

A COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E/OU ALTERNATIVA NA SESSÃO DE FISIOTERAPIA

Supplementary and Alternative Communication in the physiotherapy sessions

Francine Bortagarai ⁽¹⁾, Ana Paula Ramos ⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: analisar o que fisioterapeutas referem no discurso sobre o uso da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) durante a sessão de fisioterapia com sujeitos com Encefalopatia Crônica Não Evolutiva (ECNE). **Método:** foram efetuadas entrevistas individuais com cinco profissionais, por meio de questionamentos pertinentes à temática em forma de perguntas abertas. A análise dos dados ocorreu com o agrupamento de ideias e a seleção das ideias mais relevantes sobre o tema. **Resultados:** os cinco fisioterapeutas entrevistados referem que conhecem e ressaltam a importância da utilização da CAA em suas sessões, mas não tiveram formação teórica sobre o tema. O contato e a utilização de tal abordagem ocorreram por meio da troca interdisciplinar com o profissional de Fonoaudiologia da instituição na qual trabalham. Tal fato, somado às demandas específicas da sessão de fisioterapia, limita a incorporação de tal abordagem na prática diária por quatro profissionais entrevistadas. Apenas um incorporou o recurso em sua rotina diária. **Conclusão:** todos os profissionais pesquisados afirmaram ter ganhos no uso da CSA, especificamente na melhora do vínculo e da interação com o paciente com ECNE, mas também afirmaram ter dificuldades com aspectos instrumentais que limitam o uso da CSA, como tamanho da prancha de CSA, seu modo de construção individualizado para cada paciente e a dinâmica da sessão de fisioterapia. Atribuem à dificuldade de aceitação familiar a limitação social de uso da CSA. A presença do Fonoaudiólogo na equipe de atendimento ao sujeito com ECNE foi aspecto fundamental para que tais profissionais fizessem uso da CSA.

DESCRIPTORIOS: Comunicação; Paralisia Cerebral; Linguagem; Humanização da Assistência

■ INTRODUÇÃO

Os benefícios trazidos pelo desenvolvimento tecnológico diariamente colocam à disposição dos indivíduos ferramentas novas que fornecem e agilizam a comunicação, a mobilidade, o trabalho, o lazer, os cuidados pessoais e a saúde¹. Quando esse desenvolvimento tecnológico traz respostas aos problemas funcionais encontrados em pessoas

deficientes, no sentido de agilizar, ampliar e promover habilidades no seu cotidiano trata-se de uma tecnologia assistida¹. Essa tecnologia permite ao paciente com deficiências uma vida independente e uma inclusão social e educacional².

A tecnologia assistida pode ser utilizada em pacientes com restrição e/ou ausência da linguagem oral. Uma vez que esse déficit de linguagem acomete 49% das crianças com Encefalopatia Crônica Não Evolutiva (ECNE)³, faz-se necessárias alternativas que viabilizem a essa criança a expressão de sentimentos e desejos. A partir desse contexto, surge a Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) com o intuito de inserir a criança com ECNE no meio escolar, social e promover certa independência a ela⁴.

Os sistemas de CSA são compostos por estratégias que complementam ou substituem a linguagem falada, permitindo que a comunicação se estabeleça

⁽¹⁾ Fisioterapeuta; Especialista em Fisioterapia Geriátrica e Gerontológica; Mestre de Distúrbios da Comunicação Humana do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) Santa Maria, RS, Brasil.

⁽²⁾ Fonoaudióloga; Professora Adjunto do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria, RS, Brasil; Doutora em Linguística e Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

por meio de “sistemas alternativos baseados em sinais/ símbolos pictográficos, ideográficos e arbitrários” que abrangem desde gestos, vocalizações, expressões faciais, direção do olhar, pranchas com alfabeto ou símbolos gráficos (fotografias, gravuras e/ou desenhos) até sofisticados sistemas computadorizados que sintetizam e digitalizam a fala⁵. A CSA, por meio de recursos de baixa tecnologia, é a realidade dos países subdesenvolvidos, que, por questões financeiras, não têm acesso à alta tecnologia, sendo a prancha de comunicação uma realidade possível de muitos usuários⁶⁻⁸.

A prancha de comunicação é um dos recursos de CSA de baixo custo, deve ser confeccionada de acordo com a individualidade e necessidade de cada paciente⁵. Quanto aos símbolos utilizados nas pranchas de CSA, a semantografia *Bliss* e o PCS são os mais comumente utilizados na construção do recurso. Há dois grandes tipos de símbolos: os pictogramas (tendo como sistemas formais mais conhecidos, o PIC – *Pictogram Ideogram Communication Symbol* e PCS – *Picture Communication Symbols*) e os ideogramas (*Bliss*). Os pictogramas apresentam figuras icônicas que possuem o significado mais transparente pela similaridade física. Já sistemas como o *Bliss*, dada sua característica mais abstrata, podem ser menos apropriados a indivíduos com limitações cognitivas como alguns casos com lesões cerebrais (ECNE, afásicos, etc.) e os demenciados⁹. Em vista disso, sabe-se da superioridade do uso da CSA por meio de símbolos pictográficos no auxílio de crianças com ECNE¹⁰.

Em expansão no Brasil, a comunicação suplementar por meio de recursos como a prancha ainda não se constitui em prática de amplo conhecimento entre os diversos profissionais da saúde que trabalham com pacientes com ECNE¹¹, embora tenha seu valor na socialização e na interação do paciente com dificuldade ou ausência de oralização⁹ e seus benefícios na expressão da subjetividade, na comunicação com o outro e no acréscimo do repertório de respostas comprovados por diversos estudos^{9,12-14}.

Apesar do considerável uso desse recurso na população infantil, ainda há pouca formação especializada sobre o tema no meio acadêmico¹⁵, havendo a necessidade de os profissionais que pretendem trabalhar com a CSA colocar a linguagem em funcionamento, indo além do apontar/acionar um símbolo ou uma tecla¹¹. Para tanto, necessitam fazer uma reflexão mais profunda sobre as concepções de língua, de linguagem e de sujeito que embasam o uso de tal recurso com pacientes⁹.

Além dessa reflexão, deve ser ressaltada a importância de uma equipe interdisciplinar atuando na avaliação e intervenção junto à criança com ECNE o mais precoce possível. Profissionais da

área da saúde, como neurologista, pediatra, traumatologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo têm muito a contribuir para o melhor desenvolvimento possível da criança em questão, além de dar suporte especializado à família¹⁶. A integração de diversas disciplinas profissionais se faz necessária, sendo que os profissionais que utilizam as tecnologias assistidas devem ter o amplo conhecimento, a vontade de aprender e a sensibilidade dos valores familiares e culturais dos sujeitos em tratamento¹⁷.

Torna-se importante, portanto, reforçar aos profissionais da saúde e educação a necessidade da implementação precoce dos sistemas de CSA não só para as habilidades expressivas, mas para investir na construção da linguagem¹⁴.

Com a finalidade de buscar uma melhor intervenção por meio de recursos que possibilitem um processo de comunicação efetivo nas práticas terapêuticas, esta pesquisa se propôs a analisar o que fisioterapeutas referem no discurso sobre o uso da CSA durante a sessão de fisioterapia com pacientes com ECNE. Buscou-se identificar o tempo de uso, o conhecimento sobre a CSA e as mudanças observadas com o uso da CSA nas sessões de fisioterapia tanto em termos de benefícios quanto de limitações.

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

■ MÉTODO

Fizeram parte da pesquisa cinco fisioterapeutas com experiência clínica de no mínimo um ano, que tivessem conhecimento da CSA e a utilizassem durante as sessões de fisioterapia com pacientes acometidos por ECNE. Para tanto, buscaram-se clínicas reconhecidas em Santa Maria e em Porto Alegre, consideradas especializadas no atendimento de indivíduos com ECNE. A indicação destas clínicas se deu por indicação de especialistas pelas universidades locais contatados para este fim. A partir da identificação dos fisioterapeutas que trabalhavam com ECNE, selecionaram-se aqueles que conheciam a CSA.

Após a explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, e da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi iniciada a aplicação de um roteiro de entrevista pela pesquisadora, o qual foi elaborado, com perguntas abertas (Figura 1). A temática das perguntas foi pertinente ao conhecimento da CSA e o seu uso durante a sessão de fisioterapia. Esse roteiro serviu como guia na coleta de dados e, conforme

o desenvolvimento da narrativa, a pesquisadora poderia realizar outras questões, não se limitando somente aos questionamentos traçados no roteiro de entrevista inicial. Todas as entrevistas foram gravadas em um aparelho de marca Sony TCM

359V, em fitas cassetes, tendo cada entrevista duração média de uma hora. Ao término da coleta, as fitas foram submetidas à transcrição pela própria pesquisadora. A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2010.

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

Figura 1 – Roteiro de entrevista com os fisioterapeutas

A partir da transcrição integral das fitas e da leitura do material, realizou-se a análise dos dados, conforme a análise temática de Minayo (2008). Houve o cuidado com os recortes a serem feitos, para extrair dos depoimentos os elementos mais significativos, sem alterá-los, transcrevendo-os tais como foram apresentados. Deste modo, buscou-se identificar as semelhanças e diferenças entre os discursos dos fisioterapeutas, assim como as contradições, e sinalizar significados

latentes nas entrevistas. Foram selecionadas partes do material e agrupadas de acordo com a semelhança dos relatos dos entrevistados realizando os recortes temáticos de forma a desenvolver a análise crítica e relacional dos dados obtidos para revelar as respostas obtidas a partir dos questionamentos abordados¹⁸. A sequência dos questionamentos foi mantida durante a análise dos resultados para que as respostas mantivessem uma lógica.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, sob processo número 23081.013051/2009-91 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE número: 0223.0.243.000-09

No decorrer do artigo será utilizada a designação “F” (fisioterapeuta), seguida da numeração arábica correspondente (F1, F2, F3, F4 e F5) para

fazer referência aos informantes e para facilitar a referência aos enunciados deste *corpus*.

■ RESULTADOS

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

A Figura 2 demonstra o perfil da amostra deste estudo:

AMOSTRA	INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	TEMPO DE GRADUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL
F1	A	1 ANO E MEIO	1 ANO E MEIO
F2	A	3 ANOS	3 ANOS
F3	B	12 ANOS	12 ANOS
F4	C	4 ANOS	4 ANOS
F5	D	5 ANOS	4 ANOS E MEIO

Figura 2 – Perfil da amostra de fisioterapeutas quanto à variabilidade de instituição de formação acadêmica (4 instituições), tempo de graduação e de atuação profissional

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

Os cinco fisioterapeutas acreditam e investem no recurso da prancha de CSA, embora quatro deles não a incluam rotineiramente na sessão de fisioterapia: *“Aqueles que têm, a gente utiliza sim, não digo sempre, é aquelas vezes que dá tempo [...] questões mais simples e a gente nem utiliza. E outras vezes acabam entrando em desuso, porque já está tão acostumada com o paciente que a gente já sabe o que ele quer dizer [...], mas claro que seria importante a gente utilizar mais.”* (F1); *“[...] às vezes durante o atendimento tem tanta coisa para segurar e mais a prancha.”* (F2); *“[...] só utilizo [...] quando o paciente traz esse recurso para a fisioterapia.”* (F3); *“[...] não uso muito porque tem que pegar a prancha e às vezes não tem muito a ver com o que a gente ta fazendo no manejo, mas poderia aprender a usar melhor, talvez mais rápido [...]”* (F5).

Já o oposto emerge na fala de F3: *“[...] quando eu atendo em solo é bastante utilizado. Eles pedem as pastas.”*

Cabe enfatizar que com formação entre 1998 e 2009, a maior parte do grupo afirma que, na graduação, não foi oferecida uma disciplina específica sobre CSA (F2, F3, F5), mesmo sendo essa área difundida no Brasil desde a década de 1970¹⁹. Somente um dos fisioterapeutas ressalta

o conhecimento da temática da tecnologia assistida por meio do relato das experiências pessoais da professora da disciplina de Neurologia I, porém sem maiores embasamentos teóricos e planejamento no conteúdo programático da disciplina (F4). A partir das falas desse fisioterapeuta, nota-se uma sensibilidade apurada no que diz respeito ao uso de recursos para o sujeito expressar uma conversa mais elaborada e subjetiva. Ele reconhece a CSA para o fortalecimento do vínculo terapêutico, uma vez que o paciente apresenta participação ativa na sessão. F4 mas faz uma crítica à formação fisioterápica com visão mecanicista, na qual o sujeito é visto como uma lesão ou condição motora isolada, sem uma visão global. Logo, percebe-se que na instituição em que F4 estudou, diferente dos demais, já há certa percepção pelo corpo docente da necessidade de se estudar e difundir a temática.

O tempo de uso da CSA pelos cinco fisioterapeutas que a utilizam com os pacientes com ECNE variou de 2 anos e meio a 8 anos, sendo que F1 a utiliza desde o seu conhecimento na prática de estágio em uma instituição e F4 a utiliza desde a sua atuação profissional inicial (formado há 4 anos e trabalhando há 4 anos).

Todos os fisioterapeutas referiram tê-la conhecido por meio de instituições ou clínicas com equipes multidisciplinares presentes, sendo a CSA inserida na sessão pela fonoaudióloga da equipe. Diante disso, denota-se, a partir dos relatos abaixo,

a importância da equipe multidisciplinar dentro das instituições e nas clínicas com a finalidade de promoção de trocas de conhecimentos do sujeito em tratamento: *“Tomei conhecimento através da instituição que eu trabalho, através das fonos que confeccionam as pastas e às vezes a gente vai na sessão de fono e elas nos mostram o que a criança é capaz de fazer.”* (F1); *“Só conheci quando tive contato com o trabalho em equipe multidisciplinar.”* (F3).

Quanto à diferença observada durante a sessão de fisioterapia com o uso da CSA, a maioria dos fisioterapeutas relatou, conforme exemplificado a seguir, que o uso da CSA ajuda na interação e na melhora do vínculo fisioterapeuta-sujeito: *“[...] a gente consegue se comunicar mais e dar mais atenção pro paciente, tipo ele consegue demonstrar e contar mais o que ele quer, as vezes ele não quer só fazer a fisio, ele quer conversar.”* (F1); *“[...] sempre que a criança pode se expressar pode escolher o que ela quer, sempre é melhor né, sempre interage mais. [...] benefício vem do interagir da criança [...]”* (F2); *“A comunicação, sobretudo fortalece o vínculo terapêutico, faz com que aumente a participação do paciente. Entendendo que ele também é parte responsável do processo de reabilitação e a comunicação também é fator determinante para aumentar o seu grau de independência funcional.”* (F4); *“[...] esse vínculo que a gente cria com a criança que acaba que, a longo prazo os resultados na terapia são melhores, os objetivos são alcançados porque a criança tá melhorando a auto-estima dela.”* (F5).

Já as diferenças referidas nos resultados da fisioterapia por meio do uso da CSA no paciente com ECNE podem ser verificadas nos discursos os quais enfatizam que o sujeito se sente atuante e mais satisfeito a partir do momento em que ele é compreendido: *“A diferença física vem por eles ficarem mais incentivados, por eles estarem falando o que sentem.”* (F2); *“Eles ficam felizes em poder trocar, se comunicar e se fazer entender.”* (F3); *“O paciente passa a participar mais ativamente da sessão entendendo também sua responsabilidade e aumentando a vontade e desejos de evolução não só motoramente, mas no seu desenvolvimento global que a melhor comunicação permite em todos os ambientes.”* (F4).

Em oposição aos demais, F1 afirma que não há diferença no resultado da sessão de fisioterapia, mas sim na interação com o sujeito, que passa a ser compreendido. Percebe-se, nessa afirmação, uma visão de que os resultados atingidos na sessão de fisioterapia estão associados apenas ao ganho motor, estando o vínculo emocional e afetivo separado desses resultados. Destaca-se, nesse relato,

a visão mecanicista na qual a formação acadêmica do fisioterapeuta é embasada.

No que diz respeito às limitações do uso da CSA com pacientes com ECNE, essas são citadas como dependentes da gravidade do comprometimento motor do paciente, da aceitação familiar e dos profissionais com os quais esse recurso será utilizado, como verificado nos trechos: *“Olha eu fico em dúvida um pouco do paciente que é mais grave, não saberia como que a Fonoaudiologia tem assim um acesso a este paciente, à comunicação.”* (F5); *“Tem mães que não usam porque acham que entendem tudo o que as crianças fazem e deixam a pasta lá de enfeite [...]”* (F1); *“Alguns pacientes, famílias e até profissionais tem alguma dificuldade de aceitação imediata do recurso, o que dificulta a sua utilização principalmente fora do ambiente terapêutico.”* (F4).

Uma das entrevistadas refere o seu ambiente de intervenção terapêutica, que é a água, como limitante do uso da CSA: *“No meu caso sim, porque trabalho dentro da água, a conversa é abreviada, mas isso não é motivo de evitar a comunicação.”* (F3). Em contrapartida, F5 afirma que *“mesmo na hidro que é um ambiente diferente a gente tem algumas pranchinhas pelo menos para o sim, para o não, pra dor, pro xixi.”*

Observa-se, no relato de F1, que mesmo havendo limitações no uso da CSA pelos comprometimentos advindos da ECNE, ele os contorna sem maiores dificuldades: *“[...] a única coisa é no caso das crianças que não conseguem focar com o olhar ou não ir com a mão, aí nós temos que ficar perguntado: é esse? é esse?”* (F1).

Diante de tais limitações neurológicas da criança com ECNE, F2 salienta que o fato de não ser feita a escolha do recurso de CSA mais adequado à criança, pode vir a ser um limitante devido à dificuldade para seu transporte e uso.

O valor atribuído ao uso da CSA durante a sessão de fisioterapia obteve conotação positiva. As palavras utilizadas para expressar tal valor foram: *“muito importante”* (F1, F4, F5); *“super importante”* (F2); *“indispensável”* (F3) e *“fundamental”* (F5). Logo, verifica-se que todos os profissionais da pesquisa consideram a CSA como relevante no atendimento prestado ao paciente com ECNE, sendo que sua importância pode ser identificada na promoção de liberdade de expressão e de atuação ao sujeito em tratamento, conforme as seguintes falas: *“Acho essencial para não ficarmos só no “sim” ou “não”, para ela conseguir se expor e colocar os ideais dela ali.”* (F1); *“[...] quando tu vê pessoas muito inteligentes que realmente tem o que dizer e querem ter um diálogo grande e utilizam a comunicação alternativa para isso.”* (F2).

Outros benefícios apontados pelas fisioterapeutas com o uso da CSA são: “quando eles querem contar uma coisa mais específica” (F1); “diálogo grande” (F2); “[...] para contar novidades do dia a dia.” (F3) e “[...] para a qualidade de vida e participação social.” (F4). Conforme essas expressões, os fisioterapeutas parecem ter sensibilidade da necessidade do uso da CSA, embora não a utilizem como rotina na sessão de fisioterapia com o paciente com ECNE.

Segundo os discursos do grupo, a prancha de CSA não é utilizada com o sujeito com ECNE durante a sessão de fisioterapia por falta de conhecimento referente ao seu uso (F1, F2, F3, F4) e pela ausência de equipe interdisciplinar (F1, F3), principalmente da fonoaudióloga que detém o uso da prancha de CSA, conforme o trecho relatado: “Talvez por falta de conhecimento, pois alguns não interagem com as fonos né, tem várias instituições e clínicas que não tem fono para te explicar e como utilizar e para confeccionar.” (F1).

Dentre outros relatos, a carência na formação acadêmica também é citada conforme as seguintes passagens: “Primeiro acho que o tema precisa ser mais difundido e valorizado na clínica e na formação de fisioterapia.” (F4); “Por falta de conhecimento, formação acadêmica que as vezes não explora bem a prática que a gente tem nas instituições [...]” (F5).

Também são manifestadas limitações do fisioterapeuta no seu uso como: “[...] pelo atendimento ser de 45 minutos e vamos sair correndo fazendo [...] as vezes não pára para pensar na importância de se comunicar com a criança.” (F1); “[...] um pouco de acomodação de alguns fisioterapeutas aonde não tem mais aquilo lá para mexer [...]” (F2).

Além disso, houve referência quanto ao atendimento realizado de forma tecnicista, fruto da formação acadêmica voltada ao mecanicismo e à visão exclusivamente biomédica, como é verificado nas passagens: “[...] alguns dão mais importância só para o corpo mesmo e esta questão de linguagem não é tão explorada.” (F2); “[...] a formação fisioterapêutica ainda tem uma visão muito mecanicista. O olhar ao paciente deve ser ampliado com uma perspectiva de seu global sempre procurando ouvir suas intenções e proporcionando possibilidades de maior participação social.” (F4).

Seja a comunicação por meio da CSA ou não, todos os fisioterapeutas consideram imprescindível sua efetuação no tratamento do paciente com ECNE (F1, F2, F3, F4 e F5), sendo que a grande maioria considera a CSA como necessária no tratamento do problema, como foi exemplificado na fala de F3: “Impossível atender um paciente sem trocar informações e a CSA possibilita isso.” Em discordância com os demais, F1 fala que “No tratamento

global sim [...], mas tipo, só para a fisioterapia, se a criança consegue falar sim e não [...]” Nesse relato, F8 se contradiz, pois já havia relatado anteriormente o valor essencial da CSA “[...] para não ficarmos só no sim ou não [...]”.

Algumas considerações merecem destaque: “[...] acho que todos eles tinham que ser encaixados de alguma forma neste tipo de comunicação.” (F5). Diante dessa fala, o fisioterapeuta exprime a necessidade e importância do uso que a CSA tem para ele.

No trecho “[...] ainda é muito pouco conhecida e muito pouco utilizada, então por isso é que ainda se trabalha muito sem ela. [...] assim que a gente pegar o jeito e descobrir realmente o modo de trabalhar e ver que é mais fácil, aí com certeza.” (F2), verifica-se que o fisioterapeuta em questão reforça que a práxis da CSA durante a sessão de fisioterapia será efetiva por meio do seu maior conhecimento teórico e prático.

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

■ DISCUSSÃO

A tecnologia assistida é uma realidade na interação com o sujeito com ECNE na fisioterapia, e a CSA é uma abordagem comum à população que necessita de tecnologia assistida e que apresenta dificuldade importante na condição de comunicação⁴.

Os benefícios da CSA, por meio do uso da prancha, para o sujeito com ECNE durante atuação terapêutica são demonstrados em várias pesquisas^{11,19-21}. Esses benefícios podem também ser visualizados nas falas dos fisioterapeutas da pesquisa, os quais afirmam a melhora do vínculo e da interação com o sujeito com ECNE. Esses resultados obtidos pelo grupo amostral evidenciam que a introdução da CSA favoreceu a expansão da linguagem, corroborando com achados de outros estudos^{8,12,14,21,22}.

Essa forma de comunicação possibilita ao indivíduo com oralidade restrita e/ou ausente desde a escolha do seu alimento²³ até escolhas de vida mais sofisticadas^{9,24}. A CSA permite ao sujeito a expressão de seus sentimentos e desejos, assim como potencializa o seu processo de inclusão social e escolar²⁵. Em concordância com esses autores, o grupo amostral da pesquisa destaca que à medida que o paciente passa a ser compreendido, ele

produz melhores resultados terapêuticos por estar mais satisfeito e atuante.

Mesmo diante de tais benefícios e possibilidades, a limitação do uso da CSA por indivíduos com ECNE pode ocorrer pela falta de adesão familiar e dos profissionais da saúde quanto ao uso da CSA. Em um estudo, os profissionais e os pais apresentaram receio em adotar a CSA por acreditarem que tal intervenção poderia impedir os usuários de desenvolverem a fala²⁶. Estudos referem que é comum a mãe do indivíduo com ECNE acreditar ser possível a compreensão das mensagens emitidas pelo filho via gestos, expressões faciais e vocalizações, sendo a utilização da CSA desnecessária e demorada em sua percepção^{9,27}. Esse fato ficou evidente na fala de alguns fisioterapeutas do estudo, que relataram que o convívio faz com que as interpretações faciais e corporais fiquem mais claras, não necessitando tanto o uso da CSA. Todavia, tanto os familiares quanto os profissionais, não percebem que a leitura corporal possui limitações importantes para a expressão de sentimentos e desejos que não estejam no contexto imediato da enunciação⁹.

Também podem ser destacados como pontos limitantes do inter-relacionamento entre o profissional da saúde e o sujeito em terapia, a ansiedade na rotina diária do profissional com o paciente grave, as atitudes impessoais utilizadas como mecanismo de defesa²⁸, a falta de preparo profissional, a mecanização e o grande número de atendimentos realizados pelo profissional²⁹. Outros autores¹² afirmam ainda que há a necessidade de paciência, compreensão e habilidade para a interação com o uso da CSA com o sujeito com ECNE, uma vez que a CSA ainda não se constitui em prática de amplo conhecimento, mesmo estando em expansão no país^{1,11}. De acordo com essa visão, os fisioterapeutas desta pesquisa citaram como causas do desuso da CSA durante a sessão de fisioterapia o tempo da sessão, a atuação mecanicista e a falta de conhecimento teórico e prático da abordagem.

Em uma pesquisa¹³ realizada por meio de questionamentos com os profissionais professores, terapeutas e fonoaudiólogos, atuantes de uma instituição que atende crianças com ECNE e usuárias da CSA, verificou-se que os profissionais consideram a CSA uma forma de comunicação eficiente e que proporciona melhor qualidade de vida aos usuários. Entretanto, os profissionais em questão a utilizam muito pouco na rotina diária do atendimento. Esse fato também pôde ser observado nos discursos dos fisioterapeutas integrantes desta pesquisa, os quais, embora salientem a importância da CSA para a criança com ECNE, no andamento

e nos resultados da sessão utilizam-na pouco em sua rotina.

Cabe ressaltar que os profissionais que pretendem trabalhar com a CSA precisam colocar a linguagem em funcionamento, indo além do apontar/acionar um símbolo ou uma tecla, sendo necessária uma reflexão mais profunda sobre as concepções de sujeito, língua e de linguagem⁹. Os sujeitos do grupo amostral demonstraram certa reflexão e sensibilidade ao uso da CSA em situações nas quais o paciente pode necessitar um diálogo maior, mais específico e pessoal, mas não possuem a formação necessária para assumir plenamente tal abordagem.

Portanto, para que ocorra o sucesso da CSA, deve haver a ação integrada e complementar de uma equipe constituída por profissionais de diferentes áreas de atuação, com objetivos instrumentais diferentes, unidos pelo objetivo de satisfação das necessidades do usuário com deficiência, em todas as esferas da sua atuação pessoal, doméstica e comunitária^{2,30}. Essa equipe atuante na saúde deve ter como eixo central a humanização e os aspectos subjetivos da condição humana, pois a interação dos conhecimentos técnico-científico com os aspectos afetivos, culturais, sociais e éticos na relação entre o profissional e o paciente garante maior eficácia do serviço³¹.

O caráter da interdisciplinaridade vem sendo contemplado pelas mudanças no perfil profissional daqueles que compõem a equipe de reabilitação³². O interesse pela participação familiar e pelos processos motivacionais que facilitam a evolução e o desenvolvimento no tratamento, bem como as relações da tríade família, criança, terapeuta demonstram a grande interface existente entre as áreas das ciências da saúde e das ciências humanas, revelando-se, assim, perspectivas novas para a formação de profissionais que emergem da visão cartesiana em busca de seu papel social na reabilitação³³.

As instituições especializadas têm um papel significativo na produção de conhecimento acerca de metodologias de trabalho com pessoas com necessidades especiais e contribuem para a formação complementar dos profissionais³⁴. Neste trabalho, pôde-se notar que a presença de uma equipe interdisciplinar nas instituições foi o diferencial para o incremento da CSA na sessão de fisioterapia.

Dentre essa equipe multidisciplinar, a fonoaudióloga é a especialista capaz de selecionar o tipo de CSA mais adequado a cada usuário, já que seu foco é a reabilitação/habilitação da comunicação e da linguagem⁹. Detentoras de seu conhecimento, as fonoaudiólogas têm realizado pesquisas e ampliado a visão desse recurso para melhor interação social

das crianças com patologias como ECNE, autismo, entre outros distúrbios de linguagem e desenvolvimento^{4,8,9,12}. Corroborando com essas autoras, todos os fisioterapeutas da pesquisa citaram a fonoaudiólogas das instituições como promotoras do uso e da introdução da CSA na sessão de fisioterapia com o paciente com ECNE.

Também atuante nessa equipe, o fisioterapeuta é tido como profissional fundamental na reabilitação de pacientes com déficits neurológicos. A forma como esse profissional se relaciona com o paciente com ECNE terá implicações diretas no desenvolvimento deste. Se ele atribuir ao paciente um papel mais ativo e participante, poderá favorecer melhor sua evolução do que apenas o papel passivo no trabalho psicomotor³⁵. Para tanto, a CSA pode-se constituir numa abordagem importante de comunicação, por meio do qual o fisioterapeuta pode saber sobre as percepções e sentimentos do sujeito tanto em relação ao processo fisioterápico em si (dor, insatisfação...) como conhecer de modo mais profundo o paciente que atende.

Por meio de uma visão humanizada e ampla, a Fisioterapia tem por objetivo a promoção do bem-estar geral do sujeito com ECNE como pessoa humana, preocupando-se em suprir positivamente suas diversificadas carências de diferentes naturezas circunstanciais que extrapolam sua dimensão biofísica³⁶. Um dos possíveis caminhos para atingir tal meta poderá ser a construção de uma Fisioterapia baseada em evidências de nível I³⁷, que possa comparar as referidas técnicas tradicionais quando aplicadas de modo isolado com terapia em que, além dos aspectos instrumentais, sejam considerados aspectos como a subjetividade e funcionalidade do sujeito atendido.

Para tanto, há a necessidade de modificar o foco do “olhar terapêutico” da doença para o sujeito, reconhecendo-o como um enunciador imerso na linguagem por meio do funcionamento linguístico entre os interlocutores em um dado contexto de intersubjetividade. Ultrapassando, dessa forma, o limite imposto pela ausência ou dificuldade orgânica da fonoarticulação, promovendo, ao indivíduo com ECNE, o estatuto de “falante”⁹.

Concluiu-se que a sensibilidade das fisioterapeutas, assim como verificado em um estudo⁹, compensa parcialmente possíveis déficits teóricos, tornando a práxis efetiva em muitos casos, mas carece de embasamento teórico. Sugerem-se disciplinas voltadas ao tema da CSA que possibilitem a construção do conhecimento tanto do ponto de vista teórico quanto prático já no curso de graduação. Deve-se ter em vista o atendimento de sujeitos com oralização restrita ou ausente, como os indivíduos

com ECNE, de modo a ampliar a formação em Fisioterapia e os serviços de saúde.

■ CONCLUSÃO

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

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

Todas as profissionais afirmaram como maiores ganhos na utilização da CSA, a melhora do vínculo e da interação com o paciente com ECNE. Como dificuldades, apontaram aspectos instrumentais, que limitam o uso da CSA (tamanho, modo de construção individualizado do recurso para cada sujeito e dinâmica da sessão de fisioterapia); e, como limitação social, a aceitação familiar. A presença do fonoaudiólogo na equipe de atendimento ao sujeito com ECNE foi aspecto fundamental para que tais profissionais tivessem acesso a esta abordagem de comunicação. O Fonoaudiólogo é o profissional responsável pela estruturação e intervenção para implementação da CSA, uma vez que se remete ao trabalho de linguagem, mas os demais profissionais, como os fisioterapeutas, podem e devem ter envolvimento no trabalho. Assim, cabe aos profissionais envolvidos com pacientes eletivos de uso de CSA buscar fundamentação teórica para aplicação na suas práxis do uso da CSA.

Reafirma-se, pelos aspectos pontuados, que a discussão da comunicação por meio da CSA se constitui em uma reflexão da qual o fisioterapeuta

deve realizar em prol da humanização e qualificação ao atendimento de sujeitos com ECNE com oralição restrita ou ausente. Para tanto, a participação

em equipe interdisciplinar, com a presença de fonoaudiólogos, parece ser um caminho necessário no processo de formação e prática profissional.

ABSTRACT

Purpose: to analyze the speech of physiotherapists on the use of Supplementary and Alternative Communication (AAC) with patients with chronic non-progressive encephalopathy (CNPE) during physiotherapy session. **Method:** individual interviews were conducted with five professionals concerning questions relevant to the topic in the form of open questions. Data analysis occurred through grouping ideas and selecting the most relevant topics through relational and critical analysis. **Results:** the five interviewed physiotherapists say that they know and emphasize the importance of using AAC in their sessions but they didn't have theoretical formation on the topic. The contact and the use of this approach were made through interdisciplinary exchange with the speech therapist from the institution where they work. This fact, added to the specific demands of the physiotherapy session, limits the incorporation of this approach in daily practice by four of the interviewed professionals. Only one has incorporated it to her daily routine. **Conclusion:** all the interviewed professionals claimed having improvements in using AAC, specifically in improving the interaction with CNPE patients, but they also claimed having difficulties with instrumental aspects that limit the use of AAC, such as the size of the AAC board, the way it is individually build for each patient and the dynamics of the physiotherapy session. They attribute the difficulty of relatives' acceptance to the social limitation in using AAC. The presence of the speech therapist in the team seeing the person with CNPE was essential for those professionals to use AAC.

KEYWORDS: Communication; Cerebral Palsy; Language; Humanization of Assistance

REFERÊNCIAS

1. Bersch R. Introdução a tecnologia assistida. CEDI, Centro Especializado em Desenvolvimento Infantil. Porto Alegre. 2008; 19 p. Disponível em: <<http://www.assista.com.br/Introdução%20TA%20rTA%20Bersch.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2010.
2. Brasil. Secretaria de Educação Especial. Portal de ajudas técnicas para educação: equipamento e material pedagógico para educação, capacitação, e recreação da pessoa com deficiência física: recursos pedagógicos adaptados. Brasília: MEC: SEESP. 2002, fascículo 1, 56 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/rec_adaptados.pdf>. Acesso em: 12 out. 2010.
3. Ponte MN. Comunicação Aumentativa: Mitos e Preconceitos. 2009. Disponível em: <http://www.fappc.pt/ComunicacoesCongresso/Resumo%20Margarida%20Ponte.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2010.
4. Cesa CC, Ramos-Souza AP, Kessler TM. Novas perspectivas em comunicação suplementar e/ou alternativa a partir da análise de periódicos internacionais. Rev. CEFAC. 2010;12(5):870-80.
5. Sameshima FS, Deliberato D. Habilidades Comunicativas utilizadas por um Grupo de Alunos Não-Falantes durante Atividade de Jogo. In: Nunes LROP, Pelosi M; Gomes M. Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: Relatos de pesquisa e experiências. Rio de Janeiro: Quatro Pontos/FINEP. 2007; p. 118-22.
6. Manzini EJ, Deliberato D. Portal de ajudas técnicas para educação: equipamento e material pedagógico especial para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física: recursos para comunicação alternativa. 2. ed. Brasília: MEC; SEESP. 2006. 52 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ajudas_tec.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.
7. Schirmer CR, Bersch R. Comunicação Aumentativa e Alternativa. In: Schirmer CR, Browning N, Bersch R, Machado R. (Orgs.). Atendimento educacional especializado: deficiência física. Brasília: SEESP; SEED; MEC. 2007; p. 57-129 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae_df.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2010.
8. Brancalioni AR, Moreno AC, De Souza APR, Cesa CC. Dialogismo e Comunicação Aumentativa Alternativa em um caso. Rev. CEFAC [online], jul. 2010;13(2):377-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S15

1618462010005000068&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 ago. 2010.

9. Cesa CC. A comunicação aumentativa e alternativa em uma perspectiva dialógica na clínica de linguagem [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2009.

10. Binger C, Light J. Demographics of preschoolers who require AAC. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2006; ND(37):200-9.

11. Chun RYS. Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2009; 21(1):69-74.

12. Miranda L, Gomes ICD. Contribuições da comunicação alternativa de baixa tecnologia em paralisia cerebral sem comunicação oral: relato de caso. *Rev CEFAC*. 2004;6(3):247-52.

13. Mendes ANO, Rocha PC, Galdino TR. A efetividade e aceitabilidade da comunicação alternativa e/ou aumentativa em crianças com neuropatia crônica não progressiva – rumo à inclusão. In: IV Seminário Internacional Sociedade Inclusiva Propostas e ações inclusivas: impasses e avanços, 2006, Belo Horizonte. Anais: IV Internacional Sociedade Inclusiva PUC Minas.

14. Deliberato D. Uso de expressões orais durante a implementação do recurso de comunicação suplementar e alternativa. *Rev. bras. educ. espec*. 2009; 15(3):369-88.

15. Ratcliff A, Koul R, Lloyd LL. Preparation in augmentative and alternative communication: an update for speech-language pathology training. *J Speech Lang Pathol*. 2008;ND(17):48-59.

16. Franco JM. Terapia ocupacional e paralisia cerebral. Nov. 2010. Disponível em: <<http://terapiaocupacionaleparalisiacerebral.blogspot.com/2010/04/terapia-ocupacional-e-paralisia.html>> Acesso em: 02 nov.2010.

17. Kintsch A, De Paula R. A framework for the adaption of assiste technology. 2002. Disponível em: <<http://13d.cs.colorado.edu/clever/assits/pdf/ak-SWAAAC02.pdf>> Acesso em: 7 out. 2010.

18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

19. Paula KMP, Enumo SRF. Avaliação assistida e comunicação alternativa: procedimentos para a educação inclusiva. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília. 2007; 13(1):3-26.

20. Trevizor TT, Chun RYS. O desenvolvimento da linguagem por meio do sistema pictográfico de comunicação. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2004; 16(3):323-32.

21. Almeida MA, Piza MHM, Lamônica DAC. Adaptações do sistema de comunicação por troca

de figuras no contexto escolar. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2005;17(2):233-40.

22. Johnston SS. Considering response efficiency in the selection and use of AAC systems. *J Speech-Lang Pathol Appl Behav*. 2006;1(3):193-206.

23. Mechling LC, Cronin B. Computer-based video instruction to teach the use of augmentative and alternative communication devices for ordering at fast-food restaurants. *The Journal of Special Education*. 2006;39(4):234-45.

24. Klagenberg RM. A comunicação alternativa no tratamento de linguagem de uma adolescente portadora de paralisia cerebral do tipo espástica. 2001. 83f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fonoaudiologia) – Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre. 2001.

25. Tetzchner SV, Brekke KM, Sjøthun B, Grindheim E. Inclusão de crianças em educação pré-escolar regular utilizando comunicação suplementar e alternativa. *Rev Bras Ed Esp*. 2005, 11(2):151-84.

26. Light J, Drager K. AAC Technologies for young children with complex communication needs: state of de science and future research directions. *Augmentative and Alternative Communication*. 2007;23(3):204-16. Disponível em:<<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/07434610701553635?journalCode=aac>> Acesso em: 15 de out. 2010.

27. Deliberato A. Habilidades expressivas de um aluno não falante com diferentes interlocutores. In: Nunes IRO, Pelosi M, Gomes M. Um retrato da Comunicação Alternativa no Brasil. Relatos de pesquisa e experiências. Rio de Janeiro, 2007. ND: 137-42

28. Oriá MOB, Morais LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermo para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. *Rev. Eletrônica Enfermagem [periódico on-line]* 2004; ND(6):292-5. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br> > . Acesso em: 05 nov.2009.

29. Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi-Assis SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2004; 6(2):89-99.

30. Silva AP. Análise das falas dos professores de educação especial a respeito da atuação e da formação do educador relacionado ao contexto da comunicação [dissertação] Marília (SP): Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista; 2005

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS política nacional de humanização. Documento para Discussão. Versão preliminar. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003.

32. Blascovi-Assis SM. Mudanças no perfil do profissional da reabilitação: reflexões sobre a interface entre ciências humanas e ciências da saúde. *Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenv.* 2004;4(1):9-14.
33. Martins CC. Comunicação segundo o conceito Castillo Morales: um estudo de caso. In: Nunes L, Pelosi M, Gomes M. Um retrato da comunicação alternativa no Brasil: Relatos de pesquisa e experiências. Rio de Janeiro: Quatro Pontos/FINEP, 2007.
34. Reily L. Sobre como o Sistema Bliss de Comunicação foi introduzido no Brasil. In: Nunes LR, Pelosi M, Gomes MR (orgs). Um retrato da Comunicação Alternativa no Brasil: Relato de Experiências, vol II. Rio de Janeiro: 4 Pontos Estúdio Gráfico e Papéis, p. 19-45, 2007.
35. Ribeiro J, Moraes MVM, Beltrame TS. Tipo de atividade e relação interpessoal estabelecida entre fisioterapeuta e criança com paralisia cerebral no contexto de intervenção fisioterapêutica. *Dynamis revista tecno-científica.* 2008; 1(14):89-95.
36. Alegretti LC, Philot GM, Patarro IPR, Santos, LA, Moraes RD, Rosas SC. A relação e o estabelecimento de um vínculo entre terapeuta e criança com atendimento em instituição e em clínica particular. *Cadernos de Pós Graduação em distúrbios do desenvolvimento.* 2001;1(1):35-49.
37. Fillippin LL, Wagner MB. Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(5):432-8.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000086>

Recebido em: 28/04/2011

Aceito em: 02/02/2012

Endereço para correspondência:

Francine Bortagarai

Rua Appel, nº 800 – apto 210 – Centro

Santa Maria – RS

CEP: 97015-030

E-mail: fbortagarai@hotmail.com