

**XIV** Semana de  
Fonoaudiologia

III Jornada Mauro Spinelli  
PUC-SP

I SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA

# Saúde Educação e Comunicação

- 01 a 06 de setembro de 2007 -

ISSN 1981-4968



## Sumário

Convidados	03
Comissão Organizadora	04
Comissão Científica	05
Apresentação da Semana de Fonoaudiologia	06
Resumos das Palestras	08
Resumos dos Trabalhos Apresentados	
Linguagem	65
Audiologia	85
Voz e Motricidade Oral	91
Saúde Pública	104

## Convidados

Ana Alvarez, Ana Carolina Ghirardi, Ana Castro (Portugal), Ana Cláudia Fiorini, Ana Lúcia, Ana Maria Furkim, Ana Mendes (Portugal), Beatrice Zajdenweg, Beatriz Novaes, Cláudia Cotes, Cláudia Cunha, Cláudia Giroto, Cláudia Perrotta, Cristina Vicentin, Daniela Queiroz, Eileen Kay (Portugal), Enio Mello, Erika Bornascolli Nalli, Esther Bianchini, Helena Panhan, José Geraldo Silveira Bueno, Julieta Jerusalinsky, Juscelino Buarque Onofre, Isabel Amaral (Portugal), Lica Arakawa, Lídia D'Agostino, Luiz Augusto de Paula Souza, Madalena Guasco Peixoto, Márcia Tiveron, Maria Lúcia Masini, Maria Luiza Castilho, Mariângela Bittar, Maria Cecilia Perez Sousa-e-Silva, Michele Roman, Mônica Chapchap, Mônica Daniela Carvalho, Patrícia C. A. Pereira, Regina Donamaria Moraes, Regina Yu Chon Shun, Rita Mor, Ruth R. R. Paladino, Teresa Bilton, Teresa Domingues, Thelma Thomè de Sousa.

## **Comissão Organizadora**

Bruna Geraldini

Caio Gregori de Oliveira

Camila Lamas

Célia dos Santos Silva

Ceres Roque

Ethiene Carolina Santos Galvão

Fabiana Cipriano

Jason Gomes

Treyce R.C.V de Lucca

## **Comissão Científica**

### **Corpo Discente**

Ana Carolina Almeida

Fernanda C. Reis

Millena Nóbrega

Marcus V. B. Nascimento

Mariana Telles

Taliane Alencar

### **Corpo Docente**

Profa. Dra. Angelina Martinez

Profa. Dra. Leslie Piccolotto Ferreira

Profa. Dra. Maria Cecília Bonini

Profa. Dra. Maria Cecília de Moura

## Apresentação

Mais uma Semana de Fonoaudiologia; mais uma oportunidade para um encontro de estudantes, professores, profissionais da área ou de áreas afins. Seguindo a tradição, o encontro será regado com muitos debates, muitas estratégias de participação, muito diálogo. Inspirada no processo de aprendizagem Paidéia, a Semana é por nós concebida como espaço de discussões, de trânsito de pensamentos críticos, criativos, resgates do que se produz na área, valorização da experiência profissional dos inúmeros convidados que repartirão conosco seus saberes. A Semana de Fonoaudiologia da PUCSP surgiu inicialmente como uma atividade acadêmica organizada para/por estudantes sob a coordenação de um professor. Entendida como um momento de abertura para reflexão e atualização de estudos, pesquisas e experiências no campo fonoaudiológico, caracterizou-se como espaço de discussão de temas relevantes à área. Ganhou destaque na comunidade pucquiana, ampliando o número de participantes, incorporou a participação de estudantes do pós graduação *lato sensu* e *strito sensu*, ex-alunos e profissionais e estudantes de outras instituições. Em 2005, agregou-se à Semana de Fonoaudiologia a Jornada Mauro Spinelli. Mais diversificado, o evento passou a oferecer palestras, mesas redondas, apresentação de *posters*, oficinas e mini-cursos, de atividades culturais com temas afins à área, além de premiar os melhores painéis por categoria (TCC, IC, dissertação) com o prêmio Mauro Spinelli. Tanto o nome da Jornada quanto o prêmio se constituíram em homenagem ao decano e um dos fundadores do Curso de Fonoaudiologia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Distúrbios da Comunicação, atualmente denominado Fonoaudiologia.

Nos últimos três anos o grupo de participantes foi ampliado e diversificado incluindo, inclusive, estudantes e profissionais de outros estados brasileiros.

Em 2006, a XIII Semana de Fonoaudiologia e a II Jornada Mauro Spinelli incorporou a Mostra de Estudos e Pesquisa sobre Voz, evento em sua quinta versão, que reúne os trabalhos do pós-graduação, da especialização, do aprimoramento e da graduação (TCC e IC) da PUC-SP sobre essa temática específica.

Em 2007 a XIV Semana de Fonoaudiologia e a III Jornada Mauro Spinelli e a VI Mostra de Estudos e Pesquisas sobre Voz serão realizadas de 01 a 6 de setembro. Esse ano, este evento, que tradicionalmente recebe estudantes, profissionais, pesquisadores e docentes da PUCSP e IES parceiras, contará com a participação de um grupo de estudantes e professores do Instituto Politécnico de Setúbal, com o qual a PUC-SP está realizando acordo de cooperação mútua. A todos damos nossas

boas vindas. O tema do evento - Saúde, Educação e Comunicação - traduz a perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial necessária à prática integral de atenção à saúde individual ou coletiva da população especificamente atendida no campo fonoaudiológico. Serão 16 Workshops, 3 oficinas, 19 palestras. Desejamos a todos uma excelente Semana.

A Comissão Científica e a Comissão Organizadora

## Saúde, Educação e Comunicação

### RESUMO DA APRESENTAÇÃO DOS PALESTRANTES

#### FONOAUDIOLOGIA NA EDUCAÇÃO INFANTIL

MARIA TERESA BRUNETTI DOMINGUES - INTEGRANTE DA EQUIPE PEDAGÓGICA DA INSTITUIÇÃO EDUCACIONAL ESPAÇO ABERTO SÃO PAULO – SP

A Fonoaudiologia na escola surgiu em São Paulo, por volta da década de 70, através de uma demanda de ajudar nos problemas de aprendizado. A formação do fonoaudiólogo inicialmente era com um trabalho orientado pela atuação de um modelo clínico, tendo como o objetivo a “cura” dos sintomas apresentados. Em função desta formação, muitos profissionais da área desenvolveram parcerias com as instituições educacionais. Acabaram por tornar os problemas acadêmicos como uma patologia, sem observar o entorno de cada indivíduo. Esse papel do fonoaudiólogo foi criticado e por essa razão afastado da sua atuação dentro das escolas.

Atualmente, após o desenvolvimento da FONOAUDIOLOGIA, do maior preparo dos profissionais nas áreas de EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA, de constantes reflexões dos profissionais sobre seus diferentes papéis de atuação; pudemos observar uma mudança de atitude do fonoaudiólogo nas escolas, privilegiado o PAPEL PREVENTIVO E EDUCACIONAL, da Fonoaudiologia Escolar. Em outras palavras, houve um re-significado da atuação do fonoaudiólogo.

A experiência que pretendo relatar neste workshop diz respeito à inserção do fonoaudiólogo na equipe pedagógica na Escola Infantil Espaço Aberto, delineando algumas possíveis atuações do mesmo fora do modelo clínico .

No relato trago inicialmente uma descrição do contexto escolar na qual a experiência acontece desde a equipe com quem trabalho bem como todas as atividades extras por quais as crianças tem contato e o perfil sócio econômico da população escolar. Em seguida apresento um conjunto de possíveis atividades desenvolvidas com a equipe pedagógica, com os pais, com as crianças e com os professores e orientadores. Todo este trabalho visa potencializar suas capacidades para um desenvolvimento sócio- lingüístico.

Dentro das possibilidades de atuação, temos os seguintes campos:

- **orientação aos professores** quanto à saúde vocal. O objetivo deste trabalho é fornecer subsídios teóricos e práticos para que o participante possa ser agente da sua saúde vocal, evitando o aparecimento de alterações vocais que prejudiquem o exercício de sua profissão.
- **orientação para o professor/orientador** com relação desenvolvimento de fala, linguagem e audição. Este trabalho visa fornecer um suporte com informações que abrangem noções gerais sobre fala, linguagem e audição além de problemas que podem ocorrer em cada faixa etária. A medida que fazemos as orientações, conseguimos fazer que professores e orientadores reflitam sobre suas práticas e consequentemente avaliem suas atuações com as crianças.



- **orientação para pais.** Este trabalho é realizado através de palestras ou reuniões que abordam temas relacionados com o desenvolvimento de fala, linguagem, audição, voz e possíveis dificuldades encontradas. Outro tema bastante discutido é o esclarecimento de hábitos orais (chupeta, mamadeira, roer unha) e suas implicações no desenvolvimento global da criança. Estamos sempre abertos para outros assuntos, dependendo da necessidade do grupo, tais como: bilingüismo, gagueira e outros.
- **orientação para inclusão de crianças no processo escolar** por meio de um trabalho multidisciplinar. Periodicamente a equipe de atendimento da criança reúne-se com a equipe pedagógica e com o fonoaudiólogo para discutir a evolução do caso e orientações necessárias. É preciso tratar as crianças deficientes como seres integrais. Para tal, devemos olhar a instituição como um lugar de aprendizado em si, onde o adulto aprende com a criança e vice-versa. Além disso, incentivar a relação que cada um de nós pode construir com ela, especialmente o professor que nestes casos tem um papel fundamental na vida dessas crianças.
- **triagem escolar** através de observações dos alunos em seus ambientes habituais e individualmente. Após a observação de cada criança fazemos uma devolutiva para os pais.

Cada uma dessas atuações acontece simultaneamente de acordo com a necessidade do momento. Entretanto, a triagem é realizada com crianças entre 4 anos e 6 meses e 5 anos pois acreditamos que a partir desta faixa etária as crianças deverão ter os pré-requisitos básicos para o processo de alfabetização. É claro que as crianças estão sendo acompanhadas por toda a equipe pedagógica desde o momento que entram na escola. Portanto, considero a triagem um momento mais diretivo do desenvolvimento da criança mas de forma alguma o trabalho mais importante. A atuação da Fonoaudiologia junto à escola é muito mais amplo, rico e produtivo, indo além da triagem.

Com a continuidade deste intenso trabalho proposto acima, os resultados mais evidentes foram:

1. os professores e orientadores tornam-se mais atentos, interessados e parceiros após as constantes orientações realizadas.
2. os encaminhamentos foram minimizados com o trabalho preventivo.
3. com a ampliação do conhecimento do professor e orientador, encaminhamentos podem ser realizados precocemente. Desta forma, as crianças com alguma dificuldade conseguem obter maiores chances de uma evolução dentro de sua faixa etária.
4. professores obtiveram melhor uso de sua voz
5. os pais sentem-se "acolhidos" e mais preparados para acompanhar o desenvolvimento de seus filhos.

Novas diretrizes apontam para a necessidade de uma formação mais abrangente do fonoaudiólogo que além de atuar em avaliação e atendimento em clínica, o capacite para atuar em ações preventivas, voltadas para o coletivo, visando à SAÚDE e não a doença. Essa perspectiva de atuação atende de uma maneira globalizada os pressupostos de um trabalho integrado na área de educação e saúde. Sempre temos que ter em mente que nosso trabalho visa analisar os dados de forma intergradada e nunca um dado isolado deverá ser conclusivo. O objetivo primordial é o desenvolvimento global do indivíduo.

Concluindo, a construção deste vínculo entre instituição educacional e profissional faz com que se procurem soluções para questões do cotidiano e gere condutas mais fundamentadas

nas reais possibilidades de cada criança, respeitando o desenvolvimento e amadurecimento de cada indivíduo. Desta forma, a prática fonoaudiológica volta-se para a realização de trabalhos com enfoque preventivo, sendo que o professor e o orientador, por sua vez, têm a possibilidade de ampliar sua visão, permitindo que suas crianças se desenvolvam dentro dos seus potenciais.

## **TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES**

ESTHER MANDELBAUM GONÇALVES BIANCHINI - CENTRO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA CLÍNICA – CEFAC E UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA – MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA - UVA

As funções estomatognáticas sucção, mastigação, deglutição e fala caracterizam-se pela utilização do movimento mandibular modificando os espaços funcionais e possibilitando a mobilidade livre das estruturas que realizam tais funções. Os movimentos mandibulares são realizados pela musculatura mastigatória e possibilitados pela presença das articulações temporomandibulares (ATM). Portanto, essa estrutura e musculatura correlata são importantes itens de cuidadosa análise no contexto de avaliação e diagnóstico fonoaudiológico miofuncional orofacial.

Diagnosticar e tratar um problema implica na associação de dados de histórico, queixa, achados de nosso exame, de exames complementares, da fase dos tratamentos associados e da preocupação em determinar por que o indivíduo está apresentando tais características funcionais. Parece-nos que “constatar a alteração” é fácil, pois muitas vezes ela é evidente ou costuma ser motivo do encaminhamento. Difícil é detectar as prováveis causas de tal distúrbio. Essa preocupação com fatores determinantes do problema miofuncional, deve estar sempre presente durante a realização do exame fonoaudiológico, por tratar-se de um dos principais pontos de nosso diagnóstico.

A terapia fonoaudiológica sem o devido diagnóstico pode levar a resultados não satisfatórios e até mesmo a algum prejuízo para o paciente, pois é comum que as alterações funcionais observadas nos casos de disfunções temporomandibulares sejam, na realidade, adaptações que possibilitam o funcionamento minimizando esforços e evitando a dor. Portanto, na presença de alguma limitação articular ou eventual processo inflamatório muscular a utilização e automatização de alguns padrões funcionais não será possível ou trará desconforto ou dor.

Os conceitos referentes à caracterização das disfunções temporomandibulares evoluíram muito desde os anos 70 e 80, de um diagnóstico a partir de sintomas e sinais clínicos para um diagnóstico anatômico bem mais específico<sup>(1,2,3)</sup> graças ao desenvolvimento de tecnologia que permite verificação de anormalidades estruturais com imagens obtidas por meio de exames complementares como a tomografia computadorizada e ressonância magnética. Tais exames podem definir a diferenciação de, por exemplo, quadros funcionais musculares, lesões articulares, processos degenerativos ou ainda anomalias estruturais. As disfunções musculares são aquelas em que há envolvimento muscular caracterizado por dor na musculatura mastigatória e limitação de movimentos, sem comprometimento das estruturas articulares<sup>(4)</sup>. As disfunções intra-articulares são aquelas em que há problemas nas estruturas articulares, associadas a deslocamentos e lesões do disco articular ou das superfícies articulares, caracterizadas por dor articular, limitação dos movimentos, ruídos articulares, dor muscular e eventualmente edema pré-auricular<sup>(4)</sup>.

A constatação dos sinais clínicos, obtida por meio de exames clínico e complementar define o tipo de comprometimento e conseqüentemente o tratamento, tanto odontológico quanto fonoaudiológico. Assim, os tratamentos tornaram-se mais objetivos para cada tipo de problema. A terapêutica fonoaudiológica deve ser definida após avaliação clínica e verificação dos exames complementares, definindo sua necessidade e direcionando nossa atuação.

Atuar com pacientes que apresentam sintomatologia dolorosa, não é tarefa fácil, nem tão corriqueira na prática fonoaudiológica. Um dos grandes desafios dos profissionais que trabalham com dor e desconforto refere-se à subjetividade das informações, assim como às diferentes reações dos indivíduos com relação a esses sintomas. As alterações da ATM podem acarretar uma série de manifestações, limitações e sintomas, muitas vezes de difícil resolução até mesmo com enfoque de tratamento interdisciplinar.

O papel do Fonoaudiólogo nos casos de disfunções temporomandibulares é ainda mais difícil devido à variabilidade de propostas de tratamento da área odontológica. Na clínica fonoaudiológica recebemos pacientes de várias equipes e portanto freqüentemente nos deparamos com procedimentos odontológicos diferentes, especialmente quanto ao tipo de placa interoclusal adotada, indicação de Ortopedia Funcional dos Maxilares, ajustes oclusais e até procedimentos cirúrgicos. Os procedimentos devem ser discutidos e delimitados quanto ao quadro inicial e prognóstico, respeitando-se as limitações impostas pela própria doença.

Os objetivos e propostas de nosso trabalho são variados de acordo com o diagnóstico do problema. É importante lembrar que apenas a reeducação miofuncional não resolve os problemas da ATM e que, embora os pacientes sintam-se bem com propostas de massagem, alongamentos e outros cuidados básicos, a meta da atuação fonoaudiológica deve ser o auxílio na resolução do problema em questão. A avaliação e planejamento específico fonoaudiológicos devem ser elaborados e executados em um intervalo de tempo controlado, para que possamos ter domínio sobre a evolução e resultados do programa proposto.

Apesar do primeiro passo do trabalho referir-se a uma abordagem terapêutica genérica, na qual são principalmente enfocados: percepção dos aspectos e interferências funcionais, orientações quanto aos fatores agravantes do problema e colocação de mecanismos simples para alívio de tensão; a terapia fonoaudiológica deve ter um enfoque bastante específico, dependendo do diagnóstico referente ao quadro de disfunção da ATM e à etapa do trabalho odontológico. Trata-se de processo diretivo, com objetivos claros e tempo determinado para seu alcance. Os procedimentos a serem utilizados são diferenciados dependendo do tipo de alteração existente: muscular, articular ou ambos. Desta forma, existem indicações e contra-indicações à execução de determinados procedimentos, especialmente aqueles que envolvam exercícios.

A partir do diagnóstico e constituição da equipe, enfocamos os procedimentos mais comuns para cada tipo de alteração<sup>(5)</sup>. Esses procedimentos podem ser assim resumidos e serão abordados por meio de casos clínicos:

1. Disfunções musculares:
  - a. Miosite: A conduta odontológica inclui prescrição de antiinflamatórios e redução da demanda funcional. O trabalho fonoaudiológico é contra-indicado na fase aguda.
  - b. Contração muscular de proteção: A conduta resume-se à orientação quanto à redução da demanda funcional. O trabalho fonoaudiológico não costuma ser necessário.
  - c. Mioespasmo: A conduta interdisciplinar pode constar de prescrição de medicação miorelaxante, redução da demanda funcional, placa interoclusal, eletroterapia. O enfoque fonoaudiológico, nessa fase, pode incluir controle de fatores nocivos, orientações de dieta amolecida e redução funcional, termoterapia, massagens, relaxamentos da musculatura cervical e dos levantadores da mandíbula, exercícios de mobilização (isotônicos) mandibular lentos e de pequena amplitude, abertura com acoplamento de língua, lateralidade e protrusão mínimas.
  - d. Dor miofascial: Adaptação de Placa interoclusal, indicação de analgésico e antiinflamatórios se necessário, ajuste oclusal e controle de fatores contribuintes. Enfoque fonoaudiológico: orientações para modificação miofuncional, adaptações funcionais pertinentes, termoterapia, massagens para oxigenação com cuidado para não deflagrar ponto gatilho, relaxamentos globais e específicos: cervical e oral, exercícios isotônicos mandibulares, terapia funcional.
2. Disfunções Intra-articulares:
  - a. Desarranjo interno: A conduta interdisciplinar depende da caracterização e etiopatogenia. São comuns os procedimentos: adaptação de placa interoclusal, ajuste oclusal e controle de fatores contribuintes. Em alguns casos de deslocamento de disco sem redução com travamento articular, pode ser indicado o tratamento cirúrgico. A atuação fonoaudiológica depende da etapa do tratamento odontológico podendo constar de: orientações quanto à demanda funcional, relaxamento de musculatura associada, massagens de oxigenação muscular, exercícios isotônicos de pequena

amplitude do movimento mandibular, exercícios isocinéticos: abertura e fechamento contra-resistência (simetria e coordenação muscular associado a recaptura do disco), e até manipulação passiva da mandíbula buscando redução do disco associado aos procedimentos odontológicos.

- b. Luxação: É realizada manobra de redução e prescrita medicação analgésica. O enfoque fonoaudiológico, quando necessário, consta de orientações quanto à limitação dos movimentos e funções, exercícios de coordenação e limitação do movimento mandibular com apoio de língua por acoplamento, exercícios isocinéticos leves de fechamento contra-resistência (fortalecimento dos levantadores e relaxamento de depressores). Nos casos de recidivas, pode ser indicado procedimento cirúrgico: eminectomia, com atuação fonoaudiológica pós-cirúrgica semelhante aos casos de fratura, sem utilização de manobras de alavanca.
- c. Inflamações articulares: Conduta interdisciplinar com enfoque principalmente odontológico com: prescrição de antiinflamatórios, redução da demanda funcional, ultra-som terapêutico e placa interoclusal posteriormente. Por tratar-se de quadro agudo, não é indicada terapia fonoaudiológica. Podem ser realizadas orientações e terapia funcional posteriormente

#### Considerações Finais

Alguns pacientes com disfunção temporomandibular têm sintomas e sinais muito específicos e facilmente identificados ou localizados em uma única região. Muitos casos apresentam alterações ou interferências oclusais que determinam o problema e assim, é comum que sua remoção se dê apenas com tratamento odontológico, por meio de placas interoclusais, ortodontia e ajuste oclusal. Entretanto, muitos pacientes apresentam grande diversidade de sintomas e sinais, além de fatores etiológicos pouco precisos ou múltiplos, requerendo maior atenção e definição de conduta interdisciplinar. O Fonoaudiólogo, como parte integrante de equipes dedicadas a esses problemas, deve estabelecer objetivos claros, precisos e controlados para a efetividade de seu trabalho. O restabelecimento funcional compõe a parte final dos trabalhos.

A preocupação de todos os profissionais ligados a estas questões, constitui um grande avanço para a remissão das causas e dos sintomas presentes e/ou incipientes. Nosso objetivo: o bem estar do paciente.

#### Referências Bibliográficas:

1. McCarty WL Jr, Farrar WB. Surgery for internal derangement of the temporomandibular joint. *J. Prosthet Dent* 1979;42:191-6
2. Dolwick MF, Lipton JS, Warner MR, Willians VF. Sagital anatomy of the human temporomandibular joint space: normal and abnormal findings. *J Oral Maxillofac Surg* 1983;41:86-8
3. Eriksson L, Westesson PL, Rohlin M. Temporomandibular joint sounds in patients with disc displacement. *Int J Oral Surg* 1985;14:428-36
4. Luz JGC. Alterações temporomandibulares e sintomatologia In Bianchini EMG (org.) *Articulação temporomandibular, implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas*, Carapicuíba, SP: Pró-fono, 2000, cap.5, p. 105-30.
5. Bianchini EMG. *Articulação Temporomandibular e Fonoaudiologia* In Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (org.) *Tratado de Fonoaudiologia*, São Paulo: Roca, 2004, cap.27, p.315-29.

## **COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E/OU ALTERNATIVA: ABRANGÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA**

REGINA YO SHON CHUN - CURSO DE FONOAUDIOLOGIA  
CEPRE/FCM/IEL - UNICAMP  
Campinas, São Paulo, Brasil  
e-mail: yumarins@uol.com.br

### **Introdução**

A Comunicação Suplementar e/ou Alternativa situa-se na literatura internacional como *Augmentative and Alternative Communication*, porém não há uma versão oficial e/ou consagrada em nosso meio. Originalmente, *Comunicação Suplementar e/ou Alternativa* referia-se às formas de comunicação que complementasse, suplementasse, substituísse ou apoiasse a *fala*, com vistas a suprir as necessidades lingüísticas e favorecer a interação. Conforme definição da ASHA, de 1991, se destina às pessoas que apresentam dificuldades de comunicação, seja gestual, oral e/ou escrita.

A Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) foi introduzida pioneiramente no Brasil no final dos anos 70, porém ainda não se constitui em prática de amplo conhecimento em nosso país. Desde suas origens, se constitui em prática de caráter essencialmente clínico e multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, pedagogos, psicólogos e especialmente, fonoaudiólogos, por se tratar de uma prática voltada às questões de linguagem. Nos últimos anos, contudo, adquire um contorno clínico-educacional, tendo se expandido no contexto educacional, especialmente por sua introdução nas propostas das Secretárias Municipais de Saúde e de Educação de diversas regiões do país bem como em função das políticas de inclusão vigentes (Chun, 2007).

### **Objetivo**

Discutir a abrangência da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa e sua contribuição para o favorecimento da qualidade de vida.

### **Método**

A análise e discussão da temática em foco serão realizadas com base em publicações da AAC à luz da experiência clínica e acadêmica da autora com a CSA.

### **Resultados**

O que significa *Augmentative and Alternative Communication*? Quais as implicações em utilizar uma ou outra versão em português? Não se trata de meramente traduzir um conjunto de palavras, mas é importante que a versão represente as singularidades e particularidades desse campo, que tem ganhado cada vez maior expressão em nosso país. Há que se considerar as diferenças regionais e lingüísticas. Vale dizer, que um fato indicativo do desenvolvimento dessa área foi a criação do Comitê de CSA no Departamento de Linguagem da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia no Congresso Brasileiro em 2006.

As versões mais frequentemente encontradas são: *Comunicação Alternativa*, *Comunicação Alternativa e Ampliada*, particularmente no Rio de Janeiro, e em São Paulo, *Comunicação Suplementar e/ou Alternativa*, proposta em 1991 em minha dissertação de mestrado. Tenho utilizado "*Comunicação Suplementar e/ou Alternativa*" (Chun, 1991, 2002 e 2003; Moreira & Chun, 1996; Trevisor e Chun, 2004), pois, considero representar mais os propósitos dessa área, conforme esclarecem Vanderheiden & Yoder (1986, apud Chun, 1991). Os autores consideram que o significado de "*augmentative*" é suplementar ("*supplemental*") e dentro do contexto, significaria "suplementar à fala". O termo "*alternative*", usado em conjunto com "*augmentative*", aplicar-se-ia aos sujeitos com a oralidade prejudicada de forma tal que necessitariam de um meio, não que ampliasse ("*augment*") a sua fala

("speech"), mas que fosse uma alternativa a ela. Os autores preferem "augmentative" (usado isoladamente) à "alternative", considerando que mesmo os sujeitos mais gravemente comprometidos produzem alguma vocalização sob determinadas condições. Desse modo, não se trataria de propiciar uma *alternativa* à fala, mas sim, de *suplementá-la* (Chun, 1991).

Tal posição coincide com as recomendações da ISAAC - *International Society for Augmentative and Alternative Communication*, que estabeleceu um Comitê em 1985 para estudar essa problemática. Foram promovidos vários fóruns de discussão, resultando em publicações, cartas aos editores, etc. Essa temática foi também objeto de um Fórum no II Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa (15 a 19 de maio de 2007, UNICAMP).

A recomendação sobre a utilização isolada de um dos termos em referência à AAC, seja "*alternative communication*" ou "*augmentative communication*", se constitui em um dos pontos de consenso no tocante à terminologia, conforme publicações da ISAAC. Recomenda-se que o uso isolado ocorra somente em situações especiais, dado o caráter restritivo dessas opções. Lloyd e Kangas (1990) esclarecem que "*alternative communication*" só deve ser utilizada nas abordagens que claramente se caracterizam como substitutas à fala natural e/ou à escrita. "*Augmentative communication*", deve ser utilizada somente quando claramente se acrescenta um meio à fala natural e/ou à escrita, não devendo ser usada se não houver envolvimento da fala natural e/ou escrita. Recomendam a utilização de ambos os termos - *Augmentative and Alternative Communication* ou da sigla AAC, após seu primeiro uso (Chun, 2007).

A CSA pode ser entendida como uma abordagem clínico-educacional elaborada por profissionais dedicados a comunicação humana em condições adversas que visa, de forma temporária ou permanente, apoiar, complementar, suplementar/melhorar ou substituir as formas de produção e interpretação verbal de sujeitos não falantes ou com extremas dificuldades de linguagem (Schlosser e Rothschild, 2001; Chun, 2003). Destaca-se a participação do fonoaudiólogo, uma vez que se trata de um profissional especializado para intervir sobre os múltiplos aspectos envolvidos nos processos lingüístico-cognitivos e de alimentação, os quais não são suficientemente apreendidos em situações de testes padronizados (Chun, Fedosse, Coudry, não publicado).

Os avanços tecnológicos no campo da saúde possibilitam cada vez mais a sobrevivência de sujeitos com lesões ou disfunções neurológicas, verificando-se, assim, nos diversos equipamentos de saúde (dos hospitais às unidades básicas - Unidade Básica de Saúde e Unidades de Saúde da Família), um aumento da demanda para avaliação e atendimento de tais sujeitos que requerem, dentre outros aspectos, meios alternativos para se expressarem, ou seja, necessitam de outras formas para se comunicarem com seus pares (Chun, Fedosse, Coudry, não publicado).

Observa-se também uma maior preocupação com a qualidade de vida e um foco na participação social na atenção às pessoas com necessidades especiais, no caso, pessoas com alterações de linguagem em que a CSA se constitui como importante opção no trabalho com a linguagem. Yorston e Beukelman (2000) apontam que no campo da CSA os prestadores de serviço se deparam com questões como: Qual o melhor meio de comunicação a ser trabalhado? Quais vantagens de um meio/sistema em relação a outro? Qual vocabulário ou enunciados devem ser trabalhados? Que tipo e intensidade de intervenção são necessários antes da pessoa pode usar a CSA em seu ambiente natural?

Para a tomada de decisões clínicas no campo da CSA, esses autores retomam modelos da Organização Mundial de Saúde (OMS) para pessoas com necessidades especiais - ICIDH - *International Classification of Impairment, Disability and Handicap*, descrito em 1980 e a reclassificação de 1999, o ICIAP - *International Classification of Impairment Activity and Participation*, indicando que tais modelos representam um verdadeiro avanço na tentativa de integrar as abordagens biológica e social. Consideram que esses modelos possibilitam descrever um grande espectro das conseqüências das condições de saúde no campo da CSA (Chun, Fedosse, Coudry, não publicado).

Atualmente, após várias versões, conta-se com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-2001), da Organização Mundial de Saúde (OMS), para acomodar as pessoas com necessidades especiais, modelo esse que, segundo Buchalla (2005) "(...) substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que o indivíduo que apresenta alteração de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social" (op.cit., p.187).

### **Conclusão**

Trata-se de campo em crescente expansão no Brasil, sendo necessário para uma atuação mais efetiva e eficaz, conhecimento da sua abrangência e especificidades em prol da qualidade de vida daqueles que procuram a Fonoaudiologia para atendimento nessa área.

### **Referências Bibliográficas**

- BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.* v.8, n.2, p.107-93, 2005.
- CHUN, R. Y. S. *Sistema Bliss de Comunicação: um meio alternativo e/ou suplementar para o desenvolvimento da comunicação em indivíduos não falantes portadores de paralisia cerebral*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
- CHUN, R. Y. S. Questões de Linguagem na Comunicação Suplementar e/ou Alternativa In: *Tempo de Fonoaudiologia III*. Taubaté: Cabral Edit. Livraria Universit., 2002, p. 73-98.
- CHUN, R. Y. S. Comunicação suplementar e/ou alternativa: favorecimento da linguagem de um sujeito não falante. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. v.15, n.1, p.55-64, jan/abr., 2003.
- CHUN, R.Y.S. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa: conceito que abrange peculiaridades dessa nova área do conhecimento no Brasil. In: *Anais do II Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa*, Campinas, 2007.
- CHUN, R.Y.S.; FEDOSSE, E. e COUDRY, M.I.H. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa - avaliação e acompanhamento fonoaudiológico de sujeitos não falantes. *Diretrizes, normas e condutas*. FCM, UNICAMP, não publicado.
- LLOYD, L.L. e KANGAS, K. AAC Terminology Policy and Issues update. *Augmentative and Alternative Communication*. v.6, n. 2, p.167-70,1990.
- MOREIRA, E. C. e CHUN, R. Y. S. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa – ampliando possibilidades de indivíduos sem fala funcional. In: LACERDA, C. B. F. e PANHOCA, I (orgs). *Tempo de Fonoaudiologia*. Taubaté: Cabral Edit. Universit., 1996/7, p. 137-175.
- SCHLOSSER, R.; ROTHSCILD, N. Augmentative and Alternative Communication for person with developmental disabilities. *Temas sobre Desenvolvimento*, v. 10, n. 58-59, p.6CE-17CE, set-dez 2001.
- TREVIZOR, T. T., CHUN, R.Y.S. O desenvolvimento da linguagem por meio do Sistema Pictográfico de Comunicação. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. v.16, p.323 - 332, 2004.
- YORSTON, K.M.; BEUKELMAN, D.R. Decision Making in AAC Intervention. In: BEUKELMAN, D.R; YORSTON, K.M; REICHLE, J. *Augmentative and Alternative Communication for adults with acquired neurologic disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2000, p.55-82.



**INTERACÇÃO, COMUNICAÇÃO E ACTIVIDADES DA VIDA REAL.  
PAPEL DOS TERAPEUTAS DA FALA NOS PROCESSOS COMUNICATIVOS DE  
CRIANÇAS COM MULTIDEFICIÊNCIA**

ISABEL AMARAL, PHD  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL  
SETÚBAL - PORTUGAL

As crianças com multideficiência frequentemente não usam a fala como modo de comunicação requerendo a utilização de meios não linguísticos de comunicação que nem sempre são do conhecimento dos professores nem de outros adultos que com eles interagem. A observação mostra que as interacções entre crianças e professores são frequentemente caracterizadas por falta de sincronia e suportadas por actividades cujo significado não lhes é facilmente acessível.

Nesta apresentação serão analisados alguns dos aspectos considerados fundamentais para o desenvolvimento da comunicação entre parceiros e crianças com multideficiência, em particular no que se refere aos níveis de comunicação utilizados nas interacções e á qualidade das actividades que suporta os processos de comunicação. Serão utilizados como suporte os dados resultantes de um estudo que teve como objectivo *Descrever as características da comunicação entre crianças com multideficiência e os seus professores*. A análise de dados permitiu a identificação de aspectos que necessitam de ser tidos em consideração nas interacções com alunos com multideficiência que não usam a fala para comunicar.

Serão também analisados os papel e as competências dos Terapeutas da Fala no desenvolvimento de programas educativos de crianças com multideficiência. Definição e características

*Pessoas com multideficiência* são "pessoas que tem atraso mental severo ou profundo, duas ou mais deficiências adicionais e/ou necessidades de cuidados de saúde especiais." (Orelve & Sobsey, 1991, pg 1). De acordo com a TASH<sup>1</sup>, " esta população inclui indivíduos de todas as idades que necessitam de apoio intenso e continuado em mais do que uma actividade normal do dia a dia por forma poderem participar em ambientes na comunidade". (Westling & Fox, 1995, pg 3).

As crianças com multideficiência que não usam a fala para comunicar estão diminuídas na sua capacidade de participar em interacções sociais normais. Esta privação tem consequências, não apenas nas interacções imediatas da criança com o mundo à sua volta mas também no desenvolvimento da sua saúde mental. Como refere Tomasello (1999), uma criança com quem não se desenvolvem interacções dinâmicas numa base regular vai estar em risco do ponto de vista de saúde mental.

A observação de interacções entre professores e alunos com multideficiência mostra que professores e alunos não se envolvem em conversas relacionadas com os contextos educativos. A observação indica também que os professores não organizam ambientes de aprendizagem que proporcionem desenvolvimento de conhecimento nos alunos. Estas dificuldades parecem estar relacionadas com: 1) falta de conhecimento e expectativas por parte dos professores no que respeita a aspectos da comunicação e

---

<sup>1</sup> The Association for Persons with Severe Handicaps

em particular no que se refere a alternativas à comunicação na ausência da fala, 2) ausência de conhecimento sobre o tipo de actividades que providenciem contextos significativos e dão lugar a oportunidades de interacção e aprendizagem, 3) o facto de a comunicação não ser considerada como um aspecto central no desenvolvimento de programa para esta população. A constatação destas dificuldades deu origem a este estudo.

#### Metodologia

Foram estudados dois casos de crianças com multideficiência em interacção com os professores. Ambas as crianças tem 10 anos e frequentam instituições para crianças com multideficiência.

Ana é considerada pela educadora como uma criança que não comunica. Tem uma combinação de problemas cognitivos e motores. Desloca-se sozinha e geralmente não responde a solicitações verbais. Maria tem também 10 anos, não fala e tem uma combinação de problemas motores e visuais graves. Utiliza uma cadeira de rodas e responde a solicitações verbais através do sorriso e movimento corporal, embora não pareça compreender a linguagem oral.

Foram realizadas quatro observações naturalistas de interacções entre professores e crianças em actividades normais da vida da criança na escola. Cada actividade teve uma duração entre 16 e 24 minutos. Foram registadas notas de campo relativas a essas observações e utilizadas notas metodológicas e analíticas para posterior análise.

Foi utilizada análise temática para a análise das notas de campo e das notas analíticas recolhidas durante as observações. Os temas emergentes da análise resultaram de: 1) o tema central da investigação e, 2) suportes teóricos utilizados e, 3) a experiência anterior da investigadora na área. A sequência de acções relativa à análise temática está descrita na tabela abaixo.

**Tabela 1- Análise temática - sequência de acções**

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
- Dados da observação	- Criação de uma matriz de análise com todas as observações	- Criação de uma matriz de análise de acordo com as categorias encontradas	- Revisão das categorias
- Notas de campo	- Análise das notas	- Análise das categorias/ procura de explicações	- Desenvolvimento de possíveis explicações
- Revisão de notas de campo	- Procura de padrões	- Relacionar os dados com a	- Relacionar dados com a literatura
- Desenvolvimento de notas analíticas	- Categorização das notas	...	- Conclusões
			- Descrição

Os resultados da análise temática revelaram informação em cinco domínios de interesse: 1) Comunicação, 2) Envolvimento da criança em actividades, 3) Participação do adulto em actividades, 4) ritmos e movimento e, 5) Input sensorial. Estes aspectos foram assim considerados como centrais na discussão de resultados.

#### Discussão

Nos dois casos em estudo, e embora ambas as professoras considerassem a comunicação como uma área importante nos programas dos seus alunos, a observação demonstrou que estas não usavam meios de comunicação apropriados. A

fala, embora fosse o meio de comunicação utilizado, não era compreendida pelas crianças, não se tendo verificado a utilização de qualquer forma de comunicação alternativa que facilitasse a comunicação.

O tipo de actividades desenvolvido, característico dos Jardins de Infância, não incluía oportunidades de aprendizagem significativa para as crianças não respondendo às suas necessidades e limitando-as nos seus processos de aprendizagem. No caso de Maria, a falta da tecnologia de apoio à participação revelou-se uma dificuldade acrescida, limitando o seu acesso ao ambiente e fazendo-a depender totalmente do adulto.

Quanto à participação do professor na actividade, verificou-se que no caso de Ana a professora não interage directamente com ela, mantém-se a alguma distância em algumas das actividades e não dá orientações para que a Ana compreenda o que tem que fazer para realizar as actividades.

No caso de Maria a intervenção dos adultos tinha como objectivo auxiliar nas actividades, frequentemente através de técnica mão sobre mão. As necessidades comunicativas decorrentes das actividades, tais como informar sobre o que se vai fazer, ou clarificar a forma como se pode desempenhar a actividade não foram observadas.

Considerando não se ter observado qualquer acção dos professores no sentido do desenvolvimento de iniciativa, autonomia e capacidade de resolução de problemas ao longo das actividades, questionamo-nos sobre as expectativas dos professores observados relativamente ao desempenho destas crianças.

Em ambos os casos foi identificada uma resposta clara à utilização de comportamentos rítmicos e de movimento, identificando-se uma capacidade de interacção sincrónica com vários turnos desde que a participação do adulto se situasse a nível do ritmo e do movimento. Estas respostas contrastam com as dificuldades de interacção observadas quando era necessário que as crianças dessem atenção a objectos e desenvolvessem atenção conjunta para manter a comunicação sobre objectos. Tal característica aponta para níveis de desenvolvimento interactivo muito precoces identificando a necessidade de situar a comunicação a nível da resposta a objectos e do desenvolvimento de atenção conjunta, que configuram as aquisições que acontecem num período imediatamente a seguir à interacção social.

Nos dois casos verificaram-se limitações no que se refere a utilização de input sensorial. Apenas uma das crianças tinha uma deficiência visual mas os comportamentos de resposta a estímulos, em ambos os casos, revelaram que estas crianças não respondem “normalmente” a estimulação sensorial.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de desenvolvimento de programas educativos para crianças com multideficiência que combinem experiências significativas com níveis de comunicação acessíveis á criança e que lhe permitam compreender o mundo à sua volta. Apontam também para a necessidade de identificação de actividades significativas que permitam à criança ter acesso ao conhecimento sobre o mundo, através de uma conjugação de experiência e comunicação.

Como referido anteriormente, relativamente a participação dos parceiros nas actividades, não foram observadas oportunidades de interacção significativa. As crianças com multideficiência observadas estão, assim, duplamente limitadas. Por um lado a oportunidade de acesso a experiências significativas encontra-se limitada. Por outro lado, a facilitação do acesso ao significado, através de comunicação associada a experiências, encontra-se limitada nos casos estudados devido à utilização da fala como meio único de comunicação.

Um último aspecto merece a nossa atenção e refere-se ao nível de capacidade de dar atenção ao outro e de desenvolver atenção conjunta. Particularmente no caso de Ana estas duas capacidades encontram-se limitadas. Se por um lado ela responde

consistentemente quando as actividades envolvem movimento e ritmos as suas respostas tornam-se pouco claras quando as solicitações se dirigem para objectos, em particular para objectos que não sejam de uso diário e utilizados em contexto. Numa perspectiva de desenvolvimento cognitivo e de comunicação estes aspectos deverão ser tidos em consideração no desenvolvimento de programas de comunicação. É possível que para algumas crianças as necessidades comunicativas se situem a níveis de interacção precoce e que o não desenvolvimento a este nível torne difícil o envolvimento em actividades que recorram a níveis de comunicação mais desenvolvidos, nomeadamente o uso de objectos e a atenção conjunta

Uma nota final sobre as necessidades comunicativas de crianças com multideficiência e o papel dos terapeutas da Fala nestes processos. Não é ainda prática corrente em Portugal (e possivelmente também no Brasil) que os Terapeutas da Fala liderem os processos de identificação de necessidades e o planeamento da intervenção a níveis de comunicação quando a fala não é um objectivo viável. Tal intervenção necessita de ser desenvolvida numa perspectiva pluridisciplinar, competindo aos Terapeutas da Fala o desenvolvimento de orientações com base na observação e avaliação do nível e capacidades comunicativas das crianças nas interacções com professores, famílias e outros técnicos.

#### **Bibliografia**

Orelove, F., Sobsey, D. (1996). *Educating children with multiple disabilities: A transdisciplinary approach*. Baltimore: Paul Brookes

Tomasello, M.(1988). The role of joint attention in early language development. *Language Sciences*, 11, 69-88.

Vygotsky, L.S. (1978). *Mind and society: The development of higher mental processes*.Cambridge,MA:Harvard University Press

Westling, D. Fox, L. (1995).*Teaching Students with Severe Disabilities*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc.

### **SAÚDE, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

JOSÉ GERALDO SILVEIRA BUENO - PUC/SP

A relação entre saúde e educação tem sido muito questionada no campo dos estudos sobre a surdez, tendo como fundamento as críticas referentes aos conhecimentos produzidos pela medicina. Esta apresentação visa colocar sob crivo crítico algumas das premissas em que a corrente do bilingüismo, atualmente em vigor e hegemônica, tem se apoiado: a) a crítica à visão médica da surdez como patologia; b) a perspectiva sócio-antropológica que procura refutar a visão médica; c) as características peculiares dos surdos como condição e não como déficit; e d) a negação de qualquer outra abordagem como não fundamentada ou ultrapassada.

## **AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM PRÉ-ESCOLAR (ALPE): UM PROJECTO EM EXECUÇÃO**

ANA MENDES

ELISABETE AFONSO, MARISA LOUSADA, FÁTIMA ANDRADE

INSTITUTO DE ENGENHARIA ELECTRÓNICA E TELEMÁTICA DE AVEIRO E.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL - PORTUGAL

A criação do instrumento de "Avaliação de linguagem Pré-Escolar" (ALPE) teve como objectivo desenvolver um instrumento formal de avaliação da linguagem, testando as capacidades de compreensão auditiva e expressão verbal oral das crianças dos 3A 0M aos 5A 12M e articulação verbal das crianças dos 3A 0M aos 6A 12M cuja língua materna é o Português-Europeu. A necessidade deste instrumento fez-se sentir a nível de jardins-de-infância, hospitais, centros de saúde e centros de terapia da fala com a finalidade de avaliar crianças com problemas de desenvolvimento de linguagem e prevenir possíveis quadros de dislexia e disgrafia consequentes.

O instrumento ALPE é um teste referenciado à norma, i.e., a amostra de 1212 crianças servirá de grupo padrão e os seus resultados representaram as normas do ALPE. Após a conclusão da construção do instrumento ALPE, o resultado de qualquer criança poderá ser comparado com esse grupo normativo nos vários domínios linguísticos que o ALPE avalia: capacidades de compreensão e de produção de diferentes níveis de funcionamento do sistema linguístico (fonético-fonológico, morfossintáctico e semântico). Pretende-se com este estudo o aprofundamento de conhecimentos sobre dados normativos referentes à aquisição da linguagem que possibilitem a identificação precoce de problemas de linguagem e de perturbações articulatórias, bem como, no âmbito do desenvolvimento de linguagem uma intervenção pedagógica mais aprofundada.

Para isso foram seleccionadas as áreas dialectais, zonas geográficas de Portugal Continental e Insular, distritos, jardins-de-infância e terapeutas da fala para aplicar o ALPE. Foram seleccionadas

1) duas áreas dialectais: setentrionais e centro-meridionais

1. 13 distritos: Viana do Castelo, Vila Real, Porto, Viseu, Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Lisboa, Setúbal, Évora, Faro, Ponta Delgada e Funchal.

2. 89 jardins-de-infância distribuídos pelos 13 distritos,

3. 25 terapeutas da fala distribuídos pelos 13 distritos e

4. 1212 crianças no total.

Resultados preliminares em que o ALPE foi passado a 325 crianças por 18 terapeutas da fala em 62 jardins-de-infância estão a ser analisados em SPSS.

### **TESTE DE AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM EM CRIANÇAS**

EILEEN SUA KAY, TERAPEUTA DA FALA, PROFESSORA NA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL, PORTUGAL

MARIA DULCE TAVARES, TERAPEUTA DA FALA, PROFESSORA NA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO ALCOITÃO, PORTUGAL

A elaboração deste teste pretendeu responder a uma necessidade sentida por todos os profissionais que trabalham na área do desenvolvimento infantil, já que não existia um teste para a língua portuguesa que permitisse, com dados normativos, a avaliação da linguagem da criança com um nível de desenvolvimento dentro da idade pré-escolar, entre os dois anos e meio aos seis anos.

O objectivo do teste é permitir a identificação de crianças que estão abaixo dos seus pares na sua capacidade linguística assim como a determinação de pontos fortes e fracos da capacidade linguística.

O TALC divide-se em duas partes. A primeira parte destina-se a avaliar os aspectos que dizem respeito à compreensão, através de três subtestes. A segunda parte é constituída por quatro subtestes para análise de áreas da expressão. O TALC é constituído por um conjunto de objectos e pranchas com imagens representativas de objectos, acções e situações. Inclui ainda uma folha de registo para anotação das respostas e cotação e também um manual de instruções com tabelas normativas.

Numa primeira fase foi realizado um estudo exploratório com 210 crianças de ambos os sexos, entre os dois anos e seis meses e os seis anos de idade, residentes na área da Grande Lisboa. Este estudo teve como objectivo verificar se os vários itens eram discriminativos para as diferentes idades, se as instruções produziam as respostas pretendidas e se o material escolhido era adequado. Após a análise dos resultados deste estudo, construiu-se a versão definitiva do TALC e iniciou-se o processo de aferição. A aferição foi realizada com 580 crianças de áreas urbanas e rurais, de várias regiões do Continente. Para a determinação dos dados normativos foi utilizada estatística descritiva com o objectivo de apurar os valores médios e respectivos desvios padrão em cada subteste. Posteriormente foram calculados os percentis para os valores das provas. Foi também realizado o teste *t* para fazer a comparação dos resultados de rapazes e raparigas. A análise da consistência interna feita através do  $\alpha$  de Cronbach mostrou todos os coeficientes acima de 0,70 indicando uma consistência razoável a boa nos vários subtestes, e muito boa nos totais da Compreensão e Expressão. Os resultados encontram-se no manual do teste.

O tempo de aplicação do teste é de 30 a 45 minutos, tendo sido mostrada uma boa adesão da parte das crianças. O material é apelativo e seguro. O teste poderá ser aplicado não só por terapeutas da fala como também por outros profissionais que têm experiência em lidar com crianças, como os educadores, professores ou psicólogos. O manual que acompanha o teste tem todas as instruções de aplicação e cotação das provas.

### **A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E FONOAUDIOLOGIA: DO LUGAR DA LINGUAGEM**

FGA. ME. HELENA PANHAN - SÃO PAULO, SP – BRASIL

Muitos anos se passaram, idos anos 80, desde que a Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA) surgiu timidamente nos espaços de discussão científica na Fonoaudiologia no Brasil. A prática em si, aplicada por diferentes áreas da saúde e educação, trazia fundamentos teóricos baseados no ensino/aprendizagem de sistemas de comunicação. Na literatura a CSA é tida como uma técnica que faz uso de sinais gráficos de diferentes sistemas de comunicação, desenhos, fotos, escrita, pranchas de comunicação, e outros aparatos físicos, organizados para substituir ou complementar a fala comprometida. Assim descrita, a CSA, ainda encerrada em outras concepções, sugere uma aplicação mecanicista de pranchas de comunicação, substituindo fala por sinais gráficos, onde teoricamente estariam literalmente representados os dizeres da fala interdita por uma patologia. Apenas a definição não sustentaria uma aproximação entre CSA e Fonoaudiologia. O reconhecimento desta prática clínica na Fonoaudiologia depende do delineamento de um método clínico que assegure um fazer que seja fonoaudiológico. A CSA quando articulada à Clínica Fonoaudiológica circunscreve a linguagem como objeto da ação clínica/terapêutica fonoaudiológica para garantir a especificidade de seus saberes e fazeres. Falo de uma prática sustentada por um método clínico interpretativo/discursivo que permite o deslocamento, a apropriação da *fala*, mesmo que não articulada e sonora, onde os sinais gráficos figuram como significantes regidos pelo funcionamento da língua frente à patologia de linguagem que interdita a oralidade. Então, os sinais gráficos só ganham sentido quando interpretados no espaço discursivo, pois não carregam consigo significados colados, literais ou únicos e estão submetidos à dimensão constitutiva da linguagem. Portanto, versaremos e conversaremos com e sobre a CSA partindo de uma clínica que pretende atravessar a marca no orgânico, que vê opacidade nos sintomas de linguagem, que trata de atos clínicos terapêuticos de sujeitos singulares e que *escuta* fala além da produção articulatória oral sonora.



### **OFICINA DE LIBRAS**

JUSCELINO BUARQUE - PROFESSOR DO ENSINO FUNDAMENTAL DA DERDIC-PUC-SP E INSTRUTOR DE LIBRAS CADASTRADO PELO MEC  
PATRÍCIA C.A. PEREIRA - FONOAUDIÓLOGA BILÍNGÜE E MESTRANDA DA FSP-SP

O uso da LIBRAS (Língua de Sinais Brasileira) é recomendado para os profissionais de saúde que atendem a Comunidade Surda. Mediante Decreto (5626/05), os serviços de saúde passam a ser obrigados a atender diferenciadamente esta minoria sócio-lingüística-cultural a partir de dezembro de 2006. A rede de saúde a contar desta data, deve apresentar recursos como profissionais capacitados a utilizar LIBRAS ou contar com a presença de tradutores-intérpretes.

Em ambos os casos, a compreensão sobre as especificidades da língua e por quê esta constitui-se como língua gesto-visual faz-se imprescindível.

Em especial para profissionais habilitados para lidar com a comunicação humana ao que se refere aos processos do desenvolvimento normal ou patológico, o reconhecimento do indivíduo membro dessa comunidade, sua língua e a diferenciação de suas demandas a partir de uma perspectiva sócio-antropológica faz-se ainda mais necessários.

Por esses motivos, os objetivos da oficina serão o de propiciar atividades práticas em que os graduandos do curso de Fonoaudiologia irão experienciar trocas comunicativas na Língua de Sinais e serão convidados a refletir questões fundamentais pertinentes ao tema.

## **ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES GLOSSECTOMIZADOS**

ERIKA NALLI, CARRARA-DE ANGELIS E.

As estruturas que constituem a boca são responsáveis pelas funções de mastigação, deglutição e fonoarticulação. A localização e o estadiamento de tumores de cabeça e pescoço, o estado geral, assim como a aceitação do paciente às opções de tratamento médico, podem acarretar em seqüelas, afetando diversos aspectos da vida do paciente.

Com relação às ressecções de língua – glossectomias- torna-se essencial o conhecimento da anátomo-fisiologia das estruturas da cavidade oral, pois as alterações dependerão do tamanho, extensão, infiltração e localização da lesão (Galati & Johnson 1999). Sendo assim, as ressecções menores do que 50% são chamadas glossectomias parciais, as ressecções em torno de três quartos ou mais são denominadas subtotais e a ressecção completa da língua (corpo e base), totais (Weber et al, 1991).

A língua é uma estrutura dinâmica, com funções sensoriais e motoras fundamentais para a deglutição. Auxilia na manipulação e formação do bolo assim como na sua ejeção para a fase faríngea da deglutição (McCulloch et al, 1996). Além disso, é um dos mais importantes articuladores para a língua portuguesa, essencial na produção de todas as vogais e da maior parte das consoantes (Furia, 2000). Este órgão também participa da produção da voz (função ressonatal), na medida em que promove modificações de forma, tamanho e tonicidade do trato vocal.

A Fonoaudiologia é a área responsável pela avaliação e reabilitação dos transtornos da comunicação e da deglutição, associadas ao câncer e seus tratamentos. A avaliação detalhada destes pacientes deve constar da integração de informações da avaliação clínica e dos achados videofluoroscópicos e/ou videoendoscópicos, além da inserção do profissional na equipe multidisciplinar.

A terapia deve idealmente iniciar-se pela orientação pré-operatória para o esclarecimento sobre as possíveis alterações decorrentes do tratamento e as possibilidades de reabilitação fonoaudiológica. No pós-operatório otimiza-se o trabalho do sistema estomatognático como um todo, incluindo estruturas remanentes e adjacentes, para reabilitação/adaptação da deglutição e da fonoarticulação.

### **Referências Bibliográficas:**

Galati LT, Johnson JT. Surgery of the oral cavity, oropharynx, and hypopharynx. In: Carraw RL, Murry T. Comprehensive management of swallowing disorders. San Diego: Plural; 1999. p.141-6.

Weber RS, Ohlms L, Jacob R, Goepfert H. Functional Results after total or near total glossectomy with laryngeal preservation. Arch Otolaryngol head Neck Surg. 117: 512-5, 1991.

Mc Culloch TM, Jaffe DM, Hoffman HT. Diseases and operation of head and neck structures affecting swallowing. In: Perlman AL, Delrieu KS. Deglutition and its disorders anatomy, physiology, clinical diagnosis and management. San Diego: Singular; 1996. p.343-65.

Furia CLB. Reabilitação fonoaudiológica das ressecções de boca e orofaringe. In: Carrara-de Angelis E, Fúria CLB, Mourão LF, Kowalski LP. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000. p.209-20.

## **UMA FONOAUDIOLOGIA POÉTICA**

MÔNICA DANIELA RODRIGUES DE CARVALHO

**Introdução:** Penso que como terapeutas, nós, fonoaudiólogos temos que ter presente em nossa vida profissional uma prática humanizada, foi a partir da prática fonoaudiológica que percebi a possibilidade de humanização através do contar histórias. Ressalto aqui que não acredito que a contação de histórias seja o único modo de uma prática humanizada, ao contrário, esta implica muitas outras coisas. Mas acredito que o contar histórias faz diferença.

Ouvir histórias vai além de ser lúdico e educativo, é terapêutico. Além de, claro, ser um evento de letramento, o que já justificaria sua presença na fonoaudiologia. As histórias oferecem às pessoas possibilidades de lidar com seus conflitos, entendê-los e até mesmo solucioná-los, possibilita ao sujeito um entendimento melhor da sua própria história, ou seja, oferecer histórias é como oferecer "bálsamos medicinais".

**Discussão:** A contação de histórias pode ocupar dois lugares na Fonoaudiologia. O primeiro, clínico, diz respeito ao fonoaudiólogo que traz essa possibilidade de contar histórias em seus atendimentos. Contar histórias nesse lugar - em qualquer outro também - exige algo que faz toda a diferença na clínica, a sensibilidade, além, claro, de um terapeuta leitor.

É importante ser leitor para que você possa passar pela experiência de ser capturado pelas histórias, pois não somos nós quem as escolhemos, mas ao contrário, somos escolhidos por elas. Ser leitor também se faz necessário e importante para que se crie um critério para algo indispensável: a qualidade literária.

A sensibilidade se faz necessária, pois contar histórias é um ato de humanização, remete a um ambiente de cumplicidade, oferece possibilidade de envolvimento, além de o fato de contar histórias nascer no olhar do outro, o paciente. Cabe a nós perceber esse desejo e essa necessidade. A sensibilidade também é importante para que possamos perceber qual história contar, e porque uma, e não outra.

O segundo lugar que a contação de histórias assume na Fonoaudiologia é na assessoria escolar. Podemos alertar os educadores para a importância desse evento. Acredito que, assim como nós terapeutas podemos ter uma prática humanizada, a pedagogia deve ser humanizada. Sendo assim, podemos ressaltar junto a esses

educadores que quem ouve histórias se desenvolve melhor, aprende melhor, lida melhor com seus conflitos e angústias. Enfim, as histórias têm possibilidades infinitas, pois para cada pessoa ela percorre um caminho.

**Conclusão:** Chamo aqui a atenção para o fato de que, sendo do lugar do terapeuta ou do educador, contar histórias exige dedicação, pressupõe leitura, e esta deve ser crítica, coisas que já estão implicadas nessas duas profissões, independente de contar histórias ou não. Pressupõe atenção e estudo para que não se conte histórias de qualquer maneira, é preciso apropriação da história e sensibilidade para com ela, mas como contar histórias, é uma outra história.

Deixo aqui o convite: se deixe capturar pelas histórias.

Acredito que essa prática nos torna terapeutas reflexivos, e nos possibilita formar educadores reflexivos, realizando um trabalho intenso, um trabalho de "formiga", mas que torna a prática fonoaudiológica, além de humanizada, uma prática poética.

### **DETECÇÃO PRECOCE E PSICOPATOLOGIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

JULIETA JERUSALINSKY, CLÍNICA INTERDISCIPLINAR PROF. DR. MAURO SPINELLI,  
SÃO PAULO E CENTRO LYDIA CORIAT, PORTO ALEGRE, BRASIL.

Nos primeiros anos de vida ocorrem experiências fundamentais para a constituição do sujeito psíquico e para as aquisições de linguagem, psicomotricidade e construção do pensamento.

Isto torna necessário que, diante de um sofrimento apresentado na primeira infância, não se deixe o tempo passar e sejam estabelecidos critérios de detecção e intervenção precoce que considerem a especificidade da primeira infância.

A clínica com bebês mostra o quanto, mesmo diante de patologias orgânicas que não encontram remissão com o tratamento, faz-se central intervir com o efeito fantasmático do diagnóstico para os familiares do bebê, na medida em que o mesmo costuma produzir efeitos ainda mais limitantes do que os impostos pela patologia em si para a constituição do bebê. Temos aí a importância da prevenção secundária na clínica interdisciplinar da estimulação precoce.

Também é preciso considerar a importância da detecção precoce num tempo em que, ainda que haja sofrimento, o quadro patológico não se encontra plenamente configurado, o que é bastante próprio da primeira infância.

Para tanto é central que a detecção precoce de patologias do desenvolvimento infantil não se limite apenas a verificar se os órgãos que suportam as funções são ou não hígidos. É preciso considerar também o modo em que as diferentes funções (de fonação, audição, locomoção, etc.) são postas em funcionamento pelo bebê no laço com aqueles que exercem as funções materna e paterna.

Neste sentido os profissionais do âmbito da saúde e da educação que intervêm com a primeira infância -em creches, berçários, escolas infantis, centros de saúde e consultórios- têm um papel central na detecção dos problemas do desenvolvimento, sejam os mesmos de origem orgânica ou psíquica, pois são profissionais pelos quais passam toda e qualquer criança.

Uma vez que um problema é detectado, torna-se decisivo para o futuro do bebê e da pequena criança que a intervenção não recorte de modo limitado apenas à área do comprometimento, mas que sustente um marco favorável às diferentes aquisições do bebê, de modo articulado à sua constituição enquanto sujeito e ao exercício das funções materna e paterna.

**PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: ASPECTOS OPERACIONAIS E AUDIOLÓGICOS**

MÔNICA JUBRAN CHAPCHAP - HOSPITAL SÃO LUIZ, SÃO PAULO, SP

É consenso o benefício da detecção, diagnóstico e intervenção precoce nas alterações auditivas na infância (Christine Yoshinaga-Itano, 1998). O manejo das alterações auditivas em neonatos pode suscitar dúvidas e demora no início da intervenção devido à falta de recursos adequados no diagnóstico e de conhecimento por parte dos profissionais envolvidos e dos próprios pais (Watkin e Baldwin, 1999). Serão abordados aspectos operacionais e audiológicos observados nas fases da detecção e diagnóstico possibilitando o início favorável na intervenção auditiva em neonatos a partir da experiência obtida no programa de Triagem Auditiva Neonatal do H. São Luiz no período de 2000-2007 (~25.000 recém-nascidos avaliados).

### **ATUAÇÃO PRECOCE DA FONOAUDIOLOGIA PARA CRIANÇAS DE AUTO RISCO**

REGINA DONNAMARIA MORAIS - SÃO PAULO, BRASIL

#### Introdução:

Olhar um indivíduo com um foco profissional é enxergar a riqueza de suas possibilidades. Toda análise de desvio padrão leva necessariamente à busca comparativa de modelos ideais pré-estabelecidos pelos estudos avançados científicos e clínicos sobre o desenvolvimento.

cada vez que nos especializamos tornamos nossos olhares mais seletivos e específicos. a visão *bobath* de reabilitação nos presenteia com base teórica e prática e se alinha a uma filosofia transdisciplinar onde, as disciplinas se interacionam e nos guiam para o entendimento das razões pelas quais as habilidades não se mostram funcionais ou com gastos excessivos energéticos.

#### Objetivo:

Conhecendo a forma como as funções se desenvolvem na integração dos aspectos sensoriais e motores, do sistema nervoso central e periférico, podemos intervir como moderadores e facilitadores para que as funções sejam mais facilmente adquiridas e desenvolvidas.

#### Metodologia:

O trabalho propõe orientar com pontos chaves, estágios de aquisição e as reais dificuldades observadas em crianças de auto risco no aspecto fonoaudiológico bem como, evidências clínicas para uma melhor performance na área de alimentação, respiração, coordenação, fala e comunicação.

#### Resultado:

As facilitações aplicadas em orientações e ou terapias a pacientes de auto -risco resultam em uma maior produção motora funcional além de melhor qualidade de vida o que se aplica imediatamente em uma prontidão para aquisições cada vez mais evoluídas na escala cronológica do indivíduo.

### **PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE EM ATENDIMENTO HOSPITALAR**

FGA. DRA. ANA MARIA FURKIM - IGD - INSTITUTO DE GERENCIAMENTO EM DEGLUTIÇÃO - SÃO PAULO - BRASIL

As disfagias orofaríngeas nas últimas décadas vêm sendo objeto de mais estudos e pertencendo a linhas de pesquisa nas universidades, principalmente nos programas de Pós-Graduação das várias áreas da saúde, entre elas a medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia. Definida como o sintoma de uma doença de base, que pode acometer qualquer parte do trato digestivo desde a boca até o estômago, segundo Donner, 1986, os distúrbios ou alterações encontrados na cavidade oral e na faringe são passíveis de serem avaliados pelo fonoaudiólogo, profissional habilitado no estudo das funções estomatognáticas.

Assim, desenvolveram-se ao longo dessas décadas vários protocolos de checagem destes distúrbios, tanto de triagem nos mais variados locais de atuação, entre creches, asilos, berçários, leitos hospitalares e de cuidados intensivos, como por faixa etária, incluindo recém nascidos, prematuros, idosos, pacientes neurogênicos, doentes ou comprometidos do sistema respiratório e pulmonar; e pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Uma questão importante que vem sendo considerada é a particularidade de cada uma dessas realidades, exigindo cada vez mais que os protocolos sejam mais específicos e detalhados em relação à doença de base, tempo de acometimento, idade do paciente e local da avaliação.

Discorreremos sobre questões chave em qualquer dessas avaliações que hoje se verificam obrigatórias no levantamento dos distúrbios da deglutição e principalmente no possível impacto destes distúrbios nos outros sistemas, como o respiratório e o nutricional.

Na Entrevista inicial, anamnese ou levantamento do prontuário do paciente e checagem verbal com a equipe de profissionais que já tendem o paciente, é fundamental que coletemos os dados:

- Identificação completa do paciente; Queixa do paciente - motivo da solicitação médica; Doença de Base; Tempo de Acometimento; Intercorrências; História progressiva; Co-morbididades; Estado Clínico Atual; Peso e Altura; Recordatório Alimentar.

Os itens anteriores são considerados de vital importância para que possamos estabelecer um perfil geral do paciente que está sendo avaliado e principalmente se ele pode se submetido à avaliação completa da disfagia que inclui a alimentação por via

oral. Pacientes em estado clínico instável, coma profundo, muito sonolentos e não responsivos são pacientes de grande risco para a avaliação completa desse distúrbio.

Os sistemas mais importantes a serem verificados a seguir são o respiratório, gastrointestinal e neurológico, pois determinados acometimentos destes sistemas podem contra indicar a avaliação, posterior terapia ou mesmo restringir muito o prognóstico deste paciente.

A avaliação e investigação do sistema respiratório poderá nos fornecer informações sobre a gravidade da disfagia, se os quadros de infecção pulmonares forem devido às aspirações traqueais de saliva, secreção ou alimentos; e poderá nos fornecer dados sobre a possibilidade de expectoração do paciente com o que lhe possibilita um melhor prognóstico, muitas vezes, independente até do grau de intensidade da disfagia. Esse prognóstico diminui se o paciente for DPOC (Doente Pulmonar Obstrutivo Crônico), tabagista, asmático ou com bronquite, se já apresentar broncoatelectasias, paralisia das pregas vocais, capacidade vital diminuída e pouco fluxo expiratório, com dificuldade de tossir produtivamente.

A avaliação e investigação do sistema gastrointestinal inclui a pesquisa da constipação, DRGE (doença do refluxo gastro-esofágico), hérnia hiatal, gastrite, odinofagia, esofagite entre outros problemas que podem potencializar a disfagia orofaríngea ou mesmo dificultar muito o seu manejo. Obviamente são diagnósticos médicos que o fonoaudiólogo precisa ter ciência para avaliar, prognosticar e tratar realística e adequadamente seu paciente. É possível que na presença de sintomas e doenças como as descritas acima o paciente apresenta marcada recusa alimentar, hiperreatividade intra-oral e incoordenação de fase oral que pode complicar sua disfagia orofaríngea e contaminar a avaliação, pois muitos dos sinais visibilizados podem se referir a estes sintomas e doenças e não ao distúrbio específico de deglutição.

E, finalmente os dados mais importantes sobre o sistema neurológico se referem ao nível de consciência, estado de alerta ou nível cognitivo. Quanto maior o comprometimento destes níveis maior a probabilidade do paciente experimentar incoordenações principalmente de fase oral e aumenta o risco de pneumonias aspirativas. Já consenso na literatura também é a falta de controle com medicação de crises convulsivas que também aumentam o índice de pneumonias, aqui inclusive de pneumonites, pois há a possibilidade de vômitos durante a convulsão.

Todos estes aspectos devem ser considerados e avaliados relacionadamente, o quanto cada um deles afeta, piora ou melhora o outro, por isso a complexidade da avaliação do paciente neurológico. Em seguida, seguimos com a avaliação clássica de mobilidade e sensibilidade de face, intra-oral, cervical, controles posturais, reconhecimento de sabores e a função propriamente dita da deglutição, que é a observação do paciente se alimentado.

Na avaliação funcional da alimentação podemos observar objetivamente na fase oral: a captação do bolo, vedamento labial, presença de escape extra-oral, tempo de trânsito oral, coordenação entre fases, realizar a ausculta cervical, observar a elevação laríngea, sinais clínicos de aspiração (tosse, dispnéia e voz molhada) e sinais de retenção em recessos faríngeos pós deglutição.

Assim, a avaliação clínica da deglutição deve ser realizada muito cuidadosamente e em especial no paciente neurológico sem tempo específico para acabar, pois cada paciente apresentará um tempo de latência de resposta frente aos estímulos dos receptores orais diferente, além da sua capacidade de compreensão e expressão pode estar deficitária e exigir a utilização de recursos alternativos. A clínica de vê ser soberana, nunca deixando que este paciente seja exposto a uma avaliação instrumental sem a tentativa de avaliação clínica, uma vez que esta pode até contra-indicar um exame ou indicar um outro mais apropriado para o caso naquele momento.



Lembrando que TODAS as indicações e CONDUtas devem ser decididas em equipe interdisciplinar.

O estudo das técnicas terapêuticas empregadas em pacientes com o sintoma de disfagia tem sido alvo de crescente interesse nos últimos anos, principalmente nas disfagias de origem neurogênica, que são as de mais difícil agrupamento para estudos controlados, devido à heterogeneidade das amostras.

Nos pacientes com disfagias mecânicas é de grande aplicabilidade técnicas que necessitam do entendimento de comandos verbais e do controle motor sobre as estruturas remanescentes dos pacientes para que estes promovam movimentos compensatórios ou de atitude biomecânica preventiva, como as manobras de reabilitação: supraglótica, supersupra-glótica, manobra de esforço e manobra de mendelsohn. Além de se poderem aplicar exercícios miofuncionais.

Já nas disfagias de origem neurogênica com comprometimentos cognitivos ou do nível de consciência ou mesmo de grave comprometimento motor que tenha atingido região de tronco, cervical e membros superiores, também podemos encontrar grande dificuldade na reprodução de determinados exercícios ou técnicas mais elaboradas. Assim, o estudo de abordagens indiretas (mudanças nas consistências, volumes, utensílios, ritmo, postura), técnicas de facilitação ou indução (indução ou facilitação de movimentos que possam ajudar o paciente a deglutir), que pode ser acionada em pontos intra-orais ou corporais. Porém, estas técnicas, apesar de bom resultado clínico relatado por seus aplicadores, têm poucos estudos comprovando seus resultados em grupos controlados de pacientes com disfagia neurogênica. Grande parte dos estudos levantados se somarmos a maioria das técnicas publicadas mostra melhora no movimento isolado e/ou na função da deglutição, mas nem todas na função de deglutição no ato da alimentação. Essa indicação de qual técnica para que tipo de fisiopatologia do distúrbio da deglutição está indicada tem mostrado respostas mais coerentes em relação ao trabalho fonoterapêutico, a terapia focal, mas nos distúrbios mais graves, nos quais vários estágios das fases da deglutição foram atingidos a busca é por otimizar todas as funções e capacidade de movimentação muscular.

O grande avanço nas discussões em torno das terapias talvez venha sendo a capacidade do paciente em proteger as vias aéreas, podendo o terapeuta utilizar técnicas mais arrojadas ou melhorar essa capacidade se for necessário, antes de aplicar técnicas específicas de reintrodução de via oral. Assim, o ensino, o entendimento e a prática da aplicabilidade dessas técnicas é fundamental para sua melhor aplicabilidade.

Poderíamos por fim, dividir as técnicas de reabilitação em disfagia em :

- Abordagens Indiretas: técnicas de modificação dos passos da fase antecipatória da deglutição: alterar volumes ingeridos, volumes de refeição, utensílios utilizados, consistências alimentares, postura ao se alimentar, ritmo da refeição
- Técnicas Passivas de Estimulação de movimentos: são utilizadas tanto para pacientes que respondem a comandos verbais simples como para pacientes não responsivos. Podem ser do tipo Indutivas, estímulos na cavidade oral que podem gerar movimentos orofaciaiscervicais ou do tipo Facilitativas, nas quais podem ser estimulados pontos específicos para facilitar movimentos que acontecem de fato na deglutição
- Manobras de Reabilitação: São manobras que necessitam da compreensão e participação do paciente para seguir comandos verbais, assim como em todas as outras técnicas. As principais são a manobra supraglótica, supersupra-glótica, mendelsohn, e a manobra de esforço
- Manobras Posturais: consistem em mudar a posição do pescoço para permitir/facilitar com que o alimento se direcione especificamente para uma região

- Exercícios miofuncionais: exercícios específicos para melhora de tônus, amplitude e velocidade dos movimentos
- Manobras de Limpeza: pigarros, escarros, tosse ou manobras realizadas pelos terapeutas no próprio paciente como a manobra de fúrcula
- Auto-Monitoramento: é necessário que o paciente entenda o processo de reabilitação, o que aconteceu com ele, o que está sendo proposto de tratamento e participe ativamente do processo para um bom e mais rápido resultado.

### **PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE EM ATENDIMENTO HOSPITALAR**

LICA ARAKAWA SUGUENO

SETOR DE FONOAUDIOLOGIA - DISCIPLINA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP  
SÃO PAULO – BRASIL

As práticas de educação e saúde no atendimento fonoaudiológico hospitalar envolvem aspectos comuns da atuação em outros ambientes, mas pontos específicos devem ser enfatizados como: Ações em equipe multidisciplinar; Bioética; Políticas de Saúde Pública; Normas de infecção hospitalar com cuidados para segurança e do profissional; Prevenção primária, secundária e terciária em Fonoaudiologia; Assistência de média e alta complexidade; Abordagem em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva, Semi-intensiva e Enfermaria com diferentes faixas etárias e patologia de base; entre outros. Algumas unidades de atendimento hospitalar apresentam uma crescente atuação fonoaudiológica: triagem auditiva em neonatos; estimulação em berçário e UTI neonatal; e intervenção para reabilitação da linguagem e disfagia em pacientes neurológicos, geriátricos, queimados e oncológicos. Cada vez mais protocolos têm sido estabelecidos para auxiliar a sistematizar a coleta de informações nesse ambiente de trabalho, assim como criar normas para facilitar a conduta fonoaudiológica. Os protocolos são de prevenção, orientação, triagem, diagnóstico funcional, qualidade de vida genérica ou a relação direta entre qualidade de vida e função. Aumentam também as discussões relacionadas à técnica necessária para uso de instrumentos utilizados em exames ou na ação terapêutica, como exemplo os da área de Disfagia. Questões sobre a responsabilidade pela formação dos profissionais são debatidas com dúvida entre Instituições de Ensino (graduação e pós-graduação), Conselhos e entidades científicas. O fonoaudiólogo que atua em hospital precisa não somente exercer sua profissão com responsabilidade como executar seu papel dentro da equipe multiprofissional constantemente, de modo integrado.

### **OFICINA CORPO E VOZ CANTADA: UMA AÇÃO COORDENADA**

ENIO LOPES MELLO, PUCSP  
ANDRADA E SILVA, M.A. PUCSP  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

**Objetivo** desta oficina é oferecer aos participantes uma possibilidade de atividade corporal para a elaboração da voz cantada. **Introdução:** Partimos do pré-suposto que a voz cantada é uma ação coordenada. Todo movimento que acontece nas pregas vocais, na região supra e sub glótica na elaboração da voz, responde a um padrão de coordenação singular que é própria da subjetividade, portanto, se desenrola no espaço, com ritmo e duração característicos de cada sujeito. Para melhor compreensão, nos pautamos no trabalho de Piret e Béziers (1972), onde as autoras nos ensinam que todo movimento corporal humano se dá pela integração do sistema reto (músculos anteriores e posteriores da cabeça e tronco) e sistema cruzado (tronco e membros inferiores e superiores). No sistema reto encontramos a estrutura de base para a estabilidade da postura bípede: o enrolamento e endireitamento do tronco e da cabeça associado à simetria dos membros. O sistema cruzado possibilita ao sujeito a relação com o meio (comunicação e expressão): torção do tronco e a assimetria dos movimentos entre um lado e outro do corpo. Neste sentido, Denys-Struyf (1995), ao descrever o método GDS de cadeias musculares e articulares com bases na coordenação motora, postulou que os movimentos corporais são resultantes do encadeamento de tensão com direção determinada, isto é, segundo a disposição das fibras musculares. Campignon (1998 e 2001) focando o seu trabalho nos aspectos bio-psíquicos da respiração, considerou que o método GDS é uma possibilidade de otimização da coordenação da motora e principalmente da coordenação pneumofonoarticular (CPFA). Ele observa que: a manutenção dos volumes corporais e a dinâmica respiratória têm implicação direta nas diversas possibilidades de expressão. Cantar é uma ação, portanto um movimento, que por excelência é uma atividade expressiva, que decorre do estado de saúde física e psíquica de cada cantor (Andrada e Silva, 2004 e 2005; Behlau, 2001), é uma ação que está associada ao sistema cruzado, porém, apoiada no sistema reto. **Método:** esta oficina consiste na avaliação da postura segundo o método GDS; na execução de exercícios de percepção corporal e vocal; exercícios de enrolamento e endireitamento do tronco; exercícios de liberação

das tensões para a realização dos movimentos de membros superiores e inferiores e exercícios de controle da estabilidade postural (observação: todos exercícios são associados a emissão sonora). **Considerações:** a percepção do movimento corporal e pode garantir o controle dos movimentos da voz cantada (canto); praticar atividades de enrolamento e endireitamento do tronco pode viabilizar um aprimoramento da postura e a manutenção dos volumes internos que facilitam a respiração durante a emissão sonora.

**Referência:**

- ANDRADA E SILVA, M. A. Voz Cantada. In FERREIRA, L. P. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 2004. p. 178 a 194.
- \_\_\_\_\_ A Expressividade no canto. In KYRILLOS, L. R. Expressividade - da Teoria a Prática. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 91-104.
- BEHLAU, M. e PONTES, P. Higiene vocal: cuidando da voz. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- CAMPIGNION, P. Respirações: a respiração para uma vida saudável. São Paulo: Summus, 1998.
- \_\_\_\_\_ Aspectos biomecânicos: cadeias musculares e articulares método GDS, noções básicas. São Paulo: Summus, 2001.
- DENYS-STRUYF, G. Cadeias musculares e articulares método GDS. São Paulo: Summus, 1995.
- PIRET, S., BÉZIERS, M.M. A coordenação motora: Aspecto mecânico da organização psicomotora do homem. Tradução Ângela Santos. São Paulo: Summus, 1992.

## **ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM FISSURADOS**

LÍDIA D' AGOSTINO

FGA DO INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA SANTA CRUZ

### **Colaboradora:**

Ambulatório de Trauma e Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da USP

Ambulatório de Craniofacial do Serviço de Cirurgia Plástica do HC da FMUSP São Paulo, SP, Brasil

### **INTRODUÇÃO**

As fissuras labiopalatais (FLP) representam a anomalia congênita mais freqüente da face: 1:650 nascidos vivos, sendo mais complexas quando associadas a síndromes craniofaciais.

Estima-se que no Brasil a população de portadores de FLP é de 300.000 sujeitos, com um índice de 6000 casos novos / ano.<sup>1</sup>

Com relação à etiologia, fatores mesológicos e genéticos podem estar envolvidos, podendo também haver uma relação com fatores teratogênicos<sup>2</sup> e associação com a idade paterna<sup>3</sup>

As fissuras labiais ou labiopalatais são etiologicamente distintas das fendas palatais pós forâmen isoladas, sendo estas mais comuns quando associadas a síndromes.<sup>4</sup>

### **DISCUSSÃO**

Pela complexidade da malformação onde as principais estruturas craniofaciais envolvidas nas funções vitais da respiração, deglutição, mastigação e fala estão comprometidas o tratamento preconizado demanda uma abordagem interdisciplinar<sup>5</sup> onde três áreas são norteadoras: a Cirurgia Plástica, a Fonoaudiologia e a Odontologia.<sup>6</sup>

A atuação fonoaudiológica pode ser iniciada na fase pré-natal através de orientações aos pais sobre a malformação, cuidados com o neonato na fase neonatal e acompanhamento ambulatorial pós-natal seguindo as etapas do tratamento eleito pela equipe através de procedimentos adequados a cada fase do desenvolvimento da criança visando a adequação da nutrição, desenvolvimento cognitivo, audição, desenvolvimento de linguagem e da fala através de orientação aos pais e curadores e finalizada na fase adulta quando as seqüelas ósseas são corrigidas cirurgicamente.

As alterações na comunicação verbal quando presentes são de grande complexidade e variabilidade pelas alterações morfológicas e funcionais dos órgãos envolvidos na produção dos sons da fala.<sup>7</sup>

### **CONCLUSÃO**

Os estudos de vários pesquisadores permitindo a melhor compreensão dos mecanismos de fala envolvidos nas FLP, o advento da avaliação instrumental como a nasofibrosopia e videofluoroscopia com medidas objetivas da função do esfíncter velofaríngeo, as cirurgias mais acertivas e a atuação interdisciplinar contribuíram para a elaboração de protocolos de avaliação e tratamento mais eficazes reaproximando os fonoaudiólogos dessa área de atuação, por muitos anos rejeitada devido ao alto nível de frustração e cobrança frente a resultados terapêuticos pouco satisfatórios.

A alta incidência de FLP na população brasileira demanda a formação de profissionais mais capacitados para atuar na reabilitação dos portadores da malformação, permitindo assim a integração social.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

<sup>1</sup> cp Dr. Nivaldo Alonso. Cirurgião Plástico do Ambulatório de Craniofacial do Hospital das Clínicas. Serviço de Cirurgia Plástica da FMUSP.

<sup>2, 4</sup> Ferreira RJC; Minami E. Introdução ao Estudo de Fissura Labiopalatais. In: Mélega Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte – Cirurgia Reparadora de Cabeça e Pescoço. RJ: Medsi; 2002 p. 3-7.

<sup>3</sup> cp Shelley Cohen fonoaudióloga Medical Center. NY

<sup>5</sup> D'Agostino L; Bautzer APD; Machado LP; Lima RA Fissuras Labiopalatinas e insuficiência velofaríngea in: Otacílio Lopes Filho Tratado de Fonoaudiologia 2 ed. Ribeirão Preto: Tecmedd; 2005; p. 767-792

<sup>6</sup> Genaro KF; Yamashita RP; Trindade IE. Avaliação Clínica e Instrumental na Fissura Labiopalatina. In Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limonge SCD. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004. p. 456-77

<sup>7</sup> Tabith AJ. Distúrbios da Comunicação em Portadores de Fissuras Labiopalatais: aspectos Foniátricos. In: Mélega Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte – Cirurgia Reparadora de Cabeça e Pescoço. RJ: Medsi; 2002 p. 23-38

### **UM TEXTO PRA CHAMAR DE SEU: PRELIMINARES SOBRE A PRODUÇÃO DO TEXTO ACADÊMICO**

CLAUDIA PERROTTA, SÃO PAULO – SP.

**INTRODUÇÃO:** Desde 1992 venho assessorando pesquisadores na escrita de textos acadêmicos, em diversos campos de conhecimento. Não raramente, desperta a curiosidade de meus clientes o fato de uma fonoaudióloga se dedicar a esse trabalho, o que é bastante compreensível, já que ainda hoje somos comumente identificados como *profissionais que se dedicam à fala*, e não à escrita.

Desfeito esse mal-entendido, outras indagações surgem assim que, sentados frente a frente, começamos a nos dedicar ao texto. Surpresos com o trabalho que vai muito além da identificação de erros e da simples adequação às normas da língua-padrão, os autores-pesquisadores, invariavelmente, sentem-se muito mais próximos de suas idéias, mais conscientes da maneira como as articularam, dispostos a se dedicar um pouco mais ao trabalho, ainda que muitas vezes com o prazo de entrega quase esgotado.

Essa nova disposição acontece porque intervenho no texto buscando *apresentar ao autor a sua própria escrita*. Ou seja, indicando formas de efetivar o diálogo com o leitor, dando a este elementos para pensar, concordar, refutar e conhecer efetivamente o estudo que a ele é apresentado.

É preciso que o autor se aproprie de suas palavras, compondo-as intencionalmente para direcionar o debate de acordo com suas pretensões profissionais e pessoais.

É nesse momento que a natureza de meu trabalho de assessoria tem se mostrado significativa: o que apresento ao autor são as qualidades e as falhas em sua maneira de dissertar, sugerindo possibilidades de potencializar as primeiras e de superar, na medida do possível, as segundas. Para isso, porém, preciso escutá-lo com atenção, escutar as palavras que escreveu e aquelas que lhe escaparam no momento em que compunha o trabalho.

Parto então da produção escrita que me é apresentada, e a partir daí vou fornecendo parâmetros de adequação ao gênero discursivo em questão. Trata-se de uma intervenção diferenciada, já que não forneço de antemão fórmulas a serem seguidas ou padrões rígidos de composição textual. Com isso, é possível trazer mais expressividade ao texto, ainda que na esfera acadêmica de produção.

**OBJETIVO:** Trabalhar com a escrita acadêmica dos participantes, para que eles possam aperfeiçoar seus textos de modo a contemplar as especificidades da esfera de atividade e do gênero discursivo em questão.

**METODOLOGIA:** Cada participante deve enviar uma introdução do TCC ao palestrante, via email e até uma semana antes da data da palestra. Serão então discutidas as adequações e inadequações em termos de linguagem acadêmica, lógica de encadeamento das idéias, contemplação ou não do leitor majoritário, entre outros aspectos.

**RESULTADOS E CONCLUSÃO:** Espera-se que cada participante possa apropriar-se das especificidades do gênero discursivo em foco, sem perder de vista a expressividade e marcas pessoais de autoria.

### **INTRODUÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO**

DANIELA QUEIROZ  
IEAA – INSTITUTO DE ESTUDOS AVANÇADOS DA AUDIÇÃO  
SÃO PAULO – SP – BRASIL

Processamento Auditivo (Central) “É aquilo que fazemos com o que ouvimos” (KATZ, 1994). “São mecanismos e processos responsáveis pelas seguintes habilidades auditivas: localização e a lateralização da fonte sonora; discriminação auditiva; reconhecimento de padrões auditivos; reconhecimento da fala com sinal competitivo; reconhecimento da fala degradada; e aspectos temporais da audição” (ASHA, 1996). O transtorno do processamento auditivo (central) – TPAC – é caracterizado pela incapacidade de um indivíduo em fazer uso parcial ou total do sinal ouvido, ou seja, é o resultado de disfunção em uma ou mais habilidades auditivas. Pode coexistir com disfunções globais que afetam o desempenho do indivíduo em várias modalidades (transtornos de atenção, distúrbios de linguagem, distúrbios emocionais, alterações neurológicas, dentre outras). São possíveis causas do TPAC: atraso da maturação do sistema nervoso auditivo; disfunções neuromorfológicas; privação sensorial por doenças otológicas recorrentes na primeira infância; dentre outras. As manifestações comportamentais mais comuns indicativas do TPAC são: solicitar constantes repetições ou demorar a responder; dificuldade de discriminação da fala na presença de sons competitivos; distúrbios articulatórios; vocabulário inespecífico e ambíguo, com sintaxe simplificada e erros de concordância; dificuldade da aquisição e desenvolvimento da linguagem; dificuldade de aprendizagem de leitura e escrita; aprendizagem insuficiente quando restrita a modalidade auditiva; dificuldade em manter atenção a estímulos puramente auditivos; dificuldades para compreender conceitos verbais e relacioná-los a conceitos visuais e/ou idéias abstratas; dificuldade de memorização das mensagens ouvidas; dificuldade de organização e sequencialização de estímulos verbais e não verbais. Para realizar a avaliação comportamental do processamento auditivo são necessários os seguintes pré-requisitos: audição periférica suficiente (perda de no máximo grau leve e simétrica); nível de atenção e função cognitiva compatíveis com a tarefa; habilidades de linguagem receptiva e emissiva suficientes para compreender as tarefas verbais solicitadas e produção de fala inteligível; idade de acordo com o planejado pelos dados normativos de cada teste – ideal: superior a 7 anos (Bellis, 2003). Os testes utilizados na avaliação comportamental do processamento auditivo



estão divididos em quatro categorias, a saber: monoaurais de baixa redundância, interação binaural, processamento temporal e escuta dicótica – a avaliação deve conter no mínimo um teste de cada categoria, sendo um deles com estímulo não-verbal. A avaliação do processamento auditivo tem por objetivo: determinar a presença ou não TPAC; descrever os parâmetros e extensões do TPAC; avaliar os efeitos da maturação do sistema nervoso auditivo; detectar o local das disfunções identificando quais as habilidades auditivas abaixo do esperado para a idade; ressaltar as habilidades auditivas preferenciais para aprendizagem; estabelecer diretrizes e critérios para a elaboração do programa de reabilitação; avaliar os benefícios de outros tratamentos e realizar encaminhamentos necessários.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Task Force on Central Auditory Processing Consensus Development. Central Auditory Processing: Current Status of Research and Implications for Clinical Practice. Technical report. 1996.

KATZ, J. *Tratado de Audiologia Clínica*. São Paulo: 4<sup>a</sup>. ed Manole, 1999.

BELLIS, T.J. *Assessment and management of central auditory processing disorders in the educational setting from science to practice*. 2.ed. New York: Thomson Delmar Learning, 2003.

## **PRÁTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EM INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS**

MARIÂNGELA L. BITAR  
USP, SP, BRASIL

O desenvolvimento de práticas que integrem conhecimentos dos campos da saúde e educação é um desafio constante para os profissionais atuantes no contexto escolar.

A escola é um espaço multifacetado ocupado por diversos atores: professores, funcionários, alunos e suas famílias. É um espaço delimitado e ao mesmo tempo abrangente, influenciado e comprometido com a transformação daqueles que habitam os dois lados do muro.

Por isso, falar sobre práticas fonoaudiológicas em instituições educacionais requer que se leve em conta a pluralidade de aspectos intervenientes e determinantes da qualidade de vida, da saúde, do aprender novos hábitos de uma comunidade.

A escola desempenha função sócio-política e deve proporcionar desenvolvimento e aprendizagem, inclusive acerca de cuidados com a própria saúde. E para tanto é importante considerar que informação não é suficiente para promover saúde; é necessário que os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa a partir de relação dialógica que leve em conta a reconstrução do saber da escola e a formação continuada dos docentes.

A Lei de Diretrizes e Bases – LDB 9394/96 contempla a integração dos saberes nos campos da saúde e da educação, o que incentiva a adoção de práticas destinadas aos diferentes atores.

Segundo a Carta de Ottawa, 1986, *“Saúde se cria e se vive no cotidiano: nos centros de ensino, de trabalho e de lazer. A saúde é resultado dos cuidados que alguém dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões, de controlar a própria vida e de assegurar que a sociedade ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde”*.

O processo de capacitação das pessoas torna o indivíduo sujeito de sua própria educação, capaz de tomar decisões com autonomia (LABONTE, 1998). Dessa forma, as ações de educação em saúde junto a escolares são importantes e se agregam às ações em promoção da saúde. Uma ação educativa deve promover o indivíduo e não tentar ajustá-lo a determinados padrões sociais. Por meio do empoderamento da comunidade escolar podem ocorrer mudanças ou aquisição de novos hábitos, evitando problemas futuros e contribuindo para a construção de uma nova cultura da saúde.

*“A educação em saúde na escola é o processo pelo qual se pretende colaborar para a formação de uma consciência crítica no escolar, que resulte na aquisição de práticas visando a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde da comunidade da qual ele faz parte”* (FOCESI, 1992).

A atuação do fonoaudiólogo em instituições educacionais possibilita a inserção e participação no processo de capacitação enfocando diferentes aspectos da comunicação integrados ao contexto pedagógico e às necessidades locais identificadas (BITAR, 2003).

As áreas de linguagem oral e escrita, audição, articulação, voz, fluência, respiração, funções alimentares recebem o olhar aguçado do fonoaudiólogo que delinea suas ações e elege suas práticas de forma conectada às necessidades e possibilidades do grupo envolvido e articulada com os saberes e práticas de outros profissionais.

A formação de professores, educadores, coordenadores educacionais, coordenadores pedagógicos e demais profissionais, assim como o trabalho de educação em saúde realizado junto às famílias, o diagnóstico contínuo das condições de vida e saúde dos diversos atores favorecem a geração de ambientes escolares saudáveis e o desenvolvimento de habilidades comunicativas, fundamentais para que grandes objetivos da educação sejam atingidos: desenvolvimento pessoal, condições para a cidadania, capacitação para o trabalho (BITAR & SIMÕES, 1999; CAVALHEIRO, 2003).

Ao se considerar a instituição educacional, seja ela creche, pré-escola, escola de ensino fundamental ou médio, como ambiente propício ao desenvolvimento de práticas fonoaudiológicas é inerente ao projeto direcionar ações aos diferentes atores sociais. Envolver o aluno, independentemente da faixa etária, contribui para o reconhecimento e expressão de suas necessidades, torna possível a geração de transformações a partir da tomada de consciência e da problematização. Envolver as famílias, a comunidade do entorno escolar fortalece a apreensão de novas atitudes, de novos hábitos, novos valores de saúde; rompe efetivamente com paradigmas de práticas fragmentadas e curativas. Envolver professores/educadores e equipe pedagógica significa dialogar, capacitar os profissionais que atuam no dia-a-dia com a criança, com o adolescente e que têm em suas mãos a responsabilidade direta de desenvolver o projeto acadêmico da instituição; o próprio Ministério da Saúde propõe a necessidade de formação e qualificação docente para a abordagem da promoção da saúde em ambiente escolar (Ministério da Saúde, 2002). Envolver os demais profissionais – auxiliares de enfermagem, técnicos de nutrição, merendeiras, cozinheiras, lactaristas, pessoal de limpeza – concretiza o ideal de formação de todos os envolvidos com a perspectiva de escolas saudáveis.

Evidentemente, integrar ações dos campos da educação e da saúde, não é uma tarefa fácil. O fonoaudiólogo, assim como qualquer outro profissional da saúde circunscrito no contexto escolar precisa situar-se, ter uma visão crítica da realidade local a partir do estabelecimento de relação dialogal simétrica e permanente com os diferentes grupos. Eleger metas e prioridades faz parte dessa relação.

Para o desenvolvimento de práticas específicas ao seu campo de saber, o fonoaudiólogo, entretanto, precisa inteirar-se das políticas públicas vigentes para que o saber e o fazer não sejam ferramentas do assistencialismo. O desafio para a melhoria das condições de vida da população e promoção da sua saúde está atrelado ao compromisso do governo em efetivar políticas públicas saudáveis (LEONELLO & L'ABBATE, 2006). Contudo, é pertinente o fonoaudiólogo mediar, em dadas circunstâncias, a integração entre profissionais da educação, da saúde e a comunidade com vistas a planejarem ações coletivas de educação e de saúde e, assim, poder delinear práticas fonoaudiológicas condizentes com a realidade do grupo social.

**Referências Bibliográficas**

BITAR, M.L.; SIMÕES, M. Promoção da Saúde em creches. **Rev. Fono Atual**, 1999; 9:10-3.

BITAR, M.L. Escolas Promotoras de Saúde. In: **Anais Colóquio Fonoaudiologia na Instituição Educacional**. São Paulo, 2003; p.11-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 4 (36); p.533-5.

CAVALHEIRO, M.T.P. LDB: Educação infantil e ensino fundamental. In: **Anais Colóquio Fonoaudiologia na Instituição Educacional**. São Paulo, 2003; p.13-15.

FOCESI, E. Uma nova visão de Saúde Escolar em Saúde na escola. **Rev. Bras. Saúde Escolar**, 1992; 2; p.19-21.

LABONTE, R. Health promotion and common good: towards a politics of practice. **Critical Public Health**, 1998; 8(2): 107-129.

LEONELLO, V.M.; L'ABBATE, S. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, 2006; v.9 (18); p.149-66.

## **PRÁTICAS FONOAUDIOLÓGICAS EM INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS**

CLÁUDIA R. M. GIROTO – DEPTO. DE EDUCAÇÃO ESPECIAL – FFC – UNESP – MARÍLIA/SP

No decorrer dos últimos anos, as práticas fonoaudiológicas em instituições educacionais pautada pela valorização dos aspectos sócio-históricos e culturais como determinantes para a compreensão acerca da linguagem, do sujeito, da aprendizagem e da saúde têm se fortalecido. Tal valorização tem contribuído para a desconstrução do modelo de atuação em escolas calcado na adoção de medidas individuais e patologizadoras, tradicionalmente utilizado pelo fonoaudiólogo. Isso tem permitido a compreensão de que a escola, anteriormente considerada um local propício para a detecção de doenças, se constitui em um espaço favorecedor à apropriação da linguagem e aprendizagem determinada pelas relações sociais que nela se instauram, o que a caracteriza, portanto, como um ambiente saudável e facilitador de práticas coletivas que garantem a apropriação de conhecimentos subsidiada pela problematização das singularidades. Esse redirecionamento teórico da atuação fonoaudiológica no âmbito educacional tem possibilitado o abandono de práticas reducionistas, mais recentemente substituídas por ações determinadas pela valorização e promoção da edificação de uma escola mais acolhedora à diversidade de sua clientela e pela ressignificação do papel social da fonoaudiologia, não apenas no cenário da educação inclusiva, mas em um contexto mais geral: o da sociedade inclusiva. A incorporação de novos paradigmas em sua prática tem exigido do fonoaudiólogo, portanto, a adoção de uma nova conduta profissional: a conduta de quem se constitui como sujeito aprendiz, nas relações que estabelece com essa clientela nas instituições educacionais, seja com os alunos, os professores, equipe escolar e/ou familiares, independentemente da área da fonoaudiologia que priorizará em seu trabalho no âmbito educacional. Tal conduta tem contribuído para que o fonoaudiólogo perceba a necessidade de um contato mais direto e mais duradouro com essa clientela, na tentativa de aprofundar a reflexão conjunta sobre as suas práticas no contexto educacional, apesar do fato de que uma grande parcela de fonoaudiólogos encontra-se enclausurada em uma compreensão reducionista sobre a linguagem, o sujeito, a aprendizagem e a saúde. Obviamente, todo esse movimento de ressignificação dessas práticas demanda um processo árduo de reinterpretação sobre a relação saúde-educação e é natural que nem todos estejam, ainda, preparados para o enfrentamento do reconhecimento de novos estatutos teóricos que corroboram para a construção de uma outra lógica sob a qual podem delinear seu trabalho no campo

educacional, razão pela qual muitos ainda insistem na manutenção dessa atuação reducionista à qual estão habituados e historicamente submetidos. A esse respeito particularizo a discussão sobre as práticas fonoaudiológicas em instituições educacionais direcionadas à linguagem escrita. Tradicionalmente, tais práticas desconsideraram a forma singular com que cada indivíduo se relaciona com a escrita e perpetuaram o reprodutivismo de ações homogeneizadoras. Esse reprodutivismo ainda tem permitido que a patologização de aspectos inerentes ao processo de apropriação da escrita tome vulto, tornando freqüente a compreensão das singularidades como manifestações patológicas de distúrbios de aprendizagem ou de leitura e escrita. Felizmente, a ressignificação das práticas fonoaudiológicas no campo educacional tem resgatado ações voltadas à promoção da aprendizagem e à parceria professor-fonoaudiólogo na atuação com a escrita que permitem, entre outras ações, a despatologização da aprendizagem. Tal despatologização, no contexto dessa discussão, é interpretada como a desconstrução do modelo tradicionalmente adotado pela fonoaudiologia, que desconsidera a multiplicidade de fatores que interferem no processo de apropriação da escrita, ao valorizar demasiadamente os aspectos orgânicos e individuais e ao centrar seu foco de atuação na doença e em ações rápidas e superficiais que pouco retratam a complexidade da situação vivida pelos sujeitos rotulados como aqueles que apresentam distúrbios de aprendizagem ou de leitura e escrita. Essa despatologização implica, ainda, o combate à conduta legitimadora de rótulos construídos na e pela escola, assumida pelo fonoaudiólogo, que reforça a exclusão educacional e social daqueles que não atendem as expectativas de seus professores e da escola, de modo geral. O apoio à atuação fonoaudiológica no âmbito educacional sob a perspectiva da despatologização da aprendizagem não implica a defesa pela “pedagogização” de eventuais problemas de natureza orgânica. Ao se tecer críticas às práticas que tratam como patologias os aspectos individuais que fazem parte do processo de apropriação da linguagem escrita, também são reconhecidas as eventuais diferenças expressivas do indivíduo que levam às dificuldades na apropriação dessa modalidade de linguagem. Portanto, não se trata de considerar indiscriminadamente toda e qualquer dificuldade como problema psicossocial ou sócio-histórico, presumindo que a sua solução está exclusivamente atrelada a procedimentos educacionais, o que seria tão prejudicial quanto a busca de causalidade biológica em qualquer manifestação das variações individuais e a conseqüente prescrição de procedimentos terapêuticos que levam ao abandono de intervenções sócio-educacionais. Assim, sob a perspectiva da despatologização da aprendizagem os procedimentos fonoaudiológicos avaliativos e interventivos adotados pelo fonoaudiólogo na escola precisam ser redimensionados. De modo que a realização de observação e encaminhamentos, por exemplo, assumem sentido bem diferente daquele atribuído à triagem convencional e ao encaminhamento, para atendimento clínico, daqueles sujeitos rotulados como os que apresentam distúrbios de aprendizagem ou de leitura e escrita. Tal sentido configura a observação como um momento em que, ao ser evidenciado o modo como o sujeito (seja criança ou adulto) se relaciona com a linguagem escrita, há a possibilidade de que sejam evidenciados elementos que caracterizam: as condições que determinam as produções gráficas elaboradas por esse sujeito; o modo como se relaciona com seu professor e a maneira como esse último favorece a atribuição de sentidos àquilo que foi escrito; os aspectos motivacionais presentes em sua relação com a linguagem escrita; a incorporação ou não do sentimento de incapacidade diante das possibilidades de uso dessa modalidade de linguagem; entre outros. Sob esse sentido, se fundamenta a proposta de substituição de tarefas de cópia e ditado, invariavelmente presentes nos protocolos de triagem fonoaudiológica, pela observação, em sala de aula, preferencialmente, de atividades de produção de texto espontâneo (aqui compreendido como a situação de produção em que o sujeito tem plena liberdade para exercer suas interpretações

peçoais, independentemente da definição anterior da temática sobre a qual deverá escrever). Tal observação poderá caracterizar com maior riqueza de dados o modo como o sujeito se relaciona com a escrita, com base nas relações de ensino evidenciadas nesse ambiente, razão pela qual se refuta o uso da observação tal qual é proposta no procedimento de triagem apoiada no uso indiscriminado e acrítico de protocolos elaborados à luz de uma perspectiva reducionista de linguagem escrita e em estratégias que pouco revelam sobre os elementos elencados anteriormente, visto que a utilização da cópia e do ditado se reduz à obtenção de dados relativos aos aspectos perceptuais e, principalmente, à correspondência grafo-fonológica, como se a apropriação da escrita perpassasse apenas por tais aspectos, ainda que se considere o princípio alfabético que rege o português escrito. Quanto à realização de encaminhamentos, tal procedimento pode ser encarado como uma oportunidade de retirar o foco que recai sobre o sujeito e as ações individuais, ao defender que esse sujeito deve ser encaminhado, preferencialmente, ao seu próprio professor, em detrimento do encaminhamento clínico, a fim de que esse profissional tenha a oportunidade de rever sua compreensão sobre a forma como interpreta as ocorrências na escrita que considera manifestações patológicas de distúrbios envolvendo essa modalidade de linguagem. Tal opção se deve ao fato de que o encaminhamento ao atendimento clínico pode reforçar a idéia de que não há nada mais a ser feito pelo professor ou pela escola no contexto educacional, o que cristaliza no professor a sua desqualificação e a idéia de que tem dificuldade para lidar com as dificuldades de seus alunos. Tal idéia contribui também para a manutenção de expectativas equivocadas de que é o profissional da saúde e, em particular, o fonoaudiólogo, quem deve se responsabilizar por algo que na verdade, não depende unicamente de aspectos individuais. É fato que não se descarta a necessidade de realização de encaminhamento para atendimentos específicos quando esses se fazem realmente necessários, a exemplo da necessidade de diagnóstico diante da suspeita de que uma criança apresenta perda auditiva, entre tantos outros exemplos que poderiam ser aqui elencados. Do mesmo modo que é a proposta a reinterpretção desses procedimentos, também é defendido aqui o redirecionamento do foco da atuação fonoaudiológica para as ações coletivas voltadas, principalmente, ao trabalho em grupo com o professor, a equipe escolar e a comunidade escolar, de modo geral. Não no sentido de se perpetuar práticas curativas no âmbito educacional, mas com o objetivo de possibilitar a reflexão teórica sobre as questões que envolvem a linguagem escrita e as possibilidades de transformação da prática cotidiana escolar na busca pela promoção da aprendizagem. Desse modo, procedimentos descontextualizados, tais como a realização de programas informativos que desconsideram a realidade educacional são preteridos em favor de ações conjuntas que resultam na maior conscientização e autonomia de cada um dos integrantes da escola na busca pela resolução das “dificuldades” apresentadas por sua clientela. Certamente, as reflexões aqui empreendidas não pretendem a sistematização de um modelo de atuação fonoaudiológica em instituições educacionais, apenas denotam a preocupação com a necessidade de ressignificação de práticas mais coerentes com os princípios da educação inclusiva.

## **ABORDAGEM CLÍNICA DO TRABALHO COM A FAMÍLIA**

RUTH PALLADINO, PUC SÃO PAULO, BRASIL

**INTRODUÇÃO:** Elaborar uma discussão sobre o trabalho com a família na clínica requer, antes, decifrar o conceito de família. Esse não é um conceito recente, ele foi inaugurado oficialmente quando se instaurou uma divisão entre os espaços da casa: o público e o privado. De um local em que as relações de trabalho, de amizade e de "sangue" estão misturadas, gerando grupos de uma certa forma indiscriminados, surge uma arquitetura na construção que aí vai impor uma definição: no começo, as pessoas com relações de amizade e "sangue" vão compor uma parte separada daquela composta por pessoas com relações de trabalho até que, por fim, as pessoas com relações de "sangue" passam a ocupar um espaço particular, ficando discriminada a construção da moradia da construção do trabalho. A moradia fica destinada ao convívio familiar que será constante e ao de amizade que será circunstancial. É aqui, no espaço privado, que a "família" será constituída e se manterá unida.

Mas, vale comentar que este agrupamento, concernente à porção privada no início e à moradia mais tarde, ao longo do tempo, ele passou por diferentes sentidos que, por consequência, determinam diferentes posições e funções àqueles que a constituem. De uma noção sociológica de "família nuclear" (1) ligada aos papéis de pai e mãe, atores principais deste menor núcleo social, ela passou por uma extensão ao ser entendida como "família ampliada" e "família substituta" (2), mais ligada às funções maternal e paternal, o que contemplou a questão das ditas novas famílias e das famílias desagregadas, até chegar à idéia de ser uma estrutura simbólica (3), ligada às posições simbólicas que formam a estrutura parental.

Tradicionalmente na clínica, a idéia mais privilegiada nas discussões sobre práticas terapêuticas é a de família nuclear que aponta para o argumento de que há atores principais nesta cena, a familiar, porque são responsáveis pela transmissão da cultura, o que implica a obediência à leis sociais de agrupamento e condutas, e pelo ensino da língua. Assim, há uma tendência em se propor intervenções de orientação e aconselhamento familiar, visando um trabalho coadjuvante no tratamento do paciente, já que se trata de pessoas que desempenham o papel de estimuladores e controladores principais. Porém, não se pode negar que os clínicos enfrentam muitas dificuldades neste trabalho e talvez isso ocorra exatamente em virtude da idéia de família que está sustentando suas intervenções.

É difícil ignorar, depois das palavras freudianas, que todos são determinados sim pela consciência, mas o são principalmente pelo inconsciente, o que faz uma grande diferença. Reconhecer o inconsciente é o passo necessário para se reconhecer que o homem tem um funcionamento singular, uma existência de um tipo particular, o



simbólico. Reconhecer a ordem simbólica, em sua vez, implica reconhecer que a constituição humana é um processo de subjetivação, ou seja, ser humano é ser sujeito, é ocupar posições nesta estrutura, a ordem simbólica. Enfim, pensar que todos ocupamos posições subjetivas numa certa estrutura simbólica faz uma grande diferença para esta discussão. Torna-se ingênuo, sob tais considerações, pensar que a leitura que um pai ou uma mãe fazem de uma orientação ou aconselhamento seja objetiva e literal, isenta de defesas e fantasias. A leitura é sempre singular, modificada obviamente e, portanto, seus efeitos ficam incontidos, desconhecidos pelo clínico, o que compromete a eficiência do pretendido e o controle de sua evolução. Pode-se, então, polemizar esta resolução técnica a partir de dois pontos: a família é uma estrutura simbólica (dis)posições simbólicas a serem ocupadas, a linguagem não é transparente (do que se diz pouco se sabe e do que se escuta pouco se apreende).

Se uma outra idéia for tomada sob atenção é possível se pensar em outras resoluções técnicas e é isto o que ocorre quando se toma a família como uma estrutura simbólica. Aí está postulado um conjunto de posições que se implicam entre si, desde uma movimentação subjetiva, formando nesta implicação o cerne das relações parentais que estarão na base da constituição da criança. Será de uma determinada posição que cada um dos parentes, pai e mãe, poderão "ler" a criança, significar sua movimentação ou jacência. Tal leitura, claro, é feita a partir de uma história de filiação que inclui particularmente a criança que se constitui, mas que também já incluiu particularmente a própria mãe/ o próprio pai. Uma história que desde sempre habita o inconsciente daqueles que se movimentam nestas e por estas posições, é o que se denomina herança simbólica, que se opõe e complementa a herança genética. Há de se pensar, assim, a leitura que se dá quando a criança traz consigo o fantasma da doença ou mesmo, quando a própria leitura produz o fantasma da doença. Quer dizer, há de se pensar que não existe exatamente uma relação fixa de causa e efeito entre leitura e doença, estando ora uma no princípio, ora outra. E há de se pensar porque tal fato fará toda a diferença na questão da técnica de orientação familiar.

Há clínicos (4) que, a partir de uma reflexão psicanalítica, postulam a presença da mãe em certas circunstâncias terapêuticas como modo de reorganizar seu olhar à criança, o que vai lhe permitir refazer o laço com ela. Tal permissão será devida ao novo, no sentido de outro, olhar constituído nesta relação instaurada no espaço terapêutico. Este dispositivo se denomina "apresentar a criança à sua família", e é postulada a todos como condição para uma reorganização do laço parental.

Através da análise de um caso clínico é possível e resta interessante discutir sobre tal resolução técnica. O caso clínico é emblemático porque ele exhibe, sem constrangimentos, o intervalo entre a palavra do cliente e a palavra da teoria, expõe a questão dos efeitos de uma intervenção terapêutica, como o é uma orientação familiar. Esse intervalo sempre interroga a teoria, lhe atribui o ônus da singularidade e por isso um estudo de caso é circunstância excelente para se verificar a dita eficiência e economia clínica de uma idéia.

Foi feito o acompanhamento de uma caso por meio de anotações sistemáticas do atendimento de uma criança com atraso global do desenvolvimento, especificamente do trabalho com sua mãe. Esta era uma criança de três anos, com atraso global de desenvolvimento por consequência da Síndrome do Alcoolismo Fetal e de quadro de anóxia peri-natal. Ela, além do mais, sofria os efeitos de uma família desorganizada (moradores de favela com permanência durante o dia e mesmo parte da noite na rua, usuários de drogas): determinando o confinamento da criança e a negligência nos seus cuidados. A menina era mantida num quarto, sem higienização, com alimentação oferecida poucas vezes ao dia, com grande restrição no contato com outros. Mais ainda, a menina, por ser considerada "deficiente", se tornou fonte de renda, quase um arrimo: a família ganhava bolsas variadas e tinha seu transporte garantido na

gratuidade se a criança acompanhasse o usuário. Quer dizer, havia um ganho no fato da doença.

A terapeuta sistematicamente trabalhou a re-apresentação da criança à sua família através: a) da participação da mãe em cenas lúdicas e de alimentação na terapia, b) de conversas livres e repetidas sobre higienização e cuidados, desenvolvidas de modo aparentemente improvisado, como situação casual, para não detonar defesas muito intensas por parte da mãe e c) do apontamento em diferentes situações do desempenho da criança, desempenhos de naturezas variadas, seja motor, social, cognitivo, linguístico. Ao lado disto, foi realizado um trabalho com uma assistente social no sentido de discutir e re-organizar a questão das bolsas familiares de modo que não constituíssem obstáculo à mudança no estado da menina. Este trabalho foi considerado importante para o desenho das redes de cuidados que pudessem ser acionadas com a finalidade de, por um lado, garantir o tratamento da criança e, por outro, impedir o ganho secundário que sua doença trazia aos familiares.

**DISCUSSÃO:** Aos poucos, esta criança começou a ser higienizada e falada enquanto isso e ao tê-lo seu corpo ganhou tônus, articulação, coordenação: parou de tremer, parou de babar, passou a comer, começou a andar. Seu corpo ganhou organização e sua dispersão ficou diminuída: passou a ver os objetos, a reagir aos sons, a procurar os brinquedos. Aos poucos, também, esta criança passou a ser interlocutora de sua mãe: passou a reagir aos chamados, a vocalizar, a repetir pequenas produções, a repetir padrões de cantigas, a chorar e gritar como birra. Interessante o efeito da mudança da criança em sua mãe: ela passou a se arrumar, organizou seu trabalho, saiu em busca de uma escola ou instituição para a menina, enfim, passou a investir em si mesma na justa medida em que investiu mais intensamente em sua filha.

**CONCLUSÃO:** A técnica de “apresentar a criança à sua mãe” demonstrou ter bastante eficiência terapêutica. Em breve tempo há efeitos na interação entre a mãe e a criança com resultantes de mudança nas condutas de uma e de outra, o que cria um ciclo que potencializa o trabalho.

**BIBLIOGRAFIA:** Fonseca(1999); Ruiz (1995); Roudinesco(2003); Laznick (2000).

## **ABORDAGEM CLÍNICA NO TRABALHO COM A FAMÍLIA**

BEATRICE ZAJDENWERG SÃO PAULO, BRASIL

Depois de trabalhar 20 anos em Fonoaudiologia, principalmente na prática clínica, resolvi me especializar em Terapia de Família, sentindo que, quando possível, a família pode ser um elemento estimulador no alcance de objetivos terapêuticos junto ao paciente. Verdade que em alguns casos isto não é real, assim como também é verdade que não foi só isso que me encantou neste novo projeto.

Algumas questões se ampliam quando incluímos a compreensão do que é a visão sistêmica no atendimento. Segundo Bertalanffy, *“ é necessário estudar não somente partes e processos isoladamente, mas também resolver os decisivos problemas encontrados na organização e na ordem que os unifica, resultante da interação dinâmica das partes, tornando o comportamento das partes diferente quando estudado isoladamente e quando tratado no todo”*.

Minuchin identifica uma estrutura familiar, como sendo um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais interagem os membros da família ( sistema). A experiência do homem é determinada por sua interação com o seu meio ambiente. Conhecer a dinâmica deste sistema através de seus subsistemas: conjugal, parental, fraternal, auxilia o Terapeuta a entender o funcionamento destas fronteiras e a função de seus agentes. A família precisa de ajuda quando não consegue modificar sua estrutura para se adequar às novas circunstâncias. Quando o Terapeuta compreende, aceita, estabelece um vínculo com a família, consegue mais facilmente ajudá-la a se reestruturar.

A estrutura disfuncional mais comum citada entre os terapeutas de família é o pai periférico, a mãe excessivamente envolvida e o filho sintomático aprisionado no relacionamento dos pais.

“ Arquetípico caso familiar, é melhor compreendido, não como um problema clínico, mas como o produto de um processo histórico, que durou duzentos anos” ( Goldner, 1985, p. 31 ).

A Terapia de Família pode auxiliar a mudar as regras e papéis que mantém uma mãe culpada, oprimida e um pai ausente, saindo desta paralisia na busca de um pai que se envolve com a paternidade, não por uma incompetência da mãe, mas para exercer o papel de pai, e permitindo então à mãe sair de uma postura que costuma enlouquecer, podendo-se ainda aliviar o peso do paciente identificado, no caso, o filho que aponta as dificuldades para si, por exemplo, nas queixas da escola, no envolvimento com drogas, nas difíceis relações com outras pessoas, etc.

As pessoas de maneira geral acreditam que repetem maneiras de ser, de pensar de seus antepassados. Se uma criança aprecia um gole de vinho, com certeza vai puxar o

tio alcoólatra. Um pai que apanhou quando criança teme machucar seu filho quando precisa repreendê-lo, ficando paralisado. O risco destas crenças, é que de fato as questões venham a se repetir junto com suas conseqüências, dando voz às profecias que se auto cumprem.

Segundo Maturana, *“no momento em que o indivíduo se dá conta de sua responsabilidade, ele percebe que o mundo depende de sua vontade, o que dá sentido à vida. Na história evolutiva, o que caracteriza a linhagem a que pertencemos é o conversar: um entrelaçamento entre a linguagem e o emocionar-se em uma convivência que tem o amor como emoção fundamental”*.

Não precisamos repetir comportamentos aprendidos que não apreciamos, mas para isso necessitamos de cuidado e reflexão.

**Referências Bibliográficas:**

- “ Terapia Familiar – Conceitos e Métodos” – Michael P. Nichols e Richard C. Schwartz
- “ Famílias - Funcionamento e Tratamento ” – Salvador Minuchin
- “ Entrevista – Conhecer o conhecer” – Humberto Maturana ( vol. 14/n. 84 – Ciência Hoje )
- “Texto de Sueli Yngaunis, publicado em 2003 - Ed. Intercom  
documento: <http://hdl.handle.net/1904/4588>

### **UMA LEITURA CONTEMPORÂNEA DAS RELAÇÕES FAMILIARES**

TAI CASTILHO (MARIA LUIZA COBRA DE CASTILHO), INSTITUTO DE TERAPIA FAMILIAR DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, BRASIL.

“A família é um sistema em constante transformação, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros (Andolfi, 1984)”.

Hoje vivemos uma família plural, que se apresenta fragmentada e as relações interpessoais, intergeracionais e sociais pouco a pouco vão se desconectando no mundo globalizado.

A escuta para as narrativas familiares também se fragmenta e os olhares se conectam com narrativas novelescas, deixando de lado fatores como cultura, raça/etnia, gênero e gerações.

A família vive num processo histórico e evolutivo que se dá em diferentes contextos e culturas, através do tempo, desenhando uma dinâmica relacional única. É um núcleo que interage como um sistema vivo, sempre em funcionamento e buscando um equilíbrio.

O ciclo vital da família vai atualizando a rede afetiva interpessoal e intergeracional em dinâmicas singulares, construindo histórias de pertencimento a culturas, mitos e crenças, em permanente criatividade.

Observar as relações familiares através da ótica relacional-sistêmica e ecossistêmica inclui a diversidade das experiências e a percepção da família como uma organização socialmente situada.

Ampliando nosso olhar do indivíduo para a família, e desta para a comunidade, ajuda a encontrar uma linguagem comum e a receber e compreender as dificuldades e o sofrimento das pessoas que nos procuram.

## **A CRIANÇA E SUA RESPOSTA AO SINTOMÁTICO DA ESTRUTURA FAMILIAR**

MICHELE ROMAN FARIA

A clínica coloca-nos freqüentemente diante da pergunta: em que medida o sintoma da criança pode ser tratado como uma expressão singular de suas próprias dificuldades e em que medida ele remete à estrutura familiar na qual a criança está inserida? Todo atendimento de criança exige um contato com a família. O pedido de ajuda vem da família e só há tratamento possível quando há um compromisso da família com o tratamento. Esse compromisso, entretanto, pode adquirir as mais variadas nuances e há muitos casos em que o terapeuta tem que lidar com interferências na condução do trabalho que chegam, inclusive, a comprometer seus resultados. Desde Freud, sabemos que tais manifestações expressam a divisão entre o desejo consciente, que leva ao pedido de ajuda ao profissional, e o desejo inconsciente, que faz com que, mesmo desejando essa ajuda, muitos atuem no sentido contrário das orientações que recebem. Isso ocorre porque o sintoma tem uma função, uma função inconsciente. Ainda que os pais queiram, conscientemente, tratar o sintoma de seus filhos, a função que este sintoma possui os levará à paradoxal posição de, ao mesmo tempo, pedir ajuda e, inconscientemente, agir de forma a impedir que essa ajuda aconteça efetivamente. Em uma pequena nota de 1969, publicada nos *Outros Escritos* como a "Nota sobre a criança", Lacan afirma que o sintoma da criança pode responder ao que há de sintomático na estrutura familiar. Em nosso trabalho, pretendemos mostrar como essa afirmação de Lacan nos dá subsídios para propor intervenções junto à família que levem em conta a função do sintoma da criança e o lugar que ele ocupa na estrutura familiar.

## **PROCESSAMENTO AUDITIVO**

ANA ALVAREZ – FONOAUDIÓLOGA DOUTORA EM CIÊNCIAS PELA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ouvir é tornar o som parte da vida. A função auditiva é mediada pela ação do sistema nervoso auditivo central, cujo funcionamento, assimilando grupos de informação e analisando suas diferenças, é decisivo para os processos perceptuais auditivos. Processamento auditivo é um conjunto de habilidades específicas das quais o indivíduo depende para dar significado o que ouve. Trata-se de uma atividade mental, isto é, uma função cerebral e deve ser estudado como uma resposta multidimensional às informações recebidas por meio da audição. Os processos perceptuais auditivos ocorrem nos centros auditivos localizados no tronco encefálico e no cérebro, e podem ser subdivididos nas seguintes áreas gerais: atenção; discriminação; integração; e prosódia. Se considerarmos a relação da audição com as demais modalidades sensoriais e com a linguagem, podemos incluir as funções de associação e organização.

Alteração do processamento auditivo é um déficit no processamento da informação especificamente auditiva, e pode estar subjacente e/ou associada a dificuldades na escuta, na compreensão, no desenvolvimento da linguagem e na aprendizagem. Pode ser considerada uma alteração no processamento da aferência auditiva decorrente de disfunção das vias auditivas centrais. Possíveis causas incluem atraso na maturação das vias auditivas, comprometimento orgânico e ou funcional, e envelhecimento das vias.

Embora as disfunções auditivas não sejam consideradas um diagnóstico em si, compreendidas de modo abrangente, podem ser classificadas em dois grandes subgrupos: disfunção do processamento verbal e disfunção do processamento não-verbal. A disfunção de processamento verbal decorre de inabilidades de fala/linguagem, e os sinais mais comuns são baixa habilidade de discriminação fonêmica, vocabulário pobre, dificuldade de articulação fonêmica, substituições grafêmicas secundárias às substituições fonêmicas e comprometimento de leitura, tanto no aspecto de codificação/recodificação fonêmica (relação letra-som) como no de compreensão. Nesse quadro, as funções visuoespaciais e as de prosódia são geralmente melhor desenvolvidas. Essas alterações podem se referir ao funcionamento dos sistemas neurocognitivos do hemisfério esquerdo e podem representar comprometimentos primários do processamento auditivo, tanto em sua forma mais pura, que envolve apenas a função das vias auditivas ascendentes, como nas condições de relação entre a audição, os outros sistemas sensoriais e a linguagem.

Com relação à disfunção do processamento não-verbal na qual se verificam inabilidades na percepção ou produção das informações não-verbais, as alterações do processamento auditivo estariam representadas sempre que o déficit primário de decodificação de informações não-verbais fosse relacionado à prosódia e refletisse imaturidade ou disfunções de vias auditivas do hemisfério direito.

A avaliação do processamento auditivo é realizada sempre que se deseja verificar o status neuromaturacional, a integridade e o funcionamento das vias auditivas periféricas e centrais e para descrever as habilidades auditivas em adultos com disfunção auditiva de difícil caracterização, queixas de distração e/ou de alterações de memória, suspeita de lesão/disfunção cerebral, ou mesmo com presença de lesão já documentada, para que se verifiquem as alterações dela decorrentes. Tem sido indicada também para avaliar indivíduos com suspeita de dislexia ou de dificuldades de aprendizagem e de linguagem oral e escrita

A relação entre os transtornos do processamento auditivo e as dificuldades vivenciadas pelo indivíduo dependerá diretamente da natureza da alteração e das funções cognitivas envolvidas. Essas informações somente podem ser obtidas com a administração de testes específicos e seus resultados determinam um diagnóstico preciso e delineiam possíveis implicações para o planejamento terapêutico. A avaliação é feita por meio de procedimentos eletrofisiológicos e/ou de testes comportamentais classificados de acordo com cinco categorias: monoaurais de baixa redundância; interação binaural; escuta dicótica; processamento temporal. A análise dos resultados indica a ausência ou a presença de alterações, que podem ser classificadas como: Déficit de Decodificação Auditiva; Déficit de Integração; Déficit de Prosódia; e tendências de respostas sugestivas de comprometimento de funções de associação auditiva ou de organização da resposta.

Há consenso na literatura de que as alterações do processamento auditivo são descritas em subperfis distintos entre si, com características próprias e individuais e que como tal devem ser tratadas. Essa noção é baseada na compreensão da neurofisiologia e neuroanatomia da audição, que possibilita a inferência da natureza subjacente dos diferentes distúrbios, a discussão dos padrões de comunicação observados em cada tipo de alteração e suas possíveis correlações com comportamentos sociais e acadêmicos.

O programa de intervenção terapêutica inclui três âmbitos de atuação – a modificação ambiental, a intervenção direta e o aprendizado de estratégias compensatórias. A otimização do ambiente de aprendizado/trabalho e o uso de estratégias compensatórias contribuem para melhorar o acesso à informação. A intervenção direta fornece oportunidade de instrumentalização específica – treinamento auditivo – para o déficit apresentado e de ensino de estratégias individualizadas. Nesse cenário, os pacientes e seus familiares são solicitados a se tornar parte do processo de habilitação/reabilitação, acompanhando os profissionais e sendo por eles orientados em relação às manifestações da disfunção apresentada. Dessa maneira, todos os envolvidos podem buscar contribuir, de maneira eficiente, para a minimização do impacto negativo que as alterações funcionais auditivas trazem à vida diária.



## **A AVALIAÇÃO DO SISTEMA VESTIBULAR**

FGA. MS. RITA MOR – CEFAC - SÃO PAULO, BRASIL

O equilíbrio corporal é fundamental no relacionamento espacial do organismo com o ambiente. No ser humano, esse equilíbrio é dependente das informações vindas da orelha interna (labirinto), da visão e da somatocepção, que constituem os receptores sensoriais periféricos relacionados com a orientação espacial. Por meio do exame otoneurológico, conjunto de procedimentos que permite a exploração semiológica dos sistemas auditivo e vestibular, o fonoaudiólogo pode realizar e concluir esse exame em relação à localização e tipo da afecção, participando dessa maneira da equipe envolvida no diagnóstico e tratamento dos transtornos do equilíbrio.

O exame otoneurológico é indicado principalmente quando o paciente apresenta alterações do equilíbrio e auditivas. Para uma boa investigação do sistema vestibular é necessário ter conhecimento de aspectos anátomo-fisiológicos dessa região. Em relação à propedêutica otoneurológica, o otorrinolaringologista pode realizar vários procedimentos, tais como as provas de equilíbrio estático e dinâmico, cerebelares e de pares cranianos, que podem auxiliar na busca de um diagnóstico. O fonoaudiólogo deve complementar a avaliação iniciando pelas provas posicionais e após a colocação apropriada de eletrodos, proceder à vestibulometria por meio do registro dos movimentos oculares através da eletrônistagmografia ou da vetoeletornistagmografia. A vestibulometria estuda o sistema vestibular por meio de sua interação funcional com o sistema ocular. A avaliação clínica dos movimentos oculares é muito importante porque não existem métodos para avaliação direta do sistema vestibular. O elemento fundamental da eletrônistagmografia é o nistagmo vestibular, definido como um reflexo rítmico composto por dois movimentos oculares em direções opostas, a componente lenta (CL) e a componente rápida (CR) que se sucedem alternadamente. A CL, originada no labirinto, sempre acompanha o deslocamento da endolinfa e servirá para fornecer a unidade de medida do nistagmo após o registro. São as seguintes as provas que compõem a vestibulometria: movimentos sacádicos fixos e randomizados (avaliação dos movimentos rápidos dos olhos); rastreamento pendular (avaliação dos movimentos de perseguição dos olhos); nistagmo optocinético (reflexo desencadeado por estímulos visuais móveis); pesquisa de nistagmo espontâneo e direcional (pesquisam a presença de nistagmo porém, sem estímulo visual ou vestibular); provas rotatórias e calórica (dependem de estímulos ao sistema vestibular para provocar o aparecimento do nistagmo). Um dos testes mais importantes dessa bateria é a prova calórica uma vez que, ela é a única que investiga cada labirinto separadamente permitindo dessa maneira localizar a orelha afetada. A realização e interpretação dos dados requerem prática e bom senso e por isso, a troca de informações e experiências deve ser constante entre os profissionais envolvidos na prática da otoneurologia.

## **A PRÁTICA FONOAUDIOLÓGICA COM PACIENTES LARINGECTOMIZADOS TOTAIS USUÁRIOS DE PRÓTESE TRAQUEOESOFÁGICA (PTE)**

ANA CAROLINA GHIRARDI

A Laringectomia Total é a cirurgia onde todo o arcabouço laríngeo e as estruturas associadas são retirados. Devido à conseqüente ausência de laringe, e à separação dos tratos respiratório e digestivo, as seqüelas são de diferentes naturezas e têm implicação direta na vida do sujeito. Após a cirurgia, o sujeito não tem mais a sua voz e tem comprometimento no olfato, paladar e, algumas vezes na movimentação ampla dos membros superiores. A função do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar de reabilitação é primordialmente a promoção de qualidade de vida por meio da retomada da comunicação oral e re-inserção do laringectomizado em seu círculo social.

A Prótese Traqueoesofágica (PTE) é um meio de reabilitação vocal pós-laringectomia relativamente recente. Apesar do alto custo e de complicações de manutenção, apresenta diversas vantagens. Entre elas, está o aproveitamento do ar do pulmão durante a fala, o que permite um tempo máximo de fonação (TMF) comparável ao de falantes laríngeos, e confere ao falante uma maior naturalidade e melhores condições de realização de ajustes do trato vocal que resultarão em maior possibilidade de variação de *pitch* e *loudness* do que os pacientes que se reabilitam por voz esofágica ou pela laringe eletrônica.

Outra característica positiva desse método de reabilitação é a rapidez com que os pacientes conseguem as primeiras emissões. Em poucas sessões, o sujeito já está em condições de se manifestar por meio da fala. Nesse primeiro período, a prática do fonoaudiólogo consiste em orientar paciente e família sobre os cuidados com a limpeza da PTE, que devem ser rigorosamente seguidos, sobre os recursos disponíveis para auxiliar no dia a dia do laringectomizado total como protetores para banho, protetores de traqueostoma, entre outros. A seguir, o fonoaudiólogo e o paciente encontrarão juntos a melhor forma para a oclusão do estoma, possibilitando e otimizando as emissões vocais, coordenadas com a inspiração. Dessa forma, passa-se a trabalhar com o TMF, por meio de vogais isoladas, palavras, frases, e fala espontânea.

A partir do momento em que o sujeito consegue expressar o conteúdo de suas idéias, a forma da expressão oral também é atributo da atuação fonoaudiológica com esses pacientes. É importante saber que uma das mãos será utilizada sempre durante a fala. Assim, propõe-se abordagens de percepção corporal e gestual, para que o outro lado seja utilizado para otimizar o uso de gestos durante a comunicação. Outro ponto a ser abordado é a expressão facial – movimentação de sobrancelhas, olhos, nariz, lábios. Esse trabalho, além de ajudar na comunicação interpessoal também facilita a variação de entoação e veiculação dos sentimentos e emoções. A melodia da voz também pode ser abordada por treino específico com pequenas escalas e canções do gosto do paciente.

É fundamental que o fonoaudiólogo tenha a escuta voltada para os sentidos das falas dos seus pacientes. Dessa forma, poderá auxiliá-los, a partir daquilo que trazem para as sessões, a expressar suas intenções, fazendo melhor uso da PTE. Uma vez que a voz é uma das características mais reveladoras de um sujeito, é preciso entender as conseqüências mais profundas da perda da voz. O espaço e a relação terapêutica deve propiciar condições para que os sujeitos laringectomizados reencontrem suas vozes em todos os sentidos, e que possam vir a construir uma nova forma de se comunicar a partir de sua nova realidade e identidade vocal.

## **A SAÚDE VOCAL DO EDUCADOR MUNICIPAL**

THELMA MELLO THOMÉ DE SOUZA – PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO  
CLAUDIA TACCOLINNI MANZONI – PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

### **Introdução**

Entende-se por Saúde do Trabalhador a área da Saúde Pública, cujo objeto de estudo e intervenção são as relações entre o trabalho e a saúde.

Tem como objetivo a promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho e dos agravos à saúde do trabalhador, além da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, envolvendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS.

Com essa visão de Saúde do Trabalhador o Programa Municipal de Saúde Vocal foi criado pela Lei Municipal nº 13.778 de 11 de Fevereiro de 2004 e regulamentado em 24 de Maio de 2005, pelo Decreto nº 45.924. É voltado para a atenção integral à saúde vocal do educador da rede de ensino do Município de São Paulo, com caráter fundamentalmente preventivo. Compreende um conjunto de ações individuais e coletivas que englobam orientações sobre saúde vocal e intervenção nos ambientes de trabalho, visando o controle dos fatores de risco do ambiente físico e organizacional do trabalho. A coordenação é realizada por comissão constituída por representantes das Secretarias Municipais de Gestão, Saúde e Educação.

### **Metodologia**

Entre as ações do Programa estão as Oficinas de Saúde Vocal que tem o objetivo de instrumentalizar o educador, que faz intenso uso da voz em sua atividade profissional, a conhecer e vivenciar os mecanismos de produção vocal e os cuidados com a voz, de forma a estimular melhorias das condições de saúde nos ambientes escolares e promover mudanças nos hábitos de vida.

As oficinas têm carga horária de 20 horas, distribuídas em 6 encontros de 3 horas cada e 2 horas para desenvolvimento de projeto de saúde vocal e são ministradas por fonoaudiólogas da rede municipal que participaram de uma capacitação.

Os projetos de saúde vocal são desenvolvidos nas unidades escolares e permitem que o professor compartilhe a vivência da oficina com os colegas de trabalho e aproprie-se do conhecimento adquirido, utilizando-o no dia-a-dia, além de suscitar possibilidades de melhoria no ambiente físico e organizacional do trabalho.

As oficinas são realizadas em diversos locais e horários com até 25 participantes, no exercício da função ou readaptados. Tiveram início no 2º semestre de 2005 e devem assumir caráter permanente junto à Educação.

O conteúdo das oficinas abrange: produção vocal; saúde vocal; relaxamento; respiração; ressonância; articulação; comunicação e expressividade; relação entre ambiente/organização do trabalho e voz; o educador e o uso da voz no desenvolvimento da atividade profissional.

### **Resultados**

Foram realizadas, de outubro de 2005 até o primeiro semestre de 2007, 64 oficinas em 11 Coordenadorias de Educação, envolvendo 25 fonoaudiólogos da rede municipal e aproximadamente 1000 educadores. Algumas oficinas ficaram prejudicadas por dificuldade de acesso dos professores ao local escolhido pelas Coordenadorias de Educação para realização das mesmas ou por divulgação insuficiente. Os participantes têm avaliado positivamente as oficinas e solicitam outras estratégias e oportunidades para continuidade do trabalho.

Alguns projetos de saúde vocal já estão sendo efetivados, outros estão em planejamento. Dentre os efetivados, ressaltamos a multiplicação dos conteúdos para demais professores da escola, mudanças no ambiente escolar e na organização do trabalho, favorecendo a redução do ruído, da poeira e produtos químicos.

### **Conclusão**

O Programa Municipal de Saúde Vocal está sendo implantado de forma gradativa, tendo atingido até o momento um número pequeno para o total de professores da rede municipal.

A expansão do Programa depende da participação de mais fonoaudiólogos e outros profissionais da Secretaria de Saúde, mas também de um maior envolvimento da Secretaria de Educação em todos os níveis hierárquicos. Da mesma forma, é necessário estabelecer vínculo com o setor de Recursos Humanos, de forma a garantir a participação dos professores nas oficinas durante a jornada de trabalho, e não como curso optativo.

As ações propostas neste Programa não se limitam a conhecer e vivenciar os mecanismos de produção vocal e os cuidados com a voz, mas avançam na direção da prevenção e promoção, acrescentando as questões relacionadas ao ambiente e organização do trabalho, buscando envolver o educador na manutenção de sua saúde vocal.

## **SAÚDE, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO TRABALHO – SAÚDE DO TRABALHADOR**

MÁRCIA TIVERON DE SOUZA

Quando pensamos em TRABALHO, algumas idéias aparecem: *gostaria de ter um emprego...., que trabalho chato....., trabalho dá muito trabalho....., queria um salário melhor....., acho que estou doente por causa do meu trabalho...*

Podemos também refletir sobre as condições econômicas do Brasil e do mundo, nos preocupar com o futuro da humanidade e sobre como será um mundo sem empregos.

Observando as mudanças ocorridas nos últimos anos, parece assustadora a velocidade com a qual a tecnologia, sobrenome da nova era, vem provocando alterações profundas em nossas vidas, seja em casa, no trabalho ou em qualquer situação.

O fenômeno da tecnologia traz avanços inegáveis. As pessoas hoje estão em plena fase de adaptação a esse mundo, que inclui computador, *internet, e-mail, i-pod, chat, orkut, mp1,2,3,4....., pen-drive, lap top...* Viram? Não é outra língua! É outro tipo de comunicação. Quem não cresceu nesse mundo, está ainda perdido e tentando acompanhá-lo. O que é impossível. Isso porque as mudanças ocorrem dentro de um mundo dominado pelo consumismo. Um celular ainda é um telefone, embora seja difícil localizar nele essa função. É a filosofia da necessidade inventada.

Dessa forma, observa-se que o trabalho tem mudado de características, precisamos ser empreendedores, saber administrar um negócio, gerir pessoas e conhecimento. Precisamos responder *e-mails* quase 24 horas por dia, precisamos saber inglês e mandarim, precisamos nos preocupar com a qualidade de vida, ingerir menos gordura e não fumar. Além disso, temos que compreender o processo do aquecimento global e nos posicionar em relação a isso.

A carga de trabalho aumentou muito, o que traz conseqüências importantes à saúde. Os efeitos da tecnologia podem ser verificados pela análise da morbidade prevalente, que demonstra uma mudança significativa de perfil. As doenças "velhas" como PAIR, pneumoconiose, lombalgias, parecem estar dando lugar a doenças mais "novas", como LER, Distúrbios de Voz ou Sofrimento Mental. "Novas"????? Elas sempre estiveram lá. Quantos bancários e secretárias já não tinham LER mesmo antes do "batismo" da doença? Quantos professores não tinham Distúrbios de Voz, mesmo antes da Fonoaudiologia? Quantas pessoas sofrem /sofreram e sofrerão de distúrbios emocionais provocados pelo trabalho?

O que aconteceu foi a maior visibilidade dessas doenças, dada por fatores diversos, mas que sempre envolvem a tecnologia.

Parece muito ruim? Há alternativas. Uma delas é a COMUNICAÇÃO. Devemos não só compreender, mas também usar a tecnologia a nosso favor, ela deve nos servir, e não o inverso. Vamos conversar mais em casa; vamos procurar atividades de

lazer que incluam conversas com amigos (em locais com pouco ruído), vamos ouvir a música que queremos e não aquela da novela vamos conversar sobre o trabalho sem receio de perdê-lo, vamos construir um ócio criativo.

É papel do fonoaudiólogo, enquanto profissional da comunicação, inserir nos ambientes de trabalho a boa e velha comunicação, de maneiras tradicionais ou inovadoras, sempre com o objetivo de resgatar as relações humanas em sua totalidade e com qualidade. Compreender mais do que Fonoaudiologia, compreender o mundo do qual ela faz parte e colaborar para a humanização dos ambientes de trabalho.

## **ATIVIDADE DE LINGUAGEM, ATIVIDADE DE TRABALHO: ENCONTRO DE MÚLTIPLOS SABERES**

MARIA CECÍLIA PÉREZ DE SOUZA-E-SILVA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGÜÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA LINGUAGEM - LAEL - PUC/SP

As questões envolvidas nos estudos voltados para a relação linguagem e trabalho exigem, ao lado das contribuições advindas dos estudos lingüísticos, a convocação de saberes provenientes de outras disciplinas que contribuem para delinear e restringir esse objeto de análise: a ergonomia da atividade, a ergologia e a psicologia do trabalho.

As contribuições da ergonomia da atividade se fazem sentir não só pelo aporte metodológico, fundamental para a compreensão e transformação das situações de trabalho, mas também pelo resultado de suas pesquisas que fizeram aflorar a variabilidade constitutiva das atividades de trabalho, propiciando condições para dar visibilidade à distância sempre existente entre o que é prescrito pela organização (que pressupõe um trabalhador apenas executor), e o que é efetivamente realizado e, como tal, implica várias modalidades de recomposição.

Os desdobramentos alcançados pela *ergologia* são fundamentais para se pensar o ser humano no trabalho e as implicações com seu corpo e seu psiquismo. A compreensão de atividade na abordagem ergológica se expande para o campo de um debate constante entre as normas heterodeterminadas e as renormalizações efetuadas por cada ser humano no seu cotidiano de trabalho, a partir de suas experiências, de sua própria história e da história do coletivo de trabalho. A atividade humana é, então, compreendida como um encontro entre múltiplos saberes e experiências diversas, recursos e capacidades muitas vezes invisíveis e mais vastos do que aqueles que são explicitados e que a tarefa requer.

Finalmente, os estudos efetuados pela psicologia do trabalho, na vertente desenvolvida pela clínica da atividade, consideram como produtiva a tensão entre a atividade realizada e o real da atividade, entendido como aquilo que se gostaria de fazer, mas que não pôde ser feito ou que poderia ter sido feito de outro modo, etc. Instaura-se, assim, uma relação entre o realizado e o não-realizado, igualmente constitutivo da atividade.

Considerando os aportes dessas três áreas de saber, coloca-se a questão: como os estudos da linguagem, mais especificamente a lingüística aplicada, podem contribuir para pensar a relação linguagem/trabalho? Em primeiro lugar, explicitemos o que estamos entendendo por uma disciplina aplicada já que não existe consenso sobre o assunto. Uma disciplina de aplicação pode estar caracterizada pela conjunção de quatro propriedades: (i) responde a uma demanda social, isto é, a necessidades explícitas e bem circunscritas de determinados setores da sociedade; (ii) tem um caráter interdisciplinar, isto é, combina conceitos e métodos advindos de domínios científicos e técnicos variados; (iii) é avaliada por seus resultados; (iv) implica a transformação dos protagonistas, em nosso caso, do trabalhador e do pesquisador. Esses quatro parâmetros adquirem uma maior complexidade se pensados a partir da abordagem ergológica, há pouco explicitada, que articula um dispositivo em três pólos: saberes acadêmicos, saberes práticos e valores.

Saberes acadêmicos ou instituídos - incluem-se aqui os conceitos advindos de várias disciplinas; em nosso caso, o reconhecimento da lingüística como disciplina medular básica e a incorporação de saberes especializados, vindos dos estudos sobre o trabalho já mencionados anteriormente.

Saberes práticos ou investidos - advindos da dimensão experimental, concreta, a dimensão "conjuntural" de cada situação de trabalho, isto é, o aqui e agora, mediado por indivíduos singulares com objetos e ambientes particulares; não existe atividade

que não seja afetada pela infiltração do histórico, da experiência, dos saberes que cada trabalhador possui, adquiridos no meio particular de vida e de trabalho. Trata-se aqui do patrimônio de conhecimentos advindos do trabalhador.

Debate de valores – em situação de trabalho, existem sempre escolhas, ajustamentos a serem feitos entre o geral, os saberes instituídos, e a variabilidade e instabilidade de cada situação localmente particular e inédita. Trata-se aqui de se estabelecer uma consonância entre os dois saberes – o acadêmico e o prático.

O enfoque ergológico considera a existência de uma sinergia entre os saberes acadêmicos, os saberes da ação/experiência e o debate de valores que atravessa a atividade. Passa-se, então, a compreender o trabalho como um debate sempre renovado entre normas antecedentes e as suas tentativas de renormalização, historicamente contextualizadas e balizadas pelo nível local de atuação concreta do trabalhador.

O foco no trabalho, a partir dos estudos da linguagem, ainda que relativamente recente, conta com um percurso já delineado que teve início, no Brasil, na década de noventa. Esses estudos, em se tratando de nosso grupo de pesquisa Atelier Linguagem e Trabalho, tem sua ancoragem nos estudos enunciativo-discursivos e contempla temas ligados a duas vertentes: (i) estudo de diferentes situações de trabalho com foco nas práticas de linguagem (em telemarketing, em tribunal trabalhista, em escolas, em hospitais, etc.); (ii) estudo dos discursos sobre o trabalho em diferentes contextos (em empresas, na política, na mídia, em representações sindicais, etc.).

Considerando a especificidade desta Jornada, vamos dar como exemplo um estudo vinculado à primeira vertente ocorrido na área de saúde. Trata-se da pesquisa de França que articulou, desde o início, dois campos de saber, a lingüística aplicada e a ergonomia da atividade, esta última em decorrência da inserção da pesquisadora em um grupo de ergonomia e novas tecnologias. O método utilizado pelo grupo compreende várias fases que assumem diferentes nuances, proporções e imbricamentos, dependendo de cada situação: demanda/ análise da demanda/ estudos preliminares/ escolha das situações-chave/ análise das atividades/ pré-diagnóstico das situações/ construção do diagnóstico/ restituição e validação/ propostas.

A demanda partiu de um hospital universitário, cuja direção estava sofrendo pressão para encontrar uma organização mais racionalizada dos serviços hospitalares, isto é, formas de adaptar os serviços prestados à população ao gerenciamento parcimonioso dos recursos econômicos disponíveis. Realizada a primeira fase da análise da demanda, etapa importante porque dá indicações para o direcionamento dos aspectos a serem privilegiados nas observações, França centrou-se na atividade realizada pelos recepcionistas no laboratório de Radiologia - Raio X - com o objetivo de construir uma ação em torno da problemática no atendimento a pacientes - pessoas cuja situação social e de saúde é precária - e das conseqüências dessa demora tanto para a realização dos exames pelos pacientes quanto para a vida profissional dos recepcionistas. Durante todo o processo, vários problemas foram detectados (a) perda de exame; (b) impossibilidade de arquivamento e atraso na realização de exames; (c) falta de comunicação interna entre a recepção e os demais setores; (d) ilegibilidade de documentos-chave; (e) pane em máquinas; (f) falta de pessoal; (g) número elevado de exames.

Do ponto de vista da linguagem, foram analisados os vários discursos que circulam em situação de trabalho, tanto os escritos, quanto as interações orais, dos quais extraímos dois exemplos. No que se refere aos escritos, o pedido de exame - cuja função é a de identificar os pacientes (nome e número de prontuário no HU), a unidade de procedência da consulta, o grau de urgência e informações sobre o diagnóstico que se deseja confirmar - apresentou-se como documento central para a articulação adequada dos exames. A forma manuscrita empregada nesses pedidos foi logo



identificada como origem de falhas de desempenho causadas pela ilegibilidade das informações, indispensáveis para garantir o funcionamento do setor: a única forma de identificação, ao longo do fluxo de produção do exame, consiste no reconhecimento do nome e do número do prontuário do paciente, preenchido à mão no formulário. Cabe aos recepcionistas fazer essas regulações no posto de marcação. Uma leitura equivocada, ocasionada pela troca de nomes e/ou de número, pode, por exemplo, impedir a identificação do exame, dificultar a sua localização ou impossibilitar o arquivamento de laudo médico no prontuário adequado. Tudo isso acarreta conseqüências para o tratamento do paciente e para o trabalho dos recepcionistas, posicionados face a face a pacientes que se encontram em situação precária e cujo estado de saúde pode se agravar pela demora no atendimento.

As interações orais agrupadas em três conjuntos - (i) entre os recepcionistas e pacientes; (ii) entre os recepcionistas e a pesquisadora; (iii) entre recepcionistas e médicos - revelaram vários aspectos de gerenciamento da espera, como o atendimento às dificuldades e urgências dos pacientes. Esse gerenciamento implica critérios construídos pela história individual e coletiva do recepcionista em seu modo de trabalho: são as formas comuns de se trabalhar, traços de uma reorganização coletiva da atividade. Os recepcionistas precisam contar com a participação de técnicos e médicos residentes que fazem os exames a fim de negociar, por exemplo, a eventual priorização de atendimento a determinado paciente.

Os resultados revelaram a natureza complexa da atividade dos recepcionistas que, além de marcação e do registro de exames, realizam a gestão da espera e do fluxo de pacientes; identificam o preparo exigido (medicamentos, jejum), o que requer o conhecimento do repertório de exames de cada especialidade; recebem e registram os pedidos e os levam para a câmara clara, (sala em que os exames são validados a partir da avaliação das imagens obtidas) e reorientam suas ações no sentido de priorizar certos atendimentos, o que aumenta consideravelmente a variabilidade de sua tarefa.

Essa é uma das pesquisas pela qual nosso grupo revela, via análise da linguagem, secundada pelas disciplinas que pensam o trabalho, a complexidade de atividades aparentemente simples e de pouco reconhecimento social.

## Resumos dos Trabalhos Apresentados

### LINGUAGEM

#### A FONOAUDIOLOGIA ESCOLAR E SUAS FORMAS DE ATUAÇÃO

ALESSANDRA CABRAL; REGINA M. FREIRE  
PUC-SP

**Introdução:** O encaminhamento de escolares à clínicas fonoaudiológicas vem se tornando cada vez mais freqüentes em função de dificuldades que os professores enfrentam no ensino da leitura e da escrita, assim como da presença de um grande número de erros na escrita de sujeitos em processo de alfabetização. O fonoaudiólogo escolar é o profissional com formação para lidar com tais problemas quando, por meio de assessoria a professores, identifica erros característicos do processo de letramento daqueles que caracterizam os chamados distúrbios de leitura e escrita. Esta pesquisa analisa, na literatura, as diferentes atuações do Fonoaudiólogo na área escolar com o objetivo de fornecer um panorama e refletir sobre os diferentes modos de atuação do Fonoaudiólogo na escola.

**Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que focaliza os modos de atuação do fonoaudiólogo na escola, tematizados em trabalhos de dissertação e tese produzidos no Programa de Pós Graduação em Fonoaudiologia da PUC-SP entre os anos de 1968 e 2004.

**Resultados:** Nos primeiros trabalhos, realizados entre 1968 e 1991, observa-se que o objetivo principal do fonoaudiólogo era detectar problemas e encaminhá-los para atendimento clínico, ou seja, praticava-se uma Fonoaudiologia com o olhar dirigido para a doença. Já nos trabalhos realizados entre 1999 e 2004, observa-se o surgimento de uma outra perspectiva e a escola passa a ser tomada como espaço de prevenção dos distúrbios de fala e escrita. Tal perspectiva ainda está atrelada à dimensão clínica já que a prevenção é entendida como triagem e orientação a pais e professores, com a finalidade de detectar alguma alteração na fala ou escrita da criança e encaminhá-la para o atendimento fonoaudiológico. O olhar preventivo foi a diferença observada em relação à perspectiva anterior em que a doença era privilegiada. Entretanto, a visão centrada na doença, distante da perspectiva de prevenção, coexiste com a última no período estudado.

**Conclusão:** A Fonoaudiologia na escola não tem um padrão único de atuação, variando entre o centrado na doença, corretivo, normatizador e o centrado na prevenção, visando triagem e orientação. No geral, pode-se dizer uma mudança de paradigma ocorreu na assessoria fonoaudiológica à escola, qual seja: de uma perspectiva centrada na clínica, que diagnostica a doença e sua solução, para uma perspectiva de prevenção e de promoção de saúde mais em acordo com as políticas de saúde pública.

**Contato:** [cabralalessandra@vipway.com.br](mailto:cabralalessandra@vipway.com.br)

## O TOQUE TERAPÊUTICO EM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

MEIRA, I; BARBOSA, C.L; EVANGELISTA, F.R; HIRATA, P.A.  
PUC-SP

**Introdução:** É grande o número de crianças abandonadas no Brasil. Para acolhê-las, existem Instituições cuja proposta é mantê-las até serem adotadas. Essas crianças, em geral, foram rejeitadas, não receberam amor, nem tiveram a experiência do toque afetivo. As Instituições que as acolhem, limitam-se a dar o suficiente para a sobrevivência e cuidados básicos desprovidos de afeto. Por essas carências, as crianças desenvolvem comportamentos agressivos e não aceitam o toque.

Pesquisas têm demonstrado (Montagu, 1998 e 2005) a importância do toque para que as crianças se desenvolvam bem em todos os aspectos. A ausência de contato físico realizado de forma afetiva provoca dificuldades de socialização, de aprendizado e de saúde física e mental. Ao contrário, as crianças que recebem aconchego e são tocadas com carinho tornam-se mais sensíveis e sadias em todos os aspectos mencionados.

Um toque afetivo, com conotação terapêutica, poderia transformar o que já foi negativamente experienciado e levar essas crianças a um contato mais saudável consigo mesmas e com os outros.

Acreditando nessa premissa, foi realizado um trabalho de pesquisa qualitativa numa Instituição que recebe crianças, por alunas da disciplina Trabalho Corporal em Fonoaudiologia, do Curso de Fonoaudiologia da PUCSP.

Os sujeitos inicialmente mostravam agressividade, dificuldade de concentração e hiperatividade; não aceitavam o toque; tornavam-se agressivos ou apenas afastavam-se, não expressando verbalmente sua negativa. A maioria apresentava dificuldade no desenvolvimento da linguagem e alguns até dificuldades na compreensão. Observou-se ainda *deficit* motor e uma das crianças, recebeu o diagnóstico de autismo.

**Objetivo:** Propiciar a vivência do trabalho corporal e observar os seus efeitos no desenvolvimento e comportamento de crianças institucionalizadas.

**Método:** Participaram desse estudo seis crianças com idade média de três anos. Foram atendidas uma vez por semana durante 45 minutos ao longo de nove meses.

Foi feito um trabalho corporal que envolve toque afetivo (técnicas de Sandor, e Shantala).

Após cada sessão foram registradas: a abordagem corporal usada, as reações da criança e as percepções das pesquisadoras.

**Resultados:** Durante o tempo da pesquisa foram observadas mudanças significativas com relação ao efeito do toque terapêutico.

Sintetizando em termos gerais a evolução das crianças pesquisadas, foi observado o que segue.

- O vínculo com a pesquisadora foi sendo formado gradativamente, e as crianças passaram a se mostrar receptivas ao toque corporal, afetivas e alegres.
- Os beliscões e tapas recebidos no início foram diminuindo a frequência e sendo substituído por beijinho e afagos.
- Observou-se melhor integração social sendo frequentes os momentos de brincadeiras com outras crianças em ambiente afável.
- Um dos casos mostrou melhor habilidade motora e aperfeiçoamento da marcha.
- Em todos os casos é perceptível a melhora na concentração, quando assistem televisão, brincam e escutam, atentos, a uma explicação.
- A linguagem se desenvolveu melhor em todos os casos. A criança autista começou a dar significado a suas vocalizações e a produzir algumas palavras com

sentido. O olhar vago, foi substituído em alguns momentos por um olhar que se fixa interessado. O sorriso surgiu com freqüência.

A contribuição proposta na pesquisa mostra, portanto, resultados importantes e significativos no desenvolvimento dos sujeitos pesquisados.

**Conclusão:** A pesquisa realizada atingiu o objetivo, na medida em que foi comprovado o fato, já divulgado na literatura especializada, de que:

1) Crianças rejeitadas pelos pais e privadas de afeto reagem negativamente ao toque afetivo, sutil.

O que se acredita é que o sofrimento e os traumas provocados pela rejeição dos pais deixaram marcas no corpo e na alma da criança, que desenvolveu uma hipersensibilidade e, por isso, o toque é percebido como desagradável e muitas vezes doloroso, mesmo que ele seja sutil. A criança que teve experiência de rejeição e agressividade no início de sua vida, tende a não reconhecer manifestações de afeto.

2) O trabalho corporal cujo toque tenha essa qualidade, ajuda efetivamente as crianças a superar essas carências e promovem melhor desenvolvimento físico e mental, melhor socialização, melhor comunicação e possibilitam uma vida saudável.

Mais do que comprovar este fato, foi importante, e muito gratificante, acompanhar as mudanças que ocorrem nessas crianças institucionalizadas, na medida em que recebem um atendimento sistemático, amoroso, que lhes dá aconchego, e trabalha suas rejeições e carências.

No decorrer do trabalho o que se viu foi, muitas vezes, emocionante. Perguntas como: "você vai voltar?" ou demonstrações não verbais de aceitação, como fez R. a criança autista, que, após ter uma perninha massageada com suavidade, estirava a outra perninha para receber a mesma massagem, foram se tornando freqüentes. Gradativamente foram surgindo reações de afeto, alegria, relatos do que estava ocorrendo no cotidiano, pedidos explícitos de aconchego.

Observando essas crianças no pátio de brinquedos, na sala da televisão ou no momento da alimentação, as mudanças eram evidentes. Os que eram agitados e não conseguiam se ater a um estímulo, viam televisão com atenção e interesse, as que tinham dificuldade na relação com o outro, brincavam agora com propriedade, dividindo os espaços e os brinquedos, a criança que comia amarrada devido a sua grande agitação, passou a ter a possibilidade de se alimentar sozinha, solta na cadeira, de direcionar seu olhar para o outro e expressar emoções.

Para realizar este trabalho é necessário amor, determinação, disciplina, perseverança e compreensão das necessidades do outro.

As técnicas usadas foram apenas estratégias para se chegar ao objetivo esperado. O que realmente contou foi a qualidade do toque, do atendimento e do investimento afetivo.

A alegria de ver a evolução das crianças superou qualquer frustração advinda das poucas condições existentes.

**Contato:** [carolinelopesb@gmail.com](mailto:carolinelopesb@gmail.com)

## **ESTATUTO E FUNÇÃO DA TRANSCRIÇÃO NA CLÍNICA DE LINGUAGEM**

CLÁUDIA POLLONIO  
PUC-SP

**Introdução:** Uma revisão da literatura em Fonoaudiologia sobre o papel da transcrição aponta uma não homogeneidade acerca de seu uso. De um lado, uma corrente de pesquisadores se recusa a registrar sessões e analisar dados *a posteriori* sob o argumento de que dados são discursos “mortos”, distantes do “*contexto lingüístico real*”; ou ainda: que a interpretação de um sintoma na linguagem ocorre apenas no instante clínico, no “imediatismo do *setting*”, não sendo necessária a eleição/constituição de *corpora* para análise. De outro lado, certos pesquisadores caminham em direção oposta por entenderem que a escuta para o sintoma de linguagem exige do clínico duas posições: uma no instante do clinicar, em que a escuta do clínico se afeta diretamente pelas produções do paciente, e outra “fora” da cena clínica, quando o clínico assume a posição de investigador dos dados.

**Objetivos:** Para que se possa colocar em discussão o estatuto e função da transcrição na Clínica de Linguagem - objetivo desta pesquisa - é imprescindível suspender a naturalidade pela qual ela marca presença na Fonoaudiologia. Destaca-se que as noções de escuta e interpretação sejam tacitamente exploradas, pois são processos atrelados à leitura de um dado. De uma maneira particular, este estudo pretende especificar algumas inquietações: A) Que posições clínicas se pode apreender sobre a relação do clínico com a fala e a demanda do sujeito? Ou seja, como particularizar posições clínicas? B) O que diferencia uma escuta leiga de uma escuta clínica (suas especificidades)? C) Como entender os efeitos da teoria na constituição da escuta para falas sintomáticas? D) Quais os efeitos da interpretação de materiais clínicos na constituição da escuta clínica? E) Como essas duas instâncias – os efeitos da teoria e os efeitos da interpretação - entram em relação/composição e se afetam mutuamente na constituição de uma escuta clínica?

**Método:** Para que se possa nortear uma proposta que auxilie responder aos objetivos desta pesquisa - essencialmente teórico-clínica - o percurso metodológico será assentado, por um lado, na realização de um levantamento extenso da literatura clínica - médica, psicanalítica, fonoaudiológica e da Clínica de Linguagem - sobre a relação do clínico (de que natureza é sua escuta?) com a fala do paciente. Por outro lado, pretende-se avançar no exercício de interpretação de excertos de diálogos clínicos de situações diagnósticas ou terapêuticas, a fim de apreender, neles, a natureza de escuta para a fala sintomática implicada.

**Resultados:** Embora este estudo esteja em fase de desenvolvimento, algumas considerações podem ser tecidas. Contempla-se a que a gravação de sessões terapêuticas e sua posterior transcrição exercem um papel na Clínica de Linguagem: instituir uma escuta clínica para além daquela que a fala-viva instaura durante o atendimento. Trata-se de um espaço em que o clínico assume a posição de investigador, pois pode apreender o modo de operação do funcionamento da língua numa fala singular. Esse exercício cria um olhar particular para a fala-dado e o que se *passa a ler* no material transcrito afeta a relação com a fala-viva. Vê-se que essa escuta afetada pela leitura, pelo encontro da teoria com a fala-dado, é escuta teórica. O clínico se baliza num duplo compromisso: (1) com a universalidade de uma teorização sobre a linguagem que permita abordar, com recursos lingüísticos (conceituais e interpretativos), manifestações ditas patológicas. Ou seja, uma teorização que busque explicar essa modalidade de existência da linguagem; (2) com a singularidade dessas manifestações e com a resistência que oferecem às tentativas de descrições gramaticais.

**Conclusões:** Na Clínica de Linguagem questões vêm sendo levantadas sobre o modo de acolhimento dado à fala sintomática. Note-se que o encontro com a fala é intrinsecamente atrelado ao aporte teórico de que o clínico se vale. De fato, passo necessário para que a transcrição possa ser definida na Clínica de Linguagem enquanto técnica é a assunção, a partir de Saussure, da "*ordem própria da língua*". Com isso, pode-se desatrelar a linguagem de um determinismo causal/cerebral e, ainda, afastar a hipótese de ser ela fruto estritamente maturacional ou de apreensões graduais de conhecimento. Lança-se como proposta ou ponto de apoio para que se redimensione o papel da transcrição o trinômio sujeito-linguagem-outro, a fim de que corpora sejam acessados para além da observação/descrição, ou seja, de modo que sirvam de suporte para a explicação/interpretação dos sintomas na linguagem.

**Contato:** [amt@uol.com.br](mailto:amt@uol.com.br)

**A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E/OU ALTERNATIVA NA VIDA DE PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL, ADULTAS E INSTITUCIONALIZADAS**

FEITAL DA SILVA, M. C.; FRIEDMAN, S.  
PUC-SP

A vivência profissional de uma das autoras com relação aos problemas de linguagem de pessoas com deficiência, internadas em instituições totais, motivou este trabalho de pesquisa.

No Brasil, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), as pessoas com deficiências ocupariam a faixa de 14,5% da população. A maioria delas viveriam em áreas urbanas e nas Regiões Norte e Nordeste.

Em geral, as instituições que abrigam uma população de pessoas com deficiência, oriundas de camadas sociais economicamente menos favorecidas, seguem um padrão. Usualmente mantidas por doações e contribuições do Estado, nelas encontramos uma população heterogênea, que abrange desde pessoas com distúrbios psiquiátricos até pessoas com deficiências que envolvem os mais diferentes tipos e graus de comprometimento. Muitas vezes o contato com as famílias dessas pessoas se perde. Quanto aos atendimentos terapêuticos oferecidos, as pessoas que não apresentam uma fala compreensível acabam realizando menos atendimentos terapêuticos ao entrar na adolescência, por serem considerados pacientes com prognóstico ruim (Feital da Silva, 2007).

A realidade brasileira das pessoas com deficiência e de suas famílias, principalmente quando oriundas das parcelas mais pobres da população, acaba se tornando uma luta não apenas pelas inúmeras barreiras arquitetônicas das cidades, mas também pelas dificuldades em obter atendimento terapêutico especializado e em conseguir matrículas nas escolas. A falta de uma política social consistente de inclusão impede a participação da pessoa com deficiência na sociedade e acaba trazendo, como alternativa, sua internação em instituições totais.

A internação de pessoas em instituições totais é um modelo que se iniciou no século XIII, na época do Feudalismo, quando as cidades começam a crescer e muitas pessoas abandonaram os campos para morar nelas. A instituição asilar surge para dar um destino a um contingente cada vez maior, de pessoas desprovidas de condições de sobrevivência, excluídas do consumo e da produção, que perambulavam pelas cidades em crescimento da Europa. Estas pessoas eram órfãos, idosos, doentes mentais e delinqüentes (Pessotti, 1984, p.25).

Esse modelo de institucionalização começou a ser desmontado a partir da década de 70 do século XX, com as críticas ao modelo hospitalocêntrico (Santos et al, p.47). Esse processo ainda está em andamento, mais de três décadas depois.

Escrevendo sobre as instituições, Goffman (2003) explana que estas são uma organização social criada por diferentes grupos sociais e regida por regras e códigos de conduta próprios. Essa criação de regras e códigos é o que dá às instituições uma característica de fechamento. As instituições totais se caracterizam pelas barreiras físicas que as separam da vida na comunidade como, por exemplo, muros altos. Ao se ingressar em uma instituição total, a pessoa passa por uma série de experiências que têm por objetivo diminuir o senso de autonomia e de si próprio. A isso o autor denominou de modificações na carreira moral.

Algumas dessas experiências que ocorrem no ingresso e na vida dos internos, como a perda da propriedade e a infantilização, decorrem da necessidade de submetê-lo à autoridade dos funcionários da instituição total e mantê-lo sobre controle. Isso acaba atingindo fortemente o seu senso de autonomia.

É nesse contexto que introduzimos a questão da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa como opção a ser oferecida, dentro da Fonoaudiologia, a pessoas que tem prognósticos ruins com relação ao desenvolvimento da oralidade, em função de sua idade cronológica e/ou problema orgânico, a fim de tirá-las do isolamento em que sua condição as coloca, de modo a poderem expressar seus desejos e necessidades.

A Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA), conforme define a ASHA (1991, p.8), "refere-se a uma área de prática clínica, de pesquisa e de educação para fonoaudiólogos que visa compensar e facilitar, temporária, ou permanentemente, prejuízos e inabilidades de indivíduos com severas desordens na compreensão de linguagem. A CSA pode ser necessária para indivíduos que demonstrem prejuízos nos modos de comunicação gestual, oral e/ou escrita (tradução das pesquisadoras)". A linguagem nesta pesquisa, foi assumida como interação, como uma forma de ação, como resultado da ação recíproca entre ambiente e organismo (Magnanti, 2000).

Nosso trabalho com a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa dirigiu-se a duas pessoas adultas com deficiência físico-motora, mais comumente conhecida como paralisia cerebral.

A paralisia cerebral conforme define Karel Bobath (1979), é uma afecção crônica que acomete o sistema nervoso no período pré-natal até, em geral, os três anos de idade cronológica, sem caráter evolutivo.

O objetivo desta pesquisa foi compreender os efeitos que a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa teria na vida de dois adultos com paralisia cerebral, sem oralidade (Vasconcelos, 1999), internos numa instituição para pessoas com deficiências.

O Método utilizado foi o estudo de caso envolvendo observação. Por um período de seis meses, foram filmadas e registradas, por escrito, as sessões de fonoaudiologia com os dois sujeitos, nas quais se construíram pranchas de comunicação de baixa tecnologia, usando o Sistema Picture Communication Symbols (P.C.S.). Durante o mesmo período uma das pesquisadoras também permaneceu como observadora da rotina da instituição, a fim de obter dados sobre o contexto. Foram observados os efeitos da interação com o uso do P.C.S. na vida desses sujeitos, do ponto de vista de suas subjetividades e de sua vivência no cotidiano da instituição.

O resultado da viabilização da interação desses sujeitos por meios do uso dos símbolos dos sistemas da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa, foi a efetiva criação da possibilidade de funcionarem em interação com o outro. Esse processo ocorreu à medida que os símbolos puderam ser apontados numa prancha, permitindo aos sujeitos assumir a posição de intérpretes do seu dizer.

Os dados mostraram também que, a partir do processo de construção das pranchas, e da conseqüente geração de condições para os sujeitos se colocassem de forma mais autônoma perante os outros, uma sensação de "estranhamento" foi provocada na instituição.

Concluiu-se que o trabalho teve efeito positivo para a subjetividade dos participantes, visto que puderam ser olhados e respeitados como sujeitos dentro da instituição. Por outro lado, concluiu-se que a instituição, fiel



aos mecanismos de silenciamento de seus internos, reage estranhando e não acolhendo essa nova condição, o que indica que ela dificilmente será mantida. Sendo assim, embora a CSA possa ser ferramenta efetiva para tirar os internos de uma instituição de uma posição de isolamento dando-lhes voz, ela não, por si só não basta, havendo condições políticas e ideológicas que precisariam ser modificadas para que isso se tornasse efetivo.

Como fonoaudiólogas e profissionais da saúde, acreditamos que a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa pode ajudar a dar voz aos desejos e necessidades das pessoas com deficiência e de todas aquelas que, por problemas na oralidade, são consideradas incapazes de escolher, dentro de suas potencialidades e limitações, o seu destino. Nossos dados mostram isso. Entendemos também, entretanto, que para tornar isso realidade aspectos políticos e ideologias arraigadas deverão ser por nós enfrentadas com coragem.

## **FONOAUDIOLOGIA E LINGÜÍSTICA DE CORPUS: UM DIÁLOGO POSSÍVEL**

REGINA MARIA AYRES DE CAMARGO FREIRE, CLAUDIA FERNANDA POLLONIO, GISELE GOUVÊA DA SILVA, GIULIANA BONUCCI CASTELLANO E POLYANA SILVA DE OLIVEIRA.

PUC-SP

**Introdução:** Uma entre as várias possibilidades de se pesquisar a clínica fonoaudiológica de linguagem seria a análise de dados lingüísticos discursivos, coletados de situações dialógicas. A coleta de dados lingüísticos discursivos é uma atividade que exige uma demanda significativa de tempo, quer para localizar os sujeitos de uma pesquisa, quer para se adquirir conhecimentos rudimentares de técnica de filmagem e/ou gravação. Ainda, o estudo do processo de aquisição da linguagem ou do processo terapêutico fonoaudiológico exige do pesquisador tempo para o acompanhamento longitudinal do sujeito pesquisado, bem como para a transcrição e organização do material, passo preliminar à análise.

**Objetivo:** Esses fatores conduziram-nos a organizar um *Banco de Dados de Fala e Escrita* em Fonoaudiologia, cujo objetivo é incentivar os pesquisadores a desenvolverem estudos desta natureza com maior economia de tempo. Pretende-se, com este trabalho, divulgar a forma como o material coletado foi organizado de modo a propiciar investigações fonoaudiológicas, tomando-se como base a linguagem e seu funcionamento.

**Método:** O *Banco de Dados de Fala e Escrita* em Fonoaudiologia foi estruturado com base nas regras da Lingüística de *Corpus*, ou seja, o material discursivo coletado obedece a critérios que incluem: origem dos dados, propósito, composição, formatação, representatividade e extensão. Nesse sentido, os *corpora* consistem de dados de tipo longitudinal e/ou transversal extraídos de situações interacionais lúdicas ou terapêuticas, de sujeitos de ambos os sexos, adultos e crianças, que apresentam ou não alterações de linguagem. Os *corpora* foram transcritos de acordo com as regras do Projeto de Estudo da Norma Lingüística Urbana Culta de São Paulo (NURC/SP, 1986).

**Resultados:** Os critérios adotados para a organização do material discursivo asseguraram homogeneidade aos *corpora* e legitimidade ao material, possibilitando ao pesquisador acessar um material discursivo-dialógico, particularmente interessante à clínica da linguagem, por intermédio de um programa multiusuário via internet.

**Conclusões:** O acervo do *Banco de Dados de Fala e Escrita* possibilitará que o fonoaudiólogo-pesquisador, na posição que ocupa fora da cena clínica, possa compreender as marcas discursivas sintomáticas para além dos efeitos de sentidos produzidos no momento clínico, e ainda, vislumbre a posição que o sujeito com a fala/escrita sintomática ocupa, tanto do ponto de vista lingüístico como subjetivo. Por outro lado, nas pesquisas que se assentam na cena clínica, o fonoaudiólogo-pesquisador, além de contar com a sua memória e escuta no momento em que o fenômeno sintomático se materializa, pode se beneficiar com a gravação e transcrição do seu próprio atendimento, com vistas a compreender o funcionamento de linguagem sintomática e seus efeitos imediatos e mediatos, tanto no terapeuta como no "paciente".

**Referência Bibliográfica:** Preti, D. e Castilho, A.T.de. (1986). A linguagem falada culta na cidade de São Paulo: materiais para o seu estudo. São Paulo: Fapesp.

**Contatos:** [freireregina@uol.com.br](mailto:freireregina@uol.com.br); [amt@uol.com.br](mailto:amt@uol.com.br); [gisele.gouvea@gmail.com](mailto:gisele.gouvea@gmail.com); [giucastellano@ig.com.br](mailto:giucastellano@ig.com.br); [clifono@gmail.com](mailto:clifono@gmail.com).

## **ANÁLISE DE DISCURSO DE SUJEITOS DISFÔNICOS**

REGINA MARIA AYRES DE CAMARGO FREIRE E GIULIANA BONUCCI CASTELLANO  
PUC-SP

No campo fonoaudiológico, é comum assumir-se que a produção da voz humana dependa, estritamente, da integridade das estruturas vocais. A remissão dos sintomas vocais às afecções da fisiologia laríngea decorre, supostamente, do fato de o diagnóstico de uma “patologia vocal” advir, em primeira instância, da clínica médica, o que instiga (e restringe) o fonoaudiólogo a dirigir o seu enfoque ao que faz marca no corpo e origina o sintoma vocal. O terapeuta, a partir da delimitação médica da afecção laríngea, passa a descrever a qualidade e os comportamentos vocais do sujeito, a fim de elaborar um plano terapêutico. As técnicas vocais assumem o centro do trabalho e a terapia terá sucesso apenas se o paciente seguir as recomendações do fonoaudiólogo. Assim, o clínico orienta e o paciente pode desenvolver um uso vocal considerado adequado se lhes for fiel. No entanto, as técnicas alçadas não abrem espaço para a dialogia, ignorando possíveis relações discursivas que possam emergir entre experiências subjetivas e alterações da voz (Castellano e Freire, 2006). A configuração de sintomas em sua articulação com a subjetividade começou a adquirir lugar na Fonoaudiologia quando uma escuta instrumentada teoricamente trouxe os dizeres do sujeito sobre o seu sintoma para o centro da cena (Sobrinho, 1996). A técnica de uma escuta instrumentada teoricamente apontou possíveis articulações entre posição discursiva e as marcas encontradas no corpo.

O objetivo desta pesquisa é analisar as entrevistas de sujeitos com alterações vocais, a fim de propor uma leitura discursiva dos sintomas e seus sentidos. O fundamento teórico para sua realização assenta-se sobre a Análise de Discurso de linha francesa, utilizada como teoria e dispositivo de análise, dado seu estatuto de teoria que trabalha as relações entre a língua, a ideologia e os efeitos de sentido que configuram o sujeito (Orlandi, 2001). Participaram da pesquisa cinco sujeitos em fila de espera de um hospital público do interior do estado de São Paulo, com sintomas de distúrbios vocais. O material de análise constituiu-se de entrevistas realizadas entre a fonoaudióloga e cada um dos pacientes, gravadas em fita k-7 e transcritas de forma ortográfica literal. Os recortes discursivos analisados evidenciam a prevalência de um discurso em que os sintomas emergem articulados ao orgânico, em uma relação de causalidade direta. Ou seja, as formações discursivas estruturantes dos dizeres do disfônico positivam a queixa por meio de uma descrição precisa dos sinais e sintomas em sua remissão ao corpo biológico. Concluiu-se que as queixas dos sujeitos disfônicos põem à mostra um sujeito em sofrimento diante da disfonia, sujeito que deveria ser considerado pelo fonoaudiólogo em sua proposta de intervenção clínica. Sua exclusão pode implicar na não circulação de significações sobre o sintoma e o aprisionamento do sujeito em uma dada posição discursiva/subjetiva marcada por alterações vocais, o que limitará, com certeza, os efeitos/resultados clínicos.

**Contatos:** [freireregina@uol.com.br](mailto:freireregina@uol.com.br) ; [giucastellano@ig.com.br](mailto:giucastellano@ig.com.br)

## **CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA E DISFAGIA: DO ORGÂNICO AO SIMBÓLICO**

LUANA ALMEIDA MAGALHÃES, LUIZ AUGUSTO DE PAULA SOUZA  
PUC-SP

**Introdução:** Na terapêutica de pacientes disfágicos, há um comprometimento orgânico que necessita de intervenção direta no organismo e remete a uma intervenção terapêutica específica (FURKIM, 1999; MARCHESAN, 1999). Pensar nos efeitos que a intervenção fonoaudiológica dirigida às implicações advindas do acometimento disfágico, permite entender de que modo esta situação marca a história de vida do paciente, considerando a doença como parte de sua história de vida (CUNHA, 2002; PARISI, 2003).

As terapêuticas são voltadas à correção dos desvios e disfunções orgânicas que acometem o paciente. O corpo é, tradicionalmente, tratado pela Fonoaudiologia como uma entidade fechada sobre si, que apenas responde às pressões do meio externo, sem que essa relação interfira diretamente em sua constituição. O objetivo seria o de criar estratégias terapêuticas para corrigir disfunções, com o intuito de eliminar o distúrbio de alimentação. A efetividade da intervenção estaria ligada apenas à garantia de resultados favoráveis a partir da reabilitação orgânica. Ou seja, os procedimentos diagnósticos reconhecem a alteração apresentada e a terapia adota técnicas e procedimentos de combate à sintomatologia orgânica, para atuar nos comprometimentos tidos por inadequados (SOUZA, 1999). Porém, o corpo pode ser pensado e abordado de diversas maneiras. Nossa hipótese é de que importa considerar, na reabilitação orgânica, as implicações subjetivas, que um distúrbio alimentar pode causar. **Objetivo:** Demonstrar a relevância dos aspectos psíquicos na reabilitação fonoaudiológica dos transtornos de deglutição, buscando entender por que os sintomas disfágicos se tornaram recorrentes em uma paciente mesmo que, do ponto de vista orgânico-funcional, ela não mais possuísse alteração alimentar após a reabilitação. **Método:** Pesquisa descritiva, realizada pelo método clínico-qualitativo, com estudo de caso clínico de uma paciente de 82 anos, acometida por Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, com quadro de disfagia e de parestesia e paresia facial à esquerda, alteração na expressão da linguagem e disartria. Os dados foram coletados entre junho de 2004 e dezembro de 2005 e o material clínico constituiu-se da análise das memórias dos atendimentos e de registros escritos semanais.

**Resultados:** O advento do AVE fragilizou subjetivamente a paciente e dificultou tanto as relações familiares quanto suas rotinas. A abertura da escuta da terapeuta para as angústias advindas desta situação permitiu que a paciente pudesse se reorganizar subjetivamente pela reabilitação orgânica. Devido à realização de técnicas de reabilitação miofuncional, é possível, em vários casos, alcançar os objetivos de restabelecer o processo de deglutição compensatório ou mais próximo possível da normalidade. As técnicas utilizadas no atendimento do disfágico, apresentam particularidades quanto à terapia miofuncional, realizando manobras posturais e técnicas de estimulações orofaciais, aplicadas diretamente no organismo, oferecendo novos padrões adaptados de deglutição segura. Considerar a reabilitação do disfágico, significa levar em conta que esta intervenção cria marcas no corpo do sujeito, pois há uma mudança funcional decorrente das adaptações advindas da reabilitação. Mas também compreende-se que esta intervenção cria uma marca simbólica no corpo, pautada pela linguagem, por meio da relação estabelecida entre os sujeitos (terapeuta e paciente) ali presentes (CUNHA, 2002; PARISI, 2003). Pensar no paciente enquanto um sujeito significa articular, de forma indissociável, as dimensões do corpo físico e do corpo simbólico, enquanto processo de subjetivação atravessado por afetos (capacidade de afetar e de ser afetado pelo outro). Nesta relação intrincada, a dimensão física é atravessada pela dimensão simbólica do corpo e, portanto, afetada

pela linguagem, isto é, o corpo, tal como é visto, sentido e imaginado pelo sujeito, está sempre marcado pela linguagem (NEISSER, 2003). A partir das relações entre o orgânico e o psíquico, é possível encontrar um espaço de escuta ao sofrimento dos pacientes. Embora a reabilitação sensório-motora seja potente para resgatar as funções de alimentação por via oral, nem sempre ela é suficiente, no sentido estrito de sua aplicação. O encontro terapêutico é espaço para produzir diferença de sentido por meio da linguagem, esculpindo o corpo (PALLADINO, SOUZA, CUNHA, 2004). O processo terapêutico permite oferecer possibilidades de elaboração e de reconstrução da história do sujeito, por meio do vínculo estabelecido com o terapeuta. Abre-se espaço para que o sujeito se movimente, num encontro de (des/re)construção contínua, com a finalidade de permitir abertura do paciente ao novo e ao terapeuta de dividir o atravessamento das dificuldades do processo com ele (CUNHA, 2004; PARISI, 2003; NEISSER, 2003). **Conclusão:** A pesquisa demonstra a relevância de considerar o corpo na reabilitação fonoaudiológica das disfagias, não apenas por sua face orgânica, mas nas esferas simbólica e afetiva. O trabalho miofuncional, voltado ao manejo de órgãos e sistemas miofuncionais, anatômicos e neurofisiológicos para possibilitar alimentação funcional ao paciente, convoca um caminho que articule tal reabilitação com um trabalho sobre a subjetividade do paciente; que também lhe traz mudanças na postura e padrões musculares. Trata-se de pensar os “gestos terapêuticos pautados pela interpretabilidade” (CUNHA, 2004, p. 902), para que gerem efeitos simbólicos, ajudando o paciente a criar novas possibilidades de descobrir as funções de seu corpo, se apropriando das mudanças obtidas no processo terapêutico.

**Contato:** [luana.magalhaes@gmail.com](mailto:luana.magalhaes@gmail.com)

## **O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO NA INSERÇÃO SOCIAL DE UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO: ESTUDO DE CASO**

GERTEL, M.C.R; MAIA, S.M.  
PUC-SP

**Introdução:** A pesquisa qualitativa inserida no campo da Fonoaudiologia por meio de Estudo de Caso tem sido utilizada, predominantemente, quando se procura investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real e cujos limites entre fenômeno e contexto não estão claramente definidos como ocorre na clínica fonoaudiológica. Neste sentido busca-se compreender o como e o porque de fenômenos sociais complexos procurando assegurar sua relevância ao abordar o caso estudado como um exemplo universal de fenômenos humanos (Yin, 2005). Exemplo, mas não regra, de modo a não perder a perspectiva singular do sujeito: as versões individuais sobre cada fenômeno ganham tanto pela singularidade quanto pelo coletivo que representam. Dessa maneira o estudo de caso torna-se um instrumento que permite à comunidade generalizações analíticas quanto aos aspectos estudados.

A queixa e a demanda que surgem no relato dos pais/responsáveis ou do próprio paciente configuram uma breve retrospectiva histórica dos acontecimentos que fizeram parte do processo constitutivo daquele que chega para atendimento fonoaudiológico. Para Maalouf (2005) buscar compreender o Homem dentro de uma perspectiva histórica e existencial de sua vida e de seus sofrimentos torna o pesquisador um ouvinte atento, de modo a apreender as vicissitudes que envolvem aquele que conta sua história. Nesta perspectiva, o sintoma emerge na história do paciente não como retrato de quem é essa pessoa, mas como um dos elementos que compõem sua história de vida. Conseqüentemente os procedimentos técnicos fonoaudiológicos são direcionados de acordo com as necessidades de cada paciente e o espaço terapêutico coloca-se como um lugar para favorecer o acontecer humano e, portanto, facilitador do desenvolvimento e da evolução do paciente (Tahan, Maia, 2005).

Considerando os aspectos descritos anteriormente e nossa prática clínica procuramos buscar compreender em que aspectos e de que maneira o atendimento fonoaudiológico pode contribuir para melhor favorecer a inserção do indivíduo em sua família e na sociedade que, em última instância, é o objetivo final do trabalho terapêutico. Dessa maneira, o uso do referencial teórico de Winnicott (1983; 2000) para embasar a prática clínica permite ao fonoaudiólogo direcionar o olhar para a história do paciente e a constituição de sua rede de relações sociais proporcionando o reconhecimento e o atendimento das necessidades que se fazem presentes, respeitando sua singularidade. De acordo com Tahan (2003) este referencial teórico pode ser útil ao fonoaudiólogo, pois permite uma visão do paciente sem separar os aspectos somáticos e psíquicos e, portanto, a doença não é tratada como uma entidade separada do ser humano e de sua história. Com base nesta linha de pensamento, podemos direcionar o olhar sobre a singularidade não somente da criança em atendimento fonoaudiológico, mas na singularidade que se estabelece nas relações sociais da criança como filho/aluno e de que maneira o terapeuta pode direcionar a prática clínica favorecendo a inserção da pessoa em seu ambiente social (família, escola, trabalho).

**Objetivo:** Discutir e elaborar uma reflexão sobre o papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais (família, escola, terapeuta, outros profissionais) que se estabelecem durante o atendimento de uma criança com diagnóstico médico de Transtorno Global do Desenvolvimento por meio de estudo de caso clínico.

**Método:** Esta pesquisa é de natureza clínico-qualitativa e está sendo desenvolvida por meio de estudo de caso clínico de uma criança com diagnóstico médico de Transtorno Global do Desenvolvimento que se encontra em atendimento fonoaudiológico de julho/2002 a dezembro/2004. A coleta de dados é realizada a partir de registros em forma de relatórios feitos pela pesquisadora ao longo do processo terapêutico e abrangem o material clínico obtido nos atendimentos à família e à escola. O material clínico é analisado longitudinalmente a partir do referencial teórico de Winnicott (1983; 2000) no que se refere ao favorecimento da inserção deste paciente em seu ambiente social (família/escola).

**Resultados:** O paciente envolvido neste estudo frequenta classe de ensino regular e, a partir dos atendimentos fonoaudiológicos, apresentou desenvolvimento significativo em seu comportamento social tanto em família como no ambiente escolar, além de efetivo avanço em sua comunicação oral.

É nesta hora que a postura do fonoaudiólogo assume importância vital para o atendimento clínico da criança, de sua família e da escola. O exercício da clínica fonoaudiológica deve procurar criar condições e organizar situações que favoreçam o desenvolvimento da criança, sua relação com seus pais e seu meio social, incluindo aqui o terapeuta e a escola. Dentro desta perspectiva o atendimento fonoaudiológico vai muito além dos elementos necessários para o desenvolvimento somente da comunicação da criança com Transtorno Global do Desenvolvimento.

**Conclusões:** Ao assumir uma perspectiva que direciona o atendimento para a criança de maneira singular, o fonoaudiólogo é capaz de proporcionar um novo olhar para o meio social (família e escola) onde ela está inserida. Deixa-se de ver a criança por meio dos comportamentos que manifesta ou do que não é capaz de fazer para buscar suas realizações, o que cria e como constitui suas relações com o meio. É neste sentido que acolher a família e a escola é um dos passos necessários para que se torne possível a constituição de um ambiente razoavelmente bom e estável onde a criança/aluno possa se constituir tendo a sua singularidade respeitada.

**Contato:** [martagertel@uol.com.br](mailto:martagertel@uol.com.br)

## **A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA CONSTITUIÇÃO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO**

GERTEL, M.C.R; MAIA, S.M.  
PUC-SP

**Introdução:** A relação mãe-bebê é fundante na constituição da pessoa e é singular para cada família, grupo social e cultura. Na díade, a mãe em estado de disponibilidade cria as condições necessárias para o desenvolvimento físico, emocional e social do bebê colocando em marcha o acontecer humano. As crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) têm afetadas a sociabilidade, a comunicação verbal e não-verbal e a capacidade lúdica. As causas desta patologia ainda são desconhecidas; apresenta prevalência em meninos e manifesta-se antes dos 3 anos. O diagnóstico é clínico e utiliza, na maior parte das vezes, como base o DSM-IV e o CID-10. O fonoaudiólogo, geralmente, é o primeiro profissional a ser procurado principalmente devido à queixa de linguagem.

**Objetivo:** À partir do referencial teórico de D. W. Winnicott potencializar o uso das técnicas e procedimentos fonoaudiológicos em consonância com a necessidade do paciente.

**Método:** Pesquisa clínico-qualitativa por meio de estudo de caso de uma criança com diagnóstico de TGD em atendimento fonoaudiológico há 4 anos. O material clínico foi coletado por meio do registro de sessões, reuniões com os pais e escola. A análise de dados será feita a partir do referencial teórico de Winnicott no que se refere ao papel do fonoaudiólogo com o paciente, a família e sua inclusão em escola regular.

**Resultados:** O paciente envolvido neste estudo apresentou desenvolvimento significativo no comportamento social (pais/família/escola) e efetivo avanço da comunicação não-verbal e verbal.

**Conclusão:** Compreender a constituição singular do paciente permite ao fonoaudiólogo investigar e direcionar as técnicas e procedimentos fonoaudiológicos de maneira específica na terapia com o paciente, sua família e a escola que a criança frequenta.

Referências bibliográficas:

Winnicott, D. W. - O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional – ARTMED Editora – Porto Alegre – 1983.

Winnicott, D. W. – Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas – IMAGO – Rio de Janeiro – 2000.

**Contato:** [martagertel@uol.com.br](mailto:martagertel@uol.com.br)



**AS HISTÓRIAS QUE AS CRIANÇAS CONTAM: UM ESTUDO PRELIMINAR SOBRE O REPERTÓRIO NARRATIVO E MODOS DE EXPRESSÃO DE CRIANÇAS DE QUATRO A SEIS ANOS**

GABRIELLA SILVEIRA ANTELMÍ; PATRÍCIA NUNES BACO; MARIA LAURA WEY MÄRTZ  
PUC-SP

**Introdução:** A literatura voltada especificamente para o público infantil surge a partir das coletâneas de contos realizada por Charles Perrault, no final do século XVII. Ao longo do século XVIII, seguindo os valores racionalistas do Iluminismo, buscou-se adequar as narrativas destinadas às crianças a propósitos edificantes de educação moral, uma vez que os pequenos eram considerados apenas sob a ótica dos adultos, quer fossem pensados como adultos em miniatura, quer fossem pensados como seres puros, ingênuos e inocentes. Com o advento da modernidade, da urbanização e da industrialização, a tradição narrativa oral vai perdendo força, ao mesmo tempo em que surgem novos meios de comunicação, como o cinema, as gravações em discos, fitas, cds, dvds e a *internet*. Também o mercado editorial passou a contar com variados formatos de livros. Os conteúdos se diversificaram, e as narrativas mais tradicionais, como contos populares e contos de fadas, compõem apenas parte do acervo cultural, pois as narrativas contemporâneas reinventam e criam novos assuntos, a partir de variados fatos reais ou fictícios. **Objetivos:** Levantar o repertório narrativo através de entrevistas fechadas com crianças de quatro a seis anos de idade, pois nesta fase as narrativas constituem parte significativa do universo imaginário infantil, tanto pela riqueza simbólica deste gênero discursivo, como também pelo uso recorrente do mesmo nas interlocuções que a criança estabelece. Pesquisar as modalidades de acesso às narrativas, como: transmissão oral de adultos ou outras crianças, tv, cd, cinema e outros. Pesquisar os modos expressivos de que as crianças se utilizam para contar uma história, a saber: o discurso narrativo, a voz (entonação, *loudness*, modos de ênfase) e os gestos e expressões corporais. **Metodologia:** Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob o parecer nº 06/637. Está situado na linha de pesquisa integrada ao Pós Graduação em Fonoaudiologia - Voz: avaliação e intervenção, devidamente cadastrada no CNPQ. O material coletado para análise compõe-se de 16 entrevistas com oito meninos e oito meninas, divididos proporcionalmente entre escolas particulares e pública, de modo a envolver grupos sociais diferentes do ponto de vista econômico, mas não de localização geográfica. Os pais das crianças participantes deste estudo foram solicitados a responder um questionário cujo objetivo foi traçar um breve perfil da situação sócio-econômica e cultural das famílias. As entrevistas com as crianças foram realizadas através de um roteiro estabelecido previamente e foram filmadas e transcritas. A análise de dados compreendeu uma parte quantitativa relativa ao repertório narrativo e às modalidades de acesso, para a qual foi realizado um tratamento estatístico simples, e uma parte qualitativa relativamente às narrativas feitas pelas crianças. O enquadre teórico para tal análise encontra sustentação no conceito de dialogismo conforme proposto por Bakhtin, na idéia de foco narrativo advinda da teoria literária e na interpretação temática das histórias com base na psicanálise. Este é um estudo preliminar, de caráter descritivo, para pesquisar a atividade narrativa das crianças na atualidade, a partir da escuta de suas próprias vozes. **Resultados:** O repertório narrativo das crianças é composto por histórias tradicionais (53%) e contemporâneas (47%), estas últimas acessadas principalmente pela televisão. Os meninos narraram prioritariamente histórias contemporâneas de aventura, e as meninas escolheram, em sua maioria, histórias de fadas para contar. A mãe é a primeira forma de acesso às

narrativas citada por dez crianças (62,5%), o que comprova a persistência da tradição narrativa no meio familiar. Foram onze mães e um pai e mãe que afirmaram contar histórias para seus filhos, porém é bastante significativo o número de mães, quatro, que referiram que no meio familiar ninguém conta histórias. O acesso às narrativas é feito por meio da televisão, do cinema, da *internet*, livros, revistas e, em um caso, pela ida ao teatro. As crianças da escola pública apresentaram maior desenvoltura na atividade narrativa e escolheram para contar tanto histórias tradicionais como contemporâneas. Nas escolas particulares encontramos maior número de crianças cuja experiência narrativa está ainda se formando; é deste último universo a afirmação das mães que não contam histórias para seus filhos; estas crianças contaram principalmente histórias tradicionais e apenas duas contemporâneas. Quanto aos modos expressivos, foi unânime entre as crianças o uso gestual das mãos, ora entrelaçando os dedos, ora mexendo em seu vestuário; por outro lado, foi reduzido o uso de gestos representativos para enfatizar trechos do discurso (apenas três crianças). Oito crianças mostraram expressão facial séria e concentrada ao narrar, cinco mostraram-se sorridentes e à vontade com a situação, enquanto outras três mostraram-se retraídas. Em relação à entonação vocal, quatro crianças expressaram variações melódicas durante a narrativa; quatro delas utilizaram o discurso direto que dá voz às personagens, sendo que duas delas imitaram-nas, mudando a frequência vocal; quanto às outras crianças (oito), não notamos expressividade maior em relação à entonação da voz. **Conclusão:** as narrativas continuam sendo transmitidas pela tradição oral na maioria das famílias entrevistadas, mas é crescente o acesso a elas através dos meios de comunicação, principalmente a televisão. Os gestos de mãos são a principal forma de expressão das crianças ao narrar, como se as mãos também ajudassem a sustentar o fio condutor da narrativa.

Contato: [patricia.nb@uol.com.br](mailto:patricia.nb@uol.com.br)

## **ATENDIMENTO CLÍNICO FONOAUDIOLÓGICO A ESTUDANTES E EX-ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS, SUPERVISÃO E ESTUDOS**

A. A. OLIVEIRA ESTEVES, C. ULBRICHT DE ORNELLAS, M. D'ALESSANDRO GUILHEN, V. R. VITAGLIANO TEIXEIRA  
PUC-SP

**Introdução:** Observa-se que na contemporaneidade a linguagem ganha importância no contexto social e profissional, sendo inclusive objeto de avaliação na seleção de candidatos a uma vaga de trabalho e de legitimação do sujeito no universo profissional. Nesse sentido, a Fonoaudiologia pode contribuir com pessoas que não possuem distúrbio de linguagem, mas que desejam aprimorar sua comunicação, ou ainda, efetivar o uso que fazem da linguagem nas diversas situações discursivas.

Na Universidade, muitas vezes, nos deparamos com estudantes que apresentam distúrbio ou dificuldade de linguagem oral e/ou escrita, alterações da motricidade orofacial e problemas de voz, que podem interferir no rendimento acadêmico, e causar repercussões no âmbito profissional e social.

Pensando nessa necessidade e também na possibilidade de aprimoramento da comunicação e melhor qualidade de vida, foi criado um serviço de atendimento fonoaudiológico a estudantes e ex-estudantes da PUC-SP. O mesmo se deu na forma de projeto de extensão aprovado pela Comissão de Extensão do Conselho de Ensino e Pesquisa (CEPE/PUC-SP), a fim de acolher a demanda dos membros do corpo discente.

**Objetivo:** Proporcionar a um grupo de fonoaudiólogos formados uma atuação prática clínica, com supervisão, dentro de um projeto piloto que compreende, em seu escopo: a prestação de serviços a estudantes e ex-estudantes da PUC-SP com demanda para a clínica fonoaudiológica, seja pelo viés da reabilitação ou da prevenção e promoção da saúde; o aprofundamento teórico-prático de profissional na área da Saúde (Promoção à Saúde e Qualidade de Vida); e a coleta de material, a partir dos atendimentos, para desenvolver estudos clínicos e futuras pesquisas.

**Metodologia:** O projeto foi desenvolvido em etapas, detalhadas a seguir:

1) *Divulgação do serviço oferecido:*

A divulgação foi realizada inicialmente junto às Coordenações de Cursos do Campus Monte Alegre, às Vice-Diretorias Comunitárias dos Centros Universitários e ao Programa de Atendimento à Comunidade, doravante referido como P.A.C. Essa divulgação pautou-se, primeiramente, por envio de material por meio eletrônico com as informações sobre o funcionamento, a dinâmica e o procedimento de encaminhamento dos estudantes para o atendimento clínico fonoaudiológico. E, posteriormente, foi realizada através da Assessoria de Comunicação Institucional – ACI, por meio eletrônico institucional em que foi feita uma chamada no site da PUC-SP com o endereço eletrônico (*atendimentofonopuc@yahoo.com.br*) para os alunos interessados entrarem em contato. O mesmo texto de divulgação utilizado na chamada do site foi inserido no jornal no Boletim Semanal da PUC-SP, no. 33 - 26/02 a 04/03/2007, a fim de atingir mais efetivamente o corpo discente da universidade.

2) *Supervisão clínica:*

Concomitante à divulgação foi realizada a supervisão das fonoaudiólogas colaboradoras enfocando inicialmente a organização dos horários de atendimento clínico fonoaudiológico de cada terapeuta, além da organização e criação do *setting* terapêutico na sala T45B, situada no andar térreo do prédio sede, utilizada para o referido atendimento. Posteriormente, procedeu-se ao acompanhamento dos casos que passaram pelo atendimento inicial em que se definiu que tipo de demanda estava envolvida e qual a conduta terapêutica ou de prevenção/ promoção de saúde seria desenvolvida. A viabilização do atendimento fonoaudiológico se deu por meio de três programas: Atendimento individual, Grupo Terapêutico e Oficinas de Voz.

### 3) *Estudos:*

- a. Elaboração de protocolos (fichas de identificação, de avaliação de motricidade orofacial e de voz, de encaminhamento, de controle de frequência e de acompanhamento para o P.A.C.) que teve como objetivo padronizar os dados coletados para futuros estudos clínicos, elaboração de artigos e apresentações em eventos da área;
- b. Discussão com profissionais da área com ênfase em temáticas específicas a fim de propiciar um aprofundamento teórico-prático que contribuísse para a formação das fonoaudiólogas colaboradoras que participam do projeto;
- c. Discussão dos casos atendidos e encaminhados pelo P.A.C. em que se abordou o desempenho acadêmico e a questão da inclusão desses estudantes, com dificuldades, no âmbito da Universidade.

### **Resultados:**

- Observamos que a procura pelo atendimento clínico-fonoaudiológico teve demandas específicas de acordo com a via de acesso ao projeto. O rendimento acadêmico foi responsável pela demanda ao atendimento fonoaudiológico dos estudantes encaminhados por coordenadores de curso e pelo P.A.C. porque questões de linguagem oral e, principalmente, escrita produzem efeitos significativos no desempenho do universitário nas disciplinas. Esses efeitos também se fazem presentes na integração dessas pessoas junto à comunidade universitária. Os que procuraram o serviço via chamada no site da Universidade demonstraram preocupação significativa com a saúde e qualidade de vida no uso profissional da linguagem oral e/ou escrita e da voz, mesmo que ainda se encontrem nos anos iniciais da graduação. Essa preocupação parece reafirmar o lugar (privilegiado) que a linguagem ocupa no universo acadêmico: lugar de legitimação. Isto é, para o sujeito, demonstrar domínio nas práticas discursivas significa se inscrever socialmente. Por esse meio de divulgação oitenta e três (83) universitários se interessaram pelo nosso atendimento enviando mensagens para nosso endereço eletrônico, sendo que 49 (quarenta e nove) passaram pelo primeiro atendimento.
- O trabalho fonoaudiológico acolheu, por meio de terapia, oficinas e grupos terapêuticos, não somente os universitários que apresentaram questões específicas de linguagem (oral e escrita), de motricidade orofacial e de voz, mas também os que queriam aprimorar os padrões de voz e o uso da linguagem nas situações discursivas. Em função da compatibilização dos horários das fonoaudiólogas colaboradoras e dos interessados realizamos sete (7) atendimentos individuais, um (1) grupo terapêutico enfocando a questão da linguagem escrita e uma (1) oficina de voz com quatro (4) integrantes.
- A parceria feita com o P.A.C. proporcionou ao Projeto ampliar horizontes sobre a questão da inclusão do aluno que apresenta dificuldades no universo acadêmico, além de uma maior integração e alcance do serviço dentro da Universidade. Nas reuniões, eram discutidos casos de pacientes que já estavam em atendimento fonoaudiológico, a fim de resolver problemas inerentes ao tratamento como, por exemplo: faltas, pouca implicação, efeitos da dificuldade no desempenho acadêmico; como também de alunos apontados como possíveis candidatos à terapia em função de seu rendimento nas disciplinas cursadas.

### **Conclusões preliminares:**

- Observamos que o ingresso no ensino superior é entendido pelos universitários como uma possibilidade de ascensão social e profissional. Desta forma, demonstrar autonomia e domínio no uso da linguagem, tanto escrita quanto oral, e aprimorar-se nas situações discursivas diversas parecem necessários para a legitimação do sujeito neste universo. Neste sentido, a relação entre linguagem, identidade e poder pôde ser

contemplada nas diversas condutas terapêuticas desenvolvidas. O sujeito busca se legitimar em sua enunciação e o uso que faz da linguagem nas práticas discursivas lhe permite ser legitimado pelo outro/interlocutor.

- O acesso a esse tipo de serviço faz-nos refletir sobre a importância do mesmo para nossa comunidade e também permite avaliar o impacto da inclusão dos universitários, oriundos de estratos sociais menos favorecidos, no espaço acadêmico.
- Outro alcance do projeto é a possibilidade de mapear o perfil dos universitários que buscam esse tipo de atendimento, o que poderá contribuir para um tipo de ação mais efetiva ao acolhimento de suas necessidades no espaço acadêmico.
- Se por um lado, o Projeto de Extensão trouxe benefícios aos estudantes na esfera social e profissional, por outro lado, possibilitou o aprofundamento da formação clínico-terapêutica das fonoaudiólogas colaboradoras por meio da articulação teoria-prática.

**Contato: [vrteixeira@pucsp.br](mailto:vrteixeira@pucsp.br) / [vreginatex@hotmail.com](mailto:vreginatex@hotmail.com)**

## **AUDIOLOGIA**

### **HÁBITOS AUDITIVOS EM ESCOLARES COM 7 ANOS DE IDADE**

MOMENSOH-SANTOS, TM; REIS, FC.  
PUC-SP

**INTRODUÇÃO:** Pesquisas recentes sugerem que o silêncio promove um ambiente propício que facilita a aprendizagem da criança e pode oferecer uma atmosfera para que pais e filhos desfrutem de suas companhias. Há algumas décadas o ruído ocorria com mais frequência nos ambientes externos a casa. Atualmente, a invasão de equipamentos elétricos e/ou eletrônicos tornou algumas residências tão ou mais ruidosas que uma indústria. Muitos autores (Andrade, 1998<sup>2</sup>; Carmo, 1999<sup>3</sup>; Pimentel-Souza, 2000<sup>4</sup>; Dreossi, 2003<sup>5</sup>; Martins, 2005<sup>6</sup>) concordam que o ruído é prejudicial não somente para audição, mas, também, para a saúde de todo o corpo. Níveis de ruído menores, denominados ruídos crônicos influenciam de maneira negativa o cérebro e o comportamento das crianças. Seja este, originário de uma rua, ou de uma máquina doméstica, os ruídos de baixa intensidade têm um efeito subliminar e insidioso em nossa saúde e bem estar. **Objetivo:** Esta pesquisa tem como objetivo conhecer os hábitos auditivos e o ambiente acústico onde a criança estuda, tanto do ponto de vista doméstico como escolar. **Metodologia:** A amostra foi composta por 54 crianças de uma escola pública do Estado de São Paulo, Pais ou responsáveis, que participaram deste estudo e cinco professores. Foi aplicado um questionário direcionado aos pais, alunos e outro para professores. **Resultados:** A análise das respostas dos pais mostrou que quando a criança está estudando os seguintes equipamentos estão ligados: TV (72,2%), rádio/som e panela de pressão (24,1%) números estes que não concordam com dos filhos, 80% para o item TV, 55,6% para o item rádio/som e 57,4% para panela de pressão. Durante o dia-a-dia os alunos referem o uso de TV/DVD (87%), vídeo-game (68,5%) e celular (66,7%), das crianças que responderam o questionamento sobre o tempo de uso (27:53), 11,1% responderam usar por duas horas, 5,6% por 30 minutos e 13% por 10 minutos/dia. Para a questão: estuda com algum dos equipamentos nos ouvidos? 11 crianças (20,4%) não responderam, 30 (55,6%) responderam que não o fazem e 13 (24%) responderam que o fazem. Aproximadamente 60% das crianças não ouvem a voz da mãe durante o período em que estão com os aparelhos no ouvido e 55,6% afirmam ter sentido “barulho” no ouvido, em algum momento. **Conclusão:** Os dados obtidos nesta pesquisa mostraram que as crianças estão duplamente expostas (intensidade e duração associadas), pois passam longas horas com seus fones de ouvido em elevado volume. Também foi possível observar que 65% das crianças afirmam que possuem brinquedos que fazem algum tipo de ruído, fato este que novamente traz a criança próxima de um fator de risco para perda auditiva por exposição a sons de intensidade elevada. As respostas de pais e crianças são diferentes, quanto à questão do ambiente de estudo em casa. A análise da ocorrência mostrou que os pais mostravam

<sup>2</sup> ANDRADE DR; FINKLER C; CLOSS M; MARINI AL; CAPP E: Efeitos do ruído industrial no organismo. In: *Revista de Atualização Científica: Pró-Fono*. Volume 10, n 1, março/1998.

<sup>3</sup> CARMO LIC: *Efeitos do ruído Ambiental no organismo humano e suas manifestações auditivas*, 1999. Monografia (Especialização em Audiologia Clínica) CEFAC. Goiânia.

<sup>4</sup> PIMENTEL-SOUZA F: *Efeito do ruído no homem dormindo e acordado*, 2000. ICB-UFMG. Minas Gerais.

<sup>5</sup> DREOSSI RCF: *Ruído e reconhecimento de fala em crianças da quarta série do ensino fundamental*, 2003. Dissertação (Mestrado em audiologia) PUC-SP. São Paulo.

<sup>6</sup> MARTINS MIM: *Reconhecimento de fala de crianças de 4ª série na presença do ruído da sala de aula*. 2005 Dissertação (Mestrado em audiologia) PUC-SP. São Paulo

Índices percentuais sempre inferiores aos das crianças para a mesma questão. Esta percepção deficiente da ocorrência de atividades que causam ruído durante o período de estudos, seja na escola ou em casa, faz com que estas atividades não sejam controladas e modificadas e por isso se tornem insidiosas. A necessidade de um programa de controle desta poluição sonora nos ambientes de aprendizagem, sejam eles domésticos ou escolares, é cada vez mais premente. Estudos mostram que crianças que vivem em locais ruidosos têm mais dificuldades de concentração e de aprendizagem do que as que vivem em locais silenciosos.

**GRUPO DE APOIO AO USUÁRIO DE APARELHO AUDITIVO:  
IMPACTO DA REABILITAÇÃO AUDITIVA NA QUALIDADE DE  
VIDA DO IDOSO**

C. M. LOMBARDI, J. ROMERO  
HOSPITAL PAULISTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

**Introdução:** O envelhecimento populacional faz parte do cenário mundial em função da progressiva elevação da expectativa média de vida, relacionada à diminuição das taxas de mortalidade e natalidade. No Brasil, de acordo com o último Censo (2000), a população idosa correspondia a 5,85% da população (20 milhões de pessoas), sendo o crescimento de 1,02% em relação ao Censo anterior de 1991 (Baraldi et al., 2004). A presbiacusia está relacionada à idade avançada, e alguns estudos relataram prevalência de 63% de deficiência auditiva no idoso. Essa perda auditiva decorrente do envelhecimento é conhecida como presbiacusia e está associada a características audiológicas específicas, sendo a perda de audição neurosensorial, de configuração descendente, bilateral e simétrica. A perda auditiva tem um efeito adverso no estado funcional, na qualidade de vida, na função cognitiva e no bem-estar emocional, comportamental e social do indivíduo idoso (Baraldi et al., 2004). **Objetivo:** Avaliar o impacto das reuniões do grupo de apoio ao usuário de aparelho auditivo sobre a qualidade de vida do idoso. **Metodologia:** Foram enviadas 436 cartas convidando os pacientes que tinham sido reabilitados com próteses auditivas no Hospital Paulista para um conjunto de quatro reuniões sobre a perda auditiva, saúde auditiva, dicas de leitura orofacial e assuntos de interesses sociais. Estas reuniões ocorreram no último sábado dos respectivos meses: Agosto, Setembro, Outubro e Novembro de 2006. Das 436 cartas enviadas compareceram 21 pessoas as reuniões, houve apenas uma desistência. Os sujeitos foram divididos em dois grupos, e poderiam ser abordados assuntos referentes aos seguintes temas: anatomia e fisiologia do sistema auditivo; funcionamento do aparelho auditivo; importância da atividade física na terceira idade; dicas para a leitura orofacial. Antes do início da primeira palestra e após o término da última palestra, foi aplicado o questionário IOH denominado International Outcome Hearing (cox et al, 2002) que é um questionário universal, que pode ser empregado em qualquer programa de reabilitação auditiva, para os usuários de AASI. **Resultados:** O questionário aplicado tem como objetivo obter informações tais como: o número de horas que o paciente usa o aparelho auditivo, sua percepção de si mesmo e do outro em relação à sua perda e sobre sua alegria de viver. Dos participantes, 42% eram homens entre 65 e 87 anos, e 58% mulheres com idades entre 65 e 79 anos. Dos 20 usuários, 35% tinham adaptação binaural e 65% monoaural. Durante o decorrer das palestras e com o conhecimento do grupo, observamos uma mudança no posicionamento dos usuários em relação ao outro, perderam o medo de falar diante de pessoas conhecidas, se integraram bem mais nas palestras. Eles relataram que em reuniões de trabalho, na universidade e em eventos sociais sentiram-se mais preparados para falar e ouvir, sabendo das limitações e aprendendo a lidar com as dificuldades quando estavam em ambientes ruidosos. Além disso, se expressaram melhor em relação ao outro (parceiro e familiares), relataram maior habilidade em lidar com os problemas que surgem na colocação do aparelho auditivo e por entenderem melhor o funcionamento, solucionaram os problemas em casa, sem necessitar de encaminhamento para assistência técnica. O questionário nos mostrou que o uso diário aumentou e que estão mais satisfeitos e integrados com o aparelho auditivo, diminuindo também o isolamento social e familiar. **Conclusões:** O grupo apresenta um número estatisticamente reduzido de sujeitos, no entanto, este trabalho sugere que o atendimento em grupo pode ser uma ferramenta auxiliar aos sujeitos



usuários de AASI. De acordo com os relatos pessoais e resultados comparativos do questionário aplicado, concluímos que houve uma melhora na qualidade de vida do idoso usuário de aparelho auditivo. *Referências Bibliográficas:* BARALDI GS, ALMEIDA LC, BORGES AC. Hearing loss and hypertension: findings in the older by group. Rev. Bras. Otorrinolaringologia. 2004; 70(5): BODANESE LC. Hipertensão arterial no idoso. Rev. Bras. Clin. Cardiol. , 1998; 24(5):194-199. COX RM, STEPHENS D, Kramer SE. Translations of the International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA). Int. J. Audiol. 2002; 41(1):3-26. LESSA I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. Rev. Soc. Cardiologia do Estado de SP, 1999; 9(4):509-518. TAVARES PF. Perda auditiva no idoso: suas interferências na vida psicossocial [monografia]. Itajaí: CEFAC, 2001.

Contato: [jrfono@yahoo.com.br](mailto:jrfono@yahoo.com.br)

**SAÚDE AUDITIVA: RELAÇÕES ENTRE DIAGNÓSTICO, PRESCRIÇÃO E VERIFICAÇÃO DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL E INTERVENÇÃO DE CRIANÇAS ATENDIDAS PELO CENTRO AUDIÇÃO NA CRIANÇA**

NOVAES, B. C. E SILVA, T.A.  
PUC-SP

O diagnóstico precoce, a adaptação de aparelhos de amplificação e a intervenção imediata são de fundamental importância para o desenvolvimento da linguagem oral e, conseqüentemente, melhores possibilidades de integração social da criança. Adaptando bebês e crianças deficientes auditivos com aparelhos de amplificação sonora individual, ou implante cocleares e trazendo-os à terapia de linguagem tão cedo quanto possível é a motivação para toda a ênfase na triagem auditiva neonatal e diagnóstico precoce.

O objetivo deste estudo foi caracterizar e avaliar o processo de indicação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora (prescrição, verificação e validação) e o início da intervenção dos 40 bebês e crianças diagnosticados no primeiro ano de funcionamento do Centro Audição na Criança (CeAC), incluindo a discussão das implicações nos objetivos estabelecidos nas Portarias de Saúde Auditiva do Ministério da Saúde.

A metodologia a ser utilizada foi quantitativa, envolveu o levantamento de quarenta prontuários das crianças de até três anos de idade na primeira consulta no Centro de Audição na Criança – DERDIC, atendidas no período de setembro de 2004 a dezembro de 2005.

Os resultados foram organizados conforme o Formulário de Seleção e Adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora e Individual – Portaria SAS/MS Nº 587, DE 07/10/2004, fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), esse formulário foi utilizado na tabulação dos dados obtidos nos prontuários dos 40 sujeitos do estudo. Foram incluídos: dados demográficos: gênero, idade, idade na primeira consulta, idade que recebeu o AASI; características audiológicas: tipo, grau e configuração da perda; provável etiologia; doenças associadas; Aparelhos de amplificação sonora individual: uni ou bilateral, tecnologia, candidatura a implante coclear, tipo de molde e estratégia de seleção.

**Dados pessoais:**

Dentre os 40 sujeitos, 52,5% (n=21) eram do sexo feminino e 47,5% (n=19) do sexo masculino. A idade das crianças na primeira consulta sugere que ainda é pequena a porcentagem de crianças que chegaram para diagnóstico abaixo de um ano de idade (28%). No entanto, metade dos sujeitos fez a primeira consulta antes dos 15 meses de idade.

**Caracterização do Problema auditivo:**

Dos 40 sujeitos estudados, 65% (n=26) tinham perda neurosensorial de grau profundo, 30% (n=12) neurosensorial de grau severo e 5% (n=2) neurosensorial de grau moderado. Quanto à configuração da perda 82,25 % (n=33) apresentaram perda de configuração plana, 10% (n=4) configuração descendente e 2,5% (n=1) perda em rampa.

Quanto à etiologia, o preenchimento dos prontuários não foi consistente nos quarenta sujeitos analisados. Optamos por descrever os fatores etiológicos mencionados, muitas vezes fatores múltiplos como provável etiologia. Dos 40 sujeitos estudados, 62,50 % (n=25) apresentam diagnóstico etiológico desconhecido, 22,5% (n=9) apresentam diagnóstico etiológico doenças infecciosas, destes 33,3% (n=3) tiveram como etiologia meningite, 11,1% (n=1) toxoplasmose, 33,3% (n=3) rubéola congênita, 11,1% (n=1) citomelagovirose e 11,1(n=1) outras doenças infecciosas. Já a provável etiologia relacionada à genética apenas dos 2,5 % (n=1) dos sujeitos. O uso de

medicação ototóxica como provável etiologia ocorreu em 2,5% (n=1) dos sujeitos. As causas perinatais como provável etiologia ocorreu em 12,5% (n=5), destas 20% (n=1) ocorreu trabalho de parto prolongado, 20% (n=1) anóxia, 60% (n=3) prematuridade e 10% (n=1) hiperbilirrubinemia.

#### **Dados dos aparelhos selecionados**

A Portaria da Saúde Auditiva divide a tecnologia dos aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) em Tipo A, Tipo B e Tipo C, dos 40 sujeitos a indicação de AASI apresentou a seguinte indicação: 57,5% (n=23) Tipo A, 32,5% (n=13) Tipo B e 10% (n=4) Tipo C.

#### **Considerações finais**

Através desses achados pode –se concluir: a distribuição da idade de chegada das crianças para diagnóstico pareceu apontar para uma tendência a chegada antes dos 15 meses de idade, sendo ainda relativamente pequena a proporção de bebês antes de um ano de idade; a maioria apresenta perda severa ou profunda (95%); o Tipo de AASI: retroauricular e a categoria mais indicada Tipo A; a Etiologia mais comum (1º desconhecida, 2º causas perinatais e 3º doenças infecciosas).

Sendo assim, há a necessidade de padronização dos dados incluídos no prontuário para melhor sistematização da população atendida no CeAC acompanhada da criação de um banco de dados informatizado para facilitar acesso às informações.

**Contato:** [tati.alen@bol.com.br](mailto:tati.alen@bol.com.br) e [beatriznovaes@pucsp.br](mailto:beatriznovaes@pucsp.br)

**VOZ**  
**MOTRICIDADE ORAL**

**PARALISIA UNILATERAL DE PREGA VOCAL: CONTRIBUIÇÃO DA FONOTERAPIA PRÉ E PÓS TIREOPLASTIA**

ALMEIDA, A.C.B., BENIGNO, P., TOLEDO, R. N., VALE-PRODOMO, L. P., ANGELIS, E. C  
HOSPITAL DO CÂNCER AC. CAMARGO

**Introdução e Literatura:** A laringe é um órgão responsável por várias funções, das quais as mais importantes são a respiração, fonação e deglutição. Para que a laringe exerça estas funções corretamente, faz-se necessário uma integridade anatômica e funcional. A manifestação da paralisia de prega vocal dá-se de várias formas, dependendo do nervo atingido e do local da lesão, levando uma redução do funcionamento dos músculos da laringe. Além da fonoterapia, outros tratamentos podem ser utilizados, de forma isolada ou combinada à fonoterapia como, por exemplo, a tireoplastia de medialização proposta por Isshiki em 1994, que corrige a insuficiência glótica das pregas vocais. Esta técnica pode atuar diretamente sobre a modificação da configuração glótica e do padrão vibratório das pregas vocais.

D'Antonio et al. (1995) realizaram testes de percepção vocal aerodinâmica e avaliações endoscópicas em 12 pacientes com paralisia unilateral de prega vocal, sendo que 6 foram tratados com injeção de teflon e 6 com tireoplastia tipo 1. O grupo com Tireoplastia tipo I teve qualidade vocal e dados aerodinâmicos quantitativos significativamente melhores. Estes resultados sugeriram que a tireoplastia tipo I parece ser o método mais favorável para a melhora da função vocal laríngea<sup>(12)</sup>. Schneider, Denk, Bigezahn (2003) verificaram os efeitos vocais da tireoplastia de medialização em 28 pacientes com paralisia unilateral de prega vocal através de videoestroboscopia, avaliação perceptivo-auditiva e acústica das vozes antes e após a cirurgia. Observaram redução da aspereza, rouquidão, melhora do controle respiratório e do fechamento glótico. **Objetivo:** Apresentar a contribuição da fonoterapia na qualidade vocal antes e após tireoplastia tipo I em um paciente com paralisia de prega vocal. **Métodos:** Paciente do sexo masculino, 79 anos com queixa de rouquidão há 2 meses, após episódio gripal foi encaminhado ao Departamento de Fonoaudiologia do Hospital do Câncer AC. Camargo com diagnóstico otorrinolaringológico de paralisia de prega vocal paramediana esquerda, onde realizou 16 sessões de fonoterapia antes de ser submetido à tireoplastia tipo I e 15 sessões após a cirurgia.

Realizada coleta de dados via prontuário, análises perceptivo-auditivas e acústicas feitas por duas fonoaudiólogas titulares deste hospital e avaliações telaringoscópicas realizadas por um otorrinolaringologista titular do mesmo hospital. Os exames em questão foram referentes ao momento desde a entrada do paciente na instituição até a sua alta da fonoterapia, realizada após a tireoplastia. **Resultados e comentários:** Na avaliação laringológica, constatou-se uma melhora significativa em todos os aspectos analisados, com a normalização do fechamento glótico após a tireoplastia. Em relação à análise perceptivo-auditiva observou-se melhora discreta em todos os parâmetros, principalmente no grau geral da disфония e nos parâmetros de rugosidade e sopro. Houve aumento progressivo do TMF até a última avaliação. A IPFA, logo após a tireoplastia mostrou uma discreta piora, porém, normalizou-se com a fonoterapia. Após a tireoplastia houve discreta melhora de *jitter*, *shimmer* e NHR e melhora significativa destes parâmetros após fonoterapia. Em nossos resultados,

observamos, principalmente, que os dados laringológicos e o desempenho vocal nas variáveis investigadas, considerando-se os diferentes momentos apresentaram-se melhores. A maioria dos dados telaringológico, perceptivo auditivo e acústico apresentaram concordância com as técnicas utilizadas no estudo. Apesar do *gap* glótico significativo, a fonoterapia pré-tireoplastia favoreceu o trabalho fonoaudiológico pós-cirurgia, o que beneficiou o paciente com resultados mais rápidos e eficazes. **Conclusões:** A fonoterapia pré e pós tireoplastia tipo I maximizou os resultados da cirurgia, principalmente em relação a estabilidade vocal, fato que proporcionou uma evolução mais rápida e efetiva com máximo de rendimento para o paciente.

**Contato:** [carolmeida@gmail.com](mailto:carolmeida@gmail.com)

## **AVALIAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PELOS TELEJORNALISTAS PARTICIPANTES**

JBM AZEVEDO; LP FERREIRA; KYRILLOS L; LEITE L.  
PUC-SP

**INTRODUÇÃO:** Por trás das câmeras existe um trabalho de toda uma equipe; porém, o produto final de um jornal chega aos telespectadores pela atuação de poucos profissionais, geralmente os apresentadores e os repórteres, e por meio de um veículo que é imediato e que pode amplificar detalhes. Diante disso, o êxito na transmissão da notícia depende muito da maneira que a pessoa se comunica. Essa deve ser narrada claramente, pois a forma como a frase é dita e interpretada pode expressar, ou não, os reais sentimentos e intenções do falante, criando um vínculo com o ouvinte ou fazendo-o simplesmente perder o interesse pela informação (COTES, 2004).

**OBJETIVO:** Verificar a avaliação de uma proposta de intervenção fonoaudiológica pelos telejornalistas participantes. **MÉTODO:** Participaram deste estudo seis telejornalistas (T) de uma emissora de televisão universitária. Inicialmente foi realizado um mapeamento do contexto ocupacional e das demandas, por meio de um questionário de avaliação ocupacional da voz falada; avaliação do desempenho, a partir de avaliação fonoaudiológica de videogravações, e observação *in loco*. Foram então submetidos a uma intervenção fonoaudiológica realizada em grupo, uma vez por semana, com duração de duas horas e meia cada, durante um mês, totalizando assim quatro encontros, com uma carga horária de dez horas. Todas as oficinas foram ministradas pela mesma fonoaudióloga. A elaboração dessa oficina foi subsidiada pela resposta ao questionário e pelo mapeamento do contexto ocupacional da demanda. Buscou-se na literatura sugestões para esse trabalho, com o objetivo de aprimorar a atuação profissional dos principais aspectos levantados pelos telejornalistas e pelas observações e avaliações fonoaudiológicas realizadas. Ao final do processo de intervenção foi entregue uma ficha de avaliação para os telejornalistas participantes, a fim de que eles descrevessem, de forma livre, os aspectos positivos e negativos da intervenção fonoaudiológica. **RESULTADOS:** Após o mapeamento da demanda dos telejornalistas participantes, observaram-se alguns pontos a serem trabalhados, tanto de recursos vocais quanto não-verbais. Entretanto, o que mais chamava a atenção na comunicação dos sujeitos era o uso inadequado dos recursos não-verbais. É importante ressaltar que, de forma geral, os aspectos mapeados pelos telejornalistas deste estudo não diferiram do apontado pela literatura para essa população. Porém, foram fundamentais para auxiliar na determinação da frequência e duração a ser direcionada a cada parâmetro durante a intervenção. Os aspectos positivos da intervenção relatados pelos participantes, em ordem decrescente, foram: auto-percepção e percepção dos outros; conhecimento de técnicas; treinamento de *off* e apresentação em estúdio; exercício de dicção; noção de saúde vocal; reforço de técnicas; conhecimento de aquecimento/desaquecimento vocal; e exercício de recursos não-verbais. Os aspectos negativos foram: tempo reduzido; pouco material para auto-avaliação; pouco acompanhamento individual; período de realização inadequado; e dificuldade em horário compatível entre os participantes. **CONCLUSÃO:** Avaliar os pontos positivos e negativos da intervenção, na opinião dos telejornalistas, foi fundamental, na medida em que forneceu informações da opinião dos sujeitos participantes, e permitiu o conhecimento de dados importantes, antes desconhecidos, sobre a realização da intervenção e que podem subsidiar outras intervenções com esses profissionais. Ao se refletir sobre os aspectos mais pontuados, acredita-se que a intervenção promoveu um impacto positivo nos telejornalistas.

**REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA**

Cotes CSG. Gesto corporal e articulatório. In: Anais do XIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2004; Foz do Iguaçu, BR: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2004.

**Contato: [fono\\_juli@hotmail.com](mailto:fono_juli@hotmail.com)**

## **ROUQUIDÃO EM FREQUENTADORES DE PARQUE DE SÃO PAULO E SUA ASSOCIAÇÃO COM SAÚDE E MEIO AMBIENTE**

FERREIRA, LP <sup>1</sup>; LATORRE, MRDO <sup>2</sup>; OLIVEIRA, RH <sup>3</sup>; TRINDADE, LLM <sup>4</sup>  
PUC/SP  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP

**INTRODUÇÃO:** A atuação fonoaudiológica na área de voz no Brasil é cada vez mais crescente e as pesquisas têm privilegiado as questões clínicas, com destaque para a alteração vocal instalada e questões relacionadas aos profissionais da voz. A população como um todo, em contexto de vida cotidiana ou de lazer, pouco têm sido estudada.

As pesquisas freqüentemente fazem referência a inúmeras queixas vocais, como a perda de voz, rouquidão, cansaço ao falar, garganta seca, pigarro, dor ao falar, entre outras (Smith et al, 1997 <sup>14</sup>; Simberg et al, 2000 <sup>11</sup>; Simões et al, 2000 <sup>12</sup>; Yiu, 2002 <sup>16</sup>; Ferreira et al, 2003 <sup>5</sup>; Simões, Latorre, 2006 <sup>13</sup>). Tais queixas têm mostrado relação com outras questões que independem do uso vocal, como por exemplo, as relacionadas ao contexto ocupacional (função, tempo e horário de trabalho, satisfação com o trabalho, bom relacionamento com os colegas, entre outros), ao meio ambiente (presença de ruído, poeira, fumaça, umidade, temperatura, e iluminação inadequadas, entre outros (Zucki, 2006 <sup>18</sup>; Oliveira, 2006, <sup>9</sup>) e saúde em geral (audição, alergias, resfriados freqüentes, dor de estômago, dor no corpo, problemas de coluna, entre outros (Chaves, 2006 <sup>2</sup>); (Thomé, Souza, 2006 <sup>15</sup>), mas poucos são aqueles que pesquisam o levantamento de ocorrências de queixas vocais e sua relação com algumas questões de saúde, incluindo hábitos e questões do meio ambiente.

**OBJETIVO:** Analisar a auto percepção de queixa de rouquidão e sua relação com queixa de cansaço ao falar, questões de saúde, e do meio ambiente e, freqüentadores de um parque da Cidade de São Paulo. **MÉTODO:** Estudo transversal realizado em uma área de lazer da cidade de São Paulo (SP) chamado Parque do Ibirapuera. A realização da pesquisa ocorreu em alguns finais de semana dos meses de setembro e outubro de 2003. Os freqüentadores foram escolhidos de maneira aleatória e participaram da pesquisa de forma voluntária. Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados através de questionário padronizado que contemplava questões demográficas (sexo e idade), sócio econômicas (escolaridade e profissão), de hábitos vocais (rouquidão, cansaço ao falar, ardor, pigarro, falar muito alto), além de tabagismo, presença de alergias/resfriados/ problemas na garganta e exposição á poeira e /ou ruído no ambiente de trabalho. Como variável dependente foi considerada a presença de rouquidão, e como variáveis independentes as demais variáveis. A análise de associação entre a auto percepção de queixa de rouquidão e as demais variáveis foi feita, utilizando o teste de qui quadrado com correção de Yates e modelo de regressão logística univariados e múltiplo. Na modelagem múltipla, utilizou-se procedimento *stepwise forward*. **RESULTADOS:** Com relação a rouquidão, dos 239 entrevistados, 156 (65,3%) referiram nunca apresentar, 67 (28%) apresentam as vezes e 16 (6,7%) sempre. Houve associação estatisticamente significantes com auto percepção de queixa de rouquidão entre aqueles que referiram cansaço ao falar ( $p=0,001$ ), ardor ( $p<0,001$ ), pigarro ( $p=0,002$ ) e problemas de resfriado e alergias/problemas de garganta ( $p=0,003$ ). Foram fatores independentes e significativos associados a auto percepção de queixa de rouquidão, a presença de cansaço ao falar as vezes (ORaj= 2,5;  $p=0,024$ ), a presença de ardor sempre (ORaj=9,5;  $p=0,050$ ) ou as vezes (ORaj= 2,2;  $p=0,027$ ), de pigarro as vezes (ORaj= 2,1;  $p=0,022$ ) , a presença de alergias/resfriados/ problemas na garganta sempre (ORaj= 2,4;  $p=0,028$ ), cansaço ao falar as vezes (ORaj=2,3;  $p=0,039$ ), ardor as vezes (ORaj= 2,1;  $p=0,035$ ), pigarro as vezes (ORaj= 2,2;  $p=0,021$ ) e



alergias/resfriados/problemas de garganta sempre (ORaj=2,3; p=0,037).  
**CONCLUSÃO:** Diversos hábitos vocais foram associados à ocorrência de rouquidão e devem ser considerados pelo fonoaudiólogo em todos os níveis de sua atuação.

Referências Bibliográficas:

R Smith E, Gray SD, Dove H, Kirchner HL, Heras H. Frequency and effects on teachers voice problems. *Journal of Voice* 1997; 11 (11) 81-87

Simberg E, Laine A, Sala E, Ronnema AM. Prevalence of voice disorders among future teachers. *Journal of Voice* 2000, 14 (2) 231-235.

Simões M, Latorre MDR, Bitar ML. Uso profissional da voz por educadores de creches- achados preliminares. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia* 2000 (7) 28-35

Yiu EML. Impact and prevention of voice problems in the teaching profession: embracing the consumers view. *Journal of Voice* 2002, 16 (2) 215-228

Ferreira LP, Giannini SPP, Silva EE, Karmann D, Thomé de Souza TM. Condições de produção vocal de professores da prefeitura do município de São Paulo- *Revista Distúrbios da Comunicação* 2003, 14, 275:308.

Simões, Márcia; Latorre, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Prevalência de alteração vocal em educadoras de creche e sua relação com auto percepção. *Ver. Saúde Pública*, dez 2006, vol 40, numero 6, p 1013-1018. ISSN 0034-8910.

Zucki, Fernanda. Percepção de estudantes, profissionais e coordenadores de graduação em educação física sobre o ruído em sua profissão. *Revista Distúrbios da Comunicação*. Volume 18. Número 1. Abril, 2006

Oliveira, TC. Relações das condições de trabalho, qualidade de vida e percepção da voz em professores no ensino médio da rede municipal de Belo Horizonte. *Revista Distúrbios da Comunicação*, Volume 18, Número 1, Abril 2006.

Chaves, AF. A voz e os hábitos de vida em freqüentadores do parque Ibirapuera. *Revista Distúrbios da Comunicação*. Volume 18. Número 1. Abril, 2006.

---

Souza, CL; Thomé, CR. Queixas vocais em locutores de rádio da cidade do Salvador- Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. V 30-n 2, p 272-283, jul/dez 2006.

Contato: [lucianaleitemt@yahoo.com.br](mailto:lucianaleitemt@yahoo.com.br)

## **CARACTERIZAÇÃO DO TEMPO MÁXIMO DE FONAÇÃO EM INDIVÍDUOS GAGOS E NÃO GAGOS**

LUCIANA LEITE MESQUITA TRINDADE; PROFA. DRA. ANA MARIA SCHIEFER  
UNIFESP

**INTRODUÇÃO:** A fala fluente é um processo aparentemente contínuo e suave, que necessita de perfeita sincronização respiratória, início suave e harmônico, sustentação da coluna de ar e vibrações da glote, porém freqüentemente podem ocorrer rupturas em seu fluxo. Na fala encadeada essas rupturas são denominadas de disfluências, sendo que estas podem ser classificadas como típicas ou mais comuns e atípicas ou menos comuns. As disfluências típicas da fala são caracterizadas por: interjeições, hesitações, revisões, palavras incompletas, repetições de frases e palavras (até 2), e as atípicas por: repetição de palavras (mais de 3), repetição de sílaba, repetição de som, prolongamento, bloqueio, pausa longa e intrusão. O indivíduo gago apresenta tensões nas regiões oral, cervical e diafragmática. A tensão diafragmática é aquela que impede a expressão livre e coordenada da fala. Além disso, o gago pode apresentar bloqueios de sonoridade, distúrbios de melodia, alterações no ritmo pneumofônico com antagonismos entre as atividades torácica e abdominais, inspiração e expiração prolongada, interrupção total da respiração, tentativas de fala durante tomada de ar, além de alterações de intensidade, tônico posturais e tensão cervical com intumescimento das veias do pescoço. Desta forma, alguns autores tem tentado descrever os aspectos respiratórios em falantes fluentes, mas ainda são poucos aqueles que analisam o padrão respiratório em indivíduos gagos. **OBJETIVO:** Verificar a coordenação entre respiração e fonação em indivíduos gagos, utilizando como instrumento de análise o tempo máximo de fonação, verificar o tempo máximo de fonação em indivíduos do sexo masculino e feminino fluentes e que manifestam gagueira, bem como verificar se o grupo de indivíduos gagos tem maior dificuldade em ajustar a laringe para uso eficiente de ar durante a fonação por meio da mensuração do tempo máximo de fonação. **METODO:** Foram selecionados 30 indivíduos, sendo 15 com diagnóstico de gagueira e 15 falantes fluentes, do sexo masculino e feminino. Os indivíduos que constituíram o grupo com gagueira, foram diagnosticados no Ambulatório de Avaliação e Diagnóstico da Disciplina de Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no ano de 2005. Os indivíduos que constituíram o grupo controle, ou seja, de falantes fluentes, foram selecionados na comunidade. No grupo de indivíduos gagos, a faixa etária variou de 17 a 47 anos (média: 28,6 anos) e no grupo de indivíduos fluentes a faixa etária variou de 18 a 45 anos (média: 27,9 anos). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido e em seguida foram realizadas as medidas do tempo máximo de fonação das vogais /a/, /i/, e /u/, sustentadas isoladamente, em indivíduos gagos de diferentes graus de severidade e em indivíduos fluentes, através do cronômetro, em sala acusticamente tratada. **RESULTADOS:** Dos 30 indivíduos investigados, observou-se que todos os gagos independente do grau de severidade e do sexo, apresentaram tempo máximo de fonação encurtado quando comparados aos indivíduos fluentes. **CONCLUSÕES:** Concluiu-se que os grupos estudados eram homogêneos quanto a faixa etária, independente do sexo; os indivíduos gagos apresentaram tempo máximo de fonação (TMF) menor do que os falantes fluentes para as vogais /a/, /i/ e /u/, independente do sexo; o tempo máximo de fonação dos indivíduos gagos e não gagos do sexo masculino foi maior do que os valores encontrados em indivíduos gagos e não gagos do sexo feminino; o grau de severidade da gagueira mostrou relação direta com o tempo máximo de fonação em indivíduos

gagos, ou seja, quanto maior o grau de severidade da gagueira, menor o tempo máximo de fonação do indivíduo.

**Contato: [lucianaleitemt@yahoo.com.br](mailto:lucianaleitemt@yahoo.com.br)**

**PROFESSORES COM DISTÚRBIOS VOCAIS: EFEITOS DO MÉTODO DE  
RESSONÂNCIA LESSAC-MADSEN**

LUCIANA VIEIRA DIAS ALVES DE OLIVEIRA; MARTA ASSUMPÇÃO DE ANDRADA E  
SILVA  
PUC-SP

**INTRODUÇÃO:** o Método de Ressonância *Lessac-Madsen* para terapia vocal é um treinamento baseado predominantemente na voz ressonante. Essa voz envolve uma produção saudável com as pregas vocais ligeiramente abduzidas e propicia uma produção forte, clara e com mínimo esforço. **OBJETIVO:** verificar os efeitos pré e pós o programa baseado no Método de Ressonância *Lessac-Madsen* em professores que apresentam distúrbios vocais. **MÉTODOS:** o estudo foi realizado em um Hospital Público da cidade de São Paulo com 17 professoras com diagnóstico médico de nódulos em pregas vocais, divididas em dois grupos: experimental-GE e controle-GC (respectivamente 10 e 7). Os dez participantes do GE foram atendidos individualmente, num total de oito sessões, uma vez por semana, seguindo o programa do Método de Ressonância *Lessac-Madsen*. Todas as professoras foram submetidas a duas avaliações, inicial e final: protocolo para verificação dos sintomas vocais e mudanças na voz ao longo da aula, nota atribuída pela professora a respeito de sua voz, gravação da voz, videolaringoscopia e protocolo para verificar os benefícios do método segundo a percepção das próprias professoras, sendo esse último realizado apenas pelo GE. As gravações das vozes foram submetidas à avaliação perceptivo-auditiva por meio da fala encadeada e espontânea e análise acústica por meio das vogais /a/ e /i/. **RESULTADOS:** na avaliação final, verificou-se no GE redução estatisticamente significativa em todos os sintomas vocais e aumento significativo das notas quanto ao desvio global da voz quando comparado à avaliação inicial (4,70%) e final (8,50%). A avaliação perceptivo-auditiva apontou melhora na qualidade vocal, na ressonância, no *pitch*, na *loudness* e no ataque vocal. As medidas da análise acústica indicaram redução estatisticamente significativa dos parâmetros de irregularidade, *shimmer* e *jitter*, e os valores de f0 e da PHR foram maiores, porém sem significância estatística nesses resultados. No diagnóstico otorrinolaringológico por meio da videolaringoscopia constatou-se redução significativa da lesão nodular em 50% da amostra. Quanto aos benefícios vocais pós-método, 70% das professoras revelaram bastante redução nos sintomas vocais, voz mais clara, seguida de falar fácil. Da amostra, 50% revelaram muito mais facilidade no falar forte e 70% declararam bastante dedicação ao tratamento. Usar a voz ressonante em outros contextos comunicativos foi relatado pelas professoras (50%) como bastante. Toda a amostra (100%) revelou que o método foi muito interessante. No GC não ocorreu melhora nos parâmetros avaliados. **CONCLUSÃO:** os resultados permitiram verificar os benefícios do Método *Lessac-Madsen* na redução significativa dos sintomas vocais, melhorias na qualidade vocal, ressonância, *pitch*, *loudness* e ataque vocal, modificações positivas nos parâmetros acústicos avaliados, redução da lesão nodular e possibilitou ao professor usar a voz mais clara, de maneira fácil e sem esforço ao longo da aula.

Contato: [fonoluciana@hotmail.com](mailto:fonoluciana@hotmail.com)

## **O CONCEITO E O TRABALHO DE RESSONÂNCIA VOCAL NA VISÃO DOS PROFESSORES DE CANTO**

LUCIANA VIEIRA DIAS ALVES DE OLIVEIRA, SONIA CRISTINA COELHO DE OLIVEIRA, EDILENE ARGOLLO VIEIRA E MARTA ASSUMPCÃO DE ANDRADA E SILVA  
PUC-SP

**INTRODUÇÃO:** É importante que os fonoaudiólogos que trabalham com o canto se aproximem dos termos e do trabalho de ressonância utilizados pelos professores de canto. **OBJETIVO:** analisar o conhecimento dos professores de canto sobre o conceito e o trabalho com a ressonância. **MÉTODOS:** Foi aplicado um questionário com 8 perguntas abertas a 10 professores de canto, populares e eruditos. As perguntas investigaram o conceito de ressonância, as estruturas envolvidas, as definições de impostação, projeção, cor e brilho, a necessidade do trabalho com a ressonância, as técnicas empregadas e as possíveis dificuldades encontradas durante sua aplicação. **RESULTADOS:** 50% dos professores definiram ressonância como a amplificação do som e 30% como vibração e amplificação do som. Quanto às estruturas envolvidas 20% citou as estruturas ósseas; 20% os seios paranasais, cavidade oral, faringe e laringe; 20% as fossas nasais, boca e palato; 20% as regiões supra e infraglótica e 20% faringe, laringe e cavidade torácica. A impostação foi relatada como colocação da voz em 50% dos professores, seguida de emissão vocal correta em 30%. Com relação à projeção, 30% mencionou ser a propagação do som e 30% emissão e projeção da voz, seguida de amplificação do som com intensidade. A cor foi verificada como o uso adequado das caixas de ressonância em 30% da amostra. O brilho foi definido como voz natural, aberta e leve, modificada de acordo com a intensidade e tonicidade das pregas vocais para 50%. A necessidade de trabalhar com a ressonância foi constatada por todos os entrevistados (100%). Quanto às técnicas utilizadas, 30% trabalha com o boccachiusa e vocalizes, 30% com relaxamento, respiração e vocalizes, 20% sons nasais e exercícios de percepção e, 20% apenas vocalizes. Dessa amostra, 70% relatou que teve dificuldade em trabalhar a ressonância. **CONCLUSÃO:** Verificamos aproximação com relação aos conceitos de ressonância e impostação vocal. Houve controvérsias quanto às estruturas envolvidas na ressonância. As definições de cor e brilho se apresentaram de formas variadas. Houve unanimidade quanto às dificuldades de trabalhar a ressonância. Esse trabalho propicia uma voz mais expressiva e saudável e é de extrema relevância para os professores de canto, que priorizam os vocalizes como as técnicas mais empregadas.

**CONTATOS:** [fonoluciana@hotmail.com](mailto:fonoluciana@hotmail.com)

## **A EXPRESSIVIDADE DO TELEJORNALISTA: COMPARAÇÃO EM SITUAÇÃO DE APRESENTAÇÃO E OFF**

PRISCILA LOMBARDO E LENY KYRILLOS  
PUC-SP

**Introdução** A televisão brasileira completou, no ano de 2000, cinquenta anos de existência. Oficialmente, ela chegou aos lares do país no dia 18 de setembro de 1950. Durante esse período, ela desenvolveu-se, expandiu-se, e passou a levar notícias, serviços, esportes e entretenimento para milhares de pessoas, 24 horas por dia, tornando-se o mais importante e poderoso canal de comunicação do país. Seis grandes redes de televisão fazem a cobertura de todo o território nacional: Globo, SBT, Record, Bandeirantes, RedeTV e Cultura. O uso profissional da voz tem ocupado, cada vez mais, um lugar de destaque na mídia. Alguns profissionais não conseguem se expressar de maneira clara e objetiva por problemas associados à voz e a outros recursos, tais como a falta de expressividade corporal e a velocidade de fala. Quando o assunto é voz, esses profissionais devem se preocupar em transmitir a notícia com credibilidade, necessitando de uma boa clareza articulatória, qualidade vocal, modulação, ênfases das palavras e entonação adequada. Instrumentalizar a voz é essencial ao telejornalista para transmitir ao público confiança e credibilidade, seja ela utilizada em aparições ao vivo ou gravadas.

**Objetivo** é analisar a expressividade vocal do apresentador de telejornal em duas situações distintas: na leitura da cabeça da matéria (ao vivo) e na leitura do *off* (gravado), verificando quais os parâmetros vocais que se mantêm e quais realmente se modificam ou se diferem de uma situação para a outra.

**Métodos** Serão utilizadas amostras de fala que constituam gravações de trechos de telejornais, achados em emissoras de televisão nacionais, no período noturno. Avaliaremos quatro telejornais de emissoras distintas, em trechos de gravação ao vivo e da leitura do *off*.

As amostras serão gravadas em fita VHS por meio de um videocassete Panasonic. Os telejornais a serem gravados serão de emissoras de televisão nacionais - Globo, SBT, Bandeirantes e Record - com transmissão noturna.

Em seguida, o material será avaliado por uma profissional com 10 anos de experiência na área de assessoria a telejornalistas. Serão observados, no protocolo de avaliação fonoaudiológica da Central Globo de Jornalismo.

Após a análise dos dados, os resultados serão descritos por meio de tabulação estatística, evidenciando assim a sua cientificidade.

**Contato:** [priscilalombardo@yahoo.com.br](mailto:priscilalombardo@yahoo.com.br)

## **PERCEÇÃO DE EXPRESSIVIDADE NA OPINIÃO DE FREQUENTADORES DE UM PARQUE DE SÃO PAULO**

MARTA ANDRADA E SILVA, L P FERREIRA, A C GHIRARDI, N C V MEDEIROS  
PUC-SP

**INTRODUÇÃO:** A expressividade é um tema que vem sendo cada vez mais abordado nas produções científicas da área da Fonoaudiologia. A literatura refere que a expressividade é percebida por grande parte dos indivíduos como estando associada a aspectos positivos da comunicação, como: falar bem, ser expansivo, ser desinibido, não ter vergonha de falar, entre outros. No entanto, a expressividade é uma característica individual da fala de todos os sujeitos, que pode ou não estar relacionada a esses aspectos. Até mesmo uma pessoa com uma fala dita monótona é expressiva, pois ela transfere a seus interlocutores algum efeito de sentido. Com isso, as funções expressivas percebidas no complexo processo comunicativo não estão associadas de forma exclusiva à transmissão da mensagem ou ao conteúdo desta, mas também à maneira particular como ela atinge o outro, o que desperta neste diferentes emoções, sensações, vontade de pensar junto e construir idéias. **OBJETIVO:** Caracterizar o conceito de expressividade na opinião de frequentadores de um parque público da cidade de São Paulo. **MÉTODO:** A pesquisa foi realizada em um parque público da cidade de São Paulo e os frequentadores desse local foram entrevistados. Foi feita a seguinte pergunta de caráter aberto à população mencionada: “*Você se considera expressivo? Por quê?*”. As respostas foram digitalizadas em planilha de Excel e a população foi caracterizada de acordo com sexo, idade, profissão e escolaridade. As respostas foram então categorizadas de acordo com suas proximidades semânticas. Os dados foram tratados estatisticamente e os cruzamentos (sexo, idade, ser ou não profissional da voz e se considerar expressivo ou não) foram realizados aplicando o Teste Estatístico de Qui-Quadrado (significância –  $p < 0,05$ ). **RESULTADOS:** Foram analisadas as respostas de 370 sujeitos, dos quais a maioria era do sexo feminino (57%) e com idade média de 36 anos. Metade da amostra possuía nível superior, dos quais 33% eram profissionais da voz, enquadrados nas seguintes categorias: atender o público (10%), vender (9%), administrar (6%), educar (6%) e advogar (2%). Do total de sujeitos, 63% se consideraram expressivos, 25% referiram que se comunicam bem e 25% atribuíram a sua expressividade a características de personalidade, como simpatia, alegria, entre outros. Pode-se verificar que o cruzamento da variável sexo com a variável expressividade foi significativa estatisticamente ( $p = 0,001$ ), o que indica uma tendência de que as mulheres se consideram mais expressivas que os homens. No entanto, não foi verificada significância estatística para os cruzamentos da expressividade com a faixa etária e com a profissão. **CONCLUSÃO:** A expressividade é entendida pela população em geral como uma característica sinônima de boa comunicação e que está vinculada a aspectos positivos do discurso. É percebida como uma habilidade que apenas os “bons falantes” possuem, o que esteve associado a respostas como: falar muito, usar gestos para falar, ser alegre, expansivo, persuasivo. Os entrevistados relacionaram a expressividade com as necessidades exigidas em sua profissão. Em nenhuma resposta foi verificada a associação da expressividade a aspectos “negativos” da comunicação, o que reforça a idéia de que, na opinião do público, para ser expressivo é necessário “falar bem”.

Contato: [nielemedeiros@gmail.com](mailto:nielemedeiros@gmail.com)

## **EMOÇÃO: EFEITOS SOBRE A VOZ E A FALA NA SITUAÇÃO EM PÚBLICO**

R. ASSUMPCÃO BARBOSA & S. FRIEDMAN  
PUC-SP

**Introdução:** A sociedade em que vivemos atravessa um momento de busca sempre constante pela perfeição por meio de tecnologias cada vez mais avançadas e dentro de um mercado de trabalho cada vez mais competitivo. Na área da Fonoaudiologia, essa tendência de aperfeiçoamento tem se refletido no aparecimento de pessoas que buscam um trabalho para a voz e para a fala não necessariamente por apresentarem lesão laríngea, alteração vocal ou articulatória, mas para aprimorar a própria voz e o modo de falar. Assim, o trabalho fonoaudiológico vem sendo solicitado para além das questões clínico-terapêuticas estritas. Entre os sujeitos que buscam o aperfeiçoamento vocal e de fala, estão aqueles que referem o medo ou a dificuldade para falar em público. Aparentemente, é grande o número de pessoas que sentem esse tipo de medo. O caminho mais procurado por essas pessoas tem sido os cursos de Oratória, provavelmente por ser esta uma área conhecida há séculos. A Fonoaudiologia, ciência que vem se constituindo a partir do século XX, está começando a ser chamada para esse terreno e a ficar conhecida como uma área científica que também trabalha com a questão.

**Objetivo:** estudar os efeitos da emoção sobre a situação de falar em público em um conjunto de pessoas que referiram ter dificuldade para fazê-lo, pondo em foco a relação entre emoções, características de fluência de fala e voz.

**Método:** participaram deste estudo quatro pessoas que referiram dificuldade para falar em público. Os dados foram coletados em três momentos diferentes: 1- situação de seminário ou palestra; 2- entrevistas momentos antes da apresentação 3- entrevistas logo após a apresentação. Os dados das apresentações foram descritos e analisados em relação à fluência de fala e às características da voz. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise de discurso proposta por Rosalind Gill (2002)\*.

**Resultados:** a transcrição do discurso permitiu organizá-lo em cinco categorias: estado emocional/afetivo; contexto; dimensão física; julgamento e como lidar. Foi observado que antes da apresentação os participantes referiram estados negativos como medo e insegurança. Após a apresentação referiram estados positivos como tranquilidade e alívio. O medo ligado ao ato de falar esteve presente para todos os participantes. Todos os medos referidos estiveram sempre relacionados ao fato de estar sendo olhado pelo outro. Sobre os parâmetros vocais, a pesquisa mostrou que o estado emocional alterado pode interferir nos parâmetros: coordenação pneumofonoarticulatória; velocidade de fala; inteligibilidade de fala; vícios de linguagem; adequação da ênfase e curva melódica.

**Conclusão:** as categorias por nós definidas podem ser entendidas como uma estrutura que mostra, na singularidade de cada participante, elementos ligados à dificuldade de falar em público. Do ponto de vista geral, vê-se a mútua influência entre: estado interno do falante, contexto social e possibilidades do falante objetivar-se na produção de padrões de voz. Isto revela que a fala é um acontecimento complexo e, portanto, impossível de ser apreendido fora da dialética entre sujeito (suas crenças e valores) e o contexto social.

\* Gill, R. Análise do Discurso. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 244-70.

**Contato:** [reassump@yahoo.com.br](mailto:reassump@yahoo.com.br); [silfriedman@terra.com.br](mailto:silfriedman@terra.com.br)



## SAÚDE PÚBLICA

### PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM DIVERSOS CONTEXTOS

**MARIANGELA LOPES BITAR E CAMILA HANA DE ARAUJO NISHIDA**  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial de Saúde, Educação em Saúde é “a combinação de ação social e planejada e de experiências de aprendizagem planejada visando capacitar as pessoas para que adquiram controle sobre os determinantes de saúde, sobre o comportamento em saúde e sobre as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e o estado de saúde das outras pessoas”.

As ações de educação em saúde na infância são importantes e se agregam às ações em Promoção da Saúde. Toda ação educativa deve promover o indivíduo e não tentar ajustá-lo a determinados padrões sociais. Orientações e mudanças de hábitos, ainda nesta fase, podem evitar a criação de hábitos não favoráveis à saúde e evitar problemas futuros, contribuindo para a construção de uma nova cultura acerca da saúde. A participação do indivíduo na sociedade resulta do amadurecimento de sua consciência e capacidade crítica.

Por conseguinte, a escola é um espaço de vida importante para a realização de ações em educação e promoção da saúde. Além de exercer uma função pedagógica específica, desempenha função sócio-política que visa transformação da sociedade, o exercício da cidadania e o acesso às oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem o que justifica a concretização de ações em promoção da saúde voltadas para a comunidade escolar.

FOCESI (1992, p.19) afirma que “*A Educação em Saúde na escola é o processo pelo qual se pretende colaborar na formação de uma consciência crítica no escolar, que resulte na aquisição de práticas visando a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde da comunidade da qual ela faz parte.*”.

**Objetivos:** O trabalho teve por objetivo identificar as práticas de educação em saúde utilizadas em diversos contextos e verificar seus resultados, com vistas a aprimorar as ações e práticas desenvolvidas pelo Programa Creche do Curso de Fonoaudiologia da FMUSP nas instituições com as quais tem parcerias .

**Método:** O estudo pautou-se em revisão bibliográfica sobre experiências nacionais em práticas de educação em saúde, a partir da LDB 9394/96. Considerando-se a base de dados SCIELO foram levantadas publicações segundo os descritores: educação em saúde, práticas de educação em saúde, promoção da saúde.

**Resultados:** Foram obtidos 16 artigos que relataram a utilização de diferentes metodologias em práticas de educação em saúde, junto a diferentes grupos. Estes, configuraram como alvo de abordagem: sexualidade e obesidade na adolescência, leishmaniose tegumentar americana, saúde bucal em escolares, saúde do trabalhador de escolas públicas, treinamento auditivo, diabetes.

A metodologia adotada levou em consideração a população visada e o contexto de inserção. Estes dois aspectos combinados nortearam as práticas de educação em saúde desenvolvidas por profissionais médicos, dentistas, nutricionistas e fonoaudiólogos.

Quatro métodos foram empregados nos trabalhos levantados: a) problematização, b) jogos, c) oficinas e trabalhos em grupo, d) impressos e a utilização de cartazes, e) palestras e cartilhas.

*Problematização*

Dos 11 artigos levantados, 4 deles, CYRINO, et. al. 2004, PAULETO, A. G. C., PEREIRA, M. L. T., CYRINO E. G., 2004, RODRIGUE, E. M, BOOG, M.C, 2006, Pereira & Cyrino, 1999, utilizaram a problematização como estratégia positiva de educação em saúde, tendo sido considerada eficiente pelos autores por proporcionar reflexão e pensamento crítico sobre o próprio indivíduo e sua relação com o problema em questão; por propiciar, também, a construção autônoma de estratégias e ações.

O artigo de Cyrino & Pereira, 1999 diferencia-se pelo fato das autoras expressarem a dificuldade de trabalho nas escolas, havendo a necessidade de ação da própria equipe, para que os professores entendam melhor o projeto e para que haja uma continuidade do trabalho. Neste artigo, a problematização é utilizada como estratégia para a reflexão do grupo de educadores e não da população discente, explicitando a necessidade do trabalho com a equipe, que precisa ser coesa e engajada, para obtenção de melhores resultados.

#### *Palestras, cartazes e cartilhas*

A utilização de práticas que fazem uso de palestras, cartazes e cartilhas foi bastante criticada pelos autores, Rozemberg et. al uma vez que privilegia a transmissão de informações de forma passiva, sem contar com a participação ativa da população alvo. Entretanto, autores como SOUZA, K., ROZEMBERG, B., SANTOS, A. K., YASUDA, N., SHARAPIN, M., e UCHÔA, C.; SERRA, C.M.; MAGALHÃES, C.; SILVA, R.M.; FIGLIOULO, L.P.; LEAL, C. A.; MADEIRA, M., tratam esta metodologia como eficiente quando se pretende a conscientização da população, na medida em que não ocorrem, necessariamente, mudança de hábitos.

#### *Oficinas e Trabalhos em grupo*

Oficinas e trabalhos em grupo proporcionam crescimento coletivo através da discussão de temas propostos ao levarem em conta sentimentos e relações entre os participantes. O trabalho em grupo como método de educação em saúde se mostrou efetivo segundo SANTOS, J. N., COUTO, I. C. P., AMORIN, R. M. C, 2006, pois os indivíduos quando nestas condições, encontram apoio nos demais participantes, contribuindo para uma construção conjunta de saberes.

SILVA, R. T.; NOBRE, C. R. M.; LIMA, M.H.A.; FELDMAN, C.; DOMINGUES, R. Z. L., 2006, criticam esta prática, devido à falta de estudos com grupos grandes de sujeitos e em acompanhamento por longo prazo. Estes mesmos autores ainda propõe que o trabalho em grupo ocorra de forma institucionalizada e independa de políticas administrativas; além disso, deve contar com maior participação de profissionais e da comunidade.

#### *Impressos*

Rozemberg et. al., 2002 e SOUZA, K., ROSEMBERG, B., SANTOS, A. K., YASUDA, N., SHARAPIN, utilizaram dois tipos de impressos, dirigidos à populações diferentes. Um deles destinado e elaborado pelos próprios trabalhadores de hospital, e o outro, à população leiga que circula dentro de instituições dessa natureza .

Os impressos constituem forma eficiente de transmissão de informações mas, via de regra, como as palestras, cartazes e cartilhas não envolvem o sujeito. Outra crítica levantada refere-se à forma de apresentação dos impressos. Dependendo de seu *design*, forma de letra e de disposição das informações, os impressos podem ser mais eficientes ou não. Estes devem conter informações claras e objetivas, além de chamar a atenção da população-alvo.

### *Jogos*

A utilização de jogos como estratégia de educação em saúde é muito interessante, mas as escolhas devem levar em consideração a população-alvo, sua idade, possibilidades e necessidades.

Esta prática possibilita reflexão crítica sobre seu próprio estilo de vida e pode ser desenvolvida em grupos grandes ou individualmente.

### *Auto-instrução*

Apenas o trabalho de GARCIA, P.P.N.S.; CAMPOS, J.A.D.B.; NOGUEIRA, I; DOVIGO, L.N., 2004, citou a auto-instrução como uma forma prática de Educação em Saúde. A história em quadrinhos foi o meio utilizado para abordar a problemática. Os autores, porém, concluíram que esta metodologia não foi suficiente para a assimilação e sedimentação de conhecimentos relacionados ao que se propunha acerca da saúde bucal.

### *Modelo dialogal*

O modelo dialogal foi considerado por ALVES, V. S., 2005, como uma prática de educação em saúde eficiente. Tendo como seu principal instrumento, o diálogo, este modelo valoriza o saber popular baseado em crenças e valores e busca transformar estes saberes por meio de um processo emancipatório que garanta ao indivíduo o cuidado e as decisões relacionadas à sua própria saúde.

### **Conclusão**

As diferentes práticas de educação em saúde envolvem de formas distintas as diversas populações-alvo. A maneira, a forma, a linguagem utilizada e a população que se deseja atingir devem ser levadas em consideração quando se quer provocar reflexão e mudanças de comportamento, de hábitos e estilos de vida.

Alguns métodos podem ser eficientes quando complementados por outros.

Concluímos que os métodos eficazes são aqueles que envolvem o sujeito em todas as etapas e que não se limitam à transmissão de informação. Assim, métodos como impressos, cartazes, palestras e cartilhas não se mostram muito profícuos, sendo necessária sua complementação com outras estratégias.

Oficinas e atividades em grupo foram bem citadas pelos autores e promovem crescimento coletivo pautado em discussões de temas segundo as necessidades das pessoas. Isto se dá porque o indivíduo encontra apoio nos demais participantes e compartilha experiências. Acredita-se que este tipo de trabalho pode trazer resultados ainda melhores quando desenvolvidos em instituições e incorporados por diversos profissionais e, também, pela comunidade.

Situações interativas como o jogo, também são efetivas dependendo da população-alvo, pois promovem reflexão e revisão de atitudes por meio de situações lúdicas, sendo mais indicada para crianças, embora possa ser eficiente também com a população adulta dependendo do tipo de jogo.

A auto-instrução como prática de Educação em Saúde não se mostrou suficiente para promover mudanças de atitudes no público ao qual foi dirigida.

A problematização, além de mais citada é considerada a mais atual. Mostra-se uma prática bastante eficiente que ao mesmo tempo promove a reflexão e autonomia das pessoas para tomarem suas decisões. Agregada a situações que valorizem a relação dialogal, ajusta-se a contextos diversos, inclusive ao educacional, que abrange diferentes atores sociais: educadores, alunos e suas famílias.

Contato: [camilahana@gmail.com](mailto:camilahana@gmail.com)  
[mlbitar@usp.br](mailto:mlbitar@usp.br)

## **A OFICINA DE LINGUAGEM COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NAS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM**

DANIELLA SAMPAIO ZORZI, SILVIA DANIELLA GUEDES, VERA LÚCIA FERREIRA MENDES, SUZANA MAGALHÃES MAIA

Introdução e literatura: O presente trabalho analisa uma importante estratégia clínica desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Programa de Saúde da Família (PSF) da Zona Norte da cidade de São Paulo e nos Núcleos Sócio-Educativos (Nuses) da região do Jaguaré (Zona Oeste), também em São Paulo. Tal estratégia originou-se a partir da realização do diagnóstico da saúde dos territórios locais, o qual evidenciou que a maior parte das dificuldades enfrentadas pelas crianças e adolescentes dessas regiões, durante seus processos de alfabetização, não estava atrelada a um distúrbio específico de linguagem, mas sim a um baixo grau de letramento. Este refere-se a um limitado domínio de práticas discursivas. Ou seja, nos resultados das avaliações fonoaudiológicas realizadas, não foram encontrados dados significativos de comprometimentos de ordem cognitiva, perceptual e/ou neurológica que pudessem justificar os problemas de aprendizagem e o que mais chama a atenção, é a presença em quase todas as crianças de restrições quanto ao uso das funções sociais da leitura e da escrita. De acordo com Berberian, Massi e Mori-de Angelis (2006, p. 16) trata-se de “uma problemática de dimensões sociais, com base nas quais são constituídas as condições materiais e subjetivas que têm historicamente limitado as possibilidades de sujeitos de diferentes idades, sexos, níveis de escolaridade e regiões fazerem uso efetivo da linguagem escrita”. Diante dessa realidade, tornou-se imprescindível no serviço a criação de um espaço no qual pudéssemos investir na ampliação das práticas letradas. Iniciamos o trabalho com as Oficinas de Linguagem, cujo objetivo principal é o de “problematizar as relações com a escrita e de fomentar o contato e a circulação pelas variadas práticas discursivas (orais e escritas)” (MENDES, 2004 p. 83). Essa nova estratégia clínico-terapêutica, acaba por instaurar outras tecnologias de cuidado à saúde, centradas numa concepção de saúde que considere de modo indissociável os fatores físicos, psíquicos e sociais do processo de adoecimento. Objetivo: Identificar e refletir sobre os princípios utilizados na estruturação das oficinas de linguagem, por meio das situações que propiciam um plano de contato e de experimentação dessas crianças e adolescentes com a leitura e a escrita. Método: Utilizamos uma análise longitudinal do processo das oficinas de linguagem desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, bem como nos Núcleos Sócio-Educativos por meio dos registros de memória realizados no decorrer do trabalho. A oficina de linguagem é um espaço aberto sem restrição de idade, favorecendo a heterogeneidade dos participantes, o que possibilita a circulação de saberes e experimentações, importante para a constituição do sujeito. Além disso, podemos considerá-la um espaço de construção coletiva, permeado pelas singularidades e desejos de cada indivíduo. Na maioria das vezes, as oficinas ocorrem semanalmente, muito embora em algumas unidades ocorram duas ou mais vezes na semana. A duração de uma Oficina de Linguagem é de uma hora e a coordenação das mesmas é realizada por Fonoaudiólogos e conta com a participação de Agentes Comunitários de Saúde, Pedagogos, Psicólogos e outros profissionais de saúde. Resultados e Comentários: Por meio da análise das técnicas utilizadas no processo de trabalho das Oficinas, destacam-se: manejo com trabalho de grupos como estratégia de resgate e/ou ampliação do interesse, curiosidade e desejo pela leitura e pela escrita; exercício efetiva da instituição de vivências e experiências de construção coletiva do conhecimento; potencialização e pertencimento da vida em comunidade; melhora da auto estima e da capacidade de aprender e busca do desenvolvimento de competências e habilidades. Um outro fator relevante observado no decorrer das oficinas de linguagem é que as experiências vividas nesse espaço além de propiciarem

a disseminação de conhecimentos e saberes sobre a linguagem oral e escrita geraram efeitos nas relações institucionais, sociais e afetivas que se operaram entre os sujeitos e profissionais que participaram das oficinas. E, vale ressaltar o processo de mudança e de qualificação do trabalho fonoaudiológico ocorrido a partir do acolhimento às crianças e adolescentes, bem como pela incorporação de distintos saberes, de inventar novos modos de fazer saúde e, ao mesmo tempo, fortaleceram a atuação do trabalho em equipe. Conclusões: A oficina de linguagem mostrou ser um dispositivo de cuidado essencial à construção de um novo modo de produção de conhecimento e, também, de um novo modo de subjetivação, no qual as questões discursivas orais e escritas possam fluir e encontrar uma destinação. Podemos concluir ainda que um sujeito que possui espaços limitados de letramento pode apresentar dificuldades no desenvolvimento da linguagem tanto oral, quanto escrita, acarretando em problemas mais significantes na vida, pois entendemos a linguagem como campo das interações humanas. Quando isso ocorre, o indivíduo não encontra ferramentas efetivas suficientes para conquistar sua autonomia, lidar com o mundo e poder ser cidadão.

**MATERNAGEM: UMA POSSIBILIDADE DE TRABALHO DA FONOAUDIOLOGIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE**

DANIELLA SAMPAIO ZORZI; SILVIA DANIELLA GUEDES; VERA LÚCIA FERREIRA MENDES; SUZANA MAGALHÃES MAIA  
PUC-SP

**Introdução:** Uma das ações programáticas em saúde do setor de fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Programa de Saúde da Família da Zona Norte de São Paulo, é a participação nos grupos de gestantes e puericultura em conjunto com as equipes de saúde da família. Tais grupos, desenvolvidos em grande parte das UBSs do país, são responsáveis pela melhora em alguns indicadores de saúde, como por exemplo, a diminuição da mortalidade infantil. Apesar disso, é fato que o modo como tais grupos são desenvolvidos, não tem podido contribuir com a mesma eficiência na solução de uma outra problemática também presente no campo da saúde materno-infantil: a ampliação da capacidade de maternar. **Objetivo:** Ampliar a proposta de ação para além dos cuidados com a saúde da gestante e/ou do bebê, buscando criar um espaço de reflexão sobre a “maternagem” desde a gestação. **Metodologia:** Desenvolvimento, junto ao grupo de gestantes, de uma “rede de conversação” capaz de por em análise as experiências a respeito da disponibilidade, do vínculo, do cuidado e da responsabilidade implicados no processo de maternagem. A idéia é criar um espaço onde cada participante possa participar ativamente na escolha dos temas que serão discutidos pelo grupo, bem como dos modos pelos quais tais temas serão discutidos. Além disso, no grupo de puericultura, também foi utilizada, como estratégia de sensibilização e ampliação do contato e do vínculo mãe-bebê, a técnica da Shantala. **Resultados:** O acolhimento e o espaço que as mães tiveram, ampliou o grau de confiança das mães na equipe de saúde. Além disso, tal abordagem propiciou a ampliação do contato mãe-bebê, contribuindo para o fortalecimento e do investimento no vínculo entre mãe e bebê, essencial para a constituição do bebê enquanto sujeito e na capacidade de relacionar-se com o outro, o que favorece o processo de aquisição e desenvolvimento de linguagem.

## **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA EXPERIÊNCIA**

ROCCO OLIVEIRA, F.; MENDES V.L.F.  
PUC-SP

**Introdução:** Um dos atuais desafios para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) está na formação e na capacitação dos recursos humanos. Enquanto proposta o SUS é bastante avançado, mas é verdade que as instituições de ensino ainda não priorizam uma formação profissional para atuar neste sistema e, portanto, é visível a dessimetria entre o ideário do SUS e a prática cotidiana dos profissionais de saúde. Percebendo esta situação, o Ministério da Saúde (MS), desde 2003, tem se aproximado oferecendo cooperação técnica e financeira. Neste contexto surge a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), criada pelo MS em parceria com a Faculdade Santa Marcelina (FASM) e Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM). Fundamenta-se na formação em serviço, junto ao Programa de Saúde da Família (PSF) em uma abordagem multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Odonto, Fisio, Fono, TO, Nutri, Farmacêutico, A.Social, Psico). **Objetivo:** Analisar uma experiência de RMSF, identificando potencialidades e limites desta modalidade de formação profissional, que auxiliem na superação dos modelos de ensino e de cuidado em saúde, apontado as tendências e padrões relevantes para o aprimoramento de estratégias mais eficazes para formação profissional. **Método:** Pesquisa descritiva com design de *estudo de caso*. O instrumental de coleta de dados foi realizado por meio de levantamento bibliográfico e documental e pelo depoimento de residentes de fono, preceptores e coordenadores envolvidos com a RMSF. A análise final consistiu em cruzar os achados bibliográficos e documentais com os depoimentos, visando extrair elementos que apontem para a construção de princípios e ações pedagógicas a serem utilizados no tipo de formação em questão. **Conclusão:** Esta experiência demonstrou entraves e dificuldades para criação de um projeto de educação numa perspectiva distinta da tradicional formação, apontando a imersão na prática em serviços como estratégia pedagógica potente para formação do profissional de saúde através da reflexão crítica a respeito de modelos assistenciais e de gestão.

Contato de email: [ferrocco7@hotmail.com](mailto:ferrocco7@hotmail.com)

**ACOLHIMENTO: A ESCUTA FONOAUDIOLÓGICA COMO CUIDADO À SAÚDE EM CASOS DE DISFÁGICOS ATENDIDOS EM DOMICÍLIO**

LUANA ALMEIDA MAGALHÃES, LUIZ AUGUSTO DE PAULA SOUZA, VERA LÚCIA FERREIRA MENDES  
PUC-SP

**Introdução:** Na situação terapêutica de pacientes disfágicos há comprometimentos orgânicos relevantes, que necessitam de intervenção no corpo físico. Os efeitos dessa intervenção fonoaudiológica e suas implicações permitem vislumbrar de que modo a disfagia marca a história de vida do paciente, exigindo que o fonoaudiólogo considere outras dimensões do corpo e da vida dos pacientes. Tradicionalmente, as estratégias terapêuticas na disfagia são voltadas, principalmente, à correção das disfunções orgânicas (FURKIM, 1999; MARCHESAN, 1999). Quando é assim, o corpo é tratado pela Fonoaudiologia como entidade que apenas responde às pressões do meio externo, sem que essa relação interfira diretamente em sua constituição (SOUZA, 1999), tornando secundárias as dimensões produzidas por esses circuitos (meio externo-orgânico e meio interno-simbólico). No entanto, mesmo nesse caso, a intervenção cria marcas simbólicas no corpo por meio da relação entre terapeuta e paciente (CUNHA, 2002; PARISI, 2003). **Objetivo:** Considerar, de forma indissociável, as dimensões do corpo físico e do corpo simbólico durante o atendimento de casos de disfagia, examinando interfaces entre tais instâncias. **Método:** Pesquisa descritiva (aprovada pelo Comitê de Ética do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP) realizada com análise de uma casuística composta por 10 casos de pacientes com disfagia orofaríngea. A coleta de dados se deu pelo uso de procedimentos dialógicos, que tematizaram, durante atendimentos clínicos, como os sujeitos significam seus sintomas disfágicos e suas condições de vida. **Resultados:** Em todos os casos foram verificadas relações entre os aspectos orgânicos e os simbólicos envolvidos na disfagia: a severidade dos sintomas não é só determinada pela alteração funcional, mas pelos significados que têm para os pacientes; as maneiras de se verem, se pensarem e se relacionarem mudaram com a disfagia; a adesão ao tratamento e sua eficácia dependem de como os pacientes se sentem sobre seu estado de saúde. **Conclusão:** A dimensão física do corpo é sobredeterminada pela dimensão simbólica: o corpo, tal como é visto e sentido pelo sujeito está impregnado pela linguagem. O contato entre sujeitos é um contato afetivo, são os afetos que dão o contorno para as sensações e para os funcionamentos físicos e psíquicos (SOUZA, 2004). Ao terapeuta cabe caminhar com o sujeito, acolhendo suas angústias e compreendendo como os sintomas se manifestam e se expressam (NASIO, 2003). Há que se levar em conta também que a intervenção, através dos recursos técnicos da Fonoaudiologia, é essencial ao processo de reabilitação, desde que não se abra mão dos valores simbólicos atribuídos a eles pelos pacientes. Dependendo do enquadre terapêutico, os procedimentos fonoaudiológicos dão acesso ao inconsciente pelo corpo, pois as transformações do aparato biológico têm relação direta com as questões simbólicas constitutivas do sujeito (NEISSER, 2003; CUNHA, 2004; PALLADINO, SOUZA E CUNHA, 2004).

**Referências Bibliográficas**

- CUNHA, M. C. O *setting* fonoaudiológico: a que será (e não será) que se destina? **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.13, n.2, p. 323-333, jun.2002.
- ----- Linguagem e psiquismo: considerações fonoaudiológicas estritas. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.



- FURKIM, A. M.; SILVA, R. G. **Programa de reabilitação em disfagia neurogênica**. São Paulo: Frontis, 1999.
- MARCHESAN, I. Q. Deglutição – normalidade. In: FURKIM, A. M. & SANTINI, C. S. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono, 1999.
- NASIO, J. D. **Um psicanalista no divã**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- NEISSER, V. L. G. **Relação Corpo-Linguagem: estudo de caso na clínica fonoaudiológica**. São Paulo, 2003. 150 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - PUC-SP.
- PALLADINO, R. R. R., SOUZA, L. A. P., CUNHA, M. C. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. **Psicanálise e Universidade**. São Paulo, n.21, p. 95-108, set.2004.
- PARISI, C. O. **O corpo na clínica fonoaudiológica: agenciamento de conceitos**. São Paulo, 2003. 102 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - PUC-SP.
- SOUZA, L. A. P. Subjetividade, corpo e linguagem na clínica fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.10, n.2, p. 225-234, jun.1999.
- ----- Linguagem e corpo. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.892-898.

Contato: luana.magalhaes@gmail.com

**INTERFACES DO TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO:  
A ASSESSORIA EDUCACIONAL E A PRODUÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS DO  
TRABALHO EM SAÚDE**

LUANA ALMEIDA MAGALHÃES, MARIANA FERNANDES CAMPOS, FLÁVIA CARDOSO,  
VERA LÚCIA FERREIRA MENDES E LUIZ AUGUSTO DE PAULA SOUZA  
PUC-SP

**Introdução:** Na interface da Fonoaudiologia com a Educação, muito se tem discutido acerca da aquisição da linguagem escrita. Tão importante quanto conhecer o funcionamento do sistema da escrita e dos distúrbios de leitura e escrita, é analisar o significativo número de encaminhamentos realizados para os serviços de saúde de crianças e adolescentes com “dificuldades de aprendizado”. Para que possamos compreender melhor as queixas e as demandas ligadas à (in)capacidade dos sujeitos utilizarem a escrita, devemos refletir no contexto de letramento que caracteriza a sociedade brasileira atual, levando em conta as sua heterogeneidade e contradições. Tal fato implica considerar que a maior democratização de acesso à escola vem apresentando como resultado a inserção de estudantes oriundos de famílias com médio ou baixo grau de letramento e que, muitas vezes, não estão inseridos no tipo de linguagem que se veicula e que se pressupõe ser o adequado para o ensino na instituição escolar, o que gera um aumento crescente da ocorrência do fracasso escolar (BERBERIAN, MORI-DE ANGELIS, MASSI, 2006; DAUDEN & MORI-DE ANGELIS, 2005). Tomado como problema de saúde pública, temos verificado que o aumento da demanda dos casos de dificuldade de aprendizagem, tem sido produzida, também, pelo baixo grau de letramento (GARCIA, 2005). Nesta direção, o trabalho fonoaudiológico pode atuar através de ações de assessoria, desenvolvendo junto aos educadores, atividades que possibilitem a ampliação das práticas letradas, uma vez que o ensino da escrita é, na maioria das vezes, fundamentalmente escolar, sendo determinado por ações advindas de uma escolarização burocraticamente preparada e traduzida nos itens de testes e provas de leitura e escrita distantes das habilidades de práticas de letramento que ocorrem fora dos muros escolares (SOARES, 1998; KLEIMAN, 1998). **Objetivo:** Verificar como a assessoria fonoaudiológica pode contribuir para a construção da ampliação de práticas letradas, modificando o modo pelo qual a criança/adolescente se apropria das práticas sociais da escrita. **Método:** Trabalho de assessoria fonoaudiológica realizado em 2 NUSEs (Núcleos Sócio-Educativos) da zona oeste de São Paulo, que recebem 247 crianças/adolescentes de 6 a 15 anos, moradoras da região com o objetivo de aprimoramento do projeto político-pedagógico. A proposta é a de criar um espaço de discussão sobre as demandas trazidas pelas educadoras, no que se refere às suas práticas na sala de aula e as dificuldades de aprendizagem das crianças e adolescentes através de discussão de casos, experiências institucionais e planejamento estratégico de novas atividades para responder aos problemas identificados através do fortalecimento e potencialização das relações interprofissionais, do trabalho de equipe e de construção coletiva de projetos de intervenção. **Resultados:** A partir da realização de uma triagem com as 247 crianças e adolescentes que freqüentam os NUSEs e do levantamento de dados complementares com os educadores sobre o desempenho dos mesmos, 70 foram encaminhadas para a avaliação fonoaudiológica, a partir da qual observamos que apenas 19 (27%) crianças/adolescentes apresentaram distúrbios de linguagem escrita que necessitavam de atendimento clínico. As demais 51 (73%) crianças e adolescentes não apresentavam distúrbio de linguagem, mas demandavam uma intervenção que promovesse os diversos usos da linguagem escrita no cotidiano, com inserção de práticas sociais letradas. Com as reuniões semanais de assessoria (que totalizaram 44

encontros) cuja proposta era discutir o planejamento das atividades realizadas nos NUSEs, ampliaram-se as condições de trabalho com as crianças/adolescentes, fundamentalmente em relação à inserção de práticas letradas no cotidiano do trabalho educacional. Os profissionais da educação deixaram de focalizar apenas o processo de alfabetização, isto é, o processo de aquisição de códigos (alfabético, numérico) e passaram a reconhecer e observar a importância de se trabalhar o processo de aquisição da linguagem escrita subsidiado pelo conceito de letramento (CALHETA, 2005). **Conclusões:** Pelo trabalho de assessoria, foi possível modificar as atividades das educadoras; discutir as dificuldades apresentadas pelas crianças/adolescentes com as educadoras e gerar novas tecnologias de trabalho com as mesmas, reduzindo o número de encaminhamentos para atendimento clínico fonoaudiológico. Observamos que ampliar a função das práticas de ensino para promover o acesso, a compreensão e a possibilidade de estar inserido e participar de práticas letradas, abre novas possibilidades de inserção e participação em uma sociedade letrada (BERBERIAN, MORI-DE ANGELIS, MASSI, 2006). Fica claro como uma concepção de linguagem atravessada pela idéia de que a linguagem escrita se restringe a um código de transcrição da linguagem oral e de alfabetização como apreensão do código, do sistema alfabético, das regras e das normas ortográficas podem implicar uma "patologização" dos alunos/crianças. (GARCIA, 2005; GIROTO, 1999).

#### Referências bibliográficas:

BERBERIAN, A. P., MORI-DE ANGELIS, C. C., MASSI, G. Violência simbólica nas práticas de letramento. In: BERBERIAN, A. P., MORI-DE ANGELIS, C. C., MASSI, G. (orgs.). **Letramento: referencias em saúde e educação**. São Paulo: Plexus, 2006. p.7-32.

CALHETA, P. P. Fonoaudiologia e Educação: sentidos do trabalho de assessoria a escolas públicas. IN: CÉSAR, C. P. H. A. R.; CALHETA, P. P. **Assessoria e Fonoaudiologia: perspectivas de ação**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p.103-115.

DAUDEN, A. T. B. C. & MORI-DE ANGELIS, C. C. Leitura e Escrita: uma questão para fonoaudiólogos? IN: DAUDEN, A. T. B. C. & MORI-DE ANGELIS, C. C. (orgs). **Linguagem Escrita: Tendências e Reflexões Sobre o Trabalho Fonoaudiológico**. São Paulo: Pancast, 2005. p. 37-63.

GARCIA, A. L. M. Fonoaudiologia e Letramento. IN: DAUDEN, A. T. B. C. & MORI-DE ANGELIS, C. C. (orgs). **Linguagem Escrita: Tendências e Reflexões Sobre o Trabalho Fonoaudiológico**. São Paulo: Pancast, 2005. p. 15-35.

GIROTO, C. R. M. O professor na atuação fonoaudiológica em escola: participante ou mero espectador? IN: GIROTO, C. R. M. (org). **Perspectivas atuais da fonoaudiologia na escola**. São Paulo: Plexus, 1999. p. 24-41.

KLEIMAN, A. B. **Os significados do letramento: uma nova perspectiva sobre o letramento**. Campinas: Mercado de Letras, 1998. p.125.

SOARES, M. **Letramento: um tema de três gêneros**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p.125.

**Contato: luana.magalhaes@gmail.com**

### **ATENDIMENTO DOMICILIAR EM FONOAUDIOLOGIA: O PACIENTE E SEU CUIDADOR**

LUANA ALMEIDA MAGALHÃES, VERA LÚCIA FERREIRA MENDES, LUIZ AUGUSTO DE PAULA SOUZA  
PUC-SP

**Introdução:** o Sistema Único de Saúde estabelece princípios para garantir a atenção à saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, quais sejam: integralidade, universalidade e equidade do serviço para a população. Integram-se a esses três pilares a participação social, a descentralização do comando em saúde e, conseqüentemente, a territorialização da atenção em saúde. Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família (PSF) encontra-se como uma das possibilidades de intervenção potente, uma vez que prevê a atenção a um território restrito: é o médico quem vai ao encontro do paciente. Uma das estratégias criadas para efetivar o cuidado à saúde é por meio das visitas domiciliares em que os profissionais de saúde, como o fonoaudiólogo (integrante da equipe de saúde), realizam atendimentos clínicos no domicílio do paciente quando há dificuldade de locomoção até a unidade de saúde.

**Objetivo:** investigar as dificuldades estabelecidas nas relações entre os pacientes e seus cuidadores observadas nas visitas domiciliares de pacientes atendidos no PSF pela equipe de fonoaudiologia. **Método:** serão analisados alguns fragmentos de casos clínicos com os quais tive contato durante meu percurso profissional, registrados a partir das lembranças dos atendimentos fonoaudiológicos. Esses fragmentos de atendimento teriam em comum o diagnóstico fonoaudiológico de disfagia e afasia. Dentre esses fragmentos, seria destacado um caso clínico mais emblemático, que seria analisado e discutido de forma longitudinal por meio da articulação entre o material clínico e referenciais teóricos. **Resultados:** foi observado que o fato do profissional de saúde realizar o atendimento terapêutico no domicílio permite que sejam observadas dificuldades na dinâmica de cuidados estabelecidas entre o paciente e seu cuidador. Nota-se que a presença do agente comunitário de saúde (como ligação entre a população e o profissional de saúde) permite, junto ao fonoaudiólogo, cuidar do sofrimento apresentado pelo cuidador que também adoece ao cuidar do paciente, devido ao intenso cuidado que é necessário dispender ao voltar-se sobre alguém enfermo. **Conclusões:** a intervenção fonoaudiológica neste modelo de atenção à saúde (PSF) permite acompanhar o processo de cuidado estabelecido pelo cuidador, a fim de que ele também não adoça e perca a capacidade de enfrentar problemas junto ao paciente.

**Email:** [luana.magalhaes@gmail.com](mailto:luana.magalhaes@gmail.com)

## **O TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO DE ACESSORIA EDUCACIONAL COMO CONSTRUÇÃO DE REDES DE CUIDADO À SAÚDE**

VERA LÚCIA FERREIRA MENDES; DANIELA ZORZI; FLÁVIA CARDOSO; LUANA MAGALHÃES; MARIANA CAMPOS; SILVIA GUEDES; SUZANA MAGALHÃES MAIA.

**Introdução:** A crescente demanda de crianças e adolescentes que apresentam dificuldades de aprendizagem é alarmante. As causas desse problema são complexas e estão vinculadas a um número considerável de fatores e, portanto, as tentativas de equacionar tal problema passam pela implementação de um conjunto articulado de ações em diversos campos de conhecimento (educação, saúde, cultura e bem estar social). Estudos recentes (Fonoaudiologia, Psicolinguística, Educação e Epidemiologia) tem apontado a estreita relação entre o desempenho escolar e o baixo grau de letramento da população. Tal problemática tem sido foco de preocupação de um número cada vez maior de profissionais e já se configura como problema de saúde pública. Este estudo visa mostrar o trabalho realizado de Assessoria Fonoaudiológica no NUSE I e II (Núcleos Sócio-Educativos da Comunidade do Jaguaré – zona oeste da cidade de São Paulo), como instrumento de reflexão das práticas educacionais e da introdução/ampliação de práticas letradas neste espaço social. Aqui, merece destaque a proposição de um processo de trabalho que não se limitou ao caráter estritamente preventivo ou de orientação aos educadores. Seu foco principal foi colocar a instituição e suas práticas em análise e construir espaços coletivos de interlocução com o intuito de promover mudanças nas práticas educacionais. **Objetivo:** Contribuir na reflexão e sistematização de novas tecnologias no trabalho de Assessoria Fonoaudiológica junto a Instituições Educacionais. **Método:** Diagnóstico institucional: permite que conheçamos os objetivos da instituição, seu projeto político-pedagógico e os problemas vividos; Encontros Individuais com os educadores para discussão de casos e de atividades específicas: permite a identificação e análise dos problemas, bem como desenvolve a reflexão crítica das atividades realizadas; Grupo focal como método de discussão e elaboração dos problemas. Esta técnica permite realizar uma análise qualitativa e processual a partir do relato das experiências pessoais das educadoras e, fundamentalmente, pela interação entre elas. Configura-se como um modo de sensibilização coletiva para avaliar e produzir mudanças nas práticas. Participaram do estudo 4 educadoras, sendo duas de cada NUSE (espaços freqüentados pelas crianças e adolescentes de 6 a 15 anos no período alternado ao da escola). **Resultados:** As educadoras ampliam a percepção de que as dificuldades de aprendizagem, não estão apenas vinculada à ocorrências patológicas, mas fundamentalmente, ligadas à: carência econômica e social; dimensões do cuidado e do acompanhamento familiar; e ao contexto escolar e as práticas de ensino. A partir disso, foram criados novos projetos de trabalho entre os quais destacam-se: Processo de discussão e reformulação do Projeto Político-Pedagógico; Organização de espaços de discussão permanentes com o objetivo de introduzir/ampliar práticas letradas nas atividades realizadas; Aprimoramento da relação e da presença dos NUSEs junto às Famílias e à Comunidade; Construção de espaços de interlocução com as escolas da região. **Conclusão:** O trabalho de Assessoria Fonoaudiológica ao assumir seu papel de acolhimento e escuta das demandas das educadoras sem se colocar como transmissor de uma tecnologia que pressupõe o apagamento do educador e de sua prática, pode contribuir para a construção de redes de cuidado à saúde.

## **ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DA FONOAUDIOLOGIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

VERA LÚCIA FERREIRA MENDES; ANA CAROLINA LOSELLI; DANIELLA ZORZI; DANIELLE MACIEL PEREIRA; DAYANE ARAÚJO DOS SANTOS; DENISE G. PASCHOALI; LAURA MARIA SIMÕES; LUANA MAGALHÃES; SILVIA GUEDES  
PUC-SP

**Introdução:** A organização dos processos de trabalho em saúde e o gerenciamento do fluxo da demanda em serviços de saúde são elementos fundamentais para que o fonoaudiólogo possa garantir o acesso, o acolhimento e o desenvolvimento de projetos terapêuticos que possam responder às necessidades de saúde da população. O profissional que atua na atenção básica à saúde, não deve criar apriori regras de repressão à demanda, visto que são estes os equipamentos responsáveis pela entrada do paciente no sistema de saúde. Garantir o acesso e o acolhimento do usuário, possibilita o conhecimento das necessidades da população e assegura seus direitos. A atuação do fonoaudiólogo em unidades de atenção básica que desenvolvem a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) tem boas chances de desenvolver estes princípios, uma vez que o PSF permite o conhecimento das condições de vida da população de sua base territorial e favorece o planejamento das ações a partir de suas necessidades. Equipamentos sociais e a comunidade se constituem em parceiros do programa, estimulando a criação e/ou fortalecendo as redes sociais e do estabelecimento de relações de acolhimento, vínculo, autonomia e de coresponsabilização dos processos de cuidado à saúde. Atuar nesta perspectiva requer mais do que aprimoramentos técnicos e procedimentais; mais do que refinamento e racionalização administrativa e gerencial; ela requer apropriação dos processos de trabalho e supõe outra ética na produção dos saberes, das práticas e das relações no campo da saúde, capazes de fomentar trocas solidárias, em redes interdisciplinares e transdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços. **Objetivo:** Mapeamento da organização dos processos de trabalho do fonoaudiólogo no PSF, fundamentalmente no que se refere ao acesso, acolhimento e a invenção de dispositivos clínicos que respondam às necessidades de saúde da população. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso institucional. Os dados foram coletados através do mapeamento das ações desenvolvidas pela fonoaudiologia no PSF, da análise dos planos de trabalho, modos de gerenciamento do fluxo da demanda e acompanhamento dos projetos terapêuticos desenvolvidos em Unidades de Saúde da Família da zona norte da cidade de São Paulo. **Resultados:** Foram levantadas as seguintes ações: Referência Diagnóstica e Terapêutica à população a partir da discussão e encaminhamento das equipes (realizadas semanalmente), com prevalência de encaminhamentos realizados pelo Agente Comunitário - o agendamento é sempre referenciado; há horários semanais para o primeiro agendamento e a espera por este procedimento é de no máximo 15 dias. Os dispositivos terapêuticos disponibilizados são: Grupos Terapêuticos; Oficinas de Linguagem; Grupos Sócio-Educativos e Orientações aos Familiares. Há predominância de dispositivos terapêuticos grupais. **Conclusão:** A forma de agendamento utilizada, além de garantir o acesso, se constitui numa importante estratégia de integração dos profissionais da unidade e da realização de um trabalho interdisciplinar. A presença constante nas reuniões de equipe da família, permitem uma maior apropriação e avaliação do trabalho do fonoaudiólogo e, além disso, possibilita a capacitação da equipe e a construção permanente de propostas suficientemente abertas aos ajustes que se façam necessários aos projetos terapêuticos desenvolvidos.

**ESTUDO SOBRE O ÍNDICE DE ADESÃO AO TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO  
E SUA RELAÇÃO COM OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

VERA LÚCIA FERREIRA MENDES; DANIELLA ZORZI; FLÁVIA CARDOSO; LUANA A. MAGALHÃES; SILVIA GUEDES  
PUC-SP

**Introdução:** A escassez de Fonoaudiólogos atuando na rede pública é um dos dificultadores do acesso da população a este tratamento. Contraditoriamente, aqueles que conseguem acessar o fonoaudiólogo nem sempre conseguem aderir ao tratamento proposto, gerando um número significativo de tratamentos interrompidos ou prolongados por faltas. As razões são muitas, entre as quais destacamos: distância entre os serviços e a moradia; falta de trabalho de sensibilização e orientação aos pacientes e seus familiares por parte dos profissionais e/ou Instituições que, em muitos casos, são as que demandam a intervenção; encaminhamentos e/ou propostas terapêuticas inadequadas; natureza do trabalho terapêutico que, em geral, é de médio e longo prazo; fragilidade no contrato terapêutico; baixo grau de autonomia da população nos processos de co-responsabilização do cuidado à saúde. Este trabalho propõe um levantamento dos atendimentos clínico-terapêuticos desenvolvidos em uma Instituição de saúde da zona oeste da cidade de São Paulo, com o intuito de fazer um estudo comparativo entre modelos de atenção à saúde e seus respectivos índices de adesão. **Objetivo:** Comparar os índices de adesão ao tratamento fonoaudiológico e sua relação com as proposições de distintos modelos de atenção à saúde no que diz respeito às estratégias de implicação e de ampliação do vínculo, da autonomia e da co-responsabilização dos sujeitos nos processos de cuidado à saúde. **Método:** Análise comparativa dos atendimentos realizados pelo setor de Fonoaudiologia de uma instituição de saúde durante os anos de 2005 e 2006 no que se refere ao número de presenças/faltas dos pacientes nos atendimentos clínico-terapêuticos e sua relação com os modelos assistenciais propostos. **Resultados:** Verificou-se que no ano de 2005 ocorreram 45% de faltas e 55% de presenças sobre o total de atendimentos realizados, o que representa uma média de 5 faltas e 6 presenças para cada paciente. Aqui, o modelo de atenção desenvolvido é estruturado a partir da referência especializada à outros profissionais e/ou instituições, lidando exclusivamente no plano técnico da reabilitação das ocorrências patológicas. Já no ano de 2006, observou-se 21% de faltas e 79% de presenças sobre o total de atendimentos realizados, o que representa uma média de 3 faltas para 10 presenças por cada paciente. O modelo de atenção pressupõe, além das ações clínico-terapêuticas, ações de acolhimento, discussão e elaboração das razões do encaminhamento e da escolha/definição do projeto terapêutico junto à pacientes e familiares, assessoria e discussão de caso junto às instituições educacionais e discussão permanente com a equipe de saúde. Pode-se concluir que o Índice de adesão aos tratamentos fonoaudiológicos estão diretamente ligados a existência ou não do uso de estratégias que estimulem a apropriação do processo de adoecimento e a co-responsabilização nos processos de cuidado por parte dos pacientes e familiares. **Conclusão:** A inclusão do trabalho com a família, com a equipe, instituições educacionais e demais equipamentos sociais e comunitários é condição essencial na ampliação do grau de conhecimento, de vínculo, de apropriação e de co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de cuidado à saúde.

**MAPEAMENTO DAS NECESSIDADES DOS CUIDADORES  
DE PACIENTES ACAMADOS OU EM SITUAÇÃO DE RESTRIÇÃO AO LAR**

VERA LÚCIA FERREIRA MENDES; ALLYNE RIBEIRO; MARINA PELEGRINI BISERRA  
PUC-SP

Introdução: O trabalho do Programa de Saúde da Família define a assistência à família como unidade de cuidado. Isto implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para manter a saúde. Este estudo visa realizar levantamento de pacientes acamados ou em situação de restrição ao lar da área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família, com o intuito de mapear o número de pacientes, o perfil e a dinâmica de seus cuidadores. A idéia é gerar um diagnóstico das necessidades de cuidado não só dos pacientes quanto dos cuidadores, contribuindo para a instauração de práticas em saúde que possam “cuidar de quem cuida” e, ao mesmo tempo, promover a saúde e a inclusão de pessoas dependentes; fortalecer as redes sociais de cuidado e de colaboração comunitária para a superação das limitações de recursos financeiros, de tempo e até de competência para conduzir certos processos do cuidar. Objetivo: Realizar diagnóstico das necessidades e problemas dos pacientes acamados ou em situação de restrição ao lar e seus cuidadores, conhecer suas condições de vida e de saúde e, a partir destes dados, aprimorar as políticas de saúde e programas voltados ao atendimento domiciliar. Método: Trata-se de estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa que adotará como método de coleta e análise de dados o SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) e os registros em prontuários, visando mapear as condições de saneamento, moradia, renda e organização familiar de pacientes acamados ou em situação de restrição ao lar pertencentes a área de uma Equipe de Saúde da Família na zona norte da cidade de São Paulo. Entende-se por pacientes acamados ou em situação de restrição ao lar, aqueles que exigem monitoramento constante e/ou auxílio para locomoção, alimentação, administração de medicamentos e cuidados na higienização. Resultados: Foram levantados 34 pacientes acamados ou em situação de restrição ao lar. Em todos os casos levantados, é um membro da família que assume o papel de cuidador. Estes, enfrentam sérios problemas para realizar tal função, entre os quais destacamos: 1- Precárias condições estruturais, financeiras e sociais, gerando restrição de circulação social tanto de pacientes como de seus cuidadores; 2- Significativo índice de adoecimento dos cuidadores, que se queixam de não ter mais tempo para cuidar da própria saúde, de freqüentar a igreja, ou qualquer outra atividade de lazer; 3- A única fonte de renda fixa dessas famílias é a do próprio paciente (programas de auxílio), o que limita as possibilidades de investimento nas necessidades específicas dos pacientes acamados ou em situação de restrição ao lar. Conclusão: Como os membros são interconectados e dependentes uns dos outros, ao ocorrer qualquer mudança na saúde de um dos seus membros, todos são afetados e a unidade como um todo será alterada. Ou seja, se o funcionamento da família influencia a saúde e o bem estar de seus membros, pode-se dizer que ela afeta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo também afeta a família.



## **GRUPALIDADE E CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA: FUNÇÕES TERAPÊUTICAS**

VERA LÚCIA FERREIRA MENDES; FLÁVIA CARDOSO; LUIZ AUGUSTO DE PAULA SOUZA; MARIA CLAUDIA CUNHA; RUTH RAMALHO RUIVO PALLADINO; SUZANA MAGALHÃES MAIA  
PUC-SP

**Introdução:** A sistematização e a produção do conhecimento em relação aos dispositivos grupais, é questão primordial diante do crescimento das práticas clínico-terapêuticas em grupo, realizadas pelo fonoaudiólogo em instituições da rede pública de saúde e/ou em ações e projetos sociais do chamado terceiro setor. Pode-se dizer que investir no trabalho com grupos é uma escolha ética, estética e política, na medida em que se trata da construção de uma outra produção subjetiva: os *coletivos* como estratégia de resistência à condição individuocêntrica dominante. Neste sentido, não interessa aqui pensar o que são os grupos. Nossa questão é, como nos ensina Fernández (2006) o *para que*, o *quando* e o *que se produz* nos grupos. O foco de análise está em pensar qual é o grupal dos grupos, o que acontece neles, o que se produz. Em outras palavras: pensar a grupalidade. Nesta perspectiva, este estudo toma os dispositivos grupais como uma tecnologia de intervenção que visa ampliar a capacidade de interação de indivíduos e grupos. Se for assim, os grupos aumentam a potência de ação dos coletivos e estimulam a construção de redes cooperativas, organizadas com variadas tecnologias sociais, desde que pensados para além dos aspectos formais e organizacionais de suas constituições, e investidos a partir de posições clínicas que favoreçam a escuta e a intervenção nas questões que ali emergem. **Objetivo:** Analisar a potencialidade dos dispositivos grupais como recurso terapêutico, as condições e especificidades do papel do terapeuta neste tipo de intervenção clínica. **Métodos:** Trata-se de pesquisa clínico-qualitativa, estabelecida por meio de indicadores analíticos. O material clínico é constituído do registro e observação de grupos terapêuticos realizados numa instituição de saúde da zona oeste da cidade de São Paulo. Os encontros foram de uma hora semanal e aconteceram durante 8 meses. **Resultados:** Quanto às condições de formação e coordenação dos grupos terapêuticos levantou-se os seguintes aspectos: foco do terapeuta deve estar no como construir o conhecimento sobre a grupalidade; o terapeuta não é possuidor de uma verdade oculta ou proprietário das produções coletivas, sua função é a de provocador, disparador de tais produções; o terapeuta deve ir além do ordenar o que é produzido no grupo, estimulando a capacidade de criação de sentidos (singular e coletiva); os participantes do grupo são co-terapeutas e apresentam uma dupla função: são sujeitos que demandam ajuda e, ao mesmo tempo, são capazes de aportar e suportar a dor do outro; a coordenação do terapeuta torna possível a abertura para novas formas de compreensão e enfrentamento da doença e do sofrimento, buscando não os padrões e identidades pré-existentes, mas as ressonâncias das singularidades que circulam em tais coletivos. **Conclusão:** A função terapêutica do grupo depende fundamentalmente da atitude do terapeuta em termos de escuta e de manejo com o sofrimento alheio, oferecendo ao paciente tempo, espaço e oportunidade para se expressar e elaborar suas demandas.

## **INTELIGÊNCIA COLETIVA E INTEGRAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS À REDE DE SERVIÇOS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE**

VERA LÚCIA FERREIRA MENDES, RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA, ROGÉRIO DA COSTA, CAMILA AKEMI PERRUSO, CAROLINA MARQUES, FABRÍCIO TOLEDO, MARIA JOSÉ PEREIRA DOS SANTOS, MELISSA MIGLIORI SILVEIRA MACHADO, RUBENS KIGNEL, SERGIO CROCHIK

**Introdução:** A inteligência é uma potência: uma “potência de auto-criação”, uma potência de auto-produção e evolução. Da inteligência se diz também que ela é uma emergência, que se trata de um fenômeno que emerge de processos de interação circular e de auto-produção de um grande número de sistemas complexos. Nesse sentido, a inteligência é sempre o fato de um coletivo numeroso e dependente da intensidade e da forma de suas relações internas. Em outras palavras, toda inteligência é propriamente coletiva, mas se nomeia Inteligência Coletiva (IC) aquela que pode emergir de processos de interação circular e de auto-produção próprios aos coletivos humanos. De fato, a IC depende fundamentalmente da capacidade dos indivíduos e dos grupos humanos de se porem em relação e, desta forma, de intensificarem a troca, a produção e a utilização de conhecimentos. Aumentar a Inteligência Coletiva equivale a aumentar a potência dos coletivos humanos, ou ainda, a aumentar justamente sua potência de ação coletiva e de auto-criação. Nossa postulação básica é que o desempenho dos serviços de saúde pode aumentar a IC das populações assistidas. **Objetivo:** Analisar o desempenho de serviços de saúde na perspectiva da Inteligência Coletiva. **Método:** Tomamos como base para nosso estudo a análise do desempenho da rede de serviços de cuidados primários de saúde. Nossas questões mais específicas decorrem, como não poderia deixar de ser, de desafios concretos cotidianamente enfrentados neste nível de atenção à saúde, sejam aqueles que dizem respeito à eficácia destes serviços, sejam aqueles que dizem respeito à chamada humanização dos cuidados. **Resultados:** Neste terreno específico, aumentar a IC significou, sobretudo, otimizar a “quantidade” e a “qualidade” dos encontros que se dão nestas redes. Isso pode ser feito por meio de uma multiplicidade de dispositivos que servem para pôr em relação e qualificar a relação, entre os quais, destacamos: (1) uma “tecnologia da relação” elucidando seu papel essencial na formação de redes; (2) uma tecnologia de informação e comunicação, mostrando sua potencialidade para ativar uma rede intersetorial de instituições. **Conclusão:** Muitos dos desafios enfrentados pelos serviços de saúde podem encontrar respostas adequadas em dispositivos que aumentem a IC, tanto do serviço, quanto dos grupos assistidos. Serão respostas que passarão pela ampliação da capacidade de se pôr em relação e, portanto, da formação intensiva de redes.