paciente não são tratadas como aspecto importante durante o processo terapêutico (BLASCOVI-ASSIS, 2004; MEDINA e ANDRADE, 2004). Esse fato talvez explique a falta de troca de informações entre fisioterapeuta e fonoaudiólogo sobre as possibilidades comunicativas do sujeito com ECNP de forma a auxiliar sua comunicação durante a sessão de fisioterapia. Muitos fisioterapeutas desconhecem a existência, por exemplo, da Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA) como um recurso substituto da fala ou complementar a ela e à expressão corporal.

Tal desconhecimento parece se opor ao que alguns pesquisadores relatam sobre a importância de que profissionais da área da saúde, responsáveis pelo cuidado, sejam capazes de observar tanto as manifestações verbais como as não verbais do paciente (MESQUITA, 1997; MEDINA e ANDRADE, 2004; ARAÚJO,

SILVA e PUGGINA, 2007; RIBEIRO, MORAES e BELTRAME, 2008). Alegretti et al. (2001) consideram que a humanização do atendimento ao paciente deve considerar a subjetividade, os valores culturais e pessoais e não apenas a patologia, bem como a empatia e a comunicação entre o paciente e o terapeuta.

O programa terapêutico deve ser desenvolvido por meio da efetuação de atividades significativas para o paciente, direcionadas às suas necessidades, para o indivíduo sentir-se motivado durante a terapia. Dessa forma, é essencial ao terapeuta compreender as metas específicas do seu paciente e manter a sua individualidade (NELSON, 2004).

Utilizada pelos terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, a CAA é um recurso viável nos casos em que os sujeitos apresentam uma linguagem receptiva preservada, mas com oralidade ausente ou restrita (GAVA, 1999). Seus benefícios estão bem documentados em diversas pesquisas. (TREVIZOR e CHUN, 2004; ALMEIDA, PIZA e LAMÔNICA, 2005; PAULA e ENUMO, 2007). Tal comunicação não é substituta total da comunicação corporal e, em alguns casos, em que a oralização é possível (JOHNSON, 1998), ela pode complementar outras formas de expressão do sujeito, possivelmente já presentes nas sessões de fisioterapia, sobretudo, os sinais corporais.

Considerando que a comunicação é imprescindível para a assistência prestada com qualidade e humanização ao paciente (BLASCOVI-ASSIS, 2004; SOLAR e PAULA, 2004; CESA, 2009), este estudo pretende abordar a problemática envolvida no processo de comunicação entre fisioterapeutas e sujeitos com ECNP na sessão de fisioterapia.

A comunicação é uma necessidade humana básica, sendo um denominador comum de todas as ações dos profissionais da saúde e imprescindível para uma assistência prestada com qualidade (STEFANELLI, 1993).

Para Araújo, Silva e Puggina (2007), a comunicação não é somente um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas sim uma competência e uma capacidade interpessoal, a qual permite atender as necessidades do paciente em todas as suas dimensões. Mesquita (1997) considera que os sinais não verbais são importantes, principalmente para os profissionais cuja ação está mais diretamente relacionada ao corpo e ao movimento, na medida em que contribuem para a comunicação sujeito-profissional.

Diversos autores relatam a necessidade de os profissionais da área da saúde perceberem que suas atuações vão além de técnicas adequadas e de aprendizagem anatomofuncional (SILVA, 1998; AMORIN, MOREIRA e CARRARO, 2001; SOLAR e PAULA, 2004; RIBEIRO, MORAES e BELTRAME, 2008). O desejo do sujeito é aspecto fundamental para a terapia, pois há algo a mais para compreender, observar e vivenciar entre músculos, tendões, ligamentos, ossos, inervações, encéfalo, medula, coração, pulmão e todo seu sistema de funcionamento envolvido (MEDINA e ANDRADE, 2004).

Pesquisas mostram que os sinais não verbais têm efeito cinco vezes maior que as palavras pronunciadas e que quando há incoerência entre o que é falado e o que é percebido, as pessoas dão maior importância à mensagem não verbal e desconsideram o que foi transmitido oralmente (SILVA, 1998; PEASE e PEASE, 2005).

Segundo Birdwhistell (1970 apud SILVA et al., 2000), apenas 35% do significado social de uma conversa corresponde às palavras pronunciadas, os outros 65% seriam correspondentes aos canais de comunicação não verbal. Para Rector e Treita (1985, apud SILVA et al., 2000), 55% da comunicação face a face se dá através do corpo, gesto e expressão facial; 38% é tributável à tonalidade, intensidade e outras características da voz e apenas 7% é realizada por meio de palavras.

Nem sempre a comunicação é efetiva. Alguns dos fatores que interferem na efetiva interação entre o profissional da saúde e seu paciente estão na ansiedade dos profissionais em sua rotina diária com o paciente grave e nas atitudes impessoais (ORIÁ, MORAES e VICTOR, 2004). Narcizo (2006) relata a carência de disciplinas curriculares obrigatórias no curso de Fisioterapia voltadas para o autoconhecimento corporal com a finalidade de ampliar a percepção do aluno, sensibilizando-o para uma relação terapêutica mais humanizada. Vilela e Mendes (2003) consideram que a universidade deve ter responsabilidade social na formação do aluno, garantindo-lhe uma percepção da qualidade no atendimento.

São inúmeras as pesquisas que demonstram a dificuldade dos profissionais da saúde em perceberem e utilizarem os sinais não verbais de modo consciente (CARVALHO, 1987; SILVA, 1998; SAWADA, 1990; SILVA, 1993; BERTONCELLO,

1999; MONEIA, 2002; MEDINA e ANDRADE, 2004; RIBEIRO, MORAES e BELTRAME, 2008).

Ribeiro, Morais e Beltrame (2008) consideram a falta de informação sobre como tratar o ser humano, principalmente se o propósito profissional for cuidar do bem-estar deles, como uma importante causa da desumanização dos sujeitos com ECNP.

Segundo Medina e Andrade (2004) o sujeito com patologia pode se relacionar de várias formas, não apenas com a coordenação de um sorriso, com um abraço esperado, mas, principalmente, com um olhar de entendimento.

Desse modo, faz-se necessário que o profissional da saúde trabalhe sua capacidade de percepção, uma vez que a rotina e os problemas do dia a dia fazem com que ele olhe sem ver, escute sem ouvir e toque sem sentir (SILVA, 1998).

Para Blascovi-Assis (2004), a interdisciplinaridade, a tríade família, criança e terapeuta e a associação das ciências humanas com as ciências da saúde revelam-se em novas perspectivas para a formação de profissionais que emergem da visão cartesiana em busca de seu papel social na reabilitação.

Sob essa ótica, esta pesquisa tem como questão as formas de comunicação entre fisioterapeutas e sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Progressiva no processo terapêutico. Espera-se, com o desenvolvimento deste estudo, trazer contribuições para a reflexão das possibilidades de comunicação, durante a sessão de fisioterapia, com os sujeitos com ECNP e, assim, contribuir para a maior humanização desses atendimentos.

Acredita-se que investigar o conhecimento dos fisioterapeutas acerca da CAA e outras formas de comunicação e analisar de que forma o profissional está promovendo essa interação com o sujeito que atende seja a contribuição deste trabalho. Busca-se ainda sugerir novos caminhos de reflexão quanto à compreensão dos gestos, expressões faciais, falas e vocalizações e do que realmente o corpo do sujeito está querendo dizer durante a realização da fisioterapia. Esse olhar permite saber detalhes sobre situações de prazer e desprazer na realização dos exercícios motores e conhecer cada indivíduo em sua subjetividade de modo a programar sua terapia, considerando as singularidades de cada caso. Tal olhar pode viabilizar a participação e o comprometimento maior do sujeito com sua reabilitação motora a partir de sua escuta mais atenta na sessão de

fisioterapia. Também, secundariamente, prevê-se que o trabalho possa divulgar a CAA junto ao grupo de profissionais fisioterapeutas.

Considerando os aspectos abordados nesta introdução, o **objetivo geral** desta pesquisa é analisar as formas de comunicação entre fisioterapeutas e sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP) no discurso dos profissionais durante a sessão de fisioterapia. Os **objetivos específicos** são analisar, no discurso dos fisioterapeutas, as formas de comunicação não verbal no processo terapêutico entre o fisioterapeuta e sujeitos com ECNP, entre elas, o conhecimento de fisioterapeutas a respeito da leitura corporal. Também se investigou o conhecimento da Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA) com os sujeitos com ECNP enquanto forma verbal.

A partir de tais objetivos foram produzidos dois artigos que compõem os resultados desta pesquisa, cujo modelo de dissertação é o alternativo. As temáticas dos artigos foram **“O Discurso de Fisioterapeutas acerca da comunicação com sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Progressiva”** e **“A Comunicação Aumentativa Alternativa na sessão de fisioterapia”**. O primeiro artigo foi realizado com base em entrevistas, cuja temática foi acerca da comunicação entre o fisioterapeuta e o sujeito com ECNP de um ponto de vista geral e, mais especificamente, acerca da leitura corporal, e será submetido para publicação na **Revista Fisioterapia em Movimento**¹. O segundo artigo, também realizado com base em entrevistas, mas com os fisioterapeutas que conhecem e utilizam a CAA, será submetido para apreciação na **Revista CEFAC – Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação**².

Ao final da dissertação são tecidas considerações finais sobre os resultados da pesquisa de um modo mais global e de suas implicações para a atuação do fisioterapeuta com sujeitos com ECNP com oralidade restrita ou ausente.

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

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

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP)

O termo “Paralisia Cerebral” é considerado inadequado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por sugerir ausência de funcionamento cerebral, o que leva a concluir erroneamente que o cérebro está paralisado. Se esse fosse o caso, seria diagnosticada morte cerebral ou paralisia total do cérebro, o que não estaria em consonância com o sintoma de lesão cerebral, já que as lesões podem ocorrer parcialmente em algumas áreas do cérebro. Devido a isso, o termo clínico específico utilizado para essa deficiência é Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP) (CASTRO et al., 2006).

Durante o desenvolvimento da criança, seu aspecto motor passa por grandes evoluções. No padrão de normalidade, o desenvolvimento motor é “um desabrochar gradual das habilidades latentes na criança” (p.1). Apesar de a criança com paralisia cerebral também se desenvolver, “seu ritmo é mais lento e [...] segue um curso anormal” (p.2) (BOBATH, 1989).

A ECNP não se constitui como uma doença. Ela se caracteriza por apresentar, na primeira infância, um distúrbio da função motora que causa resistência aos movimentos (também conhecido como espasticidade) e/ou movimentos involuntários dos membros inferiores e superiores (ZANINI, CEMIN e PERALLES, 2009). No sentido lato, a ECNP compreende uma grande variedade de fatores causadores e descreve a evolução de distúrbios da função motora secundários a uma patologia não progressiva do cérebro imaturo (BASIL, 1995; DIAMENT, 1996; HARE, DURHAM e GREEN, 2000; PIOVESANA, 2002).

A lesão cerebral pode ocorrer durante o período pré, peri ou pós-natal, sendo de caráter não progressivo, mas frequentemente mutável devido a uma disfunção encefálica presente antes da sua maturação completa (TORFS et al. 1990; HOWLE, 1999).

Não há na literatura um consenso quanto ao limite de idade para se considerar que uma lesão do Sistema Nervoso Central (SNC) possa causar quadro clínico compatível com ECNP. Esse limite é relatado desde a vida pré-natal até a

infância (DIAMENT, 1996), até os três anos de idade (SCHWARTZMAN, 1993) e até a idade de 7 anos, aproximadamente (MONREAL e MORAES, 2003) .

Durante muito tempo, estudos demonstravam que a principal causa da ECNP era a anóxia perinatal. Contudo, estudos novos comprovam uma etiologia multifatorial, dividida em três categorias: pré-natais, perinatais e pós-natais (ROTA, 2002).

Dentre as causas pré-natais estão a prematuridade, os fatores tóxicos (cigarros, drogas, medicamentos e álcool), os distúrbios metabólicos (obesidade, diabetes, desnutrição), as desordens genéticas e cromossômicas (incompatibilidade Rh- criança com Rh positivo nascidos de mães Rh negativo) e as infecções congênitas. Associados às causas perinatais, encontram-se hemorragia intracraniana, infecção do SNC, edema cerebral, anóxia e hipóxia. Já as causas pós-natais são relacionadas a Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), meningoencefalites, patologias vasculares cerebrais, encefalopatias desmielinizantes e convulsões prolongadas (MARQUES, OLIVEIRA e SANTOS, 1998).

Luria (apud KOHL 1999, p.83) afirma que quanto à cognição da criança com ECNP, ela pode ter inteligência normal ou até acima do normal, mas também pode ter atraso intelectual, não só devido às lesões cerebrais, mas também pela falta de experiência resultante das suas deficiências. Segundo esse autor, as expressões faciais, os movimentos associados e descoordenados, juntamente com as dificuldades de linguagem, devido à falta de controle dos movimentos, podem aparentar um atraso mental que na realidade não existe.

Quanto às relações que se estabelecem entre uma pessoa nessa condição e as outras de seu convívio, Basil (1995) destaca que:

[...] a falta de percepção de eficácia pode afetar tanto a criança como as pessoas que a cercam, as quais podem ter aprendido que seus esforços são inúteis para conseguirem uma interação apropriada com a criança com problemas motores (BASIL, 1995, p.260)

Caso haja intervenções precoces e eficazes, uma criança com ECNP tem condições de desenvolver plenamente suas funções cognitivas (BASIL, 1995). Com a oferta adequada de estímulos necessários, será possível obter a melhora da capacidade funcional do indivíduo (MIRANDA, RIBEIRO e SILVA, 1995). Portanto, é imprescindível a obtenção do diagnóstico da ECNP o mais cedo possível, pois a

identificação precoce contribuirá para que a criança não seja tratada como deficiente intelectual ou com distúrbio de conduta devido ao comprometimento da fala (disartria e anartria) e/ou à presença de reações semelhantes a movimentos involuntários e tiques nervosos, (BASIL,1995) deflagrados por distúrbios associados à paralisia cerebral. Em contrapartida, a ausência das intervenções pode significar uma lentificação ou, às vezes, uma estagnação na evolução dessas crianças.

Segundo Rotta (2002), o diagnóstico é primordialmente clínico e baseado na história da gravidez, do parto e da própria criança. Esse diagnóstico pode ser realizado imediatamente com base em dados e exames que se fizerem necessários. No Brasil, estima-se que a cada 1000 crianças que nascem, sete apresentam ECNP (HOWLE, 1999). Essa condição pode estar relacionada a problemas gestacionais, más condições de nutrição materna e infantil e atendimento médico e hospitalar muitas vezes inadequados dada a demanda e as condições clínicas apresentadas, e também em caso de crianças nascidas antes da correta maturação neurológica (DIAMENT, 1996; FERRARETTO, 1997).

A classificação da ECNP baseada em aspectos anatômicos analisa os sinais clínicos, sendo conhecidas as formas espásticas ou piramidais, coreoatetósicas ou extrapiramidais, atáxica e a mista. O tipo espástico é o mais frequente e 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 coreoatetósica. Quando há comprometimento no cerebelo, registra-se a forma atáxica, com alterações no equilíbrio e na coordenação motora, associadas à hipotonia muscular nítida. Já as formas mistas são caracterizadas por diferentes combinações desses transtornos (SHEPHERD, 1998; ROTTA, 2002).

Conforme a topografia motora comprometida, são diferenciadas as formas quadriplégica, hemiplégica e diplégica, sendo a monoplegia pura ou a triplegia, provavelmente, não existentes, embora, em alguns casos, pareçam enquadrar-se nessas categorias (SHEPHERD, 1998).

Para Andrade (2000), o termo monoplegia remete ao acometimento de apenas um segmento corpóreo ou um membro. Os casos mais frequentes são os de acometimento de um braço, devido à paralisia braquial obstétrica, por lesão do plexo braquial durante partos difíceis, diferente, portanto, da monoplegia por paralisia

cerebral, forma rara de se observar na prática clínica. Na diplegia, os membros superiores têm menor grau de comprometimento em relação aos inferiores, embora os quatro membros estejam acometidos. Na triplegia, três membros são acometidos, sendo remota sua ocorrência. A quadriplegia é observada quando os quatro membros são afetados. A hemiplegia ocorre quando somente um segmento 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, enquanto a terminologia “plegia” significa perda total do movimento, o que quase nunca é observado na prática clínica com ECNP.

Além desses eventos lesivos, frequentemente a ECNP vem associada a outros prejuízos como epilepsia, deficiências sensoriais (auditivo, visual, dentre outras), mentais, cognitivas, emocionais, de comunicação e alimentação (SHWARTZMAN, 1993; MARUJO, 1998; BAX, 2000; MONREAL e MORAIS, 2003; NELSON, 2004.). Além disso, Marujo (1998) 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.

As crianças com ECNP apresentam, muitas vezes, um bom desenvolvimento da cognição e da linguagem, entretanto, a verbalização pode estar restrita ou ausente, tanto em função do comprometimento do aparelho fonoarticulatório (anartrias, disartrias), quanto ao nível cortical (apraxias, afasias); outros apresentam linguagem pobre, possivelmente associada a alterações cognitivas (retardo mental em diversos graus) ou ainda relacionada a aspectos emocionais (PFEIFER, 1994).

Schwartzman (1993) relata que 75% dos casos de ECNP apresentam restrição intelectual em graus diversificados e uma grande parte dos que possuem inteligência normal tem obstáculos na vida acadêmica, pois as crianças podem apresentar problemas auditivos, visuais (estrabismo, erros de refração, hemianopsia), epilepsia, alterações sensórias, dentre outros, associados à ECNP. Podem ocorrer também problemas de caráter psicológico motivados por fatores de dificuldade de adaptação e integração.

Segundo Cesa (2009), a literatura médica pouco comenta e/ou valoriza as inúmeras possibilidades de descrições e variações das manifestações da linguagem

em sujeitos acometidos pela ECNP, considerando que tal discussão fica praticamente em segundo plano.

A literatura tem descrito uma diversidade de manifestações linguísticas e paralinguísticas da criança com ECNP, desde ausência de intenção comunicativa até grandes dificuldades na expressão oral devido a alterações orais importantes, que impedem a articulação de sons, palavras e frases. No que se referem aos desvios da linguagem, dificuldades podem ser percebidas nos sistemas fonológico, semântico, sintático e até mesmo pragmático, com diferentes manifestações: trocas, omissões, substituições e distorções de fonemas, emissão de finais de palavras, frases com inversão na ordem de seus elementos ou ausência de alguns deles, desprovidos de significação (LAMÔNICA, 2003).

Embora a fala possa estar ausente, a criança ECNP pode manifestar suas intenções, sentimentos e necessidades por meio dos gestos, expressões faciais e vocalizações (SAMESHIMA, 2006).

Vasconcellos (1999) afirma, através de sua atuação clínica com crianças com ECNP que, embora haja o impedimento orgânico, o mínimo de habilidade motora que resta nessa criança é atravessado pela linguagem:

As limitações motoras e a ausência de fala articulada não eram capazes de barrar, nesses sujeitos, um olhar ou alguma mímica facial sempre passíveis de ganharem sentido para o outro. Esses "olhares" ou "mímicas" diziam de uma presença significada e significativa- não se tratavam de movimentos reflexos e sim de gestos puros de significação que convocavam que eram um apelo dirigido ao outro (VASCONCELLOS, 1999, p.2).

Oliveria e Chun (2007) ainda destacam a presença da linguagem mesmo na ausência ou comprometimento da oralidade e apontam a relação direta oralidade/linguagem como equívoco frequente quando se trata de sujeitos sem fala articulada. Sem a comunicação, as interações ficam limitadas, e, por esse motivo, é importante o uso de estratégias para desenvolver as competências comunicativas daqueles que não têm comunicação funcional (SAMESHIMA e DELIBERATO, 2007), tanto em situações terapêuticas quanto nos ambientes naturais, como no caso da escola e nas situações familiares (DELIBERATO e LOPES, 2007; DELIBERATO et al., 2007; CESA, 2009).

Assim, pode-se afirmar que a demanda de sintomas e características apresentados por essa população aumenta ainda mais o compromisso da atuação

fisioterápica, bem como das outras áreas da saúde e da educação, para se poder vislumbrar melhores condições de desenvolvimento, qualidade de vida e inserção social aos sujeitos acometidos por alguma lesão neurológica.

1.2 Formas de comunicação

Há distintos modos de comunicação que se distribuem em formas verbais e não verbais. Neste trabalho, interessa revisar as formas não verbais e, entre as verbais, a Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA), que são os meios pelos quais o sujeito com ECNP grave consegue a comunicação.

1.2.1 Comunicação não verbal

Em uma perspectiva da teoria da comunicação, há um emissor, um receptor e um meio pelo qual a mensagem é propagada. Esse meio ou canal pode ser verbal, corporal, escrito ou pictórico (CESA, 2009). Indubitavelmente, supõe-se que a comunicação oral é o meio mais eficiente para permutar informação, no entanto, isso depende da capacidade do emissor em expressar a intenção de forma precisa e do receptor em ouvir de modo eficiente, totalmente à parte da compreensão da mensagem (VILELA, 2009).

A comunicação pode ser realizada de forma verbal e/ou não verbal. A comunicação verbal exterioriza o ser social, e a não verbal, o ser psicológico, sendo sua principal função a demonstração dos sentimentos (SILVA, 1993; STEFANELLI, 1993; VILELA, 2009). A dimensão não verbal da comunicação contém sinais utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal (SILVA, 2002). Em caso de conflito entre a mensagem verbal e a comunicação não verbal, a mensagem não verbal prevalecerá (SCHELLES, 2008).

Mesmo que o *Homo sapiens* sempre tenha se comunicado através de grunhidos e gesticulações, é atribuída, em geral, maior relevância à comunicação verbal expressa pela linguagem falada ou escrita (SILVA et al., 2000). Há autores, como Birdwhistell (1970 apud SILVA et al., 2000), que consideram o homem como um ser multissensorial, colocando em menor relevo a verbalização já que apenas 35% do significado social de qualquer interação corresponde às palavras

pronunciadas. Para Silva (2002), a comunicação não verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entonação da voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão; em 55%, é constituída pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o homem dentro de seu contexto específico.

Para Keil e Tiburi (2004), o corpo imóvel também consegue comunicar-se:

O corpo em Sade é puro movimento. Não existe nele nenhuma possibilidade de repouso, mesmo com a morte. O corpo morto se dilui, mas sua dissolução é um enorme estado de movimento. Fascinante! Poderá o corpo transmutar-se, metamorfosear-se, mas jamais entrará em estado de inércia, pois o corpo é um ciclo de forças (KEIL e TIBURI, 2004, p. 65).

A comunicação não verbal qualifica a interação humana, imprime emoções, sentimentos, adjetivos e envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como os gestos, as expressões faciais, os olhares, as orientações do corpo, as posturas, a relação de distância entre os indivíduos e, ainda, a organização dos objetos no espaço. Mesmo presente no nosso dia a dia, muitas vezes, não se tem consciência de sua ocorrência nem mesmo de como acontece (CORRAZE, 1982; STEFANELLI, 1993; SILVA, 2002; ARAÚJO, SILVA e PUGGINA, 2007).

Penha e Silva (2009) destacam, quanto à comunicação, que nos últimos anos, com o desenvolvimento dos estudos voltados para a comunicação, essa se tornou o veículo para os mais belos discursos de humanização em saúde. A ênfase do toque não técnico, do olhar não direcionado à busca de patologias, da aproximação sincera e fraterna, quando não amorosa, tem resgatado valores humanos que ficaram em algum lugar no tempo e no espaço da história do homem que, por sua vez, desenvolveu novos modos de adoecer. É preciso criar novas formas de cuidar. E cuidar é, fundamentalmente, uma expressão comunicacional. Sobre esse assunto, Aranha e Martins consideram:

Se o corpo não é coisa, nem obstáculo, mas é parte integrante da totalidade do ser humano, meu corpo não é alguma coisa que eu tenho; eu sou meu corpo. Ao estabelecer o contato com outra pessoa, eu me revelo pelos

gestos, atitudes, mímica, olhar; enfim, pelas manifestações corporais. Ao observar o movimento de alguém, não o vejo enquanto simples movimento mecânico, como se o outro fosse máquina, mas como sujeito cujo movimento representa um gesto expressivo. Portanto, o gesto nunca é apenas corporal: ele é significativo e nos remete imediatamente à interioridade do sujeito. (ARANHA e MARTINS, 1993,p. 315)

Vasconcellos (1999) comenta que a exclusividade do olhar dirigido ao "fazer articular/comunicar" marginaliza (ou apaga) o fato de que esse corpo "já fala" porque "já escuta". Para Gil (1997), o conceito do olhar vai além da simples visão, significa perceber, conhecer, comunicar-se. Retratar isso significa reconhecer que ali, nesse prejudicado corpo, existe um sujeito. Deve-se, porém, haver a distinção entre ouvir e escutar, ou seja, admitir que audição e escuta não coincidem. O ouvir é um "fenômeno fisiológico" e o escutar é mais que isso – envolve "interpretação", é um "fenômeno linguístico", o que nos remete ao sujeito, à linguagem e seus efeitos de sentido.

A comunicação não verbal é classificada por Knapp (1980) conforme: modalidades da voz (paralinguagem), uso do espaço pelo homem (proxêmica), linguagem do toque (tacêsica), características físicas (forma e aparência do corpo), fatores do meio ambiente (disposição dos objetos no espaço) e linguagem corporal (cinésica). Para a análise do estudo em questão, serão tidas como relevantes a tacêsica, proxêmica e a cinésica.

O termo proxêmico foi introduzido por Hall, nos anos 80, a fim de considerar a distância interpessoal como um instrumento expressivo na interação não verbal (MESQUITA, 1997). Sendo o espaço um meio de comunicação não verbal que influencia o relacionamento interpessoal, a proxêmica estuda o significado social do espaço e sua estruturação inconsciente (STEFANELLI, 1993). O seu estudo tem contado com um número crescente de investigações, inicialmente, na área da Antropologia e da Psicologia e, hoje, encontram-se vários estudos na área da Enfermagem.

A importância de se observar as relações proxêmicas – posição e distanciamento, volume de voz e postura corporal que deve haver entre o profissional de saúde e o sujeito durante a abordagem física deste – é retratada em estudos realizados com sujeitos queimados (SILVA, SILVA e MENEZES, 2006), portadores de HIV/AIDS (GALVÃO et al., 2006) e laringectomizados (SAWADA et al., 2000). Nesses estudos, o volume de voz e o distanciamento dos profissionais frente

ao sujeito foram adequados, havendo o predomínio do contato visual durante as interações observadas.

Outro meio de comunicação não verbal é o toque ou tacésica. O toque deve estar presente em toda assistência, não deve ser condicionado à realização de procedimentos técnicos científicos e deve ter a finalidade de demonstrar carinho, empatia, segurança e proximidade em relação ao sujeito (SILVA, 2002). Tal fato pode ser visualizado em estudos que analisaram o toque na díade mãe-filho, sendo ele sujeito com HIV (GALVÃO et al., 2009), e a relação enfermeira e pré-parturientes (PINTO, ROCHA e SILVA, 2002). Em ambos os estudos, o toque permitiu intimidade, segurança e apoio. Isso também foi verificado em situações na Unidade de Terapia Intensiva, demonstrando o quanto o toque interfere no estado físico e mental do sujeito, podendo gerar segurança e conforto, assim como pode gerar medo e ansiedade (ZINN, SILVA e TELLES, 2003; BARLEM et al., 2008; GALA, TELLES e SILVA, 2003).

Várias são as pesquisas que, abrangendo muitos dos aspectos anteriormente citados, suscitam a discussão da importância da compreensão da comunicação não verbal na interação do terapeuta com usuários de atendimentos de saúde mental (CASTRO e SILVA, 2001), em programa de hemodiálise (GULLO, LIMA e SILVA, 2000; DIAS e VIEIRA, 2008), com pacientes em estado terminal (ARAUJO e SILVA, 2007), com sedados na Unidade de terapia Intensiva (ZINN, SILVA e TELLES, 2003; ORDAHI, PAOILHA e SOUZA, 2007), com mulheres amamentando em pós-parto (LEITE, SILVA e SCOCHI, 2004), com idosos institucionalizados (MACHADO e BRÊTAS, 2006), com sujeitos surdos (CHAVEIRO, PORTO e BARBOSA, 2009), com sujeitos oncológicos com ostomia (PAEGLE E SILVA, 2005), com crianças autistas (CAMPELO et al., 2009) e com sujeito estrangeiro hospitalizado (CHUBACI e MERIGHI, 2002). Em todos os estudos, fica evidente a importância da comunicação não verbal na percepção dos sentimentos dos sujeitos, o que tem papel fundamental para o cuidado em saúde. Um exemplo é a investigação acerca da sexualidade de mulheres residentes em uma área rural, que demonstraram desconforto, de modo não verbal, diante de questionamentos sobre sua vida sexual (RESSEL e SILVA, 2001).

Além desses meios de comunicação, a cinésica, também denominada cinética, estuda a linguagem de gestos e mímicas utilizada como signos de

comunicação, quer por si só, quer como acompanhamentos da linguagem articulada, e assume um papel importante na decodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais ou pessoais (GUIRAUD, 1991; SILVA et al., 2000). A cinésica foi estudada por Darwin em 1872 sob uma ótica de movimento do corpo, da emoção e da alma, mas foi nos anos 50 que o antropólogo Birdwhistell (1985), pioneiro em tentar compreender a linguagem do corpo, concebeu e definiu uma “ciência” dos gestos corporais, a que deu o nome de Kinesis. Ele considera que não há gestos ou movimentos corporais que possam ser considerados como símbolos universais e que toda cultura tem seu repertório gestual (SILVA et al., 2000).

Guiraud (1991) considera que o corpo fala através de gestos, mímicas, de deslocamentos e de gritos, que são utilizados como signos naturais codificados por cada cultura. Esse mesmo autor considera o punho erguido para “ameaçar”, o olhar perdido de distração ou desinteresse, os dentes cerrados com raiva ou medo e os braços afastados simbolizando acolhida tanto como signos quanto palavras da linguagem articulada. Vilela (2008), sustentada na afirmação de que o corpo vive, registra, reage e revela a história individual, afirma que a leitura corporal relaciona as formas e a funcionalidade do corpo, os traços fisionômicos, as posturas, as sensações e os sintomas físicos com conteúdos mentais e com as particularidades comportamentais. Para Bertherat e Bernstein (1983), o corpo é visualizado como a morada do ser onde está a escrita de toda a sua história, todos os acontecimentos manifestados através de rigidez e retrações musculares, dores, expressões faciais e de deformações sofridas ao longo dos anos por programações imperativas. Esses autores enfatizam a importância do autoconhecimento corporal para o reencontro com o corpo harmonioso, equilibrado e autônomo.

Segundo Silva (1996), a habilidade em realizar uma leitura consciente dos diferentes gestos pode ser obtida com treinamento e tende a facilitar o reconhecimento de um sentimento ou emoção, ainda que sutilmente expressos. Essa habilidade favorece a ampliação da nossa percepção profissional, sendo mais um elemento para melhorar a qualidade do atendimento da fisioterapia e dos outros setores da saúde, pois à medida que refletimos sobre o nosso fazer, buscamos a excelência da nossa prática e da nossa competência profissional.

Diversas pesquisas realizadas com os profissionais da saúde demonstram que eles consideram importante o conhecimento da comunicação não verbal

(MESQUITA, 1997; SILVA et. al., 2000; MONEIA, 2002; RIBEIRO, MORAES e BELTRAME, 2008).

Em seu artigo, Mesquita (1997) coloca a comunicação não verbal como relevante na atuação profissional, sendo que a compreensão da comunicação através de sinais não verbais é de suma importância principalmente para profissionais cuja ação está intimamente relacionada ao corpo e ao movimento.

Além dessa preocupação relacionada ao sujeito que se comunica, também há pesquisas efetuadas com alunos, futuros profissionais da saúde, sobre suas percepções a respeito da comunicação não verbal emitida pelo sujeito (MONEIA, 2002; JESUS e CUNHA, 2008) e até mesmo a percepção que os estudantes possuem de si próprios em termos de comunicação não verbal e autoconhecimento corporal (NARCISO, 2006). Nesses estudos, foram reveladas as dificuldades dos alunos em interpretar as manifestações do seu próprio corpo e as ações corporais do sujeito em tratamento.

Dias e Vieira (2008) ponderam que:

Quando o profissional se relaciona com o sujeito, primeiro o profissional deve ouvir o que ele fala, em segundo lugar, o que ele não deseja falar e, em terceiro lugar, o que ele não pode falar (DIAS e VIEIRA, 2008, p.14).

A passividade dos sujeitos em sua relação com o profissional de saúde pode levá-los a se tornarem apenas um número, um caso clínico, uma ferida ou uma lesão diante de um olhar técnico (RESSEL e SILVA, 2001). Por isso, a importância de se considerar a comunicação não verbal como elo fundamental no processo de cuidado em saúde.

Araujo, Silva e Puggina (2007) consideram impossível o ato do cuidar do enfermeiro, a cura do médico, a reabilitação do fisioterapeuta, a compreensão e o aconselhamento do psicólogo, ou qualquer outra ação na assistência ao ser humano, sem haver habilidades de comunicação interpessoal, considerando tal comunicação não apenas um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas uma competência ou capacidade que deve integrar a formação do profissional em saúde. Já Pericardis considera que a imprudência do profissional relacionada à má utilização da comunicação não verbal e a percepção inadequada desta pode ser

caracterizada como uma ocorrência iatrogênica, de ação prejudicial, não intencional e define as suas consequências da seguinte maneira:

Pode ser mais cortante que um bisturi afiado ou mais dolorosa que a dor física. Esta pode trazer sequelas psicológicas ao paciente e influenciar de maneira decisiva no compromisso do mesmo com o terapeuta e na evolução do tratamento (PERICARDIS, 1999, p. 47)

Em pesquisa com estudantes de Medicina, concluiu-se que embora eles considerem importante o conhecimento da comunicação não verbal para ampliar o vínculo com o paciente e melhorar a compreensão deste, demonstraram não dominar os conceitos, sendo a relação interpessoal com o sujeito predominantemente verbal (MONEIA, 2002). Justificando ou não esse resultado, encontra-se o dilema de identidade da Medicina, na escolha entre o paradigma da frieza da atual sofisticação tecnológica e impessoal e aquele da interação secular e mágica, da arte do cuidar terapêutico (PERICARDIS, 1999).

Em outro estudo com profissionais da Educação Física, Medicina e Psicologia, por meio de análise das entrevistas semiestruturadas, foi possível evidenciar que esses profissionais consideram que o conhecimento e a experiencição dos sinais não verbais podem torná-los mais habilidosos na percepção e interpretação de estados subjetivos, contribuindo, assim, para melhorar a eficiência e a competência profissionais (MESQUITA, 1997). Esses resultados foram também obtidos com a construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros aplicarem em sujeitos hospitalizados (SILVA, 2002).

Há uma preocupação do fisioterapeuta que atua com sujeitos com deficiência mental e que não oralizam, na interação com esses sujeitos, uma vez que a formação profissional daquele está mais centrada na promoção do desenvolvimento motor e na reabilitação motora (RIBEIRO, MORAES e BELTRAME, 2008).

Mendes e Nóbrega enfatizam que:

[...] a educação, ao perceber que o corpo, natureza e cultura se interpenetram através de uma lógica recursiva, poderá compreender que o corpo natural é cultural, humano e animal, universal e singular, portanto histórico. Logo, ao perceber que não é possível ir em busca de um corpo isento de história e ao reconhecer a responsabilidade que possui ao colaborar com a reescrita dessa história, ela tem o desafio de permitir desabrochar as subjetividades, abrindo espaços que possibilitem aflorar o ser selvagem, o ser do abismo, um ser que, ao se modificar constantemente, provoca mudanças no ambiente, na sociedade, na cultura.

Uma educação que seja capaz de fazer desvendar a capacidade criativa de um corpo que, ao viver, se reestrutura mediante imprevistos, fazendo desvelar a complexa condição humana (MENDES e NÓBREGA, 2004, p.136).

Diante da exposição acima, na atualidade, a área que mais detém conhecimentos e estudos referentes à comunicação não verbal é a Enfermagem. Os trabalhos realizados por fisioterapeutas são quase escassos, apesar do compromisso que eles têm com o corpo e o movimento nessa profissão.

De modo especial, a interpretação da comunicação não verbal em sujeitos com ECNP com ausência ou restrição de oralidade parece fundamental para o aprimoramento de sua terapêutica corporal, tendo em vista a ideia de maior humanização de seu atendimento.

1.2.2 Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA): caracterização e aplicações terapêuticas e educacionais

Com a humanização da reabilitação e em função da maior sobrevivência dos sujeitos com ECNP (VOLPE, 1995; GALLAHUE e OZMUN, 2005; SILVEIRA e PROXIANOY, 2005) associada aos avanços tecnológicos de informática, aos aspectos de independência e inclusão escolar, houve a necessidade de se criar um sistema que permitisse uma comunicação eficaz com esses sujeitos (CESA, 2009).

Os profissionais que trabalhavam na área de reabilitação 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 (CAPOVILLA, CAPOVILLA e MACEDO, 1998). Na década de oitenta, ocorreu o crescimento e o refinamento na CAA. No início dos anos noventa, 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 (ALMEIDA, PIZA & LAMÔNICA, 2005). Essas mudanças favoreceram o enfrentamento do preconceito social (DRAGER, 2004), e pesquisas em áreas relacionadas iniciaram o estágio para um campo de atuação novo e multidisciplinar.

Nessa tentativa de facilitar e compensar, temporária ou permanentemente, as incapacidades dos indivíduos com severos distúrbios da comunicação expressiva e/ou distúrbios da compreensão, surge a CAA. O emprego da palavra “alternativa” se refere a tudo que é alternativo à palavra, como figuras, símbolos e desenhos. Já a nomenclatura “augmentativa” relaciona-se com a potencialização dos recursos comunicativos que ainda subsistem (GAVA, 1999).

Para indivíduos com dificuldades nos modos de comunicação gestual, falado e/ou escrito, a Comunicação Suplementar ou Alternativa pode ser necessária (AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 1991). Quando o indivíduo possui comunicação insuficiente, a comunicação será considerada suplementar e quando o indivíduo não apresenta outra forma de comunicação, será considerada alternativa (JOHNSON, 1998).

O Sistema de Comunicação Aumentativo e Alternativo (SCAA) são recursos, estratégias e técnicas que substituem as habilidades de comunicação inexistentes ou complementam modos de comunicação existentes (GAVA, 1999). Esse sistema não é considerado uma língua, mas pode ser movimentado pelo funcionamento da língua (VASCONCELLOS, 2001).

Para a *American Speech-Language-Hearing Association* – ASHA (1991), a comunicação é a essência da vida humana, portanto todas as pessoas têm o direito de se comunicar o máximo que seja possível.

Os sistemas de comunicação podem ser divididos em dois grupos, caracterizados 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, símbolos ideográficos, quando têm uma relação conceitual ou lógica com aquilo que representam ou podem ser arbitrários, quando o significado obedece a convenções pré-estabelecidas (BASIL & BELLACASA, 1988). Já os sistemas sem ajuda podem abranger uma abordagem multimodal, empregando a combinação de diferentes modos de ação, com utilização de todas as capacidades do indivíduo, tais 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 linguístico e discursivo do sujeito limitado em sua expressividade oral (BASIL, 1997).

Dentre os sistemas de CAA mais conhecidos estão: o Sistema de Símbolos *Bliss* (VON e MARTINSEN, 2000), o *Pictogram Ideogram Communication System – PIC* (MAHARAJ, 1980) e o *Picture Communication Symbols – PCS* (JOHNSON, 1981), os quais se apresentam, tradicionalmente, na forma de pranchas (PAULA, 2003).

Inicialmente concebido como meio de comunicação para as crianças com dificuldades de linguagem, o sistema *Bliss* tem ainda sido utilizado por alguns sujeitos com ECNP sem déficits cognitivos. Mais do que um sistema de comunicação, o *Bliss* é considerado um sistema de linguagem. O alto poder generativo de seus símbolos pictográficos, ideográficos e arbitrários permite modular um dado significado. Já os sistemas PIC e PCS são destinados a pessoas cujas habilidades cognitivas não possibilitam a utilização de um sistema tão complexo e abstrato como o sistema *Bliss* (PAULA, 2003; CESA, 2009).

O sistema PIC (MAHARAJ, 1980) é composto por 400 pictogramas que correspondem a figuras brancas estilizadas sobre um fundo negro, com a palavra escrita impressa acima do desenho. Dividido em 25 categorias conceituais (pessoas, partes do corpo, etc.), tem a prioridade de estimular habilidades perceptuais e cognitivas com vistas a facilitar a escolha pelo sujeito (NUNES et al., 2003).

Assim como o PIC, o PCS é um sistema pictográfico formado por imagens e desenhos e ambos estabelecem uma relação bem transparente entre o símbolo e aquilo que ele representa. Esse sistema é formado basicamente por figuras que indicam substantivos, pronomes, verbos e adjetivos e envolve desenhos em forma estilizada, divididos em 32 categorias semânticas. Pela facilidade de reconhecimento de suas 3000 figuras, é um dos sistemas mais utilizados, sendo indicado, inclusive, para o trabalho com crianças pequenas. Com a finalidade de facilitar a ordenação frasal, a cada categoria foi atribuída uma cor: amarela (pessoas e pronomes pessoais), laranja (substantivos), branca (miscelânea: artigos, conjunções, preposições, alfabeto, cores e noções de tempo), verde (verbos), azul (descritivos: advérbios e adjetivos) e rosa (expressões sociais) (LAMÔNICA E CALDANA, 2007).

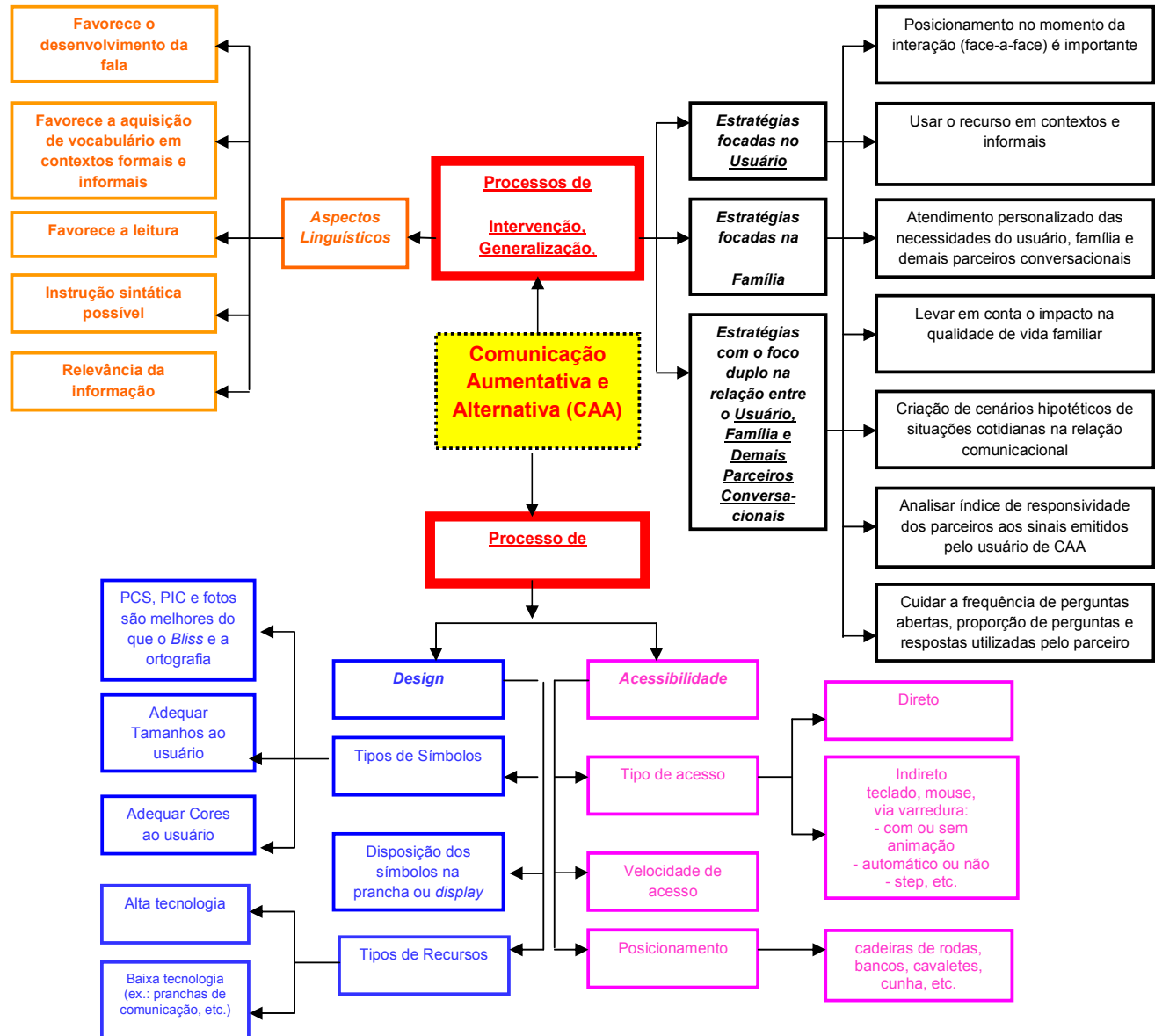
Vale, ainda, citar como sistemas de alta tecnologia mais utilizados o ImagoAnaVox (CAPOVILLA et al.,1996), o Comunique e os sistemas de fala sintetizada ou digitalizada (PELOSI, 2000) .

Pode-se imaginar a facilidade que a CAA representa ao sujeito com oralidade restrita e/ou ausente para expressar o que pensa e o que deseja, desde a escolha do alimento até escolhas de vida mais sofisticadas. Para tanto, dever haver um especialista capaz de selecionar o tipo de CAA mais adequado a cada usuário e que, em geral, é o fonoaudiólogo, já que seu foco é a reabilitação/habilitação da comunicação e da linguagem (CESA, 2009).

Como exemplo disso, Klagenberg (2001) relata o prazer de uma adolescente com ECNP ao revelar e ser compreendida que não gostava de ser infantilizada com laços e vestimentas. Outros exemplos estão em Mechling e Cronin (2006) que obtiveram 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 no estudo de Brancalioni et al. (2010), a criança conseguiu expressar que o motivo do seu choro era a sensação térmica de frio ou utilizar o símbolo de banheiro para sair da sessão.

Mekaru (2003) constatou que, apesar da evidente importância do recurso da CAA para diversos casos, tem sido um objeto de pesquisa e aplicação clínica recente e pouco divulgado no Brasil, sendo que em hospitais ainda não existe um uso constante desse recurso.

Na Fonoaudiologia, a introdução e a expansão dessas ferramentas ocorreram mais enfaticamente na década de 90. Cesa (2009) afirma que, num primeiro momento, o foco foi maior em aspectos instrumentais do recurso, para, a seguir, abordar-se seu funcionamento na família e demais locais em que seu usuário se encontra (escola, trabalho, lazer, etc). A autora fez uma extensa revisão, sintetizando os aspectos mais estudados nesse recurso em uma figura muito ilustrativa, publicada em Cesa, Ramos-Souza e Kessler (2010).



Organograma 1 – Princípios na seleção e criação, confecção, introdução, intervenção, generalização e manutenção do uso da Comunicação Aumentativa e Alternativa – CAA
 Fonte: Cesa, Ramos-Souza e Kessler, 2010, pág. 29.

Cesa (2009), em sua dissertação, fez 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. Foram realizadas entrevistas com dez fonoaudiólogas experientes no tema e com mães de crianças e adolescentes usuárias do recurso. Verificou-se que a maior parte das mães não utiliza de forma consistente a prancha e que isso parece se relacionar a

fatores como a maneira de introdução da prancha na vida dos sujeitos e de seus familiares e a percepção das mães sobre as necessidades dos filhos. Quanto às terapeutas, todas utilizam o instrumento, mas com diferentes concepções de linguagem na sua implementação, gerando diferentes impactos na aceitação e no 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.

Vários autores ressaltam a importância da utilização da CAA em ambientes naturalísticos com a finalidade de incrementar a qualidade de vida dos sujeitos. (CAPOVILLA, CAPOVILLA & MACEDO, 1998; JOHNSON, 1998; SADER, 2001; VASCONCELOS, 2001; PIRES & LIMONGI, 2002). Destaca-se também a importância da participação dos parceiros conversacionais, além dos usuários da ferramenta de comunicação na promoção do recurso de comunicação (CESA, 2009).

Atualmente, tem sido utilizado o termo Tecnologia Assistida (TA) como sendo uma área do conhecimento de característica interdisciplinar que engloba produtos, recursos, estratégias, metodologias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de sujeitos com deficiência, incapazes ou com mobilidade reduzida, visando autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (CORDE-Comitê de Ajudas Técnicas – ATA VII).

Dentre os recursos utilizados estão as órteses, próteses, muletas, andadores, cadeira de rodas, enfim, todos os instrumentos conhecidos e integrantes da realidade da prática clínica do fisioterapeuta. Embora a CAA também integre esse conjunto, permanece ainda com poucos relatos na literatura, referendando sua utilização na sessão de fisioterapia com sujeitos com distúrbios neurológicos.

1.3 A formação do profissional fisioterapeuta com o sujeito com ECNP

A Fisioterapia, até a década de 60 era considerada um complemento para tratamentos médicos conservadores e/ou cirúrgicos. A prática fisioterápica era vista, até então, como uma medida médica. A partir do Decreto-Lei 938/69, da Lei 6.326/75, das Resoluções do COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e

Terapia Ocupacional –, do Decreto 9.640/84 e da Lei 8.856/94, o fisioterapeuta teve regulamentada sua atividade na área da saúde (TESSITORE, 2006).

A Fisioterapia teve o auge do seu reconhecimento em meados da década de 1990, o que aumentou a procura pelo curso. Na ocasião, muitas instituições de ensino superior passaram a oferecer grande número de vagas na área, principalmente as instituições privadas, carregando consigo uma prática pedagógica da Medicina influenciada pelo paradigma newtoniano-cartesiano. O crescimento foi grande e o número total de fisioterapeutas registrados no COFFITO em 1995 era 16.068; em 2005, os dados apontam para 79.382 profissionais, mostrando um crescimento absoluto de 394% em apenas dez anos (BRASIL, 2006). Nesse contexto, Delisa (1992) sintetiza as práticas fisioterápicas, ligadas às experiências nas áreas musculoesquelética (ortopedia, traumatologia, postura, reumatologia, prótese e órtese), neuromuscular (neurologia central e periférica), cardiopulmonar e dermatofuncional (estética, queimadura e angiologia).

Para Narcizo (2006), o fisioterapeuta é o profissional que trabalha com o corpo de outrem, reabilitando suas funções. Seu mais importante instrumento de trabalho são as mãos, por isso, ele deve desenvolver a habilidade manual, principalmente o tato, ajustando pressão, força e percepção do toque. Além dessa habilidade, esse profissional também trabalha com a visão e com a necessidade de empatia, de saber ouvir e de entender o ser humano como um todo.

O objetivo principal do curso de Fisioterapia é capacitar o aluno para o diagnóstico das alterações físico-funcionais para a elaboração de uma conduta fisioterápica, para a condução de um tratamento com relacionamento humano entre terapeuta-sujeito, e, finalmente, para a identificação do momento de alta fisioterápica do sujeito atendido. Essas habilidades devem ser desenvolvidas no decorrer do curso, por meio de aulas teóricas, práticas, e estágio supervisionado (NARCIZO, 2006).

No caso de uma criança com alterações neurológicas, como a ECNP, com o diagnóstico confirmado, será encaminhada, de acordo com seus déficits, para profissionais de diferentes especialidades. Um dos profissionais envolvidos nesse processo de reabilitação é o fisioterapeuta.

A Fisioterapia tem como objetivo, nesse caso, a inibição da atividade reflexa anormal para normalizar o tônus muscular e facilitar o movimento normal. Deve

priorizar a redução da incapacidade e a otimização da função motora no sujeito. Isso se dá por meio da preparação da criança para uma função, mantendo as já existentes ou as aprimorando, visando sempre a redução da espasticidade (TEIVE et al., 1998). A partir dessas ações, espera-se haver uma melhora da força, da flexibilidade, da amplitude de movimento (ADM), dos padrões de movimento e, em geral, das capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional (LEITE & PRADO, 2004). A reabilitação admite múltiplas possibilidades dependendo da análise criteriosa de cada paciente individualmente (NELSON, 2004).

Gonzáles & Sepúlveda (2002) consideram que, atualmente, não há evidências suficientes que indiquem que as técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptivas ou as técnicas de facilitação e inibição são superiores umas às outras e os exercícios tradicionais menos custosos. Assim, devem-se realizar os alongamentos músculo-tendinosos de forma lenta e rotineira (diariamente) para a manutenção da amplitude de movimento e da redução do tônus muscular (STOKES, 2000). Exercícios frente à grande resistência podem ser úteis para fortalecer músculos débeis, mas devem ser evitados nos casos de pacientes com lesões centrais, pois neles se reforçarão as reações tônicas anormais já existentes e, conseqüentemente, aumentará a espasticidade (TEIVE et al., 1998).

Segundo Padovani (2008), a Fisioterapia Neurofuncional, como é chamada nos dias de hoje, é bastante difundida em nosso meio e surgiu no fim da década de 40 com alguns pesquisadores como Rood (o treinamento utiliza estímulos periféricos para a obtenção do relaxamento e do movimento ativo), Kabat (o método se baseia na utilização de estímulos proprioceptivos, visando facilitar as respostas musculares; emprega movimentos contra a resistência, utiliza a movimentação reflexa como facilitadora da voluntária) e Bobath (o método tem uma técnica difícil e demanda aprendizagem demorada, preconiza a inibição nos reflexos primitivos e nos padrões patológicos de movimento; o estudo das posturas adquire importância fundamental para a facilitação de uma sequência de movimentos).

Bobath (1989) explicou o método como uma maneira nova de pensar, observar, interpretando o que o paciente pode fazer, ajustando então o que o fisioterapeuta faz, em termos de técnicas. É preciso ver e sentir o que é necessário e possível para o sujeito, e, inicialmente, ajudá-lo até que consiga fazer sozinho.

Segundo Helsel (2001), existem quatro categorias de intervenção que devem apresentar uma combinação para suprir todos os aspectos das disfunções dos movimentos nas crianças com ECNP: a) enfoque biomecânico; b) enfoque neurofisiológico; c) enfoque do desenvolvimento; e d) enfoque sensorial.

O enfoque biomecânico aplica os princípios da cinética e da cinemática para os movimentos do corpo humano e inclui movimento, resistência e forças necessárias para melhorar as atividades de vida diária.

O enfoque neurofisiológico e do desenvolvimento são realizados juntos, recebendo o nome de enfoque neuroevolutivo. Esse enfoque inclui uma combinação de técnicas neurofisiológicas e do conhecimento da sequência do desenvolvimento, como se observa no tratamento proposto por Rood, na facilitação neuromuscular proprioceptiva de Kabat e no tratamento neuroevolutivo de Bobath.

As técnicas de tratamento sensorial promovem experiências sensoriais apropriadas e variadas (tátil, proprioceptiva, cinestésica, visual, auditiva, gustativa, etc.) para as crianças com espasticidade, facilitando assim uma aferição motora apropriada. O biofeedback é um procedimento pelo qual as informações sobre o aspecto da função corporal é retificado por algum sinal visual ou auditivo e busca permitir que o paciente tenha um controle consciente sobre uma atividade voluntária. A maioria dos fisioterapeutas usa feedback verbal ao treinar os pacientes, seja durante uma avaliação ou para corrigir uma limitação (HELSEL, 2001).

Pode-se perceber, no entanto, que há um enfoque exclusivo no aspecto motor desses pacientes, não havendo muita discussão do processo terapêutico mais global, como preconizam as filosofias mais atuais de cuidado em saúde (MEDINA e ANDRADE, 2004; RIBEIRO, MORAES e BELTRAME, 2008). Obviamente, o cerne da intervenção fisioterápica é motor, mas não se pode esquecer, nesse processo terapêutico, que há um sujeito com desejos e demandas, com uma vivência cultural e comunicativa que poderão ser potencializadas também na sessão de fisioterapia. Além disso, acredita-se que a comunicação mais eficaz entre o fisioterapeuta e o sujeito proporcionará uma participação mais efetiva deste na própria terapêutica motora.

Campos & Santos (2009) realizaram um trabalho a respeito dos sentimentos vivenciados por fisioterapeutas no atendimento a pessoas com paralisia cerebral. Ao serem indagados quanto as suas impressões em relação ao que seus pacientes

sentem quando mantêm contato físico (terapêutico) com eles, estes profissionais afirmaram que conseguem perceber o que essas pessoas estão sentindo durante a realização da terapia, mesmo sendo pessoas na condição de PC grave, com ausência da linguagem oral. Esse resultado não confirmou a hipótese dos pesquisadores sobre a existência de dificuldades vivenciadas pelos fisioterapeutas no atendimento a pessoas com PC relacionada à ausência de linguagem oral e sobre a necessidade da criação de outras formas de comunicação entre ambos. Ainda que essa seja uma situação para a qual o fisioterapeuta comumente não é treinado durante sua formação, em razão da ênfase de seu curso ser no conhecimento biológico, os profissionais parecem lidar bem com o processo comunicativo com seus pacientes. A análise dos dados revelou que os atendimentos foram descritos como desafiadores, tendo em vista que os resultados podem ser reduzidos, obtidos de forma lenta e em longo prazo. As dificuldades em obter resultados são vistas como um desafio normal dentro do esperado em quadros neurológicos e o atendimento a pessoas com paralisia cerebral, como "gratificante", mesmo com resultados mínimos.

Em seu estudo, Ribeiro, Morais e Beltrame (2008) investigaram o tipo de relação interpessoal estabelecida entre criança com paralisia cerebral no contexto de intervenção fisioterápica. Durante dez sessões, foi observada a relação entre uma criança com quadriplegia espástica grave com componentes de atetose e seu fisioterapeuta, seu tom afetivo com ela por meio de manifestações corporais como abraços e carícias. O fisioterapeuta relatou que sua maior dificuldade era de interagir com crianças com distúrbios intelectuais. Isso possivelmente se explica pelo fato de a formação do fisioterapeuta estar centrada no desenvolvimento motor, propiciando ao profissional maior segurança para lidar com esse aspecto motor e uma dificuldade de abordagem devido à deficiência mental.

Medina e Andrade (2004) comentaram em seu trabalho a forma de intervenção fisioterápica com cinco crianças com ECNP, na faixa de 2 a 10 anos. Os autores observaram que a aplicação das terapias clássicas como Kabat e Bobath são necessárias, porém, não promovem os resultados esperados, levando à frustração tanto do terapeuta, como do cuidador e do paciente, o que dificulta a ocorrência de um vínculo do tratamento diferenciado e eficaz. Segundo esses autores, deve haver novas abordagens para o tratamento de crianças com essa

patologia e se deve considerar o ato motor não apenas resultante de um ato anônimo, de um reflexo automático, mas sim de um gesto revestido de significado e produtor de subjetividade. As mesmas autoras ainda ressaltam:

Uma criança com encefalopatia crônica não-progressiva pode se relacionar de várias formas, não apenas com a coordenação de um sorriso ou, então, com um abraço esperado, mas principalmente com um olhar de entendimento. O seu corpo é parte de toda sua vivência e experiência adquirida desde o nascimento e tudo isso se expressa no seu dificultoso desenvolvimento neuromotor (MEDINA E ANDRADE, 2004, p.36).

A formação e a prática da Fisioterapia, hoje, estão direcionadas, prioritariamente, para a clínica de reabilitação e para os centros de terapias hospitalares (RODRIGUES, 2008). Há a tendência, no ensino superior de Fisioterapia, em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas (REZENDE, 2007; BRAZ, 2006; PETRI, 2006; ZAR, 2008). Sumiya (2009) resalta seu desconforto com os roteiros preestabelecidos para um diagnóstico, com a planificação das queixas clínicas, com a utilização em excesso de aparelhos, com a impessoalidade, enfim, com a pretensa objetividade que despreza a inegável existência do sensível.

A Fisioterapia desenvolve suas estratégias terapêuticas sob uma visão biomecânica do corpo, atuando no segmento corporal acometido, ou seja, a Fisioterapia Analítica, que trata a parte acometida do corpo para resolver a alteração apresentada (TESSITORE, 2006; REBELLATO, 2006). Como tal, ela não constituiu um saber sobre a pessoa e reproduziu a ideia de que o corpo só pode ser curado mecanicamente, sem a participação ativa do sujeito no tratamento (BRAZ, 2006; ZAR, 2008; SUMIYA, 2009). Essa fragmentação do paciente gera uma dificuldade do fisioterapeuta em considerar a relação corpo-mente, tendo implicação direta na interação durante a sessão de fisioterapia (ZAR, 2008; CANTO e SIMÃO, 2009).

Sendo assim, em uma interação com o sujeito com ECNP, com oralidade restrita ou ausente, deve-se levar em consideração que ele pode manifestar suas intenções através de outras linguagens que não a oral, o que não o exclui de uma relação de linguagem (CHUN, 2009). Nesse contexto, diversos autores discutem a importância da leitura da comunicação não verbal (MESQUITA, 1997; SILVA et al., 2000; ARAUJO, SILVA e PUGGINA, 2007) e do uso de recursos de CAA para sujeitos com ECNP sem oralidade, tanto em situações terapêuticas (MENDES,

ROCHA e GALDINO, 2006; CESA, 2009; DELIBERATO, 2009), como no caso da escola (DELIBERATO, 2007) e nas situações familiares (DELIBERATO e LOPES, 2007; CESA, 2009).

Uma vez que, segundo Vasconcellos (1990), em uma interação terapeuta-sujeito com ECNP, o terapeuta insensível também demonstra um déficit, conforme as palavras da autora:

O paciente não fala, mas escuta – o terapeuta fala, mas não escuta. Assim, o terapeuta acaba, também, comparecendo no espaço clínico com seu déficit: ele não escuta porque não é afetado pelo que o paciente "diz" (VASCONCELLOS, 1999, p.13).

Blascovi-Assis (2004) considera que a necessidade da equipe interdisciplinar, da colaboração da família da criança com deficiência e da insatisfação da atuação do profissional da reabilitação, preso em uma formação e atuação reducionistas, são as principais geradoras do perfil de um novo profissional que emerge e que busca incessantemente novos conhecimentos e fundamentação para suas ações práticas e se preocupa com a validade daquilo que faz e com a qualidade de seus atendimentos.

Gava (2004), em seu estudo sobre a formação universitária do fisioterapeuta, afirma que são de extrema importância para a formação humanizada, as atividades integradas entre as disciplinas do curso de Fisioterapia e de outros cursos. Ele considera que a própria relação dentro da clínica-escola é uma relação interdisciplinar e exalta a necessidade de o corpo docente trabalhar a interdisciplinaridade para que o aluno tenha um ponto de referência para a futura efetuação dessa prática.

A sensibilização desse profissional da área biomédica é um movimento para a humanização da saúde (SUMIYA & JEOLÁS, 2010), muito discutido pelos profissionais nos últimos anos. Ele tem por objetivo promover, aos acadêmicos e aos profissionais da área, o reconhecimento do indivíduo/paciente como um todo físico-psíquico-biológico e social (RODRIGUES, 2008; SALMÓIA e CAMARGO, 2008; CAMPOS et. al., 2009; SUMIYA, 2009; SUMIYA e JEOLÁS, 2010).

Essa sensibilização e o movimento do fisioterapeuta para a humanização no atendimento pode ser visto a partir do relato de Zar (2008):

Ao longo de minha experiência profissional, constatei que os referenciais teóricos e técnicos pelos quais me formei, para avaliar e tratar

meus pacientes, não estavam sendo suficientes para que os atendesse, acolhendo a sua subjetividade contemplada pela condição humana. Esta questão mostrou-me fundamental para sustentar minhas observações sobre a maneira peculiar de como cada ser humano sente e percebe o seu próprio corpo, solicitando-me também uma forma singular para tratá-los. (ZAR, 2008, p.9)

Essa mesma autora, em sua dissertação intitulada “Do Soma ao Corpo Humano – Revisitando a Clínica Fisioterápica e Acolhendo o Corpo Humano”, buscou uma reflexão, a partir da psicanálise para tentar alcançar os sujeitos em terapia, colocando-os acima e antes da técnica. Também fez uma longa revisão sobre o papel do corpo e suas sensações e sentimentos enquanto humano. Ela acredita que, através dessas aprendizagens, o fisioterapeuta poderá tratar o sujeito com mais propriedade, zelando a ética e o corpo, que corresponde à moradia desse sujeito.

O fisioterapeuta francês Jean Paul Ressayguier também se utiliza do seu conhecimento da Psicanálise e da Filosofia com o propósito de solucionar questões, como a ética, a subjetividade e o encontro com o outro. Jean propôs um método chamado de Reabilitação Integrada, o qual se espera que desenvolva, no profissional, uma postura reabilitativa e uma qualidade de presença mais afetiva. Para esse autor, a humanização das práticas de atendimentos e de cuidados fisioterápicos é muito mais o permitir do que o fazer (RESSÉGUIER, 2007).

A partir da perspectiva da Medicina Psicossomática, Marinho (2005) escreveu o artigo “Refletindo sobre a expressividade da dor e a relação terapeuta-paciente”. Nesse artigo, a autora possibilita uma reflexão sobre a expressão da dor como linguagem simbólica, que parece, muitas vezes, desprezada na interação terapêutica, caracterizando uma desumanização do atendimento. Ela ainda enfatiza:

Na prática, profissionais e pacientes sentem-se envolvidos em uma certa incompletude existencial, embora não a reconheçam, não a denominem e nem a percebam como tal, posto conhecerem e experienciarem apenas a lei da causalidade-efeito para a explicação da vida (MARINHO, 2005, p.77).

Petri (2006) buscou, em sua dissertação, a compreensão do processo de humanização da Fisioterapia através de uma pesquisa bibliográfica acerca da influência da interdisciplinaridade e da revisão histórica da profissão, as quais têm importância no desenvolvimento desse processo, tanto na graduação quanto durante a vida profissional. Essa autora faz um resgate da história da profissão

desde o século passado até os dias de hoje, aborda as diferentes formas de inter-relação entre as profissões e as disciplinas e trabalha a visão de saúde e doença sob o ponto de vista humanista. Ao final, expõe um exemplo bem sucedido de humanização nos atendimentos de Fisioterapia através da influência da interdisciplinaridade e da consciência política-social dos alunos da graduação.

Braz (2006), em sua tese intitulada “Educação Integral: um modelo de ensino da Fisioterapia baseada na Física Quântica”, desenvolve uma pesquisa detalhada da história da Fisioterapia e questiona a partir dela, o modelo teórico biomédico vigente nessa área. A autora assinala que esse modelo encontra-se em crise por sua característica mecanicista, reducionista, a qual não contempla a totalidade e complexidade do homem. Ela propõe um modelo de saúde, baseado na Física Quântica, como sustentação para uma educação integral do aluno de Fisioterapia, com o objetivo da promoção de um olhar de totalidade ao próprio aluno, ao outro, à relação de cuidado e às práticas de saúde.

O modelo de educação sugerido enfatiza a importância das relações no processo de auto-organização, nas quais podem despontar propriedades emergentes que despertem no aluno um novo olhar [...]. Além disso, ao enfatizar a interconexão e a interdependência, resgata um sentimento de ligação e de responsabilidade pelo todo (BRAZ, 2006, p.189)

O Projeto Pedagógico do Curso de Graduação da Fisioterapia da Universidade Regional do Alto Uruguai das Missões – RS, de Nogaro et al. (2006), também questiona o modelo biomédico em voga, no qual, o racional prevalece sobre o subjetivo e desumaniza a relação fisioterapeuta/sujeito. Os autores sugerem uma nova cultura de saúde, segundo a qual doença e saúde não são acontecimentos isolados e estanques, mas são resultantes de um complexo processo que envolve variáveis biológicas, ambientais, psíquicas, de cada cultura e do modo de vida de cada grupo.

Rebellato (2006) realizou uma pesquisa qualitativa com a finalidade de averiguar como tem ocorrido o processo de formação docente de Fisioterapia. O autor confirma que, em momento algum, a formação do fisioterapeuta parte de uma análise econômica-política-social. Ele reforça que:

Assim sendo, justifica-se e exige-se do profissional fisioterapeuta uma formação mais densa, coesa e vinculada às demandas sociais [...]. Priorizar a humanização da formação neste mundo globalizado é o desafio aos educadores e em especial aos professores da saúde e, em decorrência

os docentes fisioterapeutas, pois repensar esse paradigma significa retomar a formação inicial e continuada possibilitando a sua realização enquanto profissional e ser humano (REBELLATO, 2006, p.32)

Essa carência de disciplinas humanistas na formação profissional é relatada no artigo intitulado “A formação ética do fisioterapeuta”, escrito por alunos do oitavo período de Fisioterapia (MACHADO et al., 2007). Esses alunos parecem já perceber o ponto emergente para a mudança que se faz necessária na prática clínica do fisioterapeuta.

O mito do progresso substitui a ética pela técnica. Os currículos têm se tornado essencialmente científicos e as poucas atividades humanísticas inseridas não aparentam utilidade prática e por isso não despertam interesse [...] os profissionais tornam-se cada vez mais especialistas em suas áreas, porém continuam a se deparar com questões onde o conhecimento técnico não dá suporte à solução (MACHADO et al., 2007, p.104).

Assim, pode-se esperar que a soma do atendimento por uma equipe interdisciplinar e da prática mais voltada ao ser humano e sua subjetividade garantam o atendimento fisioterápico de maior qualidade prestado ao sujeito com distúrbios neurológicos e/ou oralização restrita e ausente, bem como a humanização e a satisfação de ambas as partes. Para tanto, é imprescindível que a formação da Fisioterapia contemple temáticas como subjetividade, cultura, comunicação não verbal e linguagem.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa é descritiva, transversal, exploratória e de campo (GIL, 1996), com abordagem qualitativa, sendo o discurso o elemento básico de investigação. Essa abordagem qualitativa permite aprofundar o conhecimento de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos e a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo (VÍCTORA, KNAUTH & HASSEN, 2000).

2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Incluíram-se, no estudo, fisioterapeutas que atuassem com sujeitos com ECNP sem possibilidades de oralização, e que possuíssem tempo de atuação profissional mínima de um ano e que estivessem dispostos a colaborar para a pesquisa. A ideia de restringir o tempo mínimo de um ano é por se entender que já deve haver uma prática clínica que permita identificar minimamente as demandas do sujeito com ECNP.

O conhecimento de CAA também foi um critério de inclusão, visto que era interesse da pesquisa investigar o conhecimento sobre esse recurso.

Foram excluídos os fisioterapeutas com tempo de atuação inferior a um ano e que não estivessem dispostos a colaborar para o andamento e a evolução da pesquisa.

2.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por fisioterapeutas atuantes na área neurológica que prestam atendimento a sujeitos com ECNP com, no mínimo, um ano de experiência. Esses profissionais foram escolhidos de forma não probabilística e intencional, independente do sexo e da faixa etária, ou seja, foi uma amostra de conveniência.

Foram privilegiados os profissionais que trabalham em centros de reabilitação para sujeitos com ECNP e também em clínicas não especializadas, mas que possuam profissionais que atendam tais casos clínicos. No entanto, observou-se que na cidade de porte médio investigada há poucos profissionais especialistas ao atendimento exclusivo de sujeitos com ECNP, ao contrário da capital, que possui uma distribuição numérica maior de clínicas e instituições de reabilitação.

A escolha de ambos os municípios deveu-se ao fato de que há, pelo menos, três locais especializados no atendimento de sujeitos com ECNP em Porto Alegre que utilizam a CAA e que, em Santa Maria, a CAA não é muito utilizada (CESA, 2009).

Então, considerando-se as realidades de Porto Alegre e Santa Maria, foram entrevistados doze profissionais, os quais foram submetidos ao roteiro de entrevista

(Apêndice B) e, a partir daí, distribuídos em dois grupos relacionados ao uso ou não da CAA durante a sessão de fisioterapia. Os fisioterapeutas que faziam o uso da CAA durante a sessão de fisioterapia foram entrevistados com outro roteiro de perguntas pertinentes a esse assunto (Apêndice C). Do grupo amostral, sete fisioterapeutas compõem o grupo de profissionais que não utilizam a CAA e cinco profissionais que a utilizam durante a sessão de fisioterapia com o sujeito com ECNP com oralização ausente ou restrita. Acreditou-se, considerando-se a pesquisa de Cesa (2009), que entre 10 e 15 terapeutas seriam suficientes para caracterizar o tema estudado, considerando o processo de saturação que ocorre nesse tipo de entrevista, previsto na literatura de pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008).

2.4 Material e método

2.4.1 Procedimentos de coleta e materiais

Os voluntários foram contatados e lhes foram fornecidos os devidos esclarecimentos a respeito dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Uma vez de acordo com os profissionais, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Efetuada essa ação, foi realizado um roteiro de entrevista, com perguntas abertas, que serviram como guia para a coleta de dados (Apêndice B). Os temas abordados nas perguntas para os profissionais foram os seguintes: instituição de formação, tempo de graduação, tempo de atuação profissional com ECNP, formação acadêmica e não acadêmica sobre linguagem e comunicação e questões acerca das formas de comunicação não verbal (linguagem corporal na forma de gestos, uso de reflexos...) na sessão de fisioterapia com o sujeito com ECNP. Nos casos dos fisioterapeutas que possuíam formação, contato e/ou uso da CAA foi realizada uma entrevista sobre a forma como esse recurso foi inserido nas sessões e os resultados advindos daí na comunicação entre o profissional e o sujeito com ECNP (Apêndice C).

O convite e o agendamento foram realizados através do contato telefônico ou realizados pessoalmente, uma vez atendidos os critérios de inclusão.

Todas as coletas realizadas foram gravadas, transcritas e revisadas pela pesquisadora e pela orientadora desta pesquisa. Os registros da coleta oral foram efetuados através de um gravador da marca Sony TCM 359V, com duas pilhas modelo AA e 20 fitas cassetes de 60 minutos cada. Em média, cada entrevista teve uma hora de duração. As transcrições das respostas dos fisioterapeutas foram realizadas pela própria pesquisadora e arquivadas em acervo particular. O período de coleta geral foi de outubro de 2009 a junho de 2010.

2.4.2 Análise dos resultados

Foi realizada a análise temática de Minayo (2008) a qual consiste em descobrir os núcleos de sentidos que constituem uma comunicação em que a frequência ou presença possuam algum significado para o objeto analítico. Por conseguinte, para a análise de significados, o surgimento de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento que podem estar ocultos no discurso. Em consonância com esta autora, a análise temática segue operacionalmente três etapas, quais sejam pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após realizar as transcrições e análises, as respostas foram agrupadas por semelhança em fragmentos ou por questões que foram mais expressivas. A melhor forma de apresentação da fala dos entrevistados foi considerada através da coletânea de respostas. Essa fase do trabalho seguiu as orientações de Thompson (1998), que explica a importância da leitura e releitura das respostas, instrumentos, passos e como utilizá-los para atingir os objetivos propostos.

A pesquisa foi qualitativa, com análise das respostas para acessar representações e buscar significados concernentes ao conhecimento do sujeito entrevistado sobre o tema (MARTINELLI, 2003). Houve o cuidado, durante a análise e discussão dos dados, de ao extrair os depoimentos mais significativos, não os modificá-los, transcrevendo-os da mesma forma que foram relatados.

A partir da identificação das semelhanças e diferenças nas respostas dos profissionais, verificaram-se a tipologia e a frequência das categorias mais recorrentes sobre o tema da comunicação utilizada, tanto verbal quanto não verbal e acerca da formação dos profissionais para tratar essa questão em sua atividade

prática. A seguir, foi elaborada a análise, vinculando-se as respostas ao referencial teórico (MINAYO, 2008). A partir das análises, produziram-se dois artigos dentro da temática comunicação terapeuta-sujeito, sendo que o primeiro buscou a investigação da comunicação não verbal estabelecida entre o fisioterapeuta e o sujeito com ECNP com oralização restrita ou ausente, com ênfase à leitura corporal, e o segundo artigo buscou a averiguação do uso da CAA e os seus efeitos na sessão de fisioterapia.

No primeiro artigo foram analisadas as formas de comunicação utilizadas entre fisioterapeutas e sujeitos com ECNP através do discurso dos doze fisioterapeutas, obtido por meio de entrevistas compostas de dez perguntas pertinentes aos aspectos da comunicação não verbal do grupo amostral com sujeitos com ECNP com oralização restrita ou ausente. Já no segundo artigo foi analisado o uso da CAA pelo fisioterapeuta com esse sujeito e à repercussão desse recurso comunicativo durante a sessão e nos resultados da fisioterapia.

3 PRIMEIRO ARTIGO DA PESQUISA

DISCURSO DE FISIOTERAPEUTAS ACERCA DA COMUNICAÇÃO COM SUJEITOS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA

RESUMO

Objetivo: Analisar as formas de comunicação utilizadas entre fisioterapeutas e sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP). **Método:** foram realizadas entrevistas individuais com perguntas abertas pertinentes à temática. A análise dos dados ocorreu com a seleção e com o agrupamento das ideias mais relevantes sobre o tema a partir de análise crítica e relacional. **Resultados:** A forma de comunicação não verbal mais referida pelos fisioterapeutas foi a cinésica (expressão facial e corporal), e foi enfatizada como importante e presente na sessão de fisioterapia com o sujeito com ECNP. O grupo investigado afirma ter dificuldades na interpretação da leitura corporal desses sujeitos. A abordagem desse tema demonstrou-se deficitária na vida acadêmica de grande parte dos fisioterapeutas investigados. Do mesmo modo, há quase um desconhecimento dos benefícios de outras formas de comunicação, tais como a Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA). **Conclusão:** Os resultados sugerem a necessidade de se ampliar a formação de fisioterapeutas em relação à comunicação dentro de uma perspectiva de maior humanização do atendimento a sujeitos com ECNP.

Palavras-chave: Comunicação, Fisioterapia, Encefalopatia Crônica Não Progressiva, Humanização.

THE DISCOURSE OF PHYSIOTHERAPISTS ON THE COMMUNICATION WITH SUBJECTS WITH CHRONIC NON-PROGRESSIVE ENCEPHALOPATHY

ABSTRACT

Purpose: Analyze the ways of communication used between physiotherapists and subjects with chronic non-progressive encephalopathy (CNPE). **Methods:** Individual interviews with open questions were conducted on the theme. Data analysis was done by selecting and grouping the most relevant ideas about the topic through critical and relational analysis. **Results:** The most common way of communication mentioned by physiotherapists was the kinesics (facial and body expression) which was emphasized as important and present in the physiotherapy session with subjects with CNPE. The investigated group claim to have problems in interpreting the body language of these subjects. This topic seems to have been neglected in the academic life of most of the investigated physiotherapists. Likewise, there is a kind of lack of knowledge of the benefits of using alternative and augmentative communication (AAC). **Conclusion:** The results suggest the need of expanding the training of physiotherapists in relation to communication within a perspective of a greater humanization of services to subjects with NPE.

Keywords: Communication, Physiotherapy, Chronic non-progressive encephalopathy, Humanization.

3.1 INTRODUÇÃO

Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP) é o termo utilizado, atualmente, para designar o transtorno conhecido como Paralisia Cerebral (PC). Esse é um distúrbio do movimento e da postura que resulta de lesão cerebral ocorrida no período inicial do desenvolvimento infantil. Essa lesão não progressiva, devido à plasticidade cerebral, torna-se passível de modificações ao longo da vida, dependendo das experimentações que o indivíduo vivenciar (1).

O sujeito acometido por essa patologia pode apresentar problemas de visão, cognição, comunicação, comportamento, movimento e postura, dependendo da gravidade do comprometimento neurológico (2). Essa desordem no movimento faz com que essas crianças tenham um curso do desenvolvimento motor anormal, apresentando atraso nas aquisições motoras (3).

A procura por diferentes técnicas de reabilitação que possibilitem ganhos funcionais é uma constante na pesquisa clínica da ECNP. Vários são os estudos que enfocam as formas de intervenção, nas quais a reabilitação do indivíduo com lesão no sistema nervoso se volte para sua capacitação funcional (4, 5) e para a sua qualidade de vida (6).

Dentro da equipe multidisciplinar que deve assistir o sujeito com ECNP, enfatiza-se o trabalho do fisioterapeuta. As intervenções motoras propostas por esse profissional tem por objetivo um melhor desempenho das habilidades funcionais, através da facilitação de padrões normais de movimento, melhora na flexibilidade e nas capacidades motoras básicas (3).

Vários métodos de tratamento vêm sendo desenvolvidos a partir de fundamentações neurofisiológicas, destacando-se o método de Bobath, que se baseia na inibição dos reflexos primitivos e dos padrões patológicos de movimentos; o método de Phelps, que se fundamenta na habilitação por etapas dos grupos musculares, até chegar à independência motora e às práticas complexas, e o método de Kabat, baseado na utilização de estímulos proprioceptivos facilitadores das respostas motoras, partindo de respostas reflexas e chegando à motricidade voluntária (7).

Associado ao distúrbio motor, base do quadro clínico, estão uma série de outros sintomas, tais como deficiência mental, epilepsia, transtornos auditivos,

oculares, visuais, de conduta e de linguagem (8), o que demanda também a atenção de outros profissionais da área da saúde.

Referente aos distúrbios de linguagem que essa criança pode vir a apresentar, estudos demonstram que a eclosão das várias etapas do desenvolvimento linguístico, nos sujeitos com ECNP com alterações motoras severas aparece, frequentemente, mais tardiamente, quando comparados com a população normal (9). Os transtornos da linguagem são muito frequentes e do tipo disfásico ou disártrico (10).

Diante de tais dificuldades da criança com ECNP, as carências motoras ficam em maior evidência e muitos profissionais esquecem que, naquele corpo deficiente, há um sujeito, que pode se comunicar por outras vias que não a da articulação oral. Ele pode comunicar suas emoções, seus conhecimentos e seus afetos, ou seja, a “linguagem” não fica reduzida à fala articulada. Outras modalidades da linguagem, que não a oral, são as expressões corporais e faciais e os sistemas gráfico-visuais (11).

Dentre os sistemas gráfico-visuais, estão os recursos tecnológicos assistidos, 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 a de Paula e Enumo (12), e a sua aplicabilidade e benefícios durante a sessão é demonstrada conforme estudo de Cesa et al. (13). A utilização desses recursos produz um sujeito com ECNP mais ativo e participante, o que torna a terapia mais prazerosa e com melhores resultados (10). Ocorre, então, a discutida humanização em saúde, por meio da qual se objetiva que os acadêmicos e os profissionais da área reconheçam o indivíduo/paciente como um todo físico-psíquico-biológico e social (14-19). No entanto, a dificuldade de atingir essa visão integral do sujeito em tratamento pode ser justificada tanto pelo ensino quanto pela prática da Fisioterapia que ainda segue os modelos adotados pela Medicina: a fragmentação do ser humano, a divisão em especialidades, a ênfase na cura e a reabilitação e o tecnicismo, amparados pelo modelo da física clássica (20-22). Essa fragmentação do corpo em fisiológico e psicológico dificulta o fisioterapeuta em considerar a relação corpo-mente, com implicação direta na relação fisioterapeuta-sujeito em tratamento (22).

Pode-se dizer, portanto, que a humanização em saúde é um movimento que surgiu para sensibilizar esse profissional da área biomédica em relação ao distanciamento provocado pelo avanço tecnológico sobre o comportamento entre terapeuta e paciente, no qual a pessoa se torna objeto da investigação clínica (19).

Espera-se que na abordagem atual da Fisioterapia Motora, a pessoa com deficiência seja considerada um ser funcional e também social (23). O desafio que se estabelece está em transformar essas concepções conceituais em práticas de intervenção (24). A comunicação torna-se um elemento chave nesse processo. Para tanto, o fisioterapeuta deverá focar esse tema em sua perspectiva terapêutica (14,18).

Tendo em vista a importância atribuída ao trabalho do fisioterapeuta junto aos sujeitos com ECNP e as propostas de humanização dos serviços dos profissionais da saúde, esta pesquisa teve como objetivo investigar o que fisioterapeutas dizem a respeito da comunicação, durante a sessão, com o sujeito com ECNP que não oraliza ou apresenta dificuldades na efetuação da fala.

A escolha desta temática se deveu ao fato de a pesquisadora, mediante pesquisa bibliográfica, ter constatado a quase ausência de publicações científicas contemplando esse tema, apesar de sua relevância para a atualidade.

3.2 MÉTODO

Admitiram-se, na pesquisa, fisioterapeutas de cidade de porte médio e da capital do Rio Grande do Sul, que interviessem na clínica com sujeitos com ECNP, com experiência clínica de no mínimo um ano. A amostra de conveniência não apresentou cálculo estatístico, mas foi delimitada pelo critério de saturação das respostas. Por isso, doze voluntários de diferentes centros de reabilitação que conhecidamente atuam com sujeitos com ECNP foram admitidos para a pesquisa independentemente da sua instituição de formação acadêmica.

Os voluntários foram convidados e devidamente esclarecidos sobre os propósitos da pesquisa. Mediante o aceite e, conforme determina a legislação em pesquisa, após o cumprimento de todas as recomendações éticas, entre elas a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), foi iniciada a aplicação de um roteiro de entrevista (Apêndice B). Este foi elaborado com

perguntas abertas para permitir ao participante responder com maior liberdade, tornando o conteúdo das respostas mais rico e detalhado. Os temas foram pertinentes à abordagem acadêmica da comunicação com o sujeito com ECNP, formas de comunicação e interpretação corporal das produções deste sujeito e conhecimentos de leitura corporal e da Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA).

As entrevistas foram realizadas a partir desse roteiro, que serviu como guia na coleta de dados, mas, conforme o desenvolvimento da narrativa, outras questões foram surgindo, 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, sendo em média 60 minutos de gravação. A seguir, elas foram transcritas na sua íntegra pela pesquisadora e tal transcrição foi analisada e organizada a partir de alguns códigos.

Para facilitar a referência aos enunciados deste *corpus*, no decorrer do artigo, foi utilizada a designação “F” (fisioterapeuta), seguida da numeração arábica correspondente (F1, F2, etc.) para fazer referência aos informantes.

A análise dos dados foi subsidiada por Minayo (2008) e realizada a partir da transcrição integral das fitas e da leitura do material, preservando-se a fala dos entrevistados. Buscando salientar as idéias mais relevantes, foram selecionadas partes do material e agrupadas de acordo com a semelhança dos relatos dos entrevistados realizando os recortes temáticos de forma a desenvolver a análise crítica e relacional dos dados obtidos para revelar as respostas obtidas a partir dos questionamentos abordados (25). Na leitura das entrevistas, a sequência dos questionamentos foi mantida durante a análise para que as respostas mantivessem uma lógica.

Para a análise teórica do tema, foram utilizados como referência os autores que tratam da comunicação não verbal e verbal, sobretudo, aqueles que abordam a situação do sujeito com ECNP, conforme destacado na introdução.

3.3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 3 fisioterapeutas do sexo masculino e 9 do sexo feminino.

O quadro 1 demonstra o perfil da amostra deste estudo:

QUADRO 1 – PERFIL DA AMOSTRA DE FISIOTERAPEUTAS QUANTO À VARIABILIDADE DE INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA (7 INSTITUIÇÕES), TEMPO DE GRADUAÇÃO E DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

AMOSTRA	INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	TEMPO DE GRADUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL
F1	A	9 ANOS	9 ANOS
F2	B	12 ANOS	12 ANOS
F3	B	10 ANOS	10 ANOS
F4	C	3 ANOS	2 ANOS E MEIO
F5	C	1 ANO	1 ANO
F6	B	3 ANOS	2 ANOS
F7	D	2 ANOS	2 ANOS
F8	E	1 ANO E MEIO	1 ANO E MEIO
F9	E	3 ANOS	3 ANOS
F10	D	12 ANOS	12 ANOS
F11	F	4 ANOS	4 ANOS
F12	G	5 ANOS	4 ANOS E MEIO

Pode-se perceber que apenas 4 participantes tinham mais de 5 anos de experiência profissional e que a maior parte ficou entre 1 e 4 anos e meio.

Quanto ao questionamento referente à **abordagem de disciplinas de comunicação com o sujeito, em geral, e com o ECNP, em particular**, a maioria dos fisioterapeutas relata **não ter visto essa temática** nem disciplina específica durante a aprendizagem acadêmica (F1, F2, F3, F4, F7, F9, F10); uma relatou ter estudado o **tema de modo introdutório** (F8) e três relataram o enfoque dessa temática em **outras disciplinas** como na Psicologia (F12), Fisioterapia Aplicada e Neurologia 1 (F11) e na Fisioterapia na Criança (F5).

Predomina, portanto, na formação oferecida em Porto Alegre e região metropolitana, e em Santa Maria, a ausência de um planejamento específico sobre o tema da comunicação com sujeitos com ECNP, conforme pode ser visualizado nos depoimentos de F11 e F5:

“esse tema, se eu bem recordo, não tinha um planejamento no conteúdo programático da disciplina, apenas a professora da parte prática comentava sobre

os recursos de comunicação em tecnologia assistida e suas experiências na clínica com seus pacientes [...]”

(F11); “abordava mais tu prestar atenção na criança, tu fazer um código entre fisio e ela [...] aí tu vai fazendo um diálogo específico teu e do paciente” (F5).

Quanto à forma com que os fisioterapeutas se comunicam com o sujeito com ECNP durante a sessão de fisioterapia, **a maioria deles relatou a comunicação não verbal através da expressão corporal (gestos) e facial (olhar, mímica facial) e a utilização de objetos (coloridos e sonoros)** no auxílio (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7 e F10), conforme observamos em alguns depoimentos. F1 afirma ser “*olho no olho*”; F2 cita “*olhar, gestos, objetos barulhentos*”; F3 resume como sendo “*fala pausada e próxima a criança, objetos sonoros e coloridos*”.

Além da comunicação não verbal citada por esses fisioterapeutas, apenas **um pequeno grupo de fisioterapeutas** que conhece e utiliza a CAA citou a prancha com figuras simbólicas como outra forma de se comunicar com o sujeito com ECNP que apresenta dificuldade ou não oraliza (F8, F9, F12). A CAA possibilita aos sujeitos irem além da resposta sim ou não efetuada com a cabeça, pois permite que consigam contar mais de sua rotina, como relatado pelo F8:

“A primeira coisa que a gente pergunta é o sim e o não, mas quando eles querem contar uma coisa mais específica, tem uns que já explicam direitinho no símbolo, que pedem direitinho para virar a pasta”. (F8)

A limitação do uso da prancha na água é relatada pelo F10:

“tentei fazer figuras com contact, mas não deu certo, molhavam na água”.

Os 12 fisioterapeutas relataram fazer a interpretação corporal do sujeito com ECNP. Alguns ressaltaram a importância da interação e do convívio com esse sujeito para facilitar a leitura desses sinais:

[...] às vezes uma piscar de olho já quer dizer alguma coisa e com o passar do tempo tu aprende a conhecer muitos sinais [...] e informações durante a sessão” (F1); “É bem difícil, não é uma coisa fácil [...] tu vai pegando um pouco do jeito, tu sabe algumas respostas quando ele não gosta ou a expressão facial [...] pelas reações do corpo dele”(F4); “quando tu ta pegando um paciente inicial é bem complicado porque tu tem que ter um pouco mais de intimidade com ele para tu perceber qual é a feição dele da dor, do cansaço, da euforia [...]”(F5);

“pelo convívio tu acaba percebendo o que faz bem [...] o que faz mal [...]”(F6).

Outros fisioterapeutas citam uma interpretação das reações corporais dos sujeitos com ECNP com oralidade restrita ou ausente embasada em situações de desconforto e choro: “[...] se vejo que o paciente chora por um pouquinho, tento mudar de posição ou se ele está muito estressado, mostro outras coisas [...]” (F2)
 “se for choro eu tento saber o porquê, se é dor [...]” (F7).

E há também a citação das reações corporais desse sujeito baseadas nas repostas fisiológicas próprias da patologia:

“A Hipertonía reflexa você interpreta como se a criança não está receptiva no momento” (dificuldade e tensão ao responder) (F3);

“algumas reações corporais são mais exacerbadas no corpo com alterações no tônus muscular e/ou atividade reflexa anormal comunicando sensações e emoções.” (F11)

Embora todos os fisioterapeutas do grupo amostral, conforme relatado acima façam a interpretação das reações corporais do sujeito com ECNP com oralidade restrita ou ausente, os fisioterapeutas investigados confirmam a dificuldade na interpretação dos gestos corporais desses sujeitos (F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12). As dificuldades dessa interpretação estão relacionadas ao pouco tempo de vínculo com o sujeito, principalmente nas sessões iniciais, a dificuldade da “leitura” da dor e das necessidades fisiológicas. Por meio dos seguintes discursos, podemos exemplificar algumas das dificuldades:

“Quanto tu tá pegando um paciente inicial é bem complicado porque tu tem que ter um pouco mais de intimidade com ele para tu poder perceber qual é a feição dele da dor, da alegria, do cansaço, da euforia [...]” (F5);

“Tenho dificuldades para saber o ponto de dor do paciente [...]” (F7);

“achei que a paciente estava com dor no quadril e na realidade ela queria me dizer que estava menstruada e com cólicas.” (F10); “Sinto dificuldade quando o paciente necessita e quer expressar uma conversa mais elaborada e subjetiva e não dispõe de recursos para isso.” (F11)

Em oposição aos demais, F1 afirma que não apresenta dificuldades na interpretação dos gestos corporais do sujeito com ECNP com oralização restrita ou ausente, conforme visualizado no trecho:

“[...] às vezes [...] pela forma como ele está entrando ali a gente já sabe como está a parte do bom humor dele, se ele está tenso, se está preocupado.” (F1)

Mesmo com esse déficit na interpretação corporal, demonstrado pela maioria dos fisioterapeutas, todos eles entram em consenso quanto à importância da compreensão da comunicação não verbal e verbal do sujeito com ECNP com oralização difícil ou ausente. Essa interpretação norteia os limites e a evolução da sessão, segundo a maioria desses profissionais. Os recortes dos dizeres dos fisioterapeutas a seguir ilustram esse aspecto:

“sem essa compreensão fica mais difícil e demorado a evolução do tratamento.” (F7);

“[...] não adianta a gente só ir lá e dobrar e esticar a criança [...] e não ter a compreensão do que ela quer [...].” (F8)

Indagados sobre o seu entendimento referente à leitura corporal, os fisioterapeutas a descreveram de distintos modos:

- Condicionada à situação momentânea do sujeito atendido:

“[...] o corpo se manifesta de várias formas, da forma como tu ta naquele dia [...].” (F1);

“[...] interpretar através de gestos da criança o comportamento dela no momento [...]” (F3);

“[...] é tu conseguir perceber no ambiente que tu ta atendendo o paciente, o momento que ele tá vivendo [...].” (F5);

- Sujeita à má interpretação: *“[...] às vezes você pode fazer uma leitura errada, uma má impressão num primeiro momento daquela pessoa que pensa que ela ta fechada [...] mas às vezes isto é timidez.”* (F1);

- Vinculada à leitura de manifestações corporais semivoluntárias (os sujeitos tentam se expressar voluntariamente, mas o fazem por reflexos):

“é tu saber interpretar os movimentos, aumento do tônus quando ficam mais nervosos [...].” (F2);

“Toda e qualquer expressão corporal que ele tem como resposta ao estímulo [...].” (F4); *“[...] é olhar a criança que, por exemplo, ta deitada e dizer que ela tem uma deficiência, um encurtamento [...].”* (F8)

- Manifesta por meio de comunicação não verbal cinésica – expressão corporal e facial (F3, F5, F6, F7, F9, F10) –, sendo a leitura corporal entendida como a interpretação da criança através de seus gestos e expressões corporais. Uma das entrevistadas relata que:

“[...] tu conseguir perceber como o corpo dele começa a se comunicar contigo, o rosto, os olhos, as mãos, uma relação bem íntima [...]. Tem pacientes que não tem essa intimidade com o próprio corpo que fica difícil se comunicar [...] depende bastante da consciência corporal do paciente e do feeling do fisioterapeuta [...]” (F5)

- Como expressão de estado emocional:

“São mensagens que o corpo transmite além do que as palavras podem comunicar.” (F11);

“É a maneira com que o corpo vai expressar algum sentimento, alguma vontade, um estado que a pessoa esteja.” (F12).

E, finalmente, ao serem questionados sobre o conhecimento e a utilização da CAA com os sujeitos com ECNP com oralização restrita ou ausente, durante a sessão de fisioterapia, F1, F2, F3 não a conhecem, nem a utilizam, sendo que F1, formada há 9 anos e trabalhando com crianças com essa patologia, demonstrou espanto em seu discurso: *“Não, eu nunca trabalhei com isto. O quê que é?”*; F2 formada há 12 anos *“Não conheço e não sei o que é.”* e a F3 formada há 10 anos: *“Não conheço.”*

Já F4, F5, F6, F7 conhecem a CAA, porém não a utilizam. F5 relatou que tal recurso foi abordado teoricamente, mas que nunca manuseou uma prancha de Comunicação Aumentativa Alternativa. A partir da explicação breve dada pela pesquisadora, sobre esse recurso, F5 manifestou o desejo de conhecer mais: *“achei uma coisa bem interessante que a partir de agora eu vou tentar começar até a encaminhar os pacientes pra fono pra tentar fazer e melhorar a comunicação com o paciente.” (F5).*

O conhecimento e o uso da CAA independem do tempo de formação acadêmica dos fisioterapeutas, isso quer dizer que não necessariamente o fisioterapeuta mais jovem em formação domine melhor esse recurso. Neste estudo, F10, que é um dos profissionais de mais antiga formação (12 anos), utiliza esse recurso, diferentemente de F5 que, embora tenha se formado há apenas um ano, conhece-o superficialmente e não o utiliza. Os fisioterapeutas que utilizam a CAA (F8, F9, F10, F11 e F12) demonstraram que ela é fundamental para seu trabalho:

“... os resultados na terapia são melhores, os objetivos são alcançados porque a criança tá melhorando a auto-estima dela.” (F12);

“O paciente passa a participar mais ativamente da sessão [...] aumentando a vontade e desejos de evolução não só motoramente, mas no seu desenvolvimento global [...]” (F11);

“Eles ficam mais felizes em poder trocar, se comunicar e se fazer entender.” (F10).

Além da importância no seu trabalho, os fisioterapeutas que conhecem e utilizam a CAA demonstraram, através de suas respostas, uma maior sensibilidade durante o atendimento dessas crianças com ECNP. Esse fato pode ser verificado na conceituação da leitura corporal ou nas falas exemplificadas.

3.4 DISCUSSÃO

A relevância da comunicação na relação do terapeuta com o sujeito em tratamento foi ressaltada por todos os fisioterapeutas entrevistados neste estudo, sobretudo, nos casos que demandam a modalidade não verbal. Essa visão está em concordância com o que afirma Mesquita (26) acerca da importância dos sinais não verbais na atuação de profissionais cujo foco é o corpo e o movimento. O fato de os fisioterapeutas entrevistados conseguirem efetivar a comunicação não verbal com os sujeitos com ECNP comprova o que o estudo de Campos e Santos (24) encontrou ao afirmar que os profissionais conseguem perceber o que essas pessoas estão sentindo durante a realização da terapia, mesmo sendo pessoas na condição de paralisia cerebral grave, com ausência de oralização de linguagem (fala).

No entanto, também ficou claro nas entrevistas que, apesar de reconhecerem essa relevância, os fisioterapeutas deste estudo não possuem formação teórica para que possam fazer um uso científico de tais aspectos em seus atendimentos. Em alguns discursos dos fisioterapeutas, são encontradas contradições referentes ao conflito da teoria com a prática, ou seja, teoricamente todos consideram necessária a interpretação corporal do sujeito com ECNP com oralização restrita ou ausente e relatam que a realizam durante a sessão de fisioterapia. Todavia, a grande maioria afirma ter dificuldades na “leitura” das expressões corporais e faciais desses sujeitos, o que pode ser justificado pela falta de formação adequada no currículo de Fisioterapia para o tema e também para o tema da humanização.

Há várias pesquisas que relatam a carência de disciplinas que abordem temáticas vinculadas à humanização nas diferentes instituições de formação de fisioterapeutas (3, 19, 22).

Ao realizar a análise da grade curricular dos cursos de Fisioterapia do grupo amostralⁱ em questão, notam-se currículos tradicionais, embasados em especialidades e pouquíssimas disciplinas humanistas ou voltadas à comunicação com sujeitos com ECNP. Verifica-se que o modelo biomédico embasa tal formação, conforme já destacado em vários estudos (3,19)

Conforme a legislação vigente, a estrutura curricular, na maioria das Universidades, embora com algumas variações de uma para outra, é constituída no primeiro ano por disciplinas consideradas básicas: Anatomia, Fisiologia, Biomecânica e Bioquímica. No segundo ano, iniciam-se as disciplinas direcionadas para a Fisioterapia, como Métodos e Técnicas de Avaliação, Avaliação Funcional, Hidroterapia, Massoterapia, Eletroterapia. O terceiro ano é composto, praticamente, de disciplinas aplicadas: Fisioterapia Neurológica, Fisioterapia Ortopédica, Fisioterapia Preventiva e Fisioterapia Cardiorrespiratória, e de aulas práticas específicas por disciplinas aplicadas. E o último ano é caracterizado, principalmente, pelo trabalho de conclusão de curso e pelo estágio supervisionado nas áreas aplicadas (27).

A partir dessas disciplinas, pode-se notar que a medicina ocidental desenvolveu um rigoroso saber sobre o corpo embasado no fisiológico e no anatômico, ou seja, um conjunto de ossos, músculos, sistemas e um receptáculo para diversas patologias (18). A Fisioterapia desenvolve suas estratégias terapêuticas sob uma visão biomecânica do corpo, atuando no segmento corporal acometido – a Fisioterapia Analítica – que trata a parte acometida do corpo para resolver a alteração apresentada (21). E como tal, não constituiu um saber sobre a pessoa, reproduzindo a ideia de que o corpo só pode ser curado mecanicamente, sem a participação ativa do sujeito no tratamento (18).

ⁱ A maioria das instituições pesquisadas coloca, como objetivo fundamental do curso, a formação de agentes de saúde com competência para atuação preventiva, curativa e reabilitação do indivíduo. Segundo o CREFITO 5 (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), a região Sul é constituída por 23 instituições formadoras de fisioterapeutas, sendo 3 dessas localizadas na cidade de Santa Maria (UFSM, ULBRA e UNIFRA) e 8 na grande Porto Alegre (FEEVALE - Novo Hamburgo, ULBRA - Canoas, UNILASALLE - Canoas, UNISINOS - São Leopoldo, IPA, UFRGS, UFCSPA, PUCRS em Porto Alegre).

Essa fragmentação do sujeito gera uma dificuldade do fisioterapeuta em considerar a relação corpo-mente, tendo implicação direta na interação durante a sessão de fisioterapia (22).

Por isso, observa-se que o foco dos atendimentos em métodos e técnicas instrumentais fisioterápicas sofisticadas aplicadas ao sujeito, em detrimento da atenção mais humana, abarca a relação interpessoal (18, 23). Isso se reflete na diminuição de carga horária das disciplinas destinadas às ciências humanas e sociais e um currículo ainda incapaz de dar conta de uma visão mais integralizada do ser humano, como verificado em alguns cursos como o da Universidade de Londrina, demonstrando a dificuldade de se desvencilhar da visão tradicional, pela presença de resistências internas dos próprios professores da instituição (19).

Para Campos et al. (17), o graduando necessita ter em seu currículo conteúdos que o permitam adquirir informações consistentes, abrangendo teorias, técnicas, habilidades, mas que também possa desenvolver sua habilidade de comunicação com o sujeito em tratamento.

A falha na graduação também é relatada em outras profissões da área de saúde, como, por exemplo, na Medicina e na Enfermagem (28, 29). Os estudos demonstram que, além da falta de disciplinas relacionadas à humanização, há uma carência na formação dos docentes para poder conduzir tal visão tanto do ponto de vista teórico quanto prático. Na realidade norte-americana, já há uma preocupação em dar conta dessas questões a partir da divisão de que o ensino requer conhecimento, habilidades e atitudes profissionais. Para tanto, os domínios cognitivo, psicomotor e afetivo, no caso da Fisioterapia, devem ser trabalhados. (30, 31).

Nessa nova perspectiva, a ideia compartilhada por sujeitos, familiares e profissionais de que o afastamento emocional auxilia a competência para a cura, perde sentido (22), já que a visão global do sujeito com ECNP com oralização restrita ou ausente passa a ser o foco do atendimento. Para atingir tal proposta nos atendimentos, o fisioterapeuta, deve, no entanto, ter flexibilidade e não ceder ao trabalho de rotina com foco exclusivo na técnica. Atender um sujeito demanda lidar com o imprevisível e com novas demandas a cada atendimento (17). Os entrevistados demonstraram sensibilidade a esse fato ao afirmarem que a intimidade provocada pelo atendimento continuado facilita a leitura corporal. Demonstram,

portanto, que preocupar-se além da lesão, saber mais e melhor da vida do sujeito e criar um contato gradualmente próximo são as formas de humanização da relação terapêutica (19).

Sumiya (18) ressalta seu desconforto com os roteiros preestabelecidos para um diagnóstico, com a planificação das queixas clínicas, com a utilização em excesso de aparelhos, com a impessoalidade, enfim, com a pretensa objetividade que despreza a inegável existência do sensível.

Especificamente, em relação ao quadro de ECNP, embora os entrevistados tenham manifestado certa capacidade de fazer algumas leituras corporais, demonstraram também preocupação com aspectos como dor ou outras necessidades fisiológicas que o sujeito pudesse ter durante a sessão de fisioterapia e que não pudesse comunicar apenas pela modalidade não verbal. Outros aspectos, tais como dificuldades intelectuais ou afetivas, não foram comentados pelos entrevistados, embora tenham sido revelados em alguns estudos como pontos de preocupação de alguns fisioterapeutas, sobretudo as dificuldades intelectuais (3).

Portanto, embora a fala possa estar ausente, o sujeito com ECNP pode manifestar suas intenções através de outras modalidades de linguagem que não a oral, o que não o exclui da relação língua/linguagem (32).

Nesse contexto, diversos autores discutem a importância da leitura da comunicação não verbal (26, 33, 34) e do uso de recursos de CAA para sujeitos com ECNP com restrição ou ausência de oralidade tanto em situações terapêuticas (1, 10, 35), como no caso da escola (36) e nas situações familiares (10, 37).

Observa-se que a maior parte dos entrevistados não conhece a CAA, ou, se conhecem, não a utilizam. Isso, possivelmente, porque ainda há pouca formação especializada sobre o tema no meio acadêmico, na clínica e na área educacional (13, 39).

Os profissionais que trabalham com sujeitos com ECNP devem ter uma ação interdisciplinar voltada para o ganho de habilidades motoras e funcionais (7). Dentre os atuantes dessa equipe, os fonoaudiólogos destacam-se com o domínio teórico, a confecção e o uso da CAA através de pranchas de baixo custo, como descrito por Cesa (10).

Considerando os resultados de um modo amplo, percebe-se que há uma interligação importante entre o foco especializado da formação dos fisioterapeutas

entrevistadas e o modelo biomédico que exclui reflexões mais amplas relacionadas à vida das pessoas. Esse fato se reflete na quase ausência de preocupação com os processos comunicativos na sessão de fisioterapia, mesmo em situações em que os sujeitos atendidos não podem utilizar a modalidade oral. Há lacunas importantes tanto para a formação em leitura corporal quanto para o uso de outras modalidades comunicativas, como a CAA. Ainda, em relação à leitura corporal, que, embora utilizada, está limitada ao elemento cinésico, perde-se de vista o táctico, que, apesar de amplamente utilizado pelo fisioterapeuta, através do toque, não é lido enquanto sinal comunicativo. Parece estar em questão a diferença entre ver e olhar, ouvir e escutar, tocar e sentir, e mover e gesticular. O que delimita tais oposições é que no olhar, escutar, sentir e gesticular tem-se a perspectiva do sentido, ou seja, para sentir é preciso tocar e atribuir um sentido ao toque. Para que o fisioterapeuta possa se colocar nesse lugar de sentir, escutar, olhar e interpretar os gestos do sujeito que atende, necessita de formação para considerar o que caracteriza o humano: a linguagem.

3.5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que os fisioterapeutas encontram algumas dificuldades na comunicação com os sujeitos com ECNP, sobretudo, pela ausência de recursos alternativos como a CAA ou mesmo pelas limitações na leitura corporal dos sinais não verbais. Esses resultados parecem estar relacionados com deficiências na formação profissional que não contempla tais temáticas, tanto na teoria quanto na prática clínica, por estar centrada predominantemente no modelo biomédico.

Esta pesquisa foi desenvolvida tendo como inspiração o ser humano, o seu corpo e a sua subjetividade manifestada por expressões corporais, como elementos indissociáveis que encenam histórias e comportamentos múltiplos. Em constantes transformações e de acordo com o mundo no qual está inserido, o corpo é o elemento essencial de trabalho da Fisioterapia. Embora as suas expressões e “apelos” não verbais ainda não estejam encontrando a sua mais ampla leitura, os tempos atuais exigem um fisioterapeuta mais humanizado e com uma visão mais

integrada do sujeito em tratamento. Os resultados do estudo apontam para tal demanda e indicam que uma nova formação, centrada na humanização, faz-se necessária.

Nesse sentido, pesquisas futuras podem refinar o ensino e aperfeiçoar o profissional, beneficiando o atendimento fisioterápico. Para tanto, é necessária uma visão clara da diferença entre aplicar técnicas e ser (físio)terapeuta na formação do graduando. É preciso focar o aprendizado não apenas das técnicas e dos métodos instrumentais, mas também das habilidades que se deve ter ao atender um ser humano e como se constitui um ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Mendes ANO, Rocha PC, Galdino TR. A efetividade e aceitabilidade da comunicação alternativa e/ou aumentativa em crianças com neuropatia crônica não progressiva – rumo à inclusão. In: IV Seminário Internacional Sociedade Inclusiva Propostas e ações inclusivas: impasses e avanços, 2006, Belo Horizonte. Anais: IV Internacional Sociedade Inclusiva PUC Minas.
2. Himmelmann K, Beckung E, Hagberg G, Uvcbrant P. Gross and fine motor function and accompanying impairments in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2006; 48(6):417-423.
3. Ribeiro J, Moraes MVM, Beltrame TS. Tipo de atividade e relação interpessoal estabelecida entre fisioterapeuta e criança com paralisia cerebral no contexto de intervenção fisioterapêutica. *Dynamis revista tecno-científica.* 2008; 1(14):89-95.
4. Mota AP, Pereira JS. Influência da fisioterapia nas alterações motoras em crianças com paralisia cerebral. *Fisioter. Bras.* 2006; 7(3):209-212.
5. Silva MS, Daltário SM. Paralisia Cerebral: desempenho funcional após treinamento da marcha em esteira. *Fisioterapia em Movimento.* 2008; 21(3):109-115.
6. Christofolletti G, Hygashi F, Godoy ALR. Paralisia Cerebral: uma análise do comprometimento motor sobre a qualidade de vida. *Fisioterapia em*

- Movimento. 2007; 20(1) [citado 12 out 2010]. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd99=view&dd98=&dd1=1511&iidioma=2>.
7. Rotta NT. *Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas*. Jornal de Pediatria. 2002; 78(1): 107-115.
 8. Zanini G, Cemin NF, Peralles SN. Paralisia Cerebral: causas e prevalências. *Fisioterapia em Movimento*. 2009; 22(3):375-381.
 9. Falkman KW, Sandberg AD, Hjelmquist E. Preferred communication modes: pre linguistic and linguistic communication in non-speaking preschool children with cerebral palsy. *Int J. Lang Commun Disord*. 2002; 37(1):59-68.
 10. Cesa CC. *A comunicação aumentativa e alternativa em uma perspectiva dialógica na clínica de linguagem [dissertação]*. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2009.
 11. Vasconcelos R. *Paralisia cerebral e comunicação alternativa e suplementar: linguagem em funcionamento*. Temas desenvolv. 2001;10(58/59):79CE-84CE.
 12. Paula KMP, Enumo SRF. *Avaliação assistida e comunicação alternativa: procedimentos para a educação inclusiva*. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília. 2007; 13(1):3-26.
 13. Cesa CC, Ramos-Souza AP, Kessler TM. *Novas perspectivas em comunicação suplementar e/ou alternativa a partir da análise de periódicos internacionais* Rev. CEFAC. 2010; 12(5):870-880.
 14. Salmória JG, Camargo W. A. *Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais*. Saúde e Soc. 2008; 17(1): 73-84.
 15. Almeida ALJ, Guimarães RB. *O lugar social do fisioterapeuta brasileiro*. Rev. Fisioter. Pesq. 2009; 16(1):82-88.
 16. Rodrigues RM. *A Fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios*. Rev. Perspectiva Online. 2008; 2(8).
 17. Campos BCP, Caromano FA, Tanaka C, Campos TCP. *Deteção e descrição das habilidades profissionalizantes na relação fisioterapeuta-paciente durante massoterapia clínica*. Fisiot. Mov. 2009; 22(1):113-119.

18. Sumiya A. Mudanças curriculares e a noção de corpo no curso de fisioterapia da universidade estadual de Londrina. *Rev. bras. Est. Pedag.* 2009; 90(224):160-175.
19. Sumiya A, Jeolás LS. Processos de mudança na formação do fisioterapeuta: as transições curriculares e seus desafios. *Acta Scientiarum Human and Social Sciences.* 2010; 32(1):47-53.
20. Braz MM. Educação integral: um modelo de ensino da fisioterapia baseado na física quântica. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
21. Tessitore EC. Os talentos do corpo: uma experiência de trabalho corporal com pacientes com transtorno mental. [Dissertação] São Paulo (SP): Programa de pós-graduação da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.
22. Canto, CRE, Simão LM. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso. *Psicol. cienc. prof.* 2009; 29(2):306-317
23. Rezende M de. Avaliação da Inserção do Fisioterapeuta na Saúde da Família de Macaé/RJ: A Contribuição deste Profissional para a Acessibilidade da População Idosa às Ações de Saúde da Equipe. Um Estudo de Caso. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
24. Campos DC, Santos MG. Sentimentos vivenciados por fisioterapeutas no atendimento a pessoas com paralisia cerebral. *Psico USF.* 2009; 14(2):229-236.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo (SP): Hucitec, 2008.
26. Mesquita RM. Comunicação Não verbal: relevância na atuação profissional. *Rev.paul.Educ. Fis.*1997; 11(2):155-163.
27. Narciso ALG. Corpos em evidência: reflexões sobre a exposição corporal no curso de fisioterapia [dissertação]. Sorocaba (SP): Universidade de Sorocaba; 2006.
28. Lamper JB. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. *Rev. Brasileira de Educação Médica.* 2001; 25(1):63-69.

29. Almeida DV, Chaves EC. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem. *Einstein*. 2009; 7(3):271-278.
30. Jette DU, Bertoni A, Coots R, Johnson H, Mclaughlin C, Weisback C. Clinical instructors perception of behavior that comprise entry-level clinical performance in physical therapist students: a qualitative study. *Phys Ther*. 2007; 7(87):833-843.
31. Jette DU, Portney LG. Construct validation of a model for professional behavior in physiotherapy students. *Phys Ther*. 2003; 5(83):433-43.
32. Chun RYS. Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2009; 21(1):69-74.
33. Silva LMG, Brasil, VV, Guimarães HC, Savonitti BH, Silva MJP. Comunicação não verbal: reflexões a cerca da linguagem corporal. *Rev. latino-am.enfermagem*. 2000; 8(4):52-58.
34. Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico. *Rev. Esc. Enferm*. 2007; 41(3):419-25.
35. Deliberato D. Uso de expressões orais durante a implementação do recurso de comunicação suplementar e alternativa. *Rev. bras. educ. espec*. 2009; 15(3):369-388.
36. Binger C, Light J. Demographics of preschoolers who require AAC. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2006; ND(37):200-9.
37. Deliberato D, Lopes MAC. Análise da fala de famílias de alunos deficientes não-falantes a respeito da comunicação de seus filhos em ambientes naturais. *Revista de extensão e pesquisa em educação e saúde*. 2007; 7(3):113-118.
38. Medina EC, Andrade MS. A abordagem psicopedagógica na intervenção fisioterapêutica em criança com encefalopatia crônica não-progressiva. *Cad. Psicopedagogia*. 2004; 3(6):54-69.
39. Ratcliff A, Koul R, Lloyd LL. Preparation in augmentative and alternative communication: an update for speech-language pathology training. *J Speech Lang Pathol*. 2008; ND(17):48-59.

4 SEGUNDO ARTIGO DE PESQUISA

A COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA ALTERNATIVA NA SESSÃO DE FISIOTERAPIA

RESUMO

Objetivo: Analisar o que fisioterapeutas referem no discurso sobre o uso da Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA) durante a sessão de fisioterapia com sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP). **Método:** Foram efetuadas entrevistas individuais com cinco profissionais, por meio de questionamentos pertinentes à temática em forma de perguntas abertas. A análise dos dados ocorreu com o agrupamento de ideias e a seleção das ideias mais relevantes sobre o tema. **Resultados:** Os fisioterapeutas entrevistados referem que conhecem e ressaltam a importância da utilização da CAA em suas sessões, mas não tiveram formação teórica sobre o tema. O contato e a utilização de tal recurso ocorreu por meio da troca interdisciplinar com o profissional de Fonoaudiologia da instituição na qual trabalham. Tal fato, somado às demandas específicas da sessão de fisioterapia, limita a incorporação de tal recurso na prática diária por quatro profissionais entrevistadas. Apenas uma incorporou o recurso em sua rotina diária. **Conclusão:** Todos os profissionais estudados afirmaram, como maiores ganhos na utilização da CAA, a melhora do vínculo e da interação com o sujeito com ECNP, mas também afirmaram ter dificuldades com aspectos instrumentais que limitam o uso da CAA, como tamanho da prancha de CAA, seu modo de construção individualizado para cada sujeito e a dinâmica da sessão de fisioterapia. Já como limitação social, citam a aceitação familiar quanto ao recurso. A presença do fonoaudiólogo na equipe de atendimento ao sujeito com ECNP foi aspecto fundamental para que tais profissionais tivessem acesso a esse recurso terapêutico.

Palavras-chave: Comunicação Aumentativa Alternativa, Fisioterapia, Encefalopatia Crônica Não Progressiva, Humanização.

ALTERNATIVE AND AUGMENTATIVE COMMUNICATION IN THE PHYSIOTHERAPY SESSIONS

ABSTRACT

Purpose: Analyze what physiotherapists refer about the use of Alternative and Augmentative Communication (AAC) during the physiotherapy session with subjects with chronic non-progressive encephalopathy (CNPE). **Methods:** Individual interviews were conducted with five professionals concerning questions relevant to the topic in the form of open questions. Data analysis occurred through grouping ideas and selecting the most relevant to the topic. **Results:** The interviewed physiotherapists claim to know and emphasize the importance of using AAC in their sessions but had no theoretical formation on the topic. The contact and the use of this resource happened through interdisciplinary exchange with the speech therapist from the institution where they work. This fact, added to the specific demands of the physiotherapy session, limits the incorporation of this resource in daily practice by the four interviewed professionals. Only one has incorporated it to her daily routine. **Conclusion:** All the studied professionals claim having improvements in using AAC, such as a closer bond and interaction with CNPE subjects, but they also claim having problems relating some limiting aspects of using AAC such as the size of the AAC board, the way it is individually build for each person and the dynamics of the physiotherapy session. As social limitation, they mentioned family acceptance of the resource. The presence of the speech therapist in the team serving the subject with CNPE was essential for those professionals to have access to this therapeutic resource.

Keywords: Alternative and Augmentative Communication, Physiotherapy, Chronic non-progressive encephalopathy, Humanization.

4.1 INTRODUÇÃO

Os benefícios trazidos pelo desenvolvimento tecnológico diariamente colocam à disposição dos indivíduos ferramentas novas que fornecem e agilizam a comunicação, a mobilidade, o trabalho, o lazer, os cuidados pessoais e a saúde¹. Quando esse desenvolvimento tecnológico traz respostas aos problemas funcionais encontrados em pessoas deficientes, no sentido de agilizar, ampliar e promover habilidades no seu cotidiano, trata-se de uma tecnologia assistida¹. Essa tecnologia permite ao sujeito com deficiências uma vida independente e uma inclusão social e educacional². Para tanto, esse recurso deve ter a personalidade do sujeito acometido e o seu interesse em utilizá-lo, assim como o empenho do seu familiar³.

A tecnologia assistida pode ser utilizada em sujeitos com restrição e/ou ausência da linguagem oral. Uma vez que esse déficit de linguagem acomete 49% das crianças com Encefalopatia Crônica Não Progressiva(ENCP)⁴, fazem-se necessárias alternativas que viabilizem a essa criança a expressão de sentimentos e desejos. A partir desse contexto, surge a Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA)ⁱⁱ com o intuito de inserir a criança com ENCP no meio escolar, social e promover certa independência a ela⁵.

Os sistemas de CAA são compostos por estratégias que complementam ou substituem a linguagem falada, permitindo que a comunicação se estabeleça através de “sistemas alternativos baseados em sinais/ símbolos pictográficos, ideográficos e arbitrários” que abrangem desde gestos, vocalizações, expressões faciais, direção do olhar, pranchas com alfabeto ou símbolos gráficos (fotografias, gravuras e/ou desenhos) até sofisticados sistemas computadorizados que sintetizam e digitalizam a fala⁶.

A CAA, através de recursos de baixa tecnologia, é a realidade dos países subdesenvolvidos, que, por questões financeiras, não têm acesso à alta tecnologia, sendo a prancha de comunicação uma realidade possível de muitos usuários^{7,8,9}.

ⁱⁱ O termo Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) é uma proposta da tradução do inglês *Augmentative and Alternative Communication* (AAC). Há circulação no campo científico de outras terminologias propostas: Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) e Comunicação Alternativa e Ampliada. Neste trabalho, será utilizado o termo Comunicação Aumentativa e Alternativa.

A prancha de comunicação é um dos recursos de CAA de baixo custo, pode ser confeccionada de acordo com a individualidade e necessidade do sujeito⁵. Quanto aos 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 – *Pictogram Ideogram Communication Symbol* e PCS – *Picture Communication Symbols*) e os linguísticos (*Bliss*). Os pictoriais apresentam figuras icônicas que possuem o significado mais transparente pela similaridade física. Já o sistema linguístico, como o Bliss, tende a excluir do seu uso as crianças e os estrangeiros, os sujeitos com lesões cerebrais (ECNP, afásicos, etc.) e os demenciados¹⁰. Em vista disso, sabe-se da superioridade do uso da CAA através de símbolos pictóricos no auxílio de crianças com ECNP¹¹.

Em expansão no Brasil, a comunicação por meio de recursos como a prancha ainda não se constitui em prática de amplo conhecimento¹², embora tenha seu valor na socialização e na interação do sujeito com dificuldade ou ausência de oralização¹⁰ e seus benefícios na expressão da subjetividade, na comunicação com o outro e no acréscimo do repertório de respostas comprovados por diversos estudos^{10,13,14,15}.

Apesar do considerável uso desse recurso na população infantil, ainda há pouca formação especializada sobre o tema no meio acadêmico¹⁶, havendo a necessidade de os profissionais que pretendem trabalhar com a CAA colocar a linguagem em funcionamento, indo além do apontar/acionar um símbolo ou uma tecla¹². Para tanto, necessitam fazer uma reflexão mais profunda sobre as concepções de língua, de linguagem e de sujeito que embasam o uso de tal recurso com pacientes¹⁰.

Além dessa reflexão, deve ser ressaltada a importância de uma equipe interdisciplinar atuando na avaliação e intervenção junto à criança com ECNP o mais precoce possível. Profissionais da área da saúde, como neurologista, pediatra, traumatologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo têm muito a contribuir para o melhor desenvolvimento possível da criança em questão, além de dar suporte especializado à família¹⁷. A integração de diversas disciplinas profissionais se faz necessária, sendo que os profissionais que utilizam as tecnologias assistidas devem ter o amplo conhecimento, a vontade de

aprender e a sensibilidade dos valores familiares e culturais dos sujeitos em tratamento¹⁸.

Torna-se importante, portanto, reforçar aos profissionais da saúde e educação a necessidade da implementação precoce dos sistemas de CAA não só para as habilidades expressivas, mas para investir na construção da linguagem¹⁵.

Com a finalidade de buscar uma melhor intervenção através de recursos que possibilitem um processo de comunicação efetivo nas práticas terapêuticas, esta pesquisa se propôs a escutar o que diz um grupo de fisioterapeutas sobre a introdução e o uso da prancha de CAA durante suas sessões com o sujeito com ECNP. Buscou-se identificar o tempo de uso, o conhecimento sobre a CAA e as mudanças observadas com o uso da CAA nas sessões de fisioterapia tanto em termos de benefícios quanto de limitações. De modo especial, busca-se analisar os ganhos terapêuticos com tal recurso.

Também se observou o relato dos profissionais sobre sua práxis e aspectos singulares do terapeuta que possam interferir no sucesso terapêutico com a CAA.

4.2 MÉTODOS

Foram entrevistados, para a pesquisa, cinco fisioterapeutas de uma capital brasileira, com experiência clínica de no mínimo 1 ano e que tivessem conhecimento da CAA e a utilizassem durante a sessão de fisioterapia com sujeitos acometidos por ECNP.

No decorrer do artigo será utilizada a designação “F” (fisioterapeuta), seguida da numeração arábica correspondente (F8, F9, etc.) para fazer referência aos informantes e para facilitar a referência aos enunciados deste *corpus*.

Os fisioterapeutas foram convidados e devidamente esclarecidos sobre a pesquisa e os seus propósitos. Conforme determina a legislação em pesquisa, após o cumprimento de todas as recomendações éticas e mediante o aceite, foi iniciada a aplicação de um roteiro de entrevista elaborado com perguntas abertas. A temática das questões foi pertinente ao conhecimento da Comunicação Aumentativa Alternativa e o seu uso durante a sessão de fisioterapia. Conforme o desenvolvimento da narrativa, foram realizadas outras questões, não se limitando aos questionamentos traçados no roteiro de entrevista inicial. As entrevistas foram

todas registradas num gravador marca Sony TCM 359V, em fitas cassetes, sendo em média 60 minutos de gravação.

A partir da transcrição integral das fitas e da leitura do material, realizou-se a análise dos dados, conforme Minayo (2008), preservando-se a fala dos(as) entrevistados(as). Buscando salientar as idéias mais relevantes, foram selecionados partes do material e agrupados de acordo com a semelhança dos relatos dos(as) entrevistados(as) realizando os recortes temáticos de forma a desenvolver a análise crítica e relacional dos dados obtidos para revelar as respostas obtidas a partir dos questionamentos abordados¹⁹. A sequência dos questionamentos foi mantida durante a análise dos resultados para que as respostas mantivessem uma lógica.

4.3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 1 fisioterapeuta do sexo masculino e 4 do sexo feminino.

O quadro 1 demonstra o perfil da amostra deste estudo:

QUADRO 1 – PERFIL DA AMOSTRA DE FISIOTERAPEUTAS QUANTO À VARIABILIDADE DE INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA (4 INSTITUIÇÕES), TEMPO DE GRADUAÇÃO E DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

AMOSTRA	INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	TEMPO DE GRADUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL
F8	A	1 ANO E MEIO	1 ANO E MEIO
F9	A	3 ANOS	3 ANOS
F10	B	12 ANOS	12 ANOS
F11	C	4 ANOS	4 ANOS
F12	D	5 ANOS	4 ANOS E MEIO

Pode-se perceber que apenas 1 participante tem mais de 5 anos de experiência profissional e que a maior parte ficou entre 1 ano e meio e 4 anos e meio.

Os cinco fisioterapeutas acreditam e investem no recurso da prancha de CAA, embora quatro deles não a incluam rotineiramente na sessão de fisioterapia: *“Aqueles que têm a gente utiliza sim, não digo sempre, é aquelas vezes que dá*

tempo [...] questões mais simples e a gente nem utiliza. E outras vezes acabam entrando em desuso, porque já está tão acostumada com o paciente que a gente já sabe o que ele quer dizer [...], mas claro que seria importante a gente utilizar mais.” (F8);

“[...] às vezes durante o atendimento tem tanta coisa para segurar e mais a prancha.” (F9);

“[...] só utilizo [...] quando o paciente traz esse recurso para a fisioterapia.” (F10);

“[...] não uso muito porque tem que pegar a prancha e às vezes não tem muito a ver com o que a gente ta fazendo no manejo, mas poderia aprender a usar melhor, talvez mais rápido [...].”

(F12). Já o oposto emerge na fala de F10:

“[...] quando eu atendo em solo é bastante utilizado. Eles pedem as pastas.”

Cabe enfatizar que com formação entre 1998 e 2009, a maior parte do grupo afirma que, na graduação, não foi oferecida uma disciplina específica sobre CAA (F9, F10, F12), mesmo sendo essa área difundida no Brasil desde a década de 1970²⁰. Somente um dos fisioterapeutas ressalta o conhecimento da temática da tecnologia assistida através do relato das experiências pessoais da professora da disciplina de Neurologia I, porém sem maiores embasamentos teóricos e planejamento no conteúdo programático da disciplina (F11). A partir das falas desse fisioterapeuta, nota-se uma sensibilidade apurada no que diz respeito ao uso de recursos para o sujeito expressar uma conversa mais elaborada e subjetiva. Ele reconhece a CAA para o fortalecimento do vínculo terapêutico, uma vez que o sujeito apresenta participação ativa na sessão. F11 ainda faz uma crítica à formação fisioterápica com visão mecanicista, na qual o sujeito é visto como uma lesão ou condição motora isolada, sem uma visão global. Logo, percebe-se que na instituição em que F11 estudou, diferentemente das demais, já há certa percepção pelo corpo docente da necessidade de se estudar e difundir a temática.

O tempo de uso da CAA pelos cinco fisioterapeutas que a utilizam com os sujeitos com ECNP variou de 2 anos e meio a 8 anos, sendo que F8 a utiliza desde o seu conhecimento na prática de estágio em uma instituição e F11 a utiliza desde a sua atuação profissional inicial (formado há 4 anos e trabalhando há 4 anos).

Todos os fisioterapeutas referiram tê-la conhecido através de instituições ou clínicas com equipe multidisciplinar presente, sendo esse recurso inserido na sessão através da fonoaudióloga da equipe. Diante disso, denota-se, a partir dos relatos abaixo, a importância da equipe multidisciplinar dentro das instituições e nas clínicas com a finalidade de promoção de trocas de conhecimentos do sujeito em tratamento: *“Tomei conhecimento através da instituição que eu trabalho, através das fonos que confeccionam as pastas e às vezes a gente vai na sessão de fono e elas nos mostram o que a criança é capaz de fazer.”* (F8);

“Só conheci quando tive contato com o trabalho em equipe multidisciplinar.” (F10).

Quanto à diferença observada durante a sessão de fisioterapia com o uso da CAA, a maioria dos fisioterapeutas relatou, conforme exemplificado a seguir, que o uso desse recurso de comunicação ajuda na interação e na melhora do vínculo fisioterapeuta-sujeito:

“[...] a gente consegue se comunicar mais e dar mais atenção pro paciente, tipo ele consegue demonstrar e contar mais o que ele quer, as vezes ele não quer só fazer a fisio, ele quer conversar.” (F8);

“[...] sempre que a criança pode se expressar pode escolher o que ela quer, sempre é melhor né, sempre interage mais. [...] benefício vem do interagir da criança [...]” (F9);

“A comunicação, sobretudo fortalece o vínculo terapêutico, faz com que aumente a participação do paciente. Entendendo que ele também é parte responsável do processo de reabilitação e a comunicação também é fator determinante para aumentar o seu grau de independência funcional.” (F11);

“[...] esse vínculo que a gente cria com a criança que acaba que, a longo prazo os resultados na terapia são melhores, os objetivos são alcançados porque a criança tá melhorando a auto-estima dela.” (F12).

Já as diferenças referidas nos resultados da fisioterapia através do uso da CAA no sujeito com ECNP podem ser verificadas através dos discursos os quais enfatizam que o sujeito se sente atuante e mais satisfeito a partir do momento em que ele é compreendido:

“A diferença física vem por eles ficarem mais incentivados, por eles estarem falando o que sentem.” (F9);

“Eles ficam felizes em poder trocar, se comunicar e se fazer entender.” (F10);

“O paciente passa a participar mais ativamente da sessão entendendo também sua responsabilidade e aumentando a vontade e desejos de evolução não só motoramente, mas no seu desenvolvimento global que a melhor comunicação permite em todos os ambientes.” (F11).

Em oposição aos demais, F8 afirma que não há diferença no resultado da sessão de fisioterapia, mas sim na interação com o sujeito, que passa a ser compreendido. Percebe-se, nessa afirmação, uma visão de que os resultados atingidos na sessão de fisioterapia estão associados apenas ao ganho motor, estando o vínculo emocional e afetivo separado desses resultados. Destaca-se, nesse relato, a visão mecanicista na qual a formação acadêmica do fisioterapeuta é embasada.

No que diz respeito às limitações do uso da CAA com sujeitos com ECNP, essas são citadas como dependentes da gravidade do comprometimento motor do sujeito, da aceitação familiar e dos profissionais com os quais esse recurso será utilizado, como verificado nos trechos: *“Olha eu fico em dúvida um pouco do paciente que é mais grave, não saberia como que a Fonoaudiologia tem assim um acesso a este paciente, à comunicação.”* (F12); *“Tem mães que não usam porque acham que entendem tudo o que as crianças fazem e deixam a pasta lá de enfeite [...]”* (F8);

“Alguns pacientes, famílias e até profissionais tem alguma dificuldade de aceitação imediata do recurso, o que dificulta a sua utilização principalmente fora do ambiente terapêutico.” (F11).

Uma das entrevistadas refere o seu ambiente de intervenção terapêutica, que é a água, como limitante do uso da CAA:

“No meu caso sim, porque trabalho dentro da água, a conversa é abreviada, mas isso não é motivo de evitar a comunicação.” (F10).

Em contrapartida, F12 afirma que *“mesmo na hidro que é um ambiente diferente a gente tem algumas pranchinhas pelo menos para o sim, para o não, pra dor, pro xixi.”*

Observa-se, através do relato de F8, que mesmo havendo limitações no uso da CAA pelos comprometimentos advindos da ECNP, ele os contorna sem maiores dificuldades:

“[...] a única coisa é no caso das crianças que não conseguem focar com o olhar ou não ir com a mão, aí nós temos que ficar perguntado: é esse? é esse?” (F8).

Diante de tais limitações neurológicas da criança com ECNP, F9 salienta que o fato de não ser feita a escolha do recurso de CAA mais adequado à criança, pode vir a ser um limitante devido à dificuldade para seu transporte e uso.

O valor atribuído ao uso da CAA durante a sessão de fisioterapia obteve conotação positiva. As palavras utilizadas para expressar tal valor foram: *“muito importante”* (F8, F11, F12); *“super importante”* (F9); *“indispensável”* (F10) e *“fundamental”* (F12). Logo, verifica-se que todos os profissionais da pesquisa consideram a CAA como relevante no atendimento prestado ao sujeito com ECNP, sendo que sua importância pode ser identificada na promoção de liberdade de expressão e de atuação ao sujeito em tratamento, conforme as seguintes falas: *“Acho essencial para não ficarmos só no “sim” ou “não”, para ela conseguir se expor e colocar os ideais dela ali.”* (F8);

“[...] quando tu vê pessoas muito inteligentes que realmente tem o que dizer e querem ter um diálogo grande e utilizam a comunicação alternativa para isso.” (F9).

Outros benefícios apontados pelos fisioterapeutas com o uso da CAA são: *“quando eles querem contar uma coisa mais específica”* (F8);

“diálogo grande” (F9); *“[...] para contar novidades do dia a dia.”* (F10) e *“[...] para a qualidade de vida e participação social.”* (F11).

Conforme essas expressões, os fisioterapeutas parecem ter sensibilidade da necessidade do uso da CAA, embora não a utilizem como rotina na sessão de fisioterapia com o sujeito com ECNP.

Segundo os discursos do grupo, a prancha de CAA não é utilizada com o sujeito com ECNP durante a sessão de fisioterapia por falta de conhecimento referente ao seu uso (F8, F9, F10, F11) e pela ausência de equipe interdisciplinar (F8, F10), principalmente da fonoaudióloga que detém o uso da prancha de CAA, conforme o trecho relatado: *“Talvez por falta de conhecimento, pois alguns não interagem com as fonos né, tem várias instituições e clínicas que não tem fono para te explicar e como utilizar e para confeccionar.”* (F8).

Dentre outros relatos, a carência na formação acadêmica também é citada conforme as seguintes passagens:

“Primeiro acho que o tema precisa ser mais difundido e valorizado na clínica e na formação de fisioterapia.” (F11); “Por falta de conhecimento, formação acadêmica que as vezes não explora bem a prática que a gente tem nas instituições [...].

” (F12).

Também são manifestadas limitações do fisioterapeuta no seu uso como: *“[...] pelo atendimento ser de 45 minutos e vamos sair correndo fazendo [...] as vezes não pára para pensar na importância de se comunicar com a criança.” (F8);*

“[...] um pouco de acomodação de alguns fisioterapeutas aonde não tem mais aquilo lá para mexer [...].” (F9).

Além disso, houve referência quanto ao atendimento realizado de forma tecnicista, fruto da formação acadêmica voltada ao mecanicismo e à visão exclusivamente biomédica, como é verificado nas passagens:

“[...] alguns dão mais importância só para o corpo mesmo e esta questão de linguagem não é tão explorada.” (F9);

“[...] a formação fisioterapêutica ainda tem uma visão muito mecanicista. O olhar ao paciente deve ser ampliado com uma perspectiva de seu global sempre procurando ouvir suas intenções e proporcionando possibilidades de maior participação social.” (F11).

Seja a comunicação através da CAA ou não, todos os fisioterapeutas consideram imprescindível sua efetuação no tratamento do sujeito com ECNP (F8, F9, F10, F11 e F12), sendo que a grande maioria considera a CAA como necessária no tratamento do problema, como foi exemplificado na fala de F10:

“Impossível atender um paciente sem trocar informações e a CAA possibilita isso.” Em discordância com os demais, F8 fala que “No tratamento global sim [...], mas tipo, só para a fisioterapia, se a criança consegue falar sim e não [...].”

Nesse relato, F8 se contradiz, pois já havia relatado anteriormente o valor essencial da CAA *“[...] para não ficarmos só no sim ou não[...].”*

Algumas considerações merecem destaque: *“[...] acho que todos eles tinham que ser encaixados de alguma forma neste tipo de comunicação.” (F12).* Diante dessa fala, o fisioterapeuta exprime a necessidade e importância do uso que a CAA tem para ele.

No trecho *“[...] ainda é muito pouco conhecida e muito pouco utilizada, então por isso é que ainda se trabalha muito sem ela. [...] assim que a gente pegar o jeito e*

descobrir realmente o modo de trabalhar e ver que é mais fácil, aí com certeza.” (F9), verifica-se que o fisioterapeuta em questão reforça que a práxis da CAA durante a sessão de fisioterapia será efetiva através do seu maior conhecimento teórico e prático.

Diante das análises acima, pode-se concluir que os fisioterapeutas participantes da pesquisa, mesmo salientando a importância da CAA na melhora do vínculo e da interação com o sujeito com ECNP, não possuem por rotina o uso da prancha de comunicação durante a sessão de fisioterapia.

4.4 DISCUSSÃO

A tecnologia assistida é uma realidade na interação com o sujeito com ECNP, sendo a CAA um recurso de grande valia para aqueles com linguagem receptiva preservada, mas com oralidade restrita ou ausente⁵.

Os benefícios da CAA, por meio do uso da prancha, para o sujeito com ECNP durante atuação terapêutica são demonstrados em várias pesquisas^{12,20, 21,22}. Esses benefícios podem também ser visualizados através das falas dos fisioterapeutas da pesquisa, os quais afirmam a melhora do vínculo e da interação com o sujeito com ECNP. Esses resultados obtidos pelo grupo amostral evidenciam que a introdução da CAA favoreceu a expansão da linguagem, corroborando com achados de outros estudos^{9,13,15,22,23}.

Essa forma de comunicação possibilita ao sujeito com oralidade restrita e/ou ausente desde a escolha do seu alimento²⁴ até escolhas de vida mais sofisticadas^{9,25}. A CAA permite ao sujeito a expressão de seus sentimentos e desejos, assim como potencializa o seu processo de inclusão social e escolar²⁶. Em concordância com esses autores, o grupo amostral da pesquisa destaca que à medida que o sujeito passa a ser compreendido, ele produz melhores resultados terapêuticos por estar mais satisfeito e atuante.

Mesmo diante de tais benefícios e possibilidades, a limitação do uso da CAA por sujeitos com ECNP pode ocorrer pela falta de adesão familiar e dos profissionais da saúde quanto ao uso da CAA. Em um estudo, os profissionais e os pais apresentaram receio em adotar a CAA por acreditarem que a intervenção com tais recursos iria impedir os usuários de falarem²⁷. Pode-se notar que, em vários

estudos, a mãe do sujeito com ECNP acredita ser possível a compreensão das mensagens emitidas pelo filho via gestos, expressões faciais e vocalizações, sendo a utilização da CAA desnecessária e demorada em sua percepção^{10,28}. Esse fato ficou evidente na fala de alguns fisioterapeutas do estudo, que relataram que o convívio faz com que as interpretações faciais e corporais fiquem mais claras, não necessitando tanto o uso da CAA. Todavia, tanto os familiares quanto os profissionais, não percebem que a leitura corporal possui limitações importantes para a expressão de sentimentos e desejos que não estejam no contexto imediato da enunciação¹⁰.

Também podem ser destacados como pontos limitantes do inter-relacionamento entre o profissional da saúde e o sujeito em terapia, a ansiedade na rotina diária do profissional com o sujeito grave, as atitudes impessoais utilizadas como mecanismo de defesa²⁹, a falta de preparo profissional, a mecanização e o grande número de atendimentos realizados pelo profissional³⁰. Outros autores¹³ afirmam ainda que há a necessidade de paciência, compreensão e habilidade para a interação com o uso da CAA com o sujeito com ECNP uma vez que a CAA ainda não se constitui em prática de amplo conhecimento, mesmo estando em expansão no país^{1,12}. De acordo com essa visão, os fisioterapeutas desta pesquisa citaram como causas do desuso da CAA durante a sessão de fisioterapia o tempo da sessão, a atuação mecanicista e a falta de conhecimento teórico e prático do recurso.

Em uma pesquisa¹⁴ realizada através de questionamentos com os profissionais (professores, terapeutas e fonoaudiólogos) atuantes de uma instituição que atende crianças com ECNP usuárias da CAA, verificou-se que os profissionais consideram a CAA um meio de comunicação eficiente e que ela proporciona uma melhor qualidade de vida aos sujeitos. Entretanto, os profissionais em questão a utilizam muito pouco na rotina diária do atendimento. Esse fato também pôde ser observado nos discursos dos fisioterapeutas integrantes desta pesquisa, os quais embora salientem a importância da CAA para a criança com ECNP, no andamento e nos resultados da sessão, utilizam-na pouco em sua rotina.

Cabe ressaltar que os profissionais que pretendem trabalhar com a CAA precisam colocar a linguagem em funcionamento, indo além do apontar/acionar um símbolo ou uma tecla, sendo necessária uma reflexão mais profunda sobre as

concepções de sujeito, língua e de linguagem¹⁰. Os sujeitos do grupo amostral demonstraram certa reflexão e sensibilidade ao uso da CAA em situações nas quais o sujeito necessitará um diálogo maior, mais específico e pessoal, mas não possuem a formação necessária para assumir plenamente tal recurso.

Portanto, para que ocorra o sucesso da CAA, deve haver a ação integrada e complementar de uma equipe constituída por profissionais de diferentes áreas de atuação, com objetivos instrumentais diferentes, unidos pelo objetivo de satisfação das necessidades do usuário com deficiência, em todas as esferas da sua atuação pessoal, doméstica e comunitária^{3,31}. Essa equipe atuante na saúde deve ter como eixo central a humanização e os aspectos subjetivos da condição humana, pois a interação dos conhecimentos técnico-científico com os aspectos afetivos, culturais, sociais e éticos na relação entre o profissional e o sujeito garantem maior eficácia do serviço³².

O caráter da interdisciplinaridade vem sendo contemplado pelas mudanças no perfil profissional daqueles que compõem a equipe de reabilitação³³. O interesse pela participação familiar e pelos processos motivacionais que facilitam a evolução e o desenvolvimento no tratamento, bem como as relações da tríade família, criança, terapeuta demonstram a grande interface existente entre as áreas das ciências da saúde e das ciências humanas, revelando-se, assim, perspectivas novas para a formação de profissionais que emergem da visão cartesiana em busca de seu papel social na reabilitação³⁴.

As instituições especializadas têm um papel significativo na produção de conhecimento acerca de metodologias de trabalho com pessoas com necessidades especiais e contribuem para a formação complementar dos profissionais³⁵. Neste trabalho, pôde-se notar que a presença de uma equipe interdisciplinar nas instituições foi o diferencial para o incremento da CAA na sessão de fisioterapia.

Dentre essa equipe multidisciplinar, a fonoaudióloga é a especialista capaz de selecionar o tipo de CAA mais adequado a cada usuário, já que seu foco é a reabilitação/habilitação da comunicação e da linguagem¹⁰. Detentoras de seu conhecimento, as fonoaudiólogas têm realizado pesquisas e ampliado a visão desse recurso para melhor interação social das crianças com patologias como ECNP, autismo, entre outros distúrbios de linguagem e desenvolvimento^{5,9,10,13}. Corroborando com essas autoras, todos os fisioterapeutas da pesquisa citaram a

fonoaudiólogas das instituições como promotoras do uso e da introdução da CAA na sessão de fisioterapia com o sujeito com ECNP.

Também atuante nessa equipe, o fisioterapeuta é tido como profissional fundamental na reabilitação de sujeitos com déficits neurológicos. A forma como esse profissional se relaciona com o sujeito com ECNP terá implicações diretas no desenvolvimento deste. Se ele atribuir ao sujeito um papel mais ativo e participante, poderá favorecer melhor sua evolução do que apenas o papel passivo no trabalho psicomotor³⁶. Para tanto, a CAA pode-se constituir num recurso importante de comunicação, por meio do qual o fisioterapeuta pode saber sobre as percepções e sentimentos do sujeito tanto em relação ao processo fisioterápico em si (dor, insatisfação...) como conhecer de modo mais profundo o sujeito que atende.

Durante muito tempo, o fisioterapeuta atuou com base em livros de reabilitação e importação de técnicas norte-americanas e europeias como os métodos Bobath, Kabat, Klapp, etc., ainda hoje utilizadas, cuja característica marcante eram as “receitas” prontas, que dispensavam a necessidade de pensar para a tomada de decisões³⁷. Esse fato pode ser percebido em um estudo realizado com crianças com ECNP, que demonstrou que a utilização dessas técnicas tradicionais geram frustração tanto no cuidador como no sujeito e terapeuta à medida que os resultados esperados não são atingidos³⁸. Há, assim, a necessidade de se considerar não somente os aspectos orgânicos da doença, mas a subjetividade do indivíduo em tratamento³⁸.

Por meio de uma visão humanizada e ampla, a Fisioterapia tem por objetivo a promoção do bem-estar geral do sujeito com ECNP como pessoa humana, preocupando-se em suprir positivamente suas diversificadas carências de diferentes naturezas circunstanciais que extrapolam sua dimensão biofísica³⁹. Um dos possíveis caminhos para atingir tal meta poderá ser a construção de uma Fisioterapia baseada em evidências de nível I⁴⁰, que possa comparar as referidas técnicas tradicionais quando aplicadas de modo isolado com terapia em que, além dos aspectos instrumentais, sejam considerados aspectos como a subjetividade e funcionalidade do sujeito atendido.

Para tanto, há a necessidade de modificar o foco do “olhar terapêutico” da doença para o sujeito, reconhecendo-o como um enunciador imerso na linguagem através do funcionamento linguístico entre os interlocutores em um dado contexto de

intersubjetividade. Ultrapassando, dessa forma, o limite imposto pela ausência ou dificuldade orgânica da fonoarticulação, promovendo, ao sujeito com ECNP, o estatuto de “falante”¹⁰.

Concluiu-se que a sensibilidade das fisioterapeutas, assim como verificado em um estudo¹⁰, compensa parcialmente possíveis déficits teóricos, tornando a práxis efetiva em muitos casos, mas carece de embasamento teórico. Sugerem-se disciplinas voltadas ao tema da CAA que possibilitem a construção do conhecimento tanto do ponto de vista teórico quanto prático já no curso de graduação. Deve-se ter em vista o atendimento de sujeitos com oralização restrita ou ausente, como os sujeitos com ECNP, de modo a ampliar a formação em Fisioterapia e os serviços de saúde.

4.5 CONCLUSÃO

Cabe ressaltar que os profissionais da saúde devem possuir a “sensibilidade” de que a sua atuação com os sujeitos em tratamento deve ir além de técnicas adequadas e do conhecimento anatomofisiológico, devendo considerar a forma de relação estabelecida com o sujeito. Uma vez ultrapassado o modelo exclusivamente biomédico vigente nos programas curriculares das diferentes áreas da saúde, o trabalho em equipe multidisciplinar deve ser estabelecido a fim de promover ao sujeito qualidade nos tratamentos propostos.

A CAA é um recurso de humanização ao sujeito que não pode manifestar os seus desejos e as suas vontades devido ao déficit na fala. Diversos são os estudos demonstrando sua importância, seus benefícios e a qualidade que promove na vida do sujeito com ECNP. Assim como a bengala, a cadeira de rodas e os demais instrumentos de tecnologia assistida ao sujeito com alguma deficiência, a CAA deve fazer parte do conhecimento teórico e da práxis do fisioterapeuta que busca a reabilitação do sujeito sob um ponto de vista global e não somente motor. Esse fato ficou evidenciado no discurso dos fisioterapeutas entrevistados, ou seja, ao mesmo tempo em que reconhecem a importância do recurso e procuram utilizá-lo, necessitam aprofundar sua formação para tanto.

Todas as profissionais afirmaram como maiores ganhos na utilização da CAA, a melhora do vínculo e da interação com o sujeito com ECNP e, como dificuldades, aspectos instrumentais que limitam o uso da CAA, como tamanho, modo de construção individualizado do recurso para cada sujeito e dinâmica da sessão de fisioterapia, e como limitação social, a aceitação familiar. A presença do fonoaudiólogo na equipe de atendimento ao sujeito com ECNP foi aspecto fundamental para que tais profissionais tivessem acesso a esse recurso terapêutico.

Reafirma-se, pelos aspectos pontuados, que a discussão da comunicação através da CAA se constitui em uma reflexão da qual o fisioterapeuta deve realizar em prol da humanização e qualificação ao atendimento de sujeitos com ECNP com oralização restrita ou ausente. Para tanto, a participação em equipe interdisciplinar, com a presença de fonoaudiólogos, parece ser um caminho necessário no processo de formação e prática profissional.

REFERÊNCIAS

1. Bersch R. Introdução a tecnologia assistida. CEDI, Centro Especializado em Desenvolvimento Infantil. Porto Alegre. 2008; 19 p. Disponível em: <<http://www.assista.com.br/Introdução%20TA%20rITA%20Bersch.pdf>> Acesso em: 07 out. 2010.
2. _____. Tecnologia Assistida e Educação Inclusiva. In: Ministério da Educação. Ensaio Pedagógico do III Seminário Nacional de formação de gestores e educadores. Brasília; SEESP. 2006; 30 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/rec_adaptados.pdf> Acesso em: 12 out. 2010.
3. _____ et al. Fatores humanos em tecnologia assistida: uma análise de fatores críticos nos sistemas de prestação de serviços. Revista Plural. 2008; 1(1):18-33.
4. Ponte M. Comunicação Aumentativa: Mitos e Preconceitos. 2009. Disponível em: <<http://www.fappc.pt/>>. Acesso em: 15 nov.2010.
5. Cesa CC, Ramos-Souza AP, Kessler TM. Novas perspectivas em comunicação suplementar e/ou alternativa a partir da análise de periódicos internacionais. Rev. CEFAC. 2010; 12(5):870-880.
6. Sameshima FS, Deliberato, D. Habilidades Comunicativas utilizadas por um Grupo de Alunos Não-Falantes durante Atividade de Jogo. In: Nunes LROP, Pelosi M; Gomes M. Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: Relatos de pesquisa e experiências. Rio de Janeiro: Quatro Pontos/FINEP. 2007; p. 118-122.
7. 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. 2. ed. Brasília: MEC; SEESP. 2006. 52 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ajudas_tec.pdf> Acesso em: 20 out.2010.
8. Schirmer CR, Bersch R. Comunicação Aumentativa e Alternativa. In: Schirmer CR, 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: 02 nov. 2010.
 9. Brancalioni AR et al. Dialogismo e Comunicação Aumentativa Alternativa em um caso. Rev. CEFAC [online], jul. 2010. Disponível em: Acessado em: 04 ago. 2010.
 10. Cesa CC. A comunicação aumentativa e alternativa em uma perspectiva dialógica na clínica de linguagem [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2009.
 11. Binger C, Light J. Demographics of preschoolers who require AAC. Lang Speech Hear Serv Sch. 2006; ND (37):200-9.
 12. Chun RYS. Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil. Pró-Fono R. Atual. Cient. 2009; 21(1):69-74.
 13. Miranda L, Gomes ICD. Contribuições da comunicação alternativa de baixa tecnologia em paralisia cerebral sem comunicação oral: relato de caso. Rev CEFAC. 2004; 6(3):247-252.
 14. Mendes ANO, Rocha PC, Galdino TR. A efetividade e aceitabilidade da comunicação alternativa e/ou aumentativa em crianças com neuropatia crônica não progressiva – rumo à inclusão. In: IV Seminário Internacional Sociedade Inclusiva Propostas e ações inclusivas: impasses e avanços, 2006, Belo Horizonte. Anais: IV Internacional Sociedade Inclusiva PUC Minas.
 15. Deliberato D. Uso de expressões orais durante a implementação do recurso de comunicação suplementar e alternativa. Rev. bras. educ. espec. 2009; 15(3):369-388.
 16. Ratcliff A, Koul R, Lloyd LL. Preparation in augmentative and alternative communication: an update for speech-language pathology training. J Speech Lang Pathol. 2008; ND (17):48-59.
 17. Franco, JM. Terapia ocupacional e paralisia cerebral. Nov. 2010. Disponível em: <<http://terapiaocupacionaleparalisiacerebral.blogspot.com/2010/04/terapia-ocupacional-e-paralisia.html>> Acesso em: 02 nov.2010.
 18. Kintsch A, De Paula R A framework for the adaption of assiste technology. 2002. Disponível em: <<http://13d.cs.colorado.edu/clever/assits/pdf/ak-SWAAAC02.pdf>.> Acesso em: 7 out. 2010.
 19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.
 20. Paula KMP, Enumo SRF. Avaliação assistida e comunicação alternativa: procedimentos para a educação inclusiva. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília. 2007; 13(1):3-26.
 21. Trevizor TT, Chun RYS. O desenvolvimento da linguagem por meio do sistema pictográfico de comunicação. Pró-Fono R. Atual. Cient. 2004; 16(3):323-332.

22. Almeida MA, Piza MHM, Lamônica DAC. Adaptações do sistema de comunicação por troca de figuras no contexto escolar. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2005; 17(2):233-240.
23. Johnston SS. Considering response efficiency in the selection and use of AAC systems. *J Speech-Lang Pathol Appl Behav.* 2006; 1(3):193-206.
24. Mechling LC, 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.* 2006; 39(4):234-245.
25. Klagenberg RM. 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, Porto Alegre. 2001.
26. Von Tetzchner S. et al. Inclusão de crianças em educação pré-escolar regular utilizando comunicação suplementar e alternativa. *Rev Bras Ed Esp.* 2005, 11(2):151-184.
27. Light J, Drager K. AAC Technologies for young children with complex communication needs: state of the science and future research directions. *Augmentative and Alternative Communication.* 2007; 23(3):204-216.
28. Deliberato A. Habilidades expressivas de um aluno não falante com diferentes interlocutores. In: Nunes IRO, Pelosi M, Gomes M. Um retrato da Comunicação Alternativa no Brasil. Relatos de pesquisa e experiências. Rio de Janeiro, 2007. ND: 137-142
29. Oriá MOB, Morais LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermo para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. *Rev. Eletrônica Enfermagem [periódico on-line]* 2004; ND(6):292-5. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br> > . Acesso em: 05 nov.2009.
30. Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi-Assis SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: Teoria e Prática.* 2004; 6(2):89-99.
31. Silva AP. Análise das falas dos professores de educação especial a respeito da atuação e da formação do educador relacionado ao contexto da comunicação [dissertação] Marília (SP): Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2005
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS política nacional de humanização. Documento para Discussão. Versão preliminar. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003.
33. Blascovi-Assis SM. Mudanças no perfil do profissional da reabilitação: reflexões sobre a interface entre ciências humanas e ciências da saúde. *Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenv.* 2004; 4(1):9-14.
34. Martins CC. Comunicação segundo o conceito Castillo Morales: um estudo de caso. In: Nunes, L. Pelosi, M., Gomes, M. Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: Relatos de pesquisa e experiências. Rio de Janeiro: Quatro Pontos/FINEP, 2007.
35. Reily L. Sobre como o Sistema Bliss de Comunicação foi introduzido no Brasil. In: Nunes LR, Pelosi M, Gomes MR (orgs). Um retrato da Comunicação Alternativa no Brasil: Relato de Experiências, vol II. Rio de Janeiro: 4 Pontos Estúdio Gráfico e Papéis, p. 19-45, 2007.
36. Ribeiro J, Moraes MVM, Beltrame TS. Tipo de atividade e relação interpessoal estabelecida entre fisioterapeuta e criança com paralisia cerebral no contexto

- de intervenção fisioterapêutica. *Dynamis revista tecno-científica*. 2008; 1(14):89-95.
37. Marques AP, Peccin ES. Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. *Rev. Fisioterapia e Pesquisa*. 2005; 12(1):43-48.
38. Medina EC, Andrade MS. A abordagem psicopedagógica na intervenção fisioterapêutica em criança com encefalopatia crônica não-progressiva. *Cad. Psicopedagogia*. 2004; 3(6): 54-69.
39. Alegretti LC, Philot GM, Patarro IPR, Santos, LA, Morais RD, Rosas SC. A relação e o estabelecimento de um vínculo entre terapeuta e criança com atendimento em instituição e em clínica particular. *Cadernos de Pós Graduação em distúrbios do desenvolvimento*. 2001; 1(1):35-49.
40. Fillippin LL, Wagner MB. Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. *Rev Bras Fisioter*. 2008; 12(5): 432-438.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intuição de que “algo mais” havia para além da condição motora dos sujeitos com ECNP com oralização restrita ou ausente fez com que esse tema fosse suscitado na busca de formas de interpretar esse sentimento enigmático e muitas vezes “invisível” ao olhos de quem não sabe como interpretá-lo. O problema está em que tal intuição não parece encontrar suportes teóricos e empíricos suficientes na literatura de Fisioterapia, embora já se tenha poucos estudos voltados para a humanização e qualidade do atendimento fisioterápico para esses sujeitos com ECNP com oralidade restrita ou ausente.

Diante disto, tal indagação emerge: existirá mesmo sujeito difícil de atender? Ou difícil é ter a compreensão, o conhecimento e os manejos adequados para conduzir cada atendimento, respeitando a individualidade de cada pessoa e a sua história?

A clínica fisioterápica, calcada em técnicas de reabilitação mecanicistas, demonstra que também, como os sujeitos com ECNP, possui limitações. Mais que atentar para aquilo que esse sujeito não tem – a fala oralmente articulada – deve-se considerar que há um dizer nas produções e manifestações não verbais desses sujeitos.

A partir dos resultados desta pesquisa, percebe-se que a comunicação entre o fisioterapeuta e o sujeito com ECNP com oralização restrita ou ausente é necessária, independente de ser não verbal ou com o uso de recursos como a CAA.

À medida que o sujeito em terapia se sente compreendido e consegue manifestar seus desejos e vontades, seja através de seus gestos corporais e/ou com a utilização da prancha de CAA, apresenta-se receptivo, atuante na sessão e com uma melhora no vínculo e na interação com o fisioterapeuta.

A importância da comunicação não verbal foi relatada por todos os fisioterapeutas do grupo amostral. Dentre as formas de comunicação não verbal destacadas nas falas deste grupo está a cinésica, ligada às manifestações do corpo e da face humana. A leitura facial, principalmente por meio da manifestação do olhar do sujeito com ECNP foi a forma de comunicação não verbal mais mencionada pela amostra. Diante de um sujeito com deformidades diversas e comprometimentos

musculares que, muitas vezes, tornam dificultosos os movimentos dos braços e das pernas, pode-se verificar que os olhos manifestam sentimentos os quais podem direcionar as técnicas efetuadas na terapia.

Entretanto, não distante da realidade da práxis do fisioterapeuta, a tacésica, a qual se relaciona ao toque e às formas com que esse toque é efetuado, foi pouco relatada. Somente uma fisioterapeuta a citou, sem maior aprofundamento nesse assunto. Cabe ressaltar que o instrumento de trabalho do fisioterapeuta é exatamente a sua mão, que vai desencadear sua pegada em pontos chaves, no caso do sujeito com afecções neurológicas. É sabido que dependendo do tipo de toque, se for mais forte e intenso, pode desencadear ações motoras reflexas, assim como se gerar muita pressão, pode promover dor no sujeito em tratamento. Logo, o fisioterapeuta, além da atenção ao corpo do sujeito com ECNP, deve ter o autoconhecimento do seu corpo e das suas intenções, tanto no seu olhar, no posicionamento do corpo, quanto no seu toque.

Outra forma de comunicação não verbal não referida pelos fisioterapeutas como comunicação efetuada com o sujeito com ECNP com oralidade restrita ou ausente foi a proxêmica. Esta relaciona a posição do ser no espaço, ou seja, quanto mais próximo o sujeito do terapeuta, mais confiante e com possibilidades de afeto. Já quanto mais distante, mais receoso e com uma interação ainda difícil. Reconhecer essas manifestações do posicionamento corporal do sujeito vem a somar na leitura da subjetividade desse ser.

Cabe ressaltar que mesmo que o enfoque do primeiro artigo tenha se detido na leitura corporal e facial (cinésica), esperava-se que fossem evocados os assuntos pertinentes ao toque (tacésica) e ao posicionamento do sujeito em relação ao fisioterapeuta (proxêmica). Percebe-se, a partir disso, que a comunicação permanece restrita ao corpo e à face, motivo esse pelo qual foram realizadas as explicações acima.

Mesmo relatando a importância e a efetuação da comunicação não verbal na sessão de fisioterapia com o sujeito com ECNP, o grupo investigado afirmou que apresenta dificuldades na interpretação da leitura corporal desses sujeitos. Tal fato pode ser justificado pela abordagem deficitária desse tema na vida acadêmica de grande parte dos fisioterapeutas investigados. Do mesmo modo, há quase um desconhecimento dos benefícios do uso da CAA.

Do grupo dos fisioterapeutas que utilizam a CAA, todos estão vinculados a instituições com equipes interdisciplinares. O fato de serem atuantes em uma grande capital (Porto Alegre), que apresenta mais instituições especializadas no atendimento de sujeitos com afecções neurológicas, poderia justificar sua maior adesão ao uso da CAA. Todavia, o que se verificou é que o recurso de CAA, no caso da prancha, foi introduzido pelo fonoaudiólogo, o qual detém seu conhecimento e a sua práxis, e que o uso rotineiro da ferramenta é muito pouco efetuado pelos fisioterapeutas. Dos cinco integrantes do grupo amostral, apenas um relata o uso desse recurso como diário com o sujeito com ECNP com oralização restrita ou ausente.

Assim, apesar de se enfatizar os benefícios da CAA durante a sessão e nos resultados da terapia, ela ainda não tem a sua práxis efetuada na rotina da interação terapeuta-sujeito. Dentre os motivos do seu desuso na sessão de fisioterapia foi destacado o pouco tempo de terapia, o fato de fugir do contexto em algumas situações e as limitações, como tamanho, e o ambiente terapêutico, como a água. Também vale destacar que tanto a teoria quanto a prática da CAA não se fizeram presentes na formação desses profissionais, sendo que apenas um relatou que o assunto foi citado superficialmente em aula.

Portanto, mais uma vez ressalta-se a carência de disciplinas voltadas para as formas de comunicação com sujeitos com ECNP com oralização restrita ou ausente tanto para a efetuação da comunicação não verbal quanto para o uso de recursos como a CAA. Acredita-se que a aprendizagem teórica e prática dessas ações são formas de humanizar o atendimento do sujeito, uma vez que ele se torna integrante, participativo na terapia, e que suas aspirações e sentimentos estão sendo respeitados e escutados. Dessa forma, à medida que a subjetividade desse ser passa a ser vista, tanto quanto as suas deformidades articulares e os seus encurtamentos musculares, o sujeito com ECNP passa a responder melhor e com mais motivação na terapia.

Os esforços para tornar a sessão mais humanizada não devem ser em vão. Muitos estudos têm se empenhado na busca de novas atitudes e terapias para a reabilitação de sujeitos com ECNP, com embasamentos mais humanos e menos mecanicistas, embora ainda seja predominante o modelo biomédico exclusivo.

Considera-se que tal mudança não deva ocorrer de imediato, mas que trabalhos como este possam suscitar o desejo dos fisioterapeutas pela busca de novos valores humanos e pela qualificação do atendimento prestado aos sujeitos com ECNP e/ou com oralidade restrita ou ausente, e que essa sensibilidade do fisioterapeuta, através da leitura da subjetividade do outro, favoreça os sujeitos com afecções neurológicas com dificuldades na fala e lhe deem o direito de serem sujeitos atuantes na sua própria reabilitação.

Mais do que a sensibilização dos fisioterapeutas no seu atendimento ao sujeito com ECNP com oralização restrita ou ausente, esta pesquisa também faz um apelo para a discussão em sala de aula, através de disciplinas específicas para a temática comunicação e suas formas de efetuação durante a formação acadêmica da Fisioterapia.

Assim, a reflexão sobre o conhecimento e a práxis, tanto da comunicação não verbal quanto do uso da CAA, faz-se necessária, principalmente, para profissionais como o fisioterapeuta, que atua diretamente com o corpo de diversos sujeitos, individualizados pelos seus desejos, vontades, anseios e medos. Sendo assim, obter o conhecimento de tais práticas torna o fisioterapeuta mais próximo do sujeito e mais longe da desumanização no seu atendimento.

Nesse sentido, pesquisas futuras podem refinar o ensino e aperfeiçoar o profissional, beneficiando, assim, o sujeito em terapia. Estudos que ampliem o enfoque no aprendizado dos métodos e técnicas de atendimento fisioterápico para o das habilidades que se deve ter ao atender um ser humano são fundamentais e desejados pelos profissionais.

Finalizam-se, portanto, estas longas páginas, com uma reflexão de Ressayier, que bem se aplica ao contexto desta pesquisa:

Educar ou ainda cuidar é abrir espaços para a emergência e a colocação em prática das qualidades humanas, aquelas que nós conhecemos, mas também aquelas que pouco a pouco se tornam acessíveis. Que a vista ou o pensamento de um ser humano desligado de seu íntimo e tendo perdido sua dignidade se torne para nós definitivamente e totalmente insuportável. Então nós seremos bons terapeutas: o Vivo será nosso aliado (RESSÉGUIER, 2007, p.134).

REFERÊNCIAS

ALEGRETTI, A.L.C. et al. A relação e o estabelecimento de vínculo entre terapeuta e criança com atendimento em instituição e em clínica particular. **Cadernos de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo, v.1, n.1, p. 35-49, 2001.

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: 10 mai. 2009.

AMORIN, S.T.S.P.; MOREIRA, H. & CARRARO, T.E. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. **Rev. de Nutrição**. Campinas, v.14, n.2, p.111-118, 2001.

ANDRADE, M.L.U. Fisioterapia e o trabalho fonoaudiológico em linguagem e comunicação na paralisia cerebral. In: LIMONG, 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.

ARANHA, M. L.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando**: introdução à filosofia. São Paulo: Moderna, 1993.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm.**, v.41, n.4, p.668-74, 2007.

_____ & PUGGINA, A.C. A comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 419-425, ago. 2007.

BARLEM, E.L.D. et al. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.4, p.1041-1049, 2008.

BASIL, C. Os alunos com paralisia cerebral: desenvolvimento e educação. In: C. Coll, P. Jésus & P. Marchesi, (Orgs.). **Desenvolvimento psicológico e educação**:

necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995, p. 253-271.

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

_____; BELACASA, P. **Comunicación aumentativa**: curso sobre sistemas y ayudas técnicas de comunicación no vocal. Madrid: Inerser, 1988, 240p.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília, 2006.

BERTHERAT, T. & BERNSTEIN, C. **O corpo tem suas razões**. Antiginástica e consciência de si. São Paulo: Martins Fontes Editora Ltda. 1983. 223p.

BERTONCELLO, K.C.G. **Comunicação não verbal do paciente em CTI coronariana submetido a intubação orotraqueal**. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental/Comunicação em Enfermagem) – Universidade de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 1999.

BIRDWHISTELL, R.L. **Kinesics and context**: essays on body motion communication. 4. ed. Philadelphia: UPP (University of Pennsylvania Press), 1985.

BLASCOVI-ASSIS, S.M. Mudanças no perfil do profissional da reabilitação: reflexões sobre a interface entre ciências humanas e da saúde. **Cad. De Pós- Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo. v.4. n.1. p.9-11. 2004.

BOBATH, B. **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.

BRANCALIONI, A.R. et al. Dialogismo e Comunicação Aumentativa Alternativa em um caso. **Rev. CEFAC** [online]. 2 jul. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-18462010005000068&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2010.

BRAZ, M. M. **Educação integral**: um modelo de ensino da fisioterapia baseado na Física Quântica. 2006. 199f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006

CAMPELO, L.P. et al. Autismo: um estudo de habilidades comunicativas em crianças. **Rev. CEFAC.**, v.11, n.4, p. 598-606, out.-dez. 2009.

CAMPOS, B.C.P. et al. Detecção e descrição das habilidades profissionalizantes na relação fisioterapeuta-paciente durante massoterapia clínica. **Fisioter. Mov.**, v.22, n.1, p.113-119, jan.-mar. 2009.

CAMPOS, D.C.; SANTOS, M.G. Sentimentos vivenciados por fisioterapeutas no atendimento a pessoas com paralisia cerebral. **Psico USF.** v.14, n.2, p.229-236, maio/ago. 2009.

CANTO, C.R.E.; SIMÃO L.M. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corporeamente: um estudo de caso. **Psicol. cienc. prof.**, v.29, n.2, p.306-317, jun. 2009.

CAPOVILLA, F.C.; CAPOVILLA, A.G.S.; MACEDO, E.C. O uso de sistemas alternativos e facilitadores de comunicação nas afasias. **Distúrb. Comun.**, v.9, n.2, p.233-259, jun. 1998.

_____ et al. O uso de sistemas alternativos e facilitadores para o tratamento a melhora da qualidade de vida de afásicos. **Mundo saúde**, v.20, n.10, p.337-342, nov./dez. 1996.

_____ et al. A memória de trabalho do paralisado alfabetizado: análise experimental via sistema computadorizado de comunicação alternativa. **Mundo saúde**, v.21, n.2, p.98-101, mar./abr. 1997.

CASTRO, C.C. et al. Correlação da função motora e o desempenho funcional nas atividades de auto-cuidado em grupo de crianças portadoras de paralisia cerebral. **Med Reabil.**, v.25, n.1, p.7-11, jan./abr. 2006.

CARVALHO, D.V. **Necessidade territorial do paciente hospitalizado**. 1987. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

CASTRO, R.B.R.; SILVA, M.J.P. A comunicação não verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [online], v.9, n.1, p.80-87, 2001.

CESA, C.C. **A Comunicação Aumentativa e Alternativa em uma perspectiva dialógica na clínica de Linguagem**. 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

CESA, C.C.; RAMOS-SOUZA, A.P.; KESSLER, T.M. Novas perspectivas em comunicação suplementar e/ou alternativa a partir da análise de periódicos internacionais. **Rev. CEFAC** [online], v.12, n.5, p.870-880, abr.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462010000500019&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 30 out. 2010.

CHAVEIRO, N.; PORTO, C.C; BARBOSA, M.A. Relação do paciente surdo com o médico. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v.75, n.1, p.147-153, jan./fev. 2009.

CHUBACI, R.Y.S.; MERIGHI, M.A.B. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 10, n.6, p.805-812, nov./dez. 2002.

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

CORDE, **Comitê de Ajudas Técnicas**, ATA VII. Disponível em: <http://www.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/comitê_at.asp> Acesso em: 03 jun. 2009.

CORRAZE, J. **As comunicações não verbais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

DELISA, J.A.; MARTIN, G.M.; CURRIE, D.M. **Medicina de reabilitação: passado, presente e futuro**. São Paulo: Manole, 2006.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 7-14, 2004.

_____ & AYRES, J. R. C. M. (2005). Humanização em cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.3. 2005, p. 510-517.

DELIBERATO, D. Uso de expressões orais durante a implementação do recurso de comunicação suplementar e alternativa. **Rev. bras. educ. espec.**, v.15, n.3, p.369-388, set./dez. 2009.

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

_____ et al. Comunicação alternativa: recursos e procedimentos utilizados nos projetos temáticos de classes especiais. In: NUNES, L.R.O.P; PELOSI, M.B.; GOMES, M.R.. (Org.). **Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: relatos de pesquisa e experiências**. Rio de Janeiro: 4 Pontos Estúdio Gráfico e Papéis, 2007. vol.2. p.61-64.

_____ ; LOPES, M. A C. Análise da fala de famílias de alunos deficientes não-falantes a respeito da comunicação de seus filhos em ambientes naturais. **Revista de extensão e pesquisa em educação e saúde**, v.7, n.3, 2007.

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

DIAS, M.A.S.; VIEIRA, N.F.C. A comunicação como instrumento na promoção de saúde na clínica dialítica. **Rev. Bras. de Enferm.**, v.61, n.1, p.71-77, 2008.

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.

FERRARETO, I. Ações integradas na reabilitação de crianças portadoras de paralisia. In: KUDO, A.M. **Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**. 2. ed. São Paulo: Savier, 1997. p. 282-290.

GALA, M.F.; TELLES, S.C.R.; SILVA, M.J.P. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica. **Rev. Esc. Enferm.**, v.37, n.1, p.52-61, 2003.

GALLAHUE, D.L.; OZMUN, J.C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Phorte Editora, 2005.

GALVÃO, M.T.G. et al. Comunicação não verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS. Esc. Anna Nery, **Rev. Enferm.**, v.13, n.4, p.780-785, 2009.

_____ ; PAIVA S.S; SAWADA N.O.; PAGLIUCA L.M.F. Análise da comunicação proxêmica com portadores de HIV/AIDS. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v.14, n.4, p.491-96, 2006.

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.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 159p.

GIL, J. **Metamorfoses do corpo**. Lisboa: Relógio d'água, 1997.

GUIRAUD, P. **A Linguagem do Corpo**. São Paulo: Ática, 1991.

GULLO, A.B.M.; LIMA, A.F.C.; SILVA, M.J.P. Reflexões sobre comunicações na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Rev. Esc. Enferm.**, v.34, n.2, p.209-12, 2000.

GONZÁLEZ, R. C. & SEPÚLVEDA, R. F. C. Tratamiento de La Espasticidad en Parálisis Cerebral con Toxina Botulínica. **Rev. Neurol**, v. 34, n. 1, p.52-59, 2002.

HARE, N.; DURHAM, S. & GREEN, E. **Paralisias Cerebrais e distúbios de aprendizado motor**. Editorial Premier: São Paulo. 2000. p. 255-269.

HELSEL, P, McGee, J, Graveline CH. Physical Management of Spasticity. **J Child Neurol**, v. 16, p. 24-30, 2001.

HOWLE, J.M.W. Cerebral palsy. In: CAMBEL, S.K. **Decision making in pediatric neurologic physical therapy**. Nova York: Churchill Livingstone, p. 23-83, 1999.

JESUS, M.C.P.; CUNHA, M.H.F. Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação em enfermagem. **Rev latino-am Enferm.**, v.6, n.1, p.15-25, jan. 1998.

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

JOHNSON, R. **The picture communication symbols**. Solana Beach, CA: Mayer Johnson, 1981.

KEIL, I.; TIBURI, M. **Diálogo sobre o corpo**. Porto Alegre: Escritos, 2004.

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.

KNAPP, M.L. **La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno**. Barcelona: Paidós, 1980.

LAMÔNICA, D. A. C. et al. Avaliação dos aspectos semânticos da linguagem de paralíticos cerebrais. **Revista Salusvita**, v. 22, n. 2, p. 229-237, 2003.

_____ ; CALDANA, M.L. Uso da comunicação alternativa para a reabilitação de afásico: relato de caso. In: NUNES, L. PELOSI, M. GOMES, M. **Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: Relatos de pesquisa e experiências**. Rio de Janeiro: Quatro Pontos/FINEP, 2007, pp.95-106.

LEITE, A.M.; SILVA, I.A.; SCOCHI, C.G.S. Comunicação não verbal: uma contribuição para o aleitamento em amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.12, n.2, p.258-64, 2004.

LEITE, J.M.R; PRADO, G.F. Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. **Rev. Neurociencias**, v.12, n.1, p.41-45, 2004.

MACHADO, A.C.A.; BRÊTAS, A.C.P. Comunicação não verbal de idosos frente ao processo de dor. **Rev. Bras. Enferm.**, v.59, n.2, p.129-133, 2006.

MAHARAJ, S. **Pictogram ideogram communication**. Canadá: The George Reed Foundation for the Handicapped, 1980.

MACHADO, D. et al. A formação ética do fisioterapeuta. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.20, n.3, p.101-105, jul./set.2007. Disponível em:

<http://www.2.pucpr/real/index.php/RMF?dd1=546&dd99=view>. Acesso em: 21 out. 2010.

MARINHO, P.E.M. Refletindo sobre a expressividade da dor e a relação terapeuta-paciente. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.18, n.2, p.73-79, abr./jun., 2005. Disponível em: <http://www.2.pucpr/real/index.php/RMF?dd/=1601&dd99=view>. Acesso em: 07 out. 2010.

MARQUES, L.P.; OLIVEIRA, L.A.; SANTOS, N.A.S. Integração de paralisia dos cerebrais: um estudo. **Temas sobre desenvolvimento**. São Paulo, v.7, n.40, p. 16-33, 1998.

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

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.

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**, v.39, n.4, p.234-45, 2006.

MEDINA, E.C.; ANDRADE, M.S. A abordagem psicopedagógica na intervenção fisioterapêutica em criança com encefalopatia crônica não-proGRESSIVA. **Cad. psicopedag.** [online], v.3, n.6, p. 54-69, 2004.

MENDES, A.N.O.; ROCHA, P.C.; GALDINO, T.R. A efetividade e aceitabilidade da comunicação alternativa e/ou aumentativa em crianças com neuropatia crônica não progressiva – rumo à inclusão. In: IV Seminário Internacional sociedade inclusiva propostas e ações inclusivas: impasses e avanços, 2006, Belo Horizonte. **Anais...** Minas Gerais: IV Internacional Sociedade Inclusiva PUC, 2006.

MENDES, M. I. B. S.; NÓBREGA, T. P. Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação. **Revista Brasileira de Educação**. Campinas, SP: Autores Associados, n.27, p.125-137, 2004.

MESQUITA, R.M. Comunicação não verbal: relevância na atuação profissional. **Rev. Paul. Educ. Fis.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 155-63, jul./dez. 1997.

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

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

MIRANDA, L. M.; RIBEIRO, O.O.P.; SILVA, D. P. **Da abordagem precoce ao enfoque pedagógico de alto risco e paralisia cerebral, nos caminhos da educação infantil**. 1995. 123f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicopedagogia) - Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

MONEIA, A.C.L. **A importância e a compreensão verbal e não verbal sob a ótica do graduado de medicina**. 2002. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

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

NARCIZO, A.L.G. **Corpos em evidência: reflexões sobre a exposição corporal no curso de fisioterapia**. 2006. 102f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Sorocaba, São Paulo, 2006.

NELSON, C.A. Paralisia Cerebral. In: UMPHRED, D.A. **Reabilitação Neurológica**. São Paulo: Manole, 2004, cap. 9.

NUNES, L.R. et al. Narrativas sobre fotos e vídeos e narrativas livres através de sistema gráfico de comunicação alternativa. In: NUNES, L. R. (Org). **Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais**. Rio de Janeiro: Dunya. 2003, pp. 143-169.

OLIVEIRA, V.; CHUN, R.Y.S. Comunicação e inclusão através da dança sobre rodas. In: NUNES, L.; PELOSI, M.; GOMES, M. **Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: Relatos de pesquisa e experiências**. Rio de Janeiro: Quatro Pontos/FINEP, 2007.

ORDAHI, L.F.B.; PAOILHA, M.I.C.; SOUZA, L.N.A. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.15, n.5, p.965-972, 2007.

ORÍÁ, M.O.B.; MORAIS, L.M.P.; VICTOR, J.F. A comunicação como instrumento do enfermo para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. **Rev. Eletrônica Enfermagem** [periódico on-line] 2004, v. 6, p. 292-295. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 05 mai.2009.

PADOVANI, F. **Tratamentos Fisioterápicos mais eficazes para paralisia cerebral: tetraparesia espástica**. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/tratamentos-fisioterapeuticos-mais-eficazes-para-paralisia-cerebral-tetraparesia-espastica-doc-a9328.html#>. Acesso em: 07 abr. 2009.

PAEGLE, S.O.; SILVA, M.J.P. Análise da comunicação não verbal de pessoas portadoras de ostomia por câncer de intestino em grupo focal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.13, n.1, p.46-51, 2005.

PAULA, K. Narrativas sobre fotos e vídeos e narrativas livres através de sistema gráfico de comunicação alternativa. In: NUNES, L. R. (Org), **Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais**. Rio de Janeiro: Dunya, 2003, p. 143-169.

_____; 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.

PEASE, A.; PEASE, B. **Desvendando os segredos da linguagem corporal**. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

PELOSI, M. B. **A comunicação alternativa e ampliada nas escolas do município do Rio de Janeiro formação de professores e caracterização dos alunos com necessidades educacionais especiais**. 2000. 157f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PENHA, R.M.; SILVA, M. J.P. Do Sensível ao Inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da Teoria Quântica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.1, p.208-214; 2009.

PERICARDIS, A.A.M. Comunicação iatrogênica na cancerologia. **Rev. Soc. Bras. Cancerol.**, v.2, n. 8, p.3-11, 1999.

PETRI, F.C. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia**. 2006. 80p. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em

integração Latino-americana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2006.

PFEIFER, L.I. **Comportamento motor e habilidades cognitivas em crianças com sequelas de Paralisia Cerebral**. 1994. 87f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Paulo. 1994.

PINTO, C.M.S.; ROCHA, E.A.; SILVA, M.J.P. O toque como elemento da comunicação parturiente/ enfermeiro obstetra durante a assistência no pré-parto. **Nursing**, v.5, n.47, p.31-34, abr. 2002.

PIOVESANA, A.M.S. G. Encefalopatia crônica (paralisia cerebral) etiologia, classificação e tratamento clínico. In: FONSECA, L.F.; PIANETTI, G.; XAVIER, C.G. **Compêndio de Neurologia infantil**. Rio de Janeiro: MEDSI. 2002. p. 825-838.

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.

REBELLATO, C. **A docência em fisioterapia: uma formação em construção**. 2006. 102f. Tese (Doutorado). Pontifera Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

RESSÉGUIER, J.P. **Método Rességuier**. 2008. Disponível em: <http://www.Bragmed.blog.com/919379/>. Acesso em: 29 set. 2010.

RESSEL, L.B.; SILVA, M.J.P. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. **Rev. Esc. Enf.**, v. 35, n.2, p.150-154, 2001.

REZENDE, M de. **Avaliação da Inserção do Fisioterapeuta na Saúde da Família de Macaé/RJ: A Contribuição deste Profissional para a Acessibilidade da População Idosa às Ações de Saúde da Equipe**. Um Estudo de Caso. 2007. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, J.; MORAES, M.V.M. & BELTRAME, T.S. Tipo de atividade e relação interpessoal estabelecida entre fisioterapeuta e criança com paralisia cerebral no contexto de intervenção fisioterapêutica. **Dynamis revista tecno-científica**, v.1, n.14, p. 89-95, jan. /mar. 2008.

ROCCO, R. P. Relação estudante de medicina-paciente. In: MELO FILHO (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992, p.42-52.

RODRIGUES, R.M. A Fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Rev. Perspectiva Online**, v.2, n.8, p.104-9, 2008. Disponível em : <<http://www.perspectivasonline.com.br>>. Acesso em: 31 ago.2010.

ROTTA, N.T. Paralisia Cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **J. pediatr.**, v.78, supl.1, p.S48-S54, jul. 2002.

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.

SALMÓRIA, J. G. & CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde e Soc**, v.17, n.1, p.73-84, 2008.

SAMESHIMA, F.S.; DELIBERATO, D. Habilidades Comunicativas utilizadas por um Grupo de Alunos Não-Falantes durante Atividade de Jogo. In: NUNES, L.R.O.P, PELOSI, M.; GOMES, M. **Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: Relatos de pesquisa e experiências**. Rio de Janeiro: Quatro Pontos/FINEP. 2007, p. 118-122.

SAMESHIMA, F. S. **Habilidades expressivas de um grupo de alunos não-falantes durante atividades de jogos**. 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2006.

SAWADA, N.O. et al. Análise dos fatores proxêmicos na comunicação com o paciente laringectomizado. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.8, n.4, p.72-80, ago. 2000.

SAWADA, N.P. **A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória**. 1990. 97f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Ribeirão Preto, São Paulo. 1990.

SHELLES, S. A importância da linguagem não verbal nas relações de liderança nas organizações. **Rev. Esfera**. n.1, p.1-8. 2008.

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.

SILVA, M.F.; SILVA M.J.P.; MENEZES M.A.J. Análise dos fatores proxêmicos na interação dos profissionais de saúde com os pacientes queimados. **Rev. Paul. Enferm**, v.25, n.1, p.4-10, 2006.

SILVA, M.G.A. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal-a percepção do cliente. **Rev. Latino-am.enfermagem**, v.6, n.1, p. 27-31, 1998.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3 ed. São Paulo: Loyola; 2002.133p

_____. **Construção e validação de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros**. 1993. 108f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

_____ et al. Comunicação não verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 8, n. 4, p. 52-58, ago. 2000.

SILVEIRA, R.C.; PROXIANOY, R.S. Lesões isquêmicas cerebrais no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.81, n.1, p. 23-32, 2005.

SOLAR, A.P.; PAULA, D.F. Motivação e humanização: fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação. **Cad. De Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo, v.4, n.1, p. 13-24, 2004.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.

STOKES, M. **Neurologia para Fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2000.

SUMIYA A. Mudanças curriculares e a noção de corpo no curso de fisioterapia da universidade estadual de Londrina. **Rev. bras. Est. Pedag.**, v.90, n.224, p.160-175, 2009.

_____ ; JEOLÁS L.S. Processos de mudança na formação do fisioterapeuta: as transições curriculares e seus desafios. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences**, v.32, n.1, p.47-53, 2010.

TEIVE, A, G.H.; ZONTA, M.; KUMAGAI, Y. Tratamento da espasticidade – Uma atualização. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v.56 n.4, p.852-858, 1998.

TEIVE, H.A.G. et al. Tratamento da espasticidade: uma atualização. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 56, n. 4, p. 852-858, 1998.

TESSITORE, E.C. **Os talentos do corpo**: uma experiência de trabalho corporal com pacientes com transtorno mental. 2006. 129p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TORFS, C.P. et al. Prenatal and perinatal factors in the etiology of cerebral palsy. **J. Pediatr.**, v.116, n. 4, p.615-9, 1990.

TREVISOR, 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.

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

VASCONCELLOS, R. **Paralisia Cerebral**: a fala na escrita. 1999. 140f. Dissertação (Mestrado em Língua Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N. **Pesquisa Qualitativa em saúde**. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.4, p.525-531, 2003.

VILELA, N. **Leitura Corporal**. Fev. 2008. Disponível em: <http://leituracorporal-portugal.blogspot.com/2009/04/consultas-individuais-com-nereida.html>. Acesso em: 20 mar. 2009.

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

VON TETZCHNER, S.; MARTINSEN, H. **Introdução à comunicação aumentativa e alternativa**. Porto: Editora Porto, 2000.

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

ZAR, S.C. **Do soma ao corpo vivo, revisitando a clínica fisioterápica e acolhendo o corpo**. 2008. 101p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifera Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

ZINN, G.R.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.3, p.326-332, 2003.

WILK, M.S.; TOMBINI, F.F.; NOMITZ, V. Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia. Universidade Regional Integrada – Campos Erechim: Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/arquivos/projpedagogico/Projeto_Pedagogico_Fisioterapia.pdf. Acesso em: 9 out. 2010.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: “A comunicação entre fisioterapeutas e sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Progressiva”.

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

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

Telefone para contato: (55) 32208659 (55)96319464

Local de 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 abaixo:

1- Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo de investigar a comunicação entre fisioterapeutas e sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Progressiva.

2- A coleta de dados inclui encontros com o fisioterapeuta para entrevistas. Os dados coletados serão analisados e relatados cientificamente sem que haja a identificação dos voluntários.

3- A pesquisa não apresenta riscos físicos. Pode haver algum desconforto na forma de cansaço para responder as questões, já que demandam esforço intelectual, mas este será mínimo. No entanto, caso o voluntário se sinta constrangido ou prejudicado, pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

4- Os benefícios para os participantes não é direto. Ele estará colaborando para a compreensão das formas de comunicação para a manutenção de uma relação interpessoal entre o fisioterapeuta e o sujeito sequelado e maior humanização do atendimento fisioterápico.

5- É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento que o voluntário quiser, deixando de participar do estudo.

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

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

8- 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.

9- Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados através de gravação de relatos pessoais efetuada na residência dos voluntários. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no laboratório de pesquisa da professora Ana Paula Ramos por um período de cinco anos, sob responsabilidade desta. Após este período, os dados serão destruídos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “A comunicação entre fisioterapeutas e sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Progressiva”.

Eu discuti com _____ sobre a minha decisão em participar do 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. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Santa Maria, _____ de _____ 2009.

Assinatura do sujeito de pesquisa

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.

Santa Maria, _____ de _____ de 2009.

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 com os fisioterapeutas

- 1) Qual é a instituição de sua formação profissional?
- 2) Quanto tempo você tem de formado?
- 3) Há quanto tempo atua profissionalmente na clínica fisioterápica?
- 4) Você teve alguma disciplina que abordou a comunicação com sujeitos em geral? E com ECNP em particular?
- 5) De que forma você se comunica com o sujeito com ECNP com a oralização restrita ou ausente durante a sessão de fisioterapia?
- 6) Você faz a interpretação das reações corporais deste sujeito durante a sessão de fisioterapia? Como você interpreta as reações dele?
- 7) Você apresenta dificuldade na interpretação dos gestos corporais do sujeito com ECNP com oralidade restrita ou ausente? Quais?
- 8) Você considera importante a compreensão da comunicação não verbal e verbal do sujeito com ECNP?
- 9) O que você entende por Leitura Corporal?
- 10) Você conhece e utiliza durante a sessão de fisioterapia a Comunicação Aumentativa Alternativa com os sujeitos com ECNP?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com os fisioterapeutas que utilizam a Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA)

- 1) Qual é a instituição de sua formação profissional?
- 2) Quanto tempo você tem de formado?
- 3) Há quanto tempo atua profissionalmente na clínica fisioterápica?
- 4) Você teve alguma disciplina que abordou a comunicação com os sujeitos em geral? E com ECNP em particular?
- 5) De que forma você se comunica com o sujeito com ECNP com a oralização restrita ou ausente, durante a sessão de fisioterapia?
- 6) Você conhece e utiliza durante a sessão de fisioterapia a Comunicação Aumentativa Alternativa com os sujeitos com ECNP?
- 7) Há quanto tempo você utiliza a CAA com sujeitos com ECNP?
- 8) Como esse recurso foi inserido na sessão de fisioterapia?
- 9) Você notou diferença durante a sessão de fisioterapia com o uso da CAA? Quais foram?
- 10) Você notou diferença nos resultados da fisioterapia no sujeito que utiliza esse meio de comunicação? Quais diferenças?
- 11) Você considera que a CAA apresenta limitações em seu uso com o sujeito com ECNP?
- 12) Que valor você atribui à CAA?
- 13) Por que você acha que esse recurso de interação terapeuta-usuário não é utilizado por todos os fisioterapeutas?
- 14) Você considera a CAA imprescindível no tratamento do sujeito com ECNP com a oralização restrita ou ausente?