

Adélaïde Sophie Marie Follin-Arbelet

"Perceção dos profissionais acerca do uso da comunicação aumentativa e alternativa
com crianças com patologia neuromotora"



Universidade Fernando Pessoa

Porto 2017

Adélaïde Sophie Marie Follin-Arbelet

"Perceção dos profissionais acerca do uso da comunicação aumentativa e alternativa
com crianças com patologia neuromotora"



Universidade Fernando Pessoa

Porto 2017

"Percepção dos profissionais acerca do uso da comunicação aumentativa e alternativa
com crianças com patologia neuromotora"

Atesto a originalidade do trabalho:

(Adélaïde Sophie Marie Follin-Arbelet)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau
de licenciatura em Terapêutica da Fala,
sob orientação da Prof. Doutora Fatima Maia

Sumário

Este projeto de graduação integra uma investigação qualitativa sobre a percepção dos profissionais acerca do uso de comunicação aumentativa e alternativa (CAA) com crianças com patologia neuromotora.

O enquadramento teórico é constituído por uma revisão da literatura com especial destaque sobre a comunicação aumentativa e alternativa e as patologias neuromotoras.

A parte empírica do projeto é baseada na recolha de informações sobre este tema, através de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a sete profissionais de um Centro de Educação Motora, incluindo duas terapeutas da fala, para destacar o seu ponto de vista. A análise dos resultados foi feita com recurso a técnicas de análise de conteúdo.

Os resultados revelam um ponto de vista relativamente positivo quanto à utilidade da CAA, mas parecem indicar mais dificuldades quando são mencionadas as competências das pessoas para o uso destas formas de comunicação. Efetivamente, alguns constrangimentos são referidos como barreiras à implementação ótima da CAA (falta de tempo, falta de formação, área reservada as terapeutas da fala), os quais são discutidos neste trabalho.

Palavras-chave: Percepção; Profissionais; Comunicação Aumentativa Alternativa; Patologia Neuromotora; Crianças.

Abstract

This undergraduate project integrates a qualitative investigation about the professionals' perception about the use of augmentative and alternative communication (AAC) with children with neuromotor pathology.

The theoretical framework consists of a review of the literature with special emphasis on augmentative and alternative communication and neuromotor pathologies.

The empirical part of the project is based on the collection of information on this topic through semi-structured interviews aimed at the seven professionals of a Motor Education Center, including two speech therapists, to highlight their point of view. The analysis of the results was made using content analysis techniques.

The results reveal a relatively positive view of the usefulness of AAC, but seem to indicate more difficulties when people's skills are mentioned for the use of these forms of communication. Indeed, some constraints are referred to as barriers to the optimal implementation of AAC (lack of time, lack of training, reserved area of speech therapists), which are discussed in this work.

Key-words: Perception; Professionals; Aumentative and Alternaive Communication; Neuromotor Pathology; Children.

Agradecimentos

Uso este espaço para agradecer ao conjunto de pessoas que de uma forma ou de outra me ajudaram a concluir este curso.

Quero desde já, agradecer à minha orientadora Fátima Maia, pela orientação e disponibilidade enquanto docente e orientadora. Também pelo modo humano como me apoiou nas situações de maior fragilidade.

A todos os docentes com quem contactei durante este percurso na Universidade Fernando Pessoa, que em muito contribuíram para o meu conhecimento e crescimento enquanto pessoa e futura profissional de Terapêutica da Fala.

Também quero agradecer às Terapeutas da Fala Christine Pourteyron e Nathalie de Wasseige, pelo conhecimento que me passaram durante o meu estágio em França, pela sua atenção e partilha de informações.

A todos os profissionais de saúde que colaboraram no meu estudo, o meu muito obrigada.

Ao meu caro amigo Jean-Baptiste, que sem dúvida, foi um pilar muito importante para que eu chegasse a esta etapa.

Às minhas amigas, Julie Dachicourt, Mathilde Maggi e Clémence Dumont, que fizeram esta aventura portuguesa comigo, pelas horas de trabalho juntas, e sobretudo, as risadas compartilhadas.

Ao Pablo, pelo seu apoio psicológico e ajuda em qualquer momento, que sem ele nada teria sido concretizado.

Aos meus pais que tudo fizeram para contribuir para a minha educação e formação e, em tornar-me na pessoa que sou hoje.

Ao Abílio, à Adriana, à Lilian e todos os que, de algum modo, deram o seu contributo para a realização do presente estudo, os meus maiores agradecimentos.

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Teórico.....	3
1. Patologias neuromotoras.....	3
i. Definição e condição geral.....	3
ii. Impactos.....	4
iii. Comunicação nas crianças com patologia neuromotora.....	5
2. Comunicação Aumentativa e Alternativa.....	7
i. Definição e objetivos.....	7
ii. Tipos de CAA.....	8
iii. Candidatos.....	9
iv. Implementação.....	10
3. Perceção dos profissionais quanto a CAA.....	12
II. Estudo Empírico.....	17
1. Desenho de estudo.....	17
2. Tipo de estudo.....	17
3. Instrumento e método de recolha de dados.....	18
4. Procedimento de recolha de dados.....	18
5. Métodos de análise e tratamento de dados.....	20
6. Participantes.....	20
III. Apresentação e discussão dos resultados.....	22
Conclusão.....	43
Bibliografia.....	46
Anexo I: Carta de solicitação de autorização ao Diretor do Instituto.....	52

Anexo II: Consentimento informado distribuído aos participantes do estudo.....	53
Anexo III: Guião para as entrevistas semi estruturadas realizadas com profissionais que trabalham com crianças com patologias neuromotoras.....	54
Anexo IV: Guião para as entrevistas semi estruturadas realizadas com terapeutas da fala que trabalham com crianças com patologias neuromotoras.....	55
Anexo V: Transcrições das entrevistas semi-estruturadas.....	56

Índice de tabelas

Tabela 1: Pergunta 1: Qual é a sua profissão?.....	22
Tabela 2: Perguntas 2 e 3: Há quantos anos é que exerce a sua profissão? Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?.....	23
Tabela 3: Pergunta 4: Tem conhecimento/experiência sobre o uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?.....	25
Tabela 4: Pergunta 5: O que pensa sobre o uso da CAA em crianças com PNM?.....	27
Tabela 5: Pergunta 6: Como você definiria seu nível de habilidade em CAA?.....	30
Tabela 6: Pergunta 7: Existe alguma forma de CAA que você usa mais e porquê?.....	32
Tabela 7: Pergunta 8: Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?.....	34
Tabela 8: Pergunta 9: Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?.....	36
Tabela 9: Pergunta reservada às Terapeutas da Fala 1: Enquanto terapeuta da fala, quais os aspetos que considera mais importantes para a implementação da CAA?.....	39
Tabela 10: Pergunta reservada às Terapeutas da Fala 2: Quais os aspetos prioritários a ter em conta no caso das crianças com PNM?.....	40

Lista de abreviaturas

CAA: Comunicação Aumentativa e Alternativa

CEM: Centro de Educação Motora

EE: Educadora Especial

ME: Monitora Educadora

O: Optometrista

PM: Psicomotricista

PNM: Patologia Neuromotora

QDV: Qualidade de Vida

SESSAD: Serviço de Educação Especial e de Cuidado ao Domicílio

TF: Terapeuta da Fala

TO: Terapeuta Ocupacional

INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina Estágio Profissionalizante II, do curso de Terapêutica da Fala, da Universidade Fernando Pessoa, surge como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura, a execução do presente trabalho de investigação.

A escolha do tema deste trabalho deve-se ao fato que a autora da investigação fez um estágio profissionalizante num Centro de Educação Motora (CEM), que acolhe crianças com Patologia Neuromotora (PNM), entre os 3 os 20 anos, e onde o uso de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) é indispensável, apesar do fato que nem todos os profissionais têm o mesmo conhecimento nem a mesma experiência com esta ferramenta. Foi neste mesmo centro que a investigação teve lugar e com estes mesmos profissionais.

O principal objetivo deste estudo é recolher a percepção dos profissionais acerca do uso de CAA com crianças com patologia neuromotora. Esta investigação tem outros objetivos, tais como identificar os aspetos diferenciadores que integram as diversas percepções, com especial atenção ao ponto de vista dos terapeutas da fala, bem como refletir e discutir os principais aspetos que sustentam a perspetiva dos terapeutas da fala relativamente ao uso de CAA com crianças com PNM, tendo em atenção os referenciais teóricos e as evidências da investigação atual.

Assim, importa referir que o enquadramento teórico do projeto é constituído por uma revisão da literatura, com especial destaque dos conceitos de PNM na infância e do impacto desta na comunicação, assim como do conceito de CAA. Relativamente a esta última, é mencionada a definição e os objetivos, os tipos de CAA, os candidatos e aspetos a considerar para a sua implementação. Foi ainda efectuada pesquisa relativamente à literatura existente acerca da percepção dos profissionais sobre o uso da CAA com crianças com PNM.

Para se conseguir atingir os objetivos pretendidos neste trabalho, adotou-se uma metodologia de tipo qualitativa, usando como instrumento entrevistas semi-estruturadas,

dirigidas a sete diferentes profissionais do centro, incluindo duas terapeutas da fala, para as quais foram reservadas mais algumas perguntas. As respostas dadas às entrevistas semi-estruturadas, analisaram-se com recurso a técnicas de análise de conteúdo, tendo-se tirado algumas conclusões.

Os principais resultados que surgiram desta investigação indicam um acordo por parte dos entrevistados quanto ao facto que a CAA é indispensável em muitas situações de crianças com PNM, que não são comunicadores independentes, em todas as situações. Por outro lado, a causa mais citada do impedimento da implementação ótima da CAA é a falta de tempo. Também a falta de formação e de familiarização com o conceito por parte dos profissionais (mesmo as terapeutas da fala) foram citados como impedimentos a uma boa comunicação com o uso da ferramenta de CAA.

Importa referir que este trabalho fez-se num só centro, recolhendo a perceção unicamente de sete profissionais. Então não pretende refletir a perceção de todos os profissionais acerca do uso de CAA com crianças com PNM, mas permite contactar com o ponto de vista de alguns, como base para reflexão sobre este tema.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Patologias neuromotoras

i. Definição e condição geral

Quando se aborda as patologias neuromotoras, verifica-se que a Paralisia Cerebral (PC) surge como a condição com a maior prevalência. Efetivamente, Herskind et al. (2014) referem que a PC é a incapacidade motora mais comum em crianças, com uma incidência de 2 as 2,5 por 1000 nascimentos.

A PC descreve "um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitação da atividade, que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorreram no cérebro fetal ou infantil em desenvolvimento" (definição modificada após Bax et al., 2005, *cit in*. Morris, 2007).

O mesmo autor lista os distúrbios motores que acompanham muitas vezes a PC, tais como os distúrbios de sensação, percepção, cognição, comunicação, comportamento, epilepsia e problemas musculoesqueléticos secundários.

Mais, a PC, como todas as patologias neuromotoras, é uma condição neurodesenvolvimental que começa na primeira infância e persiste ao longo da vida (Rosenbaum et al., 2006). Isto é, uma condição crónica. Karen et al. (2006) salientam que a deficiência intelectual ocorre em cerca de dois terços dos pacientes com PC.

Outras patologias neuromotoras mais raras que podem ser encontradas, e para as quais a afetação do desenvolvimento muitas vezes é similar à PC, estão listadas pelo Projeto do estabelecimento do Instituto Guillaume Belluard (ADIMC74, 2007) e são as seguintes: miopatias e patologias neuromusculares, multideficiência, espinha bífida, sequelas de traumatismo craniano ou de tumor cerebral e outras doenças raras. Escolheu-se referir este Projeto do IGB como referência para definir a população alvo porque é o local onde esta investigação teve lugar.

Estas condições não podem ser "tratadas" em si mas podem-se manter as capacidades existentes e desenvolver o potencial de autonomia da pessoa com incapacidade com uma intervenção precoce e intensiva, que fornece, como indicam os autores Karen et al. (2006), os melhores resultados clínicos. Também referem que o tratamento ideal em crianças com PNM requer uma abordagem em equipa.

ii. Impactos

As crianças com PNM, como salientam os autores Voorman et al. (2009), correm o risco de sofrerem restrições nas atividades e participação. Pois, foi sublinhado pelos mesmos autores que a capacidade intelectual e a presença de epilepsia são fatores importantes associados ao nível de atividade e participação.

Von Tetzchner e Martinsen (2000) indicam que as alterações motoras que comprometem apenas a motricidade oral são raras. Pois, estão geralmente associadas a outras alterações que comprometem outras funções motoras como a motricidade dos membros superiores e inferiores e, assim, muitas pessoas dependem de uma cadeira de rodas ou de canadianas para se deslocarem.

A evolução dos movimentos, equilíbrio e postura dos indivíduos apresenta-se de uma forma anormal na criança com PNM, devido ao tipo de lesão e classificação, ou seja, encontra-se um atraso na evolução motora, onde grande parte da musculatura apresenta-se desorganizada (Finnie, 2000).

As dificuldades motoras das crianças limitam muito o seu desenvolvimento pessoal. Há atividades em que não podem participar e em muitas áreas adquirem apenas experiências limitadas (Von Tetzchner e Martinson, 2000). No entanto, os mesmos autores referem que parte destas limitações não são justificadas pelas alterações motoras em si mesmas, devendo-se antes ao facto das experiências negativas as levarem à convicção de que não são capazes de fazer nada. Por isso, a dificuldade em comunicar tem consequências e afeta as pessoas em todas as situações da vida e em qualquer idade.

A qualidade de vida (QDV), devido a estas condições motoras pode encontrar-se afetada. Os autores Beukelman e Mirenda (2007) mencionam restrições da QDV nos campos da autodeterminação, da inclusão social, da independência, da participação na comunidade e da inclusão educacional.

Os parceiros de comunicação de pessoas com deficiência grave são na maioria das vezes pais, professores, assistentes pessoais e outras pessoas de apoio, isto é, pessoas nos microambientes das pessoas com deficiência e com quem passam a maior parte do tempo. Assim, os parceiros de comunicação qualificados devem ter um conhecimento aprofundado de como comunicar com pessoas com deficiência grave (Hostyn et al., 2009, *cit in.* Wilder et al., 2015). Salienta-se que a atitude dos adultos em relação às crianças, constitui-se como um elemento facilitador do seu desenvolvimento linguístico, sendo uma enorme influência na formação das suas vidas e nas oportunidades para o seu desenvolvimento pessoal (Madge e Fassam, 1982, *cit in.* Von Tetzchner e Martinsen, 2000).

iii. Comunicação nas crianças com patologia neuromotora

Love e Webb (2001), definem a fala e a comunicação como as funções as mais complicadas do cérebro humano. Elas envolvem interações entre "a personalidade, os processos cognitivos, a imaginação, o idioma, a emoção e os sistemas sensoriais e motores inferiores necessários para a articulação e a compreensão".

Relativamente às dificuldades de conversação associadas à PNM, Pennington (2008) menciona restrições na fala, na linguagem, na comunicação, na leitura e na soletração. Os autores Ropper e Samuels (2009) consideram quatro categorias de distúrbios neurológicos da linguagem e da fala: a primeira é a perda ou alteração da produção ou da compreensão da linguagem escrita ou falada devido a uma lesão cerebral adquirida; a segunda consiste em distúrbios da linguagem e da fala em doenças que afetam globalmente a função mental de ordem superior; a terceira é um defeito na articulação com funções mentais e compreensão da linguagem falada e escrita intactas e sintaxe

normal; e a última, é uma alteração ou perda da voz por causa de um distúrbio da laringe ou a sua inervação.

Segundo Menezes e Maria (2004), podemos encontrar crianças com atraso motor global significativo e excelente cognição, e também crianças com défices motores reduzidos e deficiência cognitiva em maior grau. Os mesmos autores referem que podem-se encontrar crianças com um bom desenvolvimento da linguagem e ausência de fala funcional devido à impossibilidade articulatória. Sabendo isso, importa referir que o distúrbio motor da fala resultante desta condição caracteriza-se não apenas pela articulação, prejudicando os sons da fala, mas também pelo suporte anormal da respiração, dificuldade na qualidade de voz e controlo de características prosódicas, como altura e intensidade, velocidade, ritmo, estresse e nasalidade (Parkes et al., 2010, *cit in*. Cockerill et al., 2013).

Mais, para crianças com deficiência motora grave que não conseguem produzir fala inteligível, Clarke et al. (2016) salientam o fato que o curso de todo o desenvolvimento é suscetível de diferir das crianças com a mesma condição que têm fala inteligível e de crianças sem problemas no desenvolvimento, tanto como consequência de diferenças neurológicas na maturação do cérebro, como no impacto destas dificuldades na interação com os interlocutores principais.

As crianças com necessidades de CAA podem não ter um papel ativo nas interações comunicativas, mesmo quando elas estão claramente motivadas para aprender e/ou participar na interação (Cress, 2002, *cit in*. H. Finke e Quinn, 2012). Os autores Von Tetzchner e Martinsen (2002) mencionam também um estilo passivo de comunicação que ocorre frequentemente nesta população, referem que mesmo quando é dada a oportunidade de utilizarem tecnologias de apoio, as crianças não conseguem iniciar a conversação nem sequer quando parecem querer dizer algo.

2. Comunicação Aumentativa e Alternativa

i. Definição e objetivos

A American Speech-Language-Hearing Association, a qual se constitui como uma associação de referência para os Terapeutas da Fala, indica que é importante distinguir entre os termos fala, comunicação e linguagem se quisermos entender o conceito de Comunicação Aumentativa e Alternativa (ASHA, 2004). Esta associação qualifica a comunicação como intencional ou não, envolvendo sinais convencionados ou não, e podendo ocorrer através da fala ou de outros modos. Assim, refere que todas as pessoas comunicam de alguma forma, sendo que a eficácia e a eficiência dessa comunicação variam com o número de fatores individuais e ambientais.

Pois, a fala pertence, segundo Brin-Henry et al. (2011), ao campo da fonologia, que inclui a prosódia e escolhe e arranja os fonemas na cadeia falada, seguindo as regras fonológicas da comunidade. Os mesmos autores definem a comunicação como todo o meio verbal ou não verbal, usado por um indivíduo para partilhar ideias, conhecimentos, sentimentos, com um outro indivíduo. A linguagem é definida pelos autores como um sistema de signos próprios que favorece a comunicação entre os seres.

Então, quando uma criança não adquire as capacidades comunicativas de forma "normal", torna-se necessário recorrer às ferramentas que possibilitem as suas capacidades comunicativas. Neste caso deve introduzir-se, como aconselha a ASHA (2004), uma Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA).

Segundo Von Tetzchner e Martinsen (2000, p.22), distingue-se a comunicação alternativa da comunicação aumentativa. Os mesmos autores definem a comunicação alternativa como "uma forma de comunicação, diferente da fala, e que está usada por um indivíduo em contexto de comunicação frente a frente" e a comunicação aumentativa como "uma comunicação complementar ou de apoio, a qual tem dois objetivos, que são, num primeiro lugar, promover e apoiar a fala e, num segundo lugar, garantir uma forma de comunicação".

Existem vários objetivos para o uso da CAA. Os cinco mais comuns são listados pelos autores Beukelman e Mirenda (2007) e são: dar a possibilidade de transmitir mensagens, através das quais possam interagir em conversações; participar em atividades em casa, na escola, no trabalho e durante eventos recreativos; aprender a língua materna; estabelecer e manter os papéis sociais e conhecer as suas necessidades especiais. Também os autores Von Tetzchner e Martinson (2000) indicam que "o facto de proporcionar uma forma de comunicação alternativa às crianças que não podem expressar-se através da fala tem como consequências melhorar a sua qualidade de vida, proporcionando-lhes um maior controlo sobre a sua vida e maior auto-estima, dando-lhes oportunidades de sentirem mais igualdade na sociedade" (p. 17).

Importa referir que a CAA é uma área da prática que tem sofrido um crescimento significativo e rápido nos últimos 10 anos. Com toda a probabilidade, esse padrão continuará à medida que surjam novas tecnologias e práticas de instrução (ASHA, 2004).

ii. Tipos de CAA

Os autores Von Tetzchner e Martinsen (2000), ao referirem-se ao termo CAA, distinguem a comunicação sem ajuda (onde "os signos são produzidos pela pessoa que comunica" p.22) da comunicação com ajuda (onde "a pessoa que comunica assinala os signos pretendidos" e "são utilizados signos tangíveis e signos gráficos para comunicar" p.22). Os mesmos autores diferenciam a comunicação dependente, que implica uma outra pessoa para interpretar o significado daquilo que é expresso, da comunicação independente, onde a mensagem é formulada na totalidade pelo indivíduo.

Segundo Von Tetzchner e Martinson (2000), os signos gestuais incluem a língua gestual dos surdos e outros signos realizados com as mãos. Diferenciam-se dos signos gráficos, que incluem todos os signos produzidos graficamente dos signos tangíveis, que na maioria dos casos, são feitos em madeira ou plástico.

Entre os sistemas sem ajuda, os mesmos autores integram os gestos de uso comum (eg: "sim", "adeus"), os códigos gestuais não linguísticos (ex: gestos idiossincráticos), sistemas de signos gestuais para surdos (ex: a Língua Gestual Portuguesa), sistemas de signos gestuais pedagógicos (ex: Makaton) e as linguagens gestuais codificadas (ex: datilologia).

Por outro lado, os sistemas com ajuda gráfica ou visual, precisam de uma assistência externa, como instrumentos ou ajudas técnicas que se adicionam ao corpo do utilizador para que a comunicação possa realizar-se. Três tipos de sistemas com ajuda se diferenciam, desenvolvidos por Von Tetzchner e Martinson (2000). Em primeiro lugar há os sistemas baseadas em elementos muito representativos, como fotografias ou símbolos tangíveis (podem ser constituídos por objetos reais, miniaturas de objeto, partes do objeto ou objetos artificiais). Os sistemas de símbolos gráficos incluem os pictogramas e , os sistemas com ajuda de símbolos abstractos, compreendem a ortografia tradicional, o código Morse e o código Braille.

Diferenciam-se pelos autores Clarke et al. (2016) os sistemas de baixa tecnologia dos sistemas de alta tecnologia. Os sistemas de baixa tecnologia são definidos pelos autores como livros em papel ou albuns de fotos, com fotografias, símbolos gráficos e palavras. Salienta-se que a CAA de alta tecnologia tem, nos últimos anos, refletido tendências tecnológicas mais amplas, com o uso crescente de softwares específicos de auxílio à comunicação, em dispositivos comercialmente disponíveis, como telefones celulares e tabelas. Os mesmos autores também indicam que, "nos casos em que é prestada uma ajuda de alta tecnologia, continua a ser importante manter e desenvolver um sistema de baixa tecnologia, a fim de assegurar sempre a disponibilidade de um sistema de comunicação, incluindo os casos em que a utilização da ajuda de alta tecnologia não é possível ou prática" (Clarke et al., 2016).

iii. Candidatos

Relativamente à população-alvo que precisa o uso da CAA, importa referir que a utilização da mesma não depende da idade nem das capacidades mentais dos indivíduos (Lloyd, 2005). Os autores de referência Von Tetzchner e Martinsen (2000) mencionam

três grupos funcionais, que diferem uns dos outros em relação ao grau de compreensão da linguagem, bem como ao potencial para aprenderem a língua no futuro.

O primeiro é o grupo que necessita de uma forma alternativa de expressão. As pessoas que integram este grupo possuem uma boa compreensão da linguagem falada mas estão incapazes de usar a fala, devido às incapacidades físicas ou anormalidades anatómicas. A CAA é, para eles, uma alternativa permanente porque a maioria desses indivíduos nunca usará a fala.

O segundo grupo, o que necessita de uma linguagem de apoio, divide-se em dois sub-grupos. O primeiro compreende pessoas que necessitam de um suplemento para encorajar o desenvolvimento de competências ao nível da compreensão e do uso expressivo da fala, prevenindo situações de frustração quando o processo comunicativo está comprometido. O segundo subgrupo assemelha-se ao grupo expressivo, exceto que a CAA é uma técnica aumentativa ao invés de uma substituição da fala.

As pessoas que integram o terceiro grupo precisam de uma linguagem alternativa para o resto da sua vida. Elas têm pouca compreensão da linguagem falada e, portanto, não conseguem usar um discurso significativo.

iv. Implementação

"A implementação da CAA vem atender estes indivíduos [...] para promover o desenvolvimento de possibilidades comunicativas, tornando-os ativos nas relações interpessoais, mesmo não tendo a fala funcional." (Menezes e Maria, 2005, p.281)

É o Terapeuta da Fala que deve iniciar a introdução de uma forma de CAA, como refere a ASHA (2004). Segundo esta, o TF é assim solicitado a operar um papel de gestor de caso ou líder da equipa, porque a comunicação é considerada como uma área de preocupação principal, que influencia todos os outros aspetos da vida diária e habilidades de vida. Então é necessário, por parte dos TFs, uma avaliação contínua e reavaliação quanto ao uso de CAA em múltiplos contextos por parte dos seus

utilizadores, uma vez que o impacto dos sistemas de CAA está relacionado com as mudanças na qualidade de vida dos indivíduos.

Os nove papéis/responsabilidades que estão inerentes à atuação dos TFs que prestam serviços de CAA foram definidos pela ASHA (2004) e incluem:

- "1. identificação dos candidatos apropriados para a CAA;
2. determinação de sistemas de CAA apropriados para os clientes;
3. desenvolvimento de planos de intervenção abrangentes para que os clientes alcancem a "comunicação funcional máxima";
4. execução dos planos de intervenção;
5. avaliação dos resultados da intervenção;
6. avaliação e consciencialização sobre as novas tecnologias e estratégias da CAA;
7. advocacia na área da CAA;
8. prestação de serviços a profissionais e consumidores;
9. coordenação dos serviços da CAA."

A mesma associação de referência (2004) salienta o facto que, na medida do possível e realizável, os TFs devem envolver os membros da família e outras pessoas significativas, em todas as etapas do programa de CAA. Pois, os indivíduos devem ser ensinados a usar os seus sistemas funcionalmente, com diferentes parceiros de comunicação e em diferentes contextos.

Soto e Zangari (2009) indicam que a implementação da CAA requer um esforço colaborativo dos membros da equipa. Eles têm de partilhar uma visão de participação social e academia plena das crianças com PNM. Entre esses profissionais, os autores Menezes e Maria (2004) destacam os terapeutas da fala, psicólogos, educadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, engenheiros e outros.

A literatura sobre a CAA realça o trabalho em equipa como um modelo recomendado de prática (Beukleman e Mirenda, 2007). O trabalho em equipa neste contexto (área da saúde) está definido pelos autores Granados et al. (2008, *cit. in* McWilliams, 2012) como "um processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais de saúde, com formação e competências complementares, compartilhando objetivos comuns de saúde e exercendo esforço físico e mental concertados para avaliar, planear, e atender o

paciente." Salienta-se pelo autor Nash (2008 *cit. in* Batarowicz e Shepherd, 2011) que as equipas transdisciplinares são melhores para abordar as complexidades dos problemas relacionados com a saúde. Apesar disso, muitos elementos da equipa não estão habituados ao uso de CAA e um modelo correto pode facilitar a prática do que aprenderam (Von Tetzchner e Martinson, 2000).

Importa ainda referir que o fornecimento de CAA às crianças não é um fim em si mesmo. Em vez disso, a provisão de CAA é um aspeto da prática de intervenção mais ampla, destinada a apoiar e desenvolver o repertório de comunicação total da criança (Clarke et al., 2016).

3. Percepção dos profissionais quanto ao uso de CAA

Os profissionais que prestam cuidados a pessoas com necessidades de CAA são provenientes de uma variedade de *backgrounds* e áreas de especialização (Yorkston e Karlan, 1986, *cit. in* Locke e Mirenda, 1992). A sua formação é, como indicam os autores Von Tetzchner e Martinsen (2000), uma parte essencial de uma intervenção que envolve sistemas alternativos de comunicação. Eles referem que, mesmo numa época onde o uso destes sistemas está mais divulgado, a maioria dos profissionais têm uma experiência de trabalho com os utilizadores de tecnologias de apoio para a comunicação limitada, eles não têm conhecimento ou este é um pouco limitado. Também referem que a formação das pessoas que trabalham com a pessoa com deficiência é indispensável para que as medidas de intervenção tenham êxito.

Beck et al. (2001) demonstraram, numa investigação acerca do mesmo tema, que muitos parceiros de comunicação não respondem adequadamente às crianças que têm dificuldade em falar. Os resultados deste mesmo estudo mostraram que os indivíduos que usam CAA têm mais risco de encontrar atitudes negativas em indivíduos sem experiência prévia com pessoas com deficiência, do que em indivíduos com experiência prévia com esta mesma população.

Um estudo sobre a percepção do trabalho de equipa no contexto da CAA, foi realizado em 2011, por Batarowicz e Shepherd, num centro em Ontario. Todos os membros da equipa clínica da CAA tinham de fornecer um feedback clínico sobre as suas percepções acerca do trabalho em equipa para a implementação da CAA. Este estudo relata vários benefícios percebidos de um processo de trabalho em equipa no âmbito da CAA, que incluem garantir serviços de qualidade, melhorar a aprendizagem, incentivar o apoio dos pares e facilitar a tomada de decisões bem sucedidas.

Um outro estudo realizado por Batarowicz e Schepherd (2011), revelou que os participantes que trabalhavam em equipas com maior experiência perceberam um comportamento socioemocional mais negativo nos membros da equipa. Esses resultados ilustram que existem desafios em equipas que incluem profissionais experientes e profissionais que são novos na prática.

O estudo desenvolvido por Beck et al. (2001), teve como objetivo validar uma escala para medir as atitudes dos profissionais em relação às crianças que se comunicam através da CAA. Esta experiência foi conduzida para investigar a influência de três variáveis nas atitudes dos adultos (tipo de técnica aumentativa usada para comunicar, o rótulo de incapacidade usado para descrever o utilizador de CAA e a competência do utilizador de CAA na comunicação com uma técnica aumentativa). Embora os resultados tenham indicado que a competência do utilizador influenciou as avaliações cognitivas (ex.: julgamentos relacionados às capacidades gerais), a competência do utilizador não influenciou avaliações afetivas (ex.: sentimentos, respostas emocionais), a intenção comportamental (ex.: ações que um tomaria ao servir uma criança) ou atitudes globais. Não se destacaram evidências de que as atitudes dos adultos fossem influenciadas pelo tipo de dispositivo (alta tecnologia ou baixa tecnologia) usado por uma criança ou pelo rótulo de deficiência da criança (atraso mental, incapacidade física ou ausência de rótulo).

De acordo com o anteriormente exposta, foi salientado pelos autores Mccarthy e Light (2005) que o uso de um sistema de alta tecnologia não parece ter um efeito sobre a atitude do ouvinte, ao invés de um sistema de baixa tecnologia. Os autores desta última

investigação indicam que os adultos assumem frequentemente um papel dominante quando comunicam com jovens utilizadores de CAA, numa variedade de situações.

Num outro estudo, sobre o papel e as responsabilidades dos professores de educação especial atuando em equipas que prestam serviços de CAA, realizado por Locke e Mirenda, em 1992, os professores frequentemente comentaram que não tinham o tempo necessário para completar as tarefas requeridas, e os alunos que usavam sistemas de CAA, sem dúvida, exigiam muito mais tempo do que o habitual, para que fosse possível desenvolver e manter os seus sistemas. Neste mesmo estudo, a maioria dos cuidadores participantes indicaram que eles gostariam de receber informações em todas as cinco áreas de educação continuada identificadas na pesquisa. Destas, a informação do dispositivo de CAA foi a mais desejada (74%). Também foram altamente desejadas as informações sobre a avaliação (71%), o treino dos facilitadores (69%), as questões de integração (67%) e a gestão da CAA (52%).

Um estudo sobre a percepção de uma equipa acerca do uso de CAA, foi realizado por Baley et al., em 2006, cujos objetivos revelaram-se muito parecidos aos objetivos da presente investigação. Na figura 1, é possível analisar um esquema representativo dos resultados deste estudo, o qual permite ter uma visão global da junção do trabalho dos investigadores.

Três categorias principais emergiram desta estudo conduzido por Baley et al. (2006), como barreiras primárias quanto ao uso de dispositivos de CAA. Essas categorias incluíram restrições de tempo, limitações específicas do dispositivo de CAA e incongruência com os pais. No mesmo estudo, vários membros da equipa mencionaram limitações relacionadas ao tempo para a colaboração com outros profissionais da escola e/ou famílias de utilizadores de CAA. Quase todos os membros da equipa mencionaram requisitos de tempo para a programação como uma barreira ao uso do dispositivo de CAA. Revelou-se que outros membros da equipa falaram sobre limitações devido a problemas de portabilidade e durabilidade experimentadas com dispositivos específicos. Também o aumento das necessidades de treino e a falta de oportunidades do mesmo

para as ferramentas de alta tecnologia, foi sugerido pelos entrevistados como uma barreira ao uso de dispositivos de CAA.

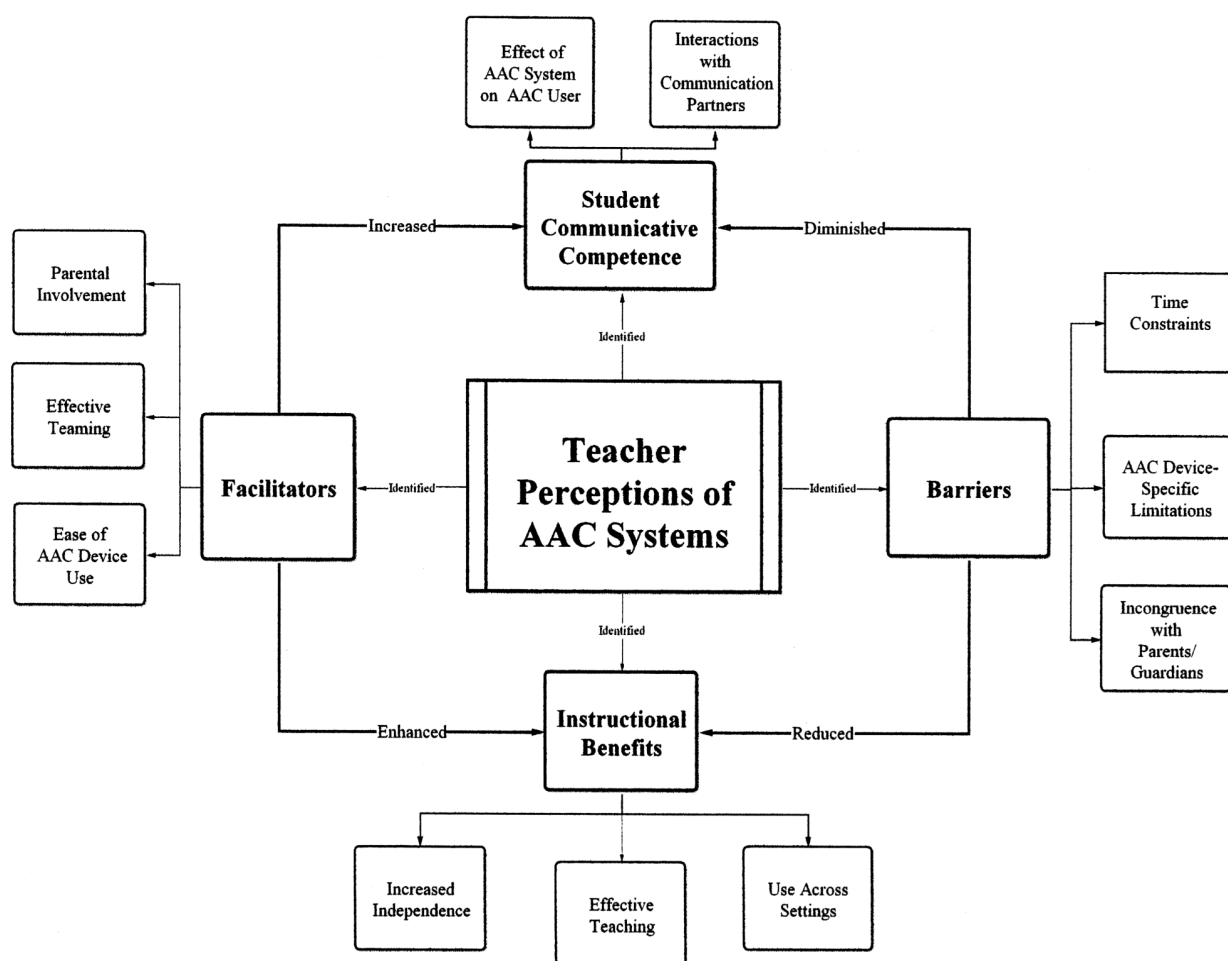
A mesma investigação revelou que os membros da equipa com menos experiência e cursos formais relacionados com o uso de dispositivos de CAA, tenderam a expressar maior necessidade de treinamento com determinados dispositivos. Os membros da equipa também sugeriram que o uso do dispositivo de CAA teve um efeito positivo no comportamento dos seus utilizadores.

Relativamente à CAA em casa, esta investigação indicou que os jovens com necessidades de CAA frequentemente utilizavam efetivamente a comunicação não-simbólica em suas casas. Todos os membros da equipa entrevistados pelos autores expressaram o desejo de envolvimento dos pais. Também os entrevistados achavam que, "porque os pais/guardiões compreendiam as formas de comunicação dos filhos sem o auxílio de seus dispositivos de CAA, o uso dos dispositivos não era visto como necessário no lar".

Os mesmos autores apontaram como facilitadores do uso de dispositivos de CAA, em primeiro lugar o envolvimento dos pais, em seguida uma equipa eficiente e, por último, a facilidade no uso do dispositivo. Também um trabalho em equipa eficaz foi indicado como um facilitador preliminar do uso eficaz do dispositivo de CAA. A população entrevistada pelos investigadores era um grupo de membros da equipa que funcionavam bem juntos, comunicavam-se com frequência e estavam todos focados em aumentar as habilidades de comunicação dos seus alunos com sistemas e dispositivos de CAA.

Por fim, nesta mesma investigação, alguns professores consideram a CAA como um tratamento para estudantes com deficiência e não como um apoio. O TF parecia ser o líder informal da equipa, incentivando os professores a usarem CAA, "fornecendo modelagem do uso do dispositivo durante os grupos linguísticos e desenvolvendo um relacionamento positivo com os professores". Baley et al. relembram o seu principal objetivo, para auxiliarem os professores para que estes possam ser utilizadores efetivos de CAA.

Fig. 1. Esquema representativo dos resultados da pesquisa qualitativa de Baley et al. (2006) sobre a percepção de uma equipa acerca do uso de CAA



II. ESTUDO EMPÍRICO

1. Objetivos do estudo

Os objetivos desta investigação são vários. Em primeiro lugar, pretende-se contactar com a percepção de diferentes profissionais acerca do uso da CAA com crianças com PNM. O segundo objetivo, que vem em seguida, é identificar os aspetos diferenciadores que integram as diversas percepções, com especial atenção ao ponto de vista dos TFs. Por último, pretende-se refletir e discutir os principais aspetos que sustentam a perspetiva dos TFs relativamente ao uso de CAA com crianças com PNM, tendo em atenção os referenciais teóricos e a investigação atual.

2. Tipo de estudo

De acordo com Fortin (2009), quando se executa uma investigação, deve-se escolher uma determinada metodologia, é esta que planifica o estudo e a sua execução e que vai influenciar os resultados obtidos e a sua compreensão. Tendo em conta os objetivos deste trabalho, recorreu-se a uma metodologia qualitativa. Segundo Vilelas (2009), a investigação qualitativa define-se como uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem. O mesmo autor refere que esta metodologia é utilizada para explorar o comportamento, as perspetivas e as experiências das pessoas. A base da investigação qualitativa reside na abordagem interpretativa da realidade social (Holloway, 1999).

Segundo Malhotra (2006, *cit in*. Oliveira et al., 2007), "a pesquisa qualitativa é uma metodologia de pesquisa não-estruturada e exploratória baseada em pequenas amostras que proporciona percepções e compreensão do contexto do problema".

Malhotra (2006) aponta várias razões para usar a pesquisa qualitativa. No seu entender, nem sempre é possível, ou conveniente, utilizar métodos plenamente estruturados ou formais para obter informações dos entrevistados. Determinados valores, emoções e motivações que se situam no nível subconsciente são encobertos ao mundo exterior pela

racionalização e outros mecanismos de defesa do ego. Por isso, a maioria maneira de obter a informação desejada é a pesquisa qualitativa.

3. Procedimentos para a recolha de dados

Num primeiro momento foi estabelecido um contacto com o director do CEM em França, tendo sido explicados os objetivos do estudo, bem como solicitada a autorização para a realização do mesmo, com a garantia do anonimato e da confidencialidade.

Após aprovação por parte da instituição, foram contactados os vários profissionais que intervêm diretamente com as crianças com PNM, foram explicados os objetivos do estudo, foi solicitada a sua participação, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Em ambas as situações anteriormente descritas, foram apresentadas cópias do instrumento a utilizar para a recolha dos dados, bem como o respetivo consentimento informado (Anexo II), que os participantes preencheram.

Importa referir que foi nesta instituição que a autora desta investigação realizou, durante os meses de outubro e novembro de 2016, a parte do estágio clínico que integra a Unidade Curricular Estágio Profissionalizante II da licenciatura em Terapêutica da Fala.

4. Instrumento

Os dados foram recolhidos com recurso à realização de entrevistas semi estruturadas, cujos guiões que serviram de orientação às mesmas encontram-se no Anexo III (entrevista semi-estruturada aos profissionais do instituto) e Anexo IV (entrevista semi-estruturada com perguntas reservadas às terapeutas da fala).

Segundo Marconi e Lakatos (2003), o uso de entrevistas semi-estruturadas tem várias vantagens. Entre outras pode-se citar: o fato delas poderem ser utilizadas para todos os segmentos da população (analfabetos ou alfabetizados); haver uma maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, ou ainda formular as questões

de maneira diferente; oferecem uma maior oportunidade para avaliar atitudes, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como o diz (reações, gestos, ...); daram a oportunidade para a obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos; possibilitaram o conseguir informações mais precisas, podendo ser comprovadas de imediato as discordâncias, e ainda permitirem que os dados possam ser quantificados e submetidos a tratamento estatístico.

Acrescenta-se que os guiões das entrevistas foram previamente aplicados a um profissional da instituição que não integrava a amostra, de modo a testar a sua coerência, pertinência e clareza das questões, funcionando esta experiência como pré-teste. De acordo com a informação obtida, foram efetuados ligeiros ajustes considerados necessários.

Foram seguidas as recomendações de Freixo (2010) relativamente à aplicação das entrevistas. Assim, num primeiro momento estas foram planeadas (foram desenhadas de acordo com os objetivos da investigação), os entrevistados tiveram conhecimento dos tópicos atempadamente, foram marcadas com antecedência (com indicação da hora e do local, para assegurar que as mesmas iriam ocorrer), foram asseguradas as condições para a garantia da confidencialidade dos dados e do anonimato dos entrevistados (com o consentimento informado UFP) e foi feita uma preparação específica na organização dos guiões com as questões mais importantes.

As primeiras perguntas das entrevistas semi-estruturadas consistiam na caracterização dos indivíduos, os seus anos de experiência na profissão, os seus anos de experiência a intervir com crianças com PNM, e a sua experiência com a CAA. A outra parte das perguntas pretendeu recolher mais concretamente a percepção que os profissionais possuem acerca do uso da CAA com crianças com PNM.

As entrevistas realizadas nessa investigação foram gravadas em áudio, no dia 19 de dezembro 2016, sendo posteriormente transcritas e analisadas com recurso a técnicas de análise de conteúdo. As transcrições destas entrevistas estão anexadas à este trabalho mas nunca o nome do instituto foi mencionado, no objetivo de manterem a confidencialidade dos resultados.

5. Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Segundo Ribeiro e Ruppenthal (2002), a análise dos dados pode servir para completar um diagnóstico, para identificar ações a serem tomadas, para direcionar novos estudos, ou simplesmente para aprofundar o estudo.

A análise de conteúdo é, segundo Bardin (1977), o método mais adotado no tratamento dos dados das investigações qualitativas. A mesma autora define a análise de conteúdo como "um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens" (p.42).

Existem muitas técnicas desenvolvidas na análise de conteúdo que atuam no sentido de promover o alcance e a compreensão dos significados manifestos e latentes no material de comunicação (Minayo, 1994). A análise temática e categorial é, segundo Vilelas (2009), o tipo de técnica mais utilizado. Isto consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias) segundo regulamentos analógicos. As categorias e sub-categorias emergiram da análise das entrevistas, e posteriormente foram validadas por um perito na área e avaliador externo (Professora Doutora Fatima Maia).

6. Participantes

Oliveira et al. (2007) referem que quando os participantes apresentam homogeneidade, a sessão é conduzida mais facilmente em certos aspetos, como o nível cultural, faixa etária, sexo, posição económica, entre outros. Porém a não homogeneidade dos participantes, em alguns casos, é necessária para detetar divergência de opiniões, para estimular a discussão e gerar um possível consenso.

A amostra foi constituída por diversos profissionais que constituem uma equipa interdisciplinar de um CEM e que intervêm diretamente com as crianças com PNM. Assim, importa referir que encontrámos profissionais de diferentes áreas: duas

terapeutas da fala, uma optometrista, uma terapeuta ocupacional, uma psicomotricista, uma educadora escolar e uma monitora educadora.

Para uma melhor contextualização do desenvolvimento deste trabalho, importa também referir que as crianças e os jovens acolhidos no IGB são pessoas com paralisia cerebral, multideficiência ou possuem outro tipo de patologias neuromotoras. Entre elas encontram-se situações de miopatias e doenças neuromusculares, distúrbios do desenvolvimento afetando a motricidade, a linguagem, a organização gestual e a neurovisão, espinha bífida, sequelas de traumatismo craniano ou tumor cerebral, e ainda outras doenças raras.

III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De modo a facilitar a leitura dos resultados e a sua discussão, optou-se por apresentar os mesmos, organizando-os em tabelas. Assim, estas indicam os resultados considerados mais relevantes, relativos a cada uma das questões colocadas nas entrevistas aos sete profissionais do CEM. Para uma melhor compreensão dos mesmos, são indicadas as categorias e sub-categorias obtidas, o nº de ocorrências e alguns exemplos ilustrativos das mesmas. A discussão dos resultados é efetuada no seguimento de cada tabela.

Tabela 1: Pergunta 1: Qual é a sua profissão?

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Profissão	Reabilitadores (TF1, TF2, PM, O e TO)	5	- "Eu sou Terapeuta da Fala." - "Eu sou Terapeuta da Fala." - "Eu sou Psicomotricista." - "Optometrista." - "Terapeuta Ocupacional."
	Educadores (EE e ME)	2	- "Educadora Escolar." - "Eu sou Monitora Educadora..."

Esta amostra de profissionais é constituída por dois educadores e cinco profissionais de reabilitação (Tabela 1). Todos os seus elementos são do sexo feminino. Importa referir que só uma profissão está aqui representada por duas pessoas: a Terapia da Fala. Este fato tem a sua importância neste trabalho, onde se pretende um especial destaque do ponto de vista dos terapeutas da fala.

Importa referir aqui que esta equipa não está completa, nomeadamente não integra o profissional fisioterapeuta, o qual, quando falamos de patologias neuromotoras, é

essencial para garantir um adequado posicionamento e uma maior facilidade nos movimentos para a participação da pessoa nas atividades do seu dia a dia (Newman, 2006). Também faltam profissionais listados pelos autores Menezes e Maria (2004), que quando enumeram os membros que supostamente devem compor a equipa que apoia crianças com PNM, também indicam, entre outros, psicólogos e engenheiros. Como os autores Yorkston e Karlan (1986, *cit. in* Locke e Mirenda, 1992), referem sobre o mesmo tópico, que a amostra de profissionais de uma equipa, apresenta uma variedade de "backgrounds" e áreas de especialização diferentes, o que também se verifica neste estudo.

Tabela 2: Perguntas 2 e 3: Há quantos anos é que exerce a sua profissão? Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Experiência profissional	30 anos (TF2)	1	- "Desde setembro de 1986."
	Inferior ou igual a 25 anos (TF1, PM e TO)	3	- "Desde 1997." - "Desde setembro 1991." - "Desde 1993..."
	Inferior a 15 anos (EE, ME e O)	3	- "Há 10 anos." - "... pelo menos 13 anos." - "Vai fazer 10 anos..."
Experiência com crianças com patologias neuromotoras	22 anos (PM)	1	- "...desde 1992."
	Inferior a 15 anos (TF1, TF2)	2	- "Desde 2004." - "De maneira contínua desde março de 2006..."

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
	Inferior ou igual a 10 anos (EE, O, TO)	4	<ul style="list-style-type: none"> - "Há 10 anos." - "Desde o início." - "Desde 2008." - "...desde 2009."

Estas duas perguntas foram inseridas numa mesma tabela (Tabela 2) para comparar a experiência profissional da amostra com a sua experiência a intervir com crianças com PNM. Isto permite destacar que as pessoas que têm uma maior experiência a intervir com crianças com PNM, que são as duas TF e a PM, são as mesmas profissionais que têm a maior experiência profissional.

Os autores Batorowicz e Schepherd, no seu estudo de 2011, destacaram o facto que existem desafios em equipas que incluem profissionais experientes e profissionais que ainda possuem uma prática muito recente, os quais muitas vezes precisam de mais formação e orientação por parte dos profissionais experientes. Nesta amostra, há profissionais com 30 anos de experiência assim como profissionais com menos de 10 anos. Então esta variedade de tempo de prática, (nomeadamente, de experiência) ilustrada com estes sete profissionais, permite ter diversos pontos de vista.

A importância da experiência ilustra-se no facto que, como Hostyn e Maes destacam (2009, *cit in.* Wilder, Magnusson, Hanson, 2015), os parceiros de comunicação qualificados devem ter um conhecimento aprofundado de como comunicar com pessoas com deficiência grave. Neste estudo, são as TFs que apresentam uma experiência maior quando comparada à média das experiências dos profissionais entrevistados.

Tabela 3: Pergunta 4: Tem conhecimento/experiência sobre o uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com PNM?

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Ferramentas (TF1, EE, PM, O, TO e ME)	Ferramentas usadas anteriormente (TF1, EE, PM, O e TO)	9 TF1: 2; EE: 2; PM: 2; O: 2; TO: 1	<ul style="list-style-type: none"> - "... começámos com sínteses de voz mecânicas com "Minspeak" - "Antes não havia sínteses de fala." - "Ao início eram cadernos de comunicação." - "Foi um período, enquanto os comunicadores com síntese de voz eram muito usados, e depois usávamos essencialmente cadernos de comunicação." - "... os meios não eram os mesmos... evoluiu muito!"
	Ferramentas usadas atualmente (TF1, EE, ME, O, TO)	10 TF1: 4; TO: 3; EE: 1; ME: 1; O: 1	<ul style="list-style-type: none"> - "Atualmente nós possuímos mais softwares de comunicação sem esquecer os cadernos de comunicação..." - "...era o francês gestualizado." - "eu tive de aprender o francês gestualizado..." - "...nós usamos mais as tabelas e os softwares de comunicação." - "Atualmente o acesso às ferramentas informáticas está diferente, faz-se em contato direto no ecrã, na tabela tátil ou no computador com ecrã tátil, ou com um controlo visual."
Experiência profissional (EE, ME, TF2, O, TO, TF1 e ME)	Importância da formação (EE, ME, TF2, PM, O e TO)	7	<ul style="list-style-type: none"> - "Faz 3 anos que conheço TheGrid." - "tenho tido formações de francês gestualizado..." - "...só há 4 anos é que nós fomos formados no software TheGrid..." - "...relativamente a tudo o que é relativo à comunicação nós não trabalhávamos com isto."
	Situações específicas (TF1 e ME)	3	<ul style="list-style-type: none"> - "Tenho um exemplo de uma menina que fazia o gesto..." - "Eu também trabalhei muito com crianças com deficiência auditiva..." - "...já estou a cuidar de uma criança com surdez faz 3 anos..." - "Eu trabalhei com crianças em SESSAD..."

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Apreciação (TF1, ME, TF2, TO e PM)	Positiva (TF1, ME, TF2 e TO)	9 TF1: 4; ME: 3; TF2: 1; TO: 1	- "...ao nível da compreensão era mágico." - "É importante... e essencial." - "...para mim é realmente uma comunicação que é indispensável com as crianças daqui..." - "... está muito mais rápido agora!"
	Negativa (TF1 e PM)	8 TF1: 5; PM: 3	- "...era um pouco mais complicado..." - "Eram muito restritas."
Definição (O e TO)		2	- "Para mim significa dar ferramentas às crianças que não têm comunicação verbal, uma ferramenta alternativa que substitui a fala ou um suporte para aumentar a fala." - "Para mim é permitir a uma pessoa que não pode usar a oralidade para comunicar de ter uma ferramenta adaptada para que ela possa falar."

Para responder a esta pergunta, seis dos sete profissionais escolheram fazer uma revisão dos instrumentos (Tabela 3), sejam os que usavam antes ou os que usam atualmente. Apresentaram um discurso didático que fazendo uma comparação entre o uso de tecnologias dos tempos anteriores e a eficácia dos instrumentos que são propostos atualmente. Todos os participantes deram informações relativas à sua experiência profissional. A O e a TO deram uma definição do conceito, como se a pergunta fosse para fornecerem um discurso didático em vez da sua própria percepção.

Um ponto importante que precisa de estar desenvolvido nesta reflexão é o facto que, quando se trata de mencionar as ferramentas usadas atualmente, são mencionadas formas de comunicação com ajuda (cadernos de comunicação, sínteses de voz, computadores, tabela tátil, onde são utilizados signos tangíveis e signos gráficos para comunicar) e formas de comunicação sem ajuda (francês gestualizado, onde os signos são produzidos pela pessoa que comunica) Von Tetzchner e Martinsen (2000).

Mais, os resultados ilustram, nas palavras da TF1, o que referem Clarke et al. (2016), relativamente à importância de manter e desenvolver um sistema de baixa tecnologia.

Tal tem como objetivo assegurar sempre a disponibilidade de um sistema de comunicação, incluindo os casos em que a utilização da ajuda de alta tecnologia não é possível ou não é o mais prático.

Quatro dos profissionais deram uma apreciação positiva relativamente ao uso de ferramenta de CAA (TF1, ME, TF2 e TO) e dois negativa (TF1 e a PM). Neste contexto, a apreciação negativa sobre o uso da CAA refere-se principalmente ao tipo de material usado anteriormente. Como Baley et al. (2006) indicaram no seu estudo, "os membros da equipa sugeriram que o uso do dispositivo CAA teve um efeito positivo no comportamento dos usuários do CAA". Salienta-se neste caso que a apreciação é relativa ao tipo de material utilizado e não propriamente ao facto de não reconhecerem a utilidade da ferramenta.

Tabela 4: Pergunta 5: O que pensa sobre o uso da CAA em crianças com PNM?

Categoria	Sub-categoria	Sub-sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Apreciação (EE, ME, TF2, PM, TO, O)	Ajuda (EE, ME, TF2, PM e TO)		7	<ul style="list-style-type: none"> - "É uma ajuda..." - "É importante e vemos efeitos." - "Para mim é indispensável" - "... isso permite ter uma verdadeira comunicação com as crianças com quem nós pensamos que não há esta possibilidade." - "Eu diria que isto é uma dimensão importante ou primária." - "Sobretudo nas crianças que têm distúrbios do espectro do autismo..." - "...eu acho que podem dar abertura para que as pessoas percebam melhor..."
		Implementação complicada (EE, TF2, O e TO)	13 TO: 7; TF2: 3; O: 2; EE: 1	<ul style="list-style-type: none"> - "Uma ajuda limitada..." - "Para a maioria das pessoas isto parece complicado, na minha opinião..." - "...no meu ponto de vista, fica [...] restringido ao trabalho com as Terapeutas da Fala..." - "...eu acho que fica sempre complicado."

Categoria	Sub-categoria	Sub-sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
	Constrangimento (EE, TF2, O, TO)	Muito trabalho por parte dos profissionais (EE e O)	3	- "Constantemente temos de enriquecer o vocabulário." - "Acho que poderia ser uma boa ferramenta mas para isso é preciso uma aprendizagem de utilização que não está suficientemente desenvolvida..."
		Aceitação por parte das outras pessoas (TF2 e TO)	3	- "...porque acho que as pessoas estão formatadas para uma comunicação normal de oralidade..." - "... mas temos dificuldades para as generalizar noutros meios."
		Demora tempo (EE)	1	- "É muito demorado..."
	Abordagem de intervenção (TF2, O e TO)		8	- "Depende se a criança com PNM podem usar a fala ou não." - "...as TF elaboram um caderno de comunicação..." - "Aqui funcionamos unicamente com pictogramas..." - "Por exemplo, a semana passada fui com um jovem e pesquisámos a palavra [<i>pictograma</i>] "trabalhar" e não havia!" - "Então é preciso fornecer-lhes no início uma bagagem suficiente para que elas sejam capazes de exprimir coisas."

Para responder a esta pergunta, dois tipos de resposta foram dadas: uma de tipo apreciativo, evocando a ajuda que pode oferecer a CAA, outra, pelo contrário, indicando os constrangimentos encontrados na implementação desta comunicação (Tabela 4). O outro tipo de resposta é o ponto de vista dos profissionais acerca da sua preferência de abordagem de intervenção (TF2, O e TO). Neste caso, os profissionais decidiram dar um discurso informativo, dar um exemplo ou uma outra proposta de

abordagem. Pois, estes mesmos profissionais, quando foi perguntada uma reflexão sobre o que achavam sobre o uso de CAA com crianças com PNM, escolheram dar informações sobre este tópico, sem refletir a sua própria opinião. Um outro comportamento assumido pelos entrevistados foi darem um exemplo da sua própria experiência (a TO usou isto), refletindo um conhecimento próprio mas não revelando propriamente uma apreciação pessoal.

Esta tabela permite também destacar os tipos de constrangimentos evocados pela EE, a TF2, a O, e a TO que as categorias seguintes ilustram: o fato de, por vezes, ser um processo complicado de implementar, o trabalho por parte dos profissionais que implica, as dificuldades de aceitação por parte dos interlocutores e o tempo que demora. Estes resultados concordam com os da investigação de Baley et al. (2006) onde três categorias principais foram distinguidas como barreiras primárias ao uso de dispositivos de CAA. Essas categorias incluíam restrições de tempo, limitações específicas do dispositivo de CAA e incongruência com os pais. Só o trabalho por parte dos profissionais que isso implica não estava mencionado no estudo previamente efetuado por Baley et al.. Também esta investigação concorda com os autores Locke e Mirenda (1992) que indicavam que os professores mencionavam uma falta de tempo para completar as tarefas requeridas e que "os alunos que usavam sistemas de CAA exigiam muito mais tempo do que o habitual para desenvolver e manter os seus sistemas".

Nos constrangimentos emitidos, a dificuldade de implementação foi evocada pela EE, a TF2, O e a TO. Se é verdade que esta comunicação precisa de uma formação anterior, Soto e Zangari (2009) indicam que a implementação da CAA requer um esforço colaborativo dos membros da equipa. Os mesmos autores adicionam que os profissionais têm de partilhar uma visão de participação social e academia plena das crianças com PNM. É neste ambiente que a implementação da CAA desenvolve-se de maneira ótima. Também foi referida a incongruência com os pais ou com os parceiros privilegiados de comunicação dos utentes como um constrangimento à boa implementação da CAA. Apesar das recomendações da ASHA (2004), que referem que os indivíduos devem ser ensinados a usar os seus sistemas funcionalmente, com diferentes parceiros de comunicação e em diferentes contextos.

Há também uma observação que precisa de ser feita: é o fato que a O tinha um aviso tão drástico relativamente à implementação da CAA neste instituto e que ela apresenta uma outra proposta muito pertinente e adequada com o fornecimento atual da CAA. Efetivamente, como sublinham Clarke et al. (2016), a implementação desta comunicação com as crianças com PNM não é um fim em si mesmo. Em vez disso, a provisão de CAA é um aspeto da prática de intervenção mais ampla, destinada a apoiar e a desenvolver o repertório de comunicação total da criança.

Tabela 5: Pergunta 6: Como você definiria seu nível de habilidade em CAA?

Categoria	Sub-categoria	Sub-sub-categoria	Número de ocorrências	Exemplos
Nível de habilidade (EE, ME, TF2, PM, O e TO)	Confortável (EE, ME e TF2)		3	<ul style="list-style-type: none"> - "Eu considero que não é mau..." - "Sinto-me confortável com isto..." - "...eu acho que eu tenho adquirido um nível relativamente bom..."
	Desconfortável (PM, O e TO)		5	<ul style="list-style-type: none"> - "Mas eu considero que o meu nível de habilidade em CAA é pequeno." - "Por isso eu não me considero como experiente porque eu não conheço muitas ferramentas." - "...relativamente ao conteúdo, não."
Exigência (TF1, EE, ME, TF2, O)	Precisa de prática (TF1, EE e ME)		3	<ul style="list-style-type: none"> - "...precisamos praticar sempre." - "A formação foi muita completa mas nós não praticamos diretamente após a mesma [...] é complicado encontrar tempo para treinar para ficarmos mais rápidos." - "Nós temos de praticar..."
	Requer tempo (TF1, EE e ME)		3	<ul style="list-style-type: none"> - "...requer uma quantidade enorme de tempo." - "...é muito demorado e eu não tenho absolutamente tempo nenhum para praticar então..." - "...no ideal, deveríamos ter mais tempo."

Categoria	Sub-categoria	Sub-sub-categoria	Número de ocorrências	Exemplos
		Requer mais formação/ formação contínua (ME, TF2 e O)	4	<ul style="list-style-type: none"> - "...seria bom que fossemos formados regularmente." - "...tenho com certeza muito a aprender e para melhorar." - "Acho que para se estar confortável com a CAA, precisa-se de estar formado suficientemente"

Relativamente à estimação do nível de habilidade em CAA que os profissionais deram, três delas sentem-se confortáveis enquanto três delas não se sentem confortáveis (tabela 5). Os resultados ilustram o que é referido por von Tetzchner e Martinson (2000), ao indicarem que muitos elementos da equipa não estão habituados ao uso de CAA.

Cinco dos respondentes mencionaram a exigência que solicita a CAA (a TF1, a EE, ME, TF2, O) e evocam a importância de uma prática regular, salientando que isso requer tempo. A ME, a TF2 e a O, indicaram que requer mais formação.

Como no estudo de Baley et al. (2006), "quase todos os membros da equipa mencionaram requisitos de tempo para a programação como uma barreira ao uso do dispositivo CAA."

Também foram evocados os suportes, foi mencionada a CAA com apoio tecnológico e sem apoio tecnológico por quatro profissionais, e a sua competência com ela. Assim, a língua gestualizada foi mencionada como não adquirida pela ME, como os autores Von Tetzchner e Martinsen (2000) já mencionaram, muitos elementos da equipa não estão habituados a usar signos e os autores insistem no facto que um modelo correto pode facilitar a prática do que aprenderam. Três profissionais abordaram a questão de uma aprendizagem aprofundada para melhorar as suas competências em CAA. Como Baley et al. (2006) referem, os membros da equipa com menos experiência e cursos formais relacionados com o uso de dispositivos CAA tendem a expressar maior necessidade de

treinamento com determinados dispositivos (lembramos aqui que a O tem 10 anos de experiência).

A ME, TF2 e a O evocam um desejo de formações suplementares ou continuas. No estudo conduzido por Locke e Mirenda, em 1992, acerca do mesmo tópico, a maioria dos cuidadores participantes indicaram que eles gostariam de receber informações complementares do dispositivo de CAA. Assim, a situação parece ainda não ter mudado desde mais de 20 anos.

Tabela 6: Pergunta 7: Existe alguma forma de CAA que você usa mais e porquê?

Categoria	Sub-categoria	Sub-sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Necessidade de suporte material (TF1, O, TO, PM e EE)	CAA com ajuda (TF1, O, TO e PM)	Usa (TF1, O e TO)	3	- "TheGrid, é essencialmente para jovens que não têm fala..." - "Enquanto Optometrista, nós usamos mais as sínteses de fala com comando ocular." - "...são mais as ferramentas numéricas para nós, os softwares informáticos."
		Porquê (TO)	1	- "O nosso trabalho em Terapia Ocupacional é o de ver com a pessoa a ferramenta mais adequada, se é um computador, uma tabela, como é o acesso com a tabela..."
		Não usa (PM, O e TO)	4	- "Não, porque infelizmente o meu quadro de trabalho não me permite usar estes suportes." - "...porque aqui, os cadernos de comunicação estão reservados às Terapeutas da Fala." - "...eu não conheço muito bem tudo que é relativo às sínteses de voz..." - "...é uma dinâmica de trabalho que não tenho porque não estou confortável com a ferramenta e porque isto é demorado." - "...pergunto-me se não é um pouco "ultrapassado" [sobre sínteses de voz]"
		Usa (TF1 e EE)	2	- "O francês gestualizado. Sistemáticamente." - "O francês gestualizado."

Categoria	Sub-categoria	Sub-sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
	CAA sem ajuda (TF1, EE e TO)	Porquê (TF1 e EE)	2	- "Porque é interessante que toda a gente no instituto o conheça." - "Acho que é um bom suporte para a compreensão e para que elas criassem imagens mentais."
		Não usa (TO)	1	- "E relativamente ao francês assinado, também acho que é bastante restrito."
	Depende dos jovens (ME)		2	- "Depende dos jovens." - "...quando estamos com um jovem em particular, quando estamos individualmente, então adaptamos um pouco melhor..."

Clarke et al. (2016) indicaram que nos últimos anos, a CAA de alta tecnologia tem refletido tendências tecnológicas mais amplas, citando entre outros os softwares específicos de auxílio à comunicação em dispositivos comercialmente disponíveis, como telemóveis e tabelas. Este fato relativamente recente deveria ser refletido neste instituto mas só três profissionais afirmam usá-lo (TF1, O e TO, o que é lógico) enquanto quatro outros dizem que não estão confortáveis com isso (Tabela 6). Assim isso confirma o que Von Tetzchner e Martinson (2000) relatam que a maioria dos profissionais têm uma experiência limitada de trabalho com os utilizadores de tecnologias de apoio para a comunicação, não tendo conhecimento ou tendo um conhecimento muito limitado do mesmo.

Secundo McCarthy e Light (2005), o uso de um sistema de alta tecnologia não tem um efeito sobre a atitude do ouvinte, ao invés de um sistema de baixa tecnologia. Mas os resultados obtidos nesta investigação mostram que é a CAA com ajuda que a maioria parte dos profissionais mostra mestria. Pois, a língua gestualizada, que parece ser o tipo de CAA sem ajuda mais conhecido pelos entrevistados, requer uma aprendizagem importante e já foi mencionada a falta de tempo por parte dos profissionais para

treinarem de modo a ficarem eficientes nesta forma de comunicação. Não pretende-se aqui que os outros dispositivos (são evocados aqui sínteses de voz, software de comunicação, tabelas táteis, computadores) não precisem de um tempo de familiarização mas parte delas estão mais intuitivos (referia-se as tabelas táteis).

Cada jovem está diferente. Cada jovem comunica de forma diferente. Assim, como sublinha a ME, a escolha da forma de CAA não depende do profissional mas do jovem. Por isso, os autores Alant e Lloyd (2005) destacaram a importância da avaliação das capacidades para comunicar e apontaram no fato que a utilização da CAA não depende da idade nem das capacidades mentais dos indivíduos.

Tabela 7: Pergunta 8: Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
"Nenhuma sensibilização na formação inicial" (TF1, EE, ME, PM, O e TO)	Motivos (TF1, O e TO)	3	<ul style="list-style-type: none"> - "Não existia." - "A optometria é muito específica." - "Nós tivemos só cinco páginas de aula sobre a paralisia cerebral então nós não estudámos mais a questão da CAA." - "Mas na minha formação inicial, não havia nada sobre como intervir com pessoas com incapacidade."
Contexto de sensibilização ao uso de CAA (EE, ME, O, TF1 e TF2)	Instituto (EE, ME e O)	4	<ul style="list-style-type: none"> - "Então muito no local, sim." - "Eu descobri tudo aqui!" - "Então eu fui formada no instituto e porque eu fiz estágios aqui."
	Com outros profissionais (TF1 e EE)	2	<ul style="list-style-type: none"> - "...foram colegas que me ensinaram..." - "Também há a ligação com as minhas colegas da reabilitação." - "Mais tarde eu fiz estágio com uma Terapeuta da Fala que trabalhava exclusivamente com crianças com deficiência auditiva..." - "... no início havia um senhor com deficiência auditiva que ensinou o LSF..."
	Formações (TF1 e EE)	2	<ul style="list-style-type: none"> - "...para TheGrid nós tínhamos formações." - "...uma em Paris sobre a "dis"." - "...quando eu comecei a trabalhar no escolar, sim, eu recebi formações..."

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Experiências passadas (ME, PM e O)		3	- "Foram meios da época." (PM)
	Dificuldade de implementação (TF1)	2	- "Acho que fica sempre um pouco limitado na reeducação em Terapia da Fala e é um pouco uma pena." - "Não devem ser esquecidos os cadernos de comunicação que são sempre úteis, mas infelizmente não são usados por toda a gente. Especialmente a família ou outros profissionais."

A associação de referência para as Terapeutas da Fala ASHA afirmou em 2004 que a CAA é uma área de prática que tem sofrido um crescimento significativo e rápido nos últimos 10 anos. Também referiu que esse padrão está destinado a continuar à medida que surjam novas tecnologias e práticas de instrução. Então, significa que esse crescimento na acessibilidade da CAA começava em 1994. Entre as profissionais entrevistadas, só três tiveram uma experiência inferior ou igual a 10 anos mas toda a gente afirmou não ter nenhuma sensibilização relativa a CAA na sua formação inicial (Tabela 7). Batorowicz e Schepherd (2011), relembam a importância da formação das pessoas que trabalham com a pessoa com deficiência para que as medidas de intervenção podem ter sucesso. Isso significa que todos os profissionais deveriam estar sensibilizados para a sua utilização não somente as TFs. Isto é de acordo com von Tetzchner e Martinsen (2000) que indicam que a formação dos profissionais é uma parte essencial de qualquer intervenção envolvendo sistemas alternativos de comunicação.

Por outro lado, o CEM parece estar numa motivação de promoção do uso de CAA porque onze vezes foi citado como lugar de familiarização com a CAA pelos seus profissionais, quer com referência a formações propostas, partilha de informações entre colegas ou referência ao próprio local (instituto) como contexto de aprendizagem. Baley et al. (2006), no seu estudo sobre um tema muito semelhante, apontaram como facilitador do uso de dispositivos de CAA uma equipa eficiente. Pois, a TF1 e a EE indicaram que está com a ajuda de outras profissionais que familiarizavam-se com o

dispositivo de CAA. Isso ilustra um trabalho em equipa eficaz, porque as profissionais comunicam juntas com frequência e estão todos focados em aumentar as habilidades de comunicação com sistemas e dispositivos CAA.

Tabela 8: Pergunta 9: Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Apreciação quanto ao uso (TF1, EE e PM)	Positiva (TF1 e EE)	2	<ul style="list-style-type: none"> - "É uma ferramenta super!" - "...eu acho que isto é genial." - "... eu testei recentemente um tapete de comunicação muito mais rápido e sinceramente eu estou adepta do mesmo, porque era rápido."
	Constrangimento (caro, complexo, falta de tempo...) (PM)	4	<ul style="list-style-type: none"> - "... muitas vezes são softwares que são muito caros..." - "...são formações complexas..." - "Também é uma questão de tempo para investir nestes suportes." - "A rentabilidade no instituto é tempo perto da criança e este tempo, especialmente interprofissional não é considerado como tempo de presença com as crianças."
	Objetivos (TF1, TF2 e O)	3	<ul style="list-style-type: none"> - "O objetivo é que seja usada por toda a gente e nós desejamos que sejam usados os mesmos pictogramas para toda a gente." - "...se a mensagem passa, se tu consegues criar uma ligação e uma relação com o jovem, tu vais obter muitas coisas." - "...realmente identificar as necessidades, e todas as situações que a criança possa ser levada a encontrar para realmente construir bem um suporte na base."

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Valorização do CAA (TF1, TF2, O, ME, PM e EE)	Necessidade de desenvolver um trabalho de articulação com a família (ME, TF2, PM e O)	12	<ul style="list-style-type: none"> - "Eu diria que é uma coisa que deveria perdurar no tempo e seria bom que outras instituições o usassem também." - "Ter tempo, ter o gosto, ter a determinação para conseguir e não ter medo de ser inventivo, ridículo, mimar..." - "Acho que é primordial identificar bem com os pais..." - "É esta consolidação que vai permitir escolher a ferramenta, para mim, além de ter em conta as capacidades intelectuais e motoras." - "...acho que começa a estar conhecido mas não por toda a gente..." - "Como todas as novas técnicas, acho que devia realmente ser desenvolvida mas estas coisas atualmente ainda ficam muito confidenciais." - "Acho que ter esta discussão e discutir com eles várias vezes, permite promover o seu investimento para desenvolver ao máximo as capacidades da sua criança, dos seus desejos e da sua curiosidade." - "...há muitos pais que dizem compreender muito bem o seu filho..." - "...usamos a CAA aqui com as crianças mas no setor adultos não há nada mais..." - "Acho que começa a estar conhecido..." - "Estou convencida que os pais são uma enorme chave na CAA e deve ser tido em atenção o seu ponto de vista, em vários momentos..."

Em primeiro lugar, salienta-se nesta tabela (Tabela 8) que estão evocados mais constrangimentos do que facilitadores quando se trata de exprimir uma apreciação relativamente ao uso de CAA. Pois, a PM evoca os constrangimento (o facto que está caro, complexo e a falta de tempo a dedicar à isto). Esta apreciação vem reconsiderando os resultados do estudo de Baley et al. (2006) onde os entrevistados apontaram como facilitadores do uso de dispositivos de CAA a facilidade no uso do dispositivo de CAA.

Entre as informações suplementares que os profissionais escolheram fornecer, destacam-se dois tipos de discurso que relacionam-se com a apreciação quanto ao uso

de CAA, citado seis vezes, e a valorização desta última, citada quinze vezes. Estão consideradas como aspetos que valorizam o uso de CAA a evocação dos seus objetivos, assim como a necessidade de desenvolver um trabalho de articulação com a família (esta ideia foi mencionada catorze vezes). O trabalho em articulação com os pais mencionado nos resultados, está de acordo com as instruções fornecidas por diversos autores (Romski e Sevcik, 1996; Sigafos, 1999, *cit in.* ASHA, 2004) relativamente as abordagens naturalistas, centradas no cliente e na família, que especificam a forte recomendação da adoção destas práticas quando se introduzem sistemas de CAA.

No mesmo tópico, a O indica que "há muitos pais que dizem compreender muito bem o seu filho". Esta afirmação também foi referida pela TO e é coincidente com o resultado de um estudo anterior feito por Baley et al. em 2006, no qual os entrevistados achavam que, porque os pais ou cuidadores principais compreendiam as formas de comunicação dos filhos sem o auxílio de seus dispositivos de CAA, o uso dos dispositivos não era visto como necessário no lar.

Quando se trata de enumerar os vários benefícios percebidos de um processo de trabalho em equipa da CAA, Batarowicz e Shepherd (2011) mencionam o encorajamento do apoio aos pares a sua inclusão na apropriação da ferramenta por parte da utente com PNM. Contudo, Beck et al. (2001) demonstravam numa investigação acerca do mesmo tema que muitos parceiros de comunicação (nomeadamente os pais) não respondem adequadamente às crianças que têm dificuldade em falar. A dificuldade para implementar uma CAA no quotidiano da criança, refletida nos resultados da presente investigação atualizam esta última realidade.

Tabela 9: Pergunta reservada às Terapeutas da Fala 1: Enquanto terapeuta da fala, quais os aspetos que considera mais importantes para a implementação da CAA?

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplo
Importância do trabalho da Terapeuta da Fala (TF1 e TF2)		3	<ul style="list-style-type: none"> - "... para adicionar elementos, precisa-se só de uma pessoa porque senão, vamos em todos os sentidos." - "... nós não temos o mesmo trabalho do que as nossas colegas reeducadoras aqui, acho que estamos um pouco à parte... em termos de tecnicismo e podemos atingir coisas que os outros não podem, não porque somos melhores mas porque as nossas técnicas de base são diferentes." - "... um caderno de comunicação, se não mostramos aos outros em permanência como usá-lo, nunca será usado porque as pessoas não sabem como fazê-lo."
Relacionament o com os outros profissionais	Necessidade de formações (TF1)	2	<ul style="list-style-type: none"> - "... eu acho que serão feitas formações em breve, especialmente para os professores e os educadores que estão com os jovens ao longo do dia..." - "Já foram feitas formações individuais mas queremos formações colectivas..."
	Importância do trabalho em equipa (TF2)	4	<ul style="list-style-type: none"> - "Acho que seria preferível que nós trabalhássemos um pouco mais juntos..." - "... eu acho que temos de partilhar, explicar, fazer com..." - "E estabelecer sistemas universais... no espaço." - "... eu acho que melhor do que reuniões entre profissionais é trabalhar juntos in loco."
Dificuldades de implementação (TF1)		1	<ul style="list-style-type: none"> - "... por enquanto, é um pouco difícil..."

As duas Terapeutas da Fala que foram entrevistadas destacaram a importância do seu papel na implementação da CAA (Tabela 9). De fato, elas consideram as indicações da ASHA (2004) que indicam o TF como o gestor de caso ou líder da equipe. Os três últimos pontos da lista dos papéis dos TFs da mesma associação de referência relativamente à implementação CAA (advogar na área da CAA, prestar serviços a profissionais e consumidores, coordenar dos serviços da CAA) estão ilustradas no discurso da TF1 e da TF2.

Efetivamente, elas consideram-se como os "líderes" da implementação da CAA mas sem esquecer a importância do trabalho em equipa (citado quatro vezes), sem o qual este tipo de comunicação não pode desenvolver-se de forma ótima. Como indicam os autores Soto e Zangari (2009), a implementação da educação inclusiva das crianças com PNM requer um envolvimento e uma partilha de informações por parte de cada profissional que constitua a equipa.

A importância de trabalho em equipa como modelo de prática foi recomendado quatro vezes pelas TFs, apoiando o referido por Beukleman e Mirenda (2007) e Batarowicz e Shepherd (2011), que indicam que as equipas transdisciplinares são melhores para abordar as complexidades dos problemas relacionados com a saúde. A TF2 destacou este trabalho em equipa nas suas recomendações: "eu acho que temos de partilhar, explicar, fazer com..." e isso também vai no sentido de o que referem Baley et al., em 2006, declarando que a colaboração em equipa parece ser o fator crucial na utilização bem-sucedida do CAA.

Tabela 10: Pergunta reservada às Terapeutas da Fala 2: Quais os aspetos prioritários a ter em conta no caso das crianças com PNM?

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
Implementação de CAA com crianças com PNM (TF1 e TF2)	Pré-requisitos (TF1)	1	- "...nós temos de verificar se eles têm os pré-requisitos para a comunicação..."
	Orientação para a intervenção (TF1 e TF2)	2	- "...eu acho que precisa-se de trabalhar em primeiro lugar com o cadernado de comunicação e a linguagem oral com o "tapete de ideias"..." - "...acho que em vez de colocar diretamente um saco de bolachas na mesa, ele pode colocar o saco de bolachas com o pictograma "saco de bolachas" e associar o pictograma com o objeto real, até retirar o saco real de bolachas..."

Categoria	Sub-categoria	Número de ocorrência	Exemplos
	Identificação de necessidades (TF2)	4	<ul style="list-style-type: none"> - "As suas necessidades..." - "As urgências. As coisas que para eles são importantes." - "Estas pequenas necessidades básicas, elementares nas quais nós não pensamos necessariamente..." - "... tentar estar à escuta das necessidades elementares."
	Intuição (TF2)	1	- "eu sempre tenho feito coisas sem conhecer necessariamente os métodos porque faço-as com o "bom sentido", intuitivamente. E acho que funciona bastante bem!"

Para definir os aspetos prioritários a ter em conta no caso das crianças com PNM, as duas Terapeutas da Fala entrevistadas decidiram falar sobre a implementação de CAA. Esta categoria divide-se entre a identificação dos pré-requisitos para a comunicação, a orientação para a intervenção e a identificação das necessidades das crianças (Tabela 10). A TF2 insistiu muito neste último ponto que contribuiu para a melhora da qualidade da vida da criança com PNM ("tentar estar à escuta das necessidades elementares..."), concordando assim com Von Tetzchner e Martinsen (2000), que relatam que o facto de proporcionar uma forma de comunicação alternativa às crianças que não podem expressar-se através da fala tem como consequências melhorar a sua qualidade de vida. Esta ideia foi mencionada quatro vezes, revelando a necessidade elementar da introdução da CAA com uma pessoa que necessite desta ferramenta para conseguir comunicar de forma independente em todas as situações. Os mesmos autores também referem que a dificuldade em comunicar tem consequências e afeta as pessoas em todas as situações da vida, em qualquer idade.

Importa referir que a TF1 menciona a avaliação dos pré-requisitos da comunicação como uma etapa necessária para a implementação da CAA. Mas isso é uma contra-indicação. Pois, esta avaliação não faz parte das indicações listadas pela ASHA (2004) no desenvolvimento do processo para introduzir uma CAA. As primeiras etapas estão a identificação dos candidatos apropriados para a CAA, a determinação de sistemas de

CAA apropriados para os clientes, o desenvolvimento de planos de intervenção abrangentes para que os clientes alcancem a "comunicação funcional máxima", a execução dos planos de intervenção e a avaliação dos resultados da intervenção.

A TF2 evoca a sua intuição como um motivo inicial para usar esta comunicação. Pois, a motivação para apreender e praticar novas formas de comunicação é importante mas não se deve esquecer a importância de formação.

CONCLUSÃO

Ao realizar-se este estudo pretendeu-se chegar a alguns resultados que conduzissem a conclusões fiáveis. De seguida, serão indicados os aspetos que se consideraram mais relevantes ao longo deste trabalho, os constrangimentos sentidos na elaboração do mesmo e a referência a eventuais estudos futuros que permitam dar continuidade a esta investigação.

Este estudo permitiu contactar com a percepção dos profissionais acerca do uso de CAA com crianças com PNM. Não se pretendia, desde o início, com esta investigação recolher a percepção de todos os profissionais sobre este tema, mas sim de alguns profissionais e de diversas áreas, pelo que apenas sete pessoas foram entrevistadas. As condicionantes deste estudo orientaram para que o mesmo tivesse lugar num centro só, uma vez que o tempo que a aluna tinha para o seu desenvolvimento estava restringido a alguns meses.

No entanto, considera-se que o objetivo de recolha de informações sobre este tema, em pequena escala, foi atingido, uma vez que as entrevistas realizadas com esta amostra permitiram destacar pontos pertinentes que já foram encontrados na pesquisa teórica e em estudos anteriores, assim como informações interessante que vêm reconsiderar os resultados das investigações anteriores. Salvaguarda-se o facto desta amostra ser pequena e refletir a opinião de um só grupo, não se podendo considerar como a ilustração da percepção de todos os profissionais acerca deste tópico.

Relativamente à formação, todos os inquiridos salientaram não ter formação específica de base na área da CAA. Mesmo as Terapeutas da Fala mencionaram não ter tido formação específica. Mais, muitas vezes, o instituto foi mencionado como um lugar de familiarização com a CAA. Então, sem dúvida, os profissionais são influenciados pela abordagem da CAA deste mesmo instituto. Efetivamente, as ferramentas, materiais, e meios de comunicação citados pelos profissionais foram frequentemente os mesmos (língua gestualizada, cadernos de comunicação, sínteses de voz...), justificando-se este facto pelo instituto ter propôs algumas formações relacionadas com os mesmos.

Um ponto em que toda a gente parece estar de acordo e que é muitas vezes destacado ao longo do estudo, é a falta de tempo para conseguir ficar completamente confortável com todos os instrumentos, em todas as situações, por parte dos profissionais. Este fato também foi revelado na pesquisa teórica, assim como nos estudos anteriores, e esta última investigação vem confirmar esta fragilidade na implementação ótima da CAA. Um outro aspeto que também foi destacado pela investigação, é a restrição do uso da CAA pelas Terapeutas da Fala, apesar das recomendações da ASHA, que identifica a TF como iniciador e gerador do apoio da CAA, mas especifica que todos os profissionais têm um papel e que esta área tem de estar generalizada a diversos profissionais, de modo a que a sua implementação seja possível em todos os meios, como é pretendido.

Para aprofundar a temática abordada neste estudo, seria interessante que não só este tipo de profissionais da reabilitação e profissionais da educação fossem entrevistados, mas também que fossem recolhidas outras percepções. Efetivamente, neste género de instituições, também trabalham outros profissionais de saúde, professores, quadros, educadores desportivos, assistentes sociais, entre outros, que também deverão estar confortáveis com o uso de CAA para interagirem com as crianças acolhidas. Por outro lado, os pais e o seu ponto de vista sobre este tema também é de grande interesse e importância, porque são eles, na maioria dos casos, os interlocutores privilegiados dos utilizadores de CAA.

Considera-se que o presente trabalho teve um contributo importante para a investigadora, enquanto primeira experiência como tal, na medida em que aumentou o seu conhecimento e utilização dos conceitos de Comunicação Aumentativa e Alternativa, com especial destaque na implementação adequada do conceito para um uso ótimo. Entre os constrangimentos encontrados para conseguir fazer uma investigação ótima, surgiu como primeira barreira o contacto com os entrevistados. Esta situação deveu-se ao facto de, enquanto estrutura pública francesa, serem muitas as formalidades administrativas que tiveram de ser feitas para contactar os profissionais da instituição de forma legal, apesar da investigadora ter feito um estágio no mesmo lugar. O segundo constrangimento tem quase a mesma razão que o primeiro, porque as

entrevistas só poderiam ter lugar durante uma única tarde, de um dia só (por causa da autorização), pelo que nem todos os profissionais inicialmente previstos responderam a esta investigação. No entanto, considera-se que o tema abordado neste trabalho precisa de um aprofundamento. Tal poderia ser efetuado, por exemplo, com a ajuda de uma investigação quantitativa, que não iria substituir a investigação qualitativa (a qual é a mais adaptada para este tipo de tema), mas para delinear com mais precisão o número de ocorrências de cada ideia e ter uma amostra maior, a fim de estar mais perto possível da realidade.

BIBLIOGRAFIA

Association Départementale des Infirmes Moteurs Cérébraux de Haute-Savoie (2007). *Projet d'établissement Guillaume Belluard ADMIC 74*. Disponível em [<http://www.adimc74.org/images/secteur-enfants/projetetablissementigb2007.pdf>].

Alant, E., L. Lloyd, L. (2005). *Augmentative and Alternative Communication and Severe Disabilities: Beyond Poverty*. London, Whurr Publishers Ltd.

American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Roles and responsibilities of speech-language pathologists with respect to augmentative and alternative communication: technical report [Technical Report]. Disponível em [www.asha.org/policy].

American Speech-Language-Hearing Association. (2001). *Scope of practice in speech-language pathology*. Rockville, MD: ASHA.

Baley, R., Stoner, J., Parette, H., Angel, M. (2006). AAC Team Perceptions: Augmentative and Alternative Communication Device Use, *Education and Training in Developmental Disabilities*, 41(2), pp. 139–154.

Bardin, L., (2014). *Análise de conteúdo*. Edição revista e actualizada, Lisboa, Ed. 70.

Batorowicz, B., A. Shepherd, T. (2011). Teamwork in AAC: Examining Clinical Perceptions. *Augmentative and Alternative Communication*, March 2011 VOL. 27 (1), pp. 16–25.

Baumann, R. (2016). 'Cerebral palsy', Magill's Medical Guide (Online Edition), Research Starters, EBSCOhost, viewed 13 December 2016.

Beck, A. R., Thompson, J.R., Clay, S.L., Hutchins, M., Vogt, W.P., Romaniak, B., Sokolowski, B. (2001). Preservice Professionals' Attitudes Toward Children Who Use

Augmentative/Alternative Communication. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, Vol. 36, No. 3, Special Conference Issue, pp. 255-271.

Beukelman, D.R., Mirenda, P. (2007). *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs, Third Edition*. Baltimore, Paul H. Brooke's Publishing Co.

Calder, B. (1977). Focus group and the nature of qualitative marketing research. *Journal of Marketing Research*, n. 14, p. 353-64.

Clarke, M., Price, K., Griffiths, T. (2016) Augmentative and alternative communication for children with cerebral palsy, *Paediatrics and Child Health*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2016.04.012>.

Cockerill, H., Elbourne, D., Allen, E., Scrutton, D., Will, E., McNee, A., Fairhurst, C., Baird, G. (2013) Speech, communication and use of augmentative communication in young people with cerebral palsy: The SH&PE population study, *Child: care, health and development*. John Wiley & Sons Ltd.

Finke, E., Quinn, E. (2013) Perceptions of communication style and in influences on intervention Practices for Young children with AAC Needs, *Augmentative and Alternative Communication*, 28(2), pp. 117–126.

Finnie, N. R. (2000). *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. São Paulo: 3ª edição brasileira. Editora Manole, Capítulo 1, p. 3-7.

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Freixo, M. (2012). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas, 4a ed.* Lisboa, Instituto Piaget.

Herskind, A., Greison, G., Nielson, J. (2014). Early identification and intervention in cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2015, 57: 29–36.

Holloway, I. (1999). Basic Concepts for Qualitative Research. In: Basic Concepts for Qualitative Research. Blackwell Science, Ltd, Oxford, UK.

Karen, W., Krigger, M.D., M.ED. (2006). Cerebral Palsy: An Overview. *American Family Physician*. January 1, vol 73, Nb 1.

Love, R.J., Webb, W.G. (2001). *Neurology for the Speech-Langage Pathologist, Fourth Edition*. Woburn, Butterworth-Heinemann.

Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 4.ed.* Porto Alegre, Bookman.

Marconi, M., Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica, 5a Edição*. São Paulo, Editora Atlas, pp.198.

Mccarthy, J., Light, J. (2005). Attitudes toward Individuals Who Use Augmentative and Alternative Communication: Research Review, *Augmentative and Alternative Communication*, Vol.21 (1), pp. 41–55

McWilliam, R. A. (2012). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto: Porto Editora.

Menezes, C., Maria, N. (2004). Utilização da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa na Paralisia Cerebral. In: Luis, C., Fernando, L. (Ed.). *Paralisia Cerebral - Neurologia, Ortopedia e Reabilitação*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A, pp 281-288.

Locke, P. A., Mirenda, P. (1992). Roles and responsibilities of special education teachers serving on teams delivering AAC services, *Augmentative and Alternative Communication*, 8:3, pp. 200-214.

Minayo, M. (1994). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade, 18. ed. Petrópolis: Vozes, p. 9-29.

Morris, C. (2007). Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. *The Definition and Classification of CP*.

Newman, C. (2006). Prise en charge des troubles moteurs de l'enfant avec une infirmité motrice cérébrale. *Paediatrica*, Vol. 17 No. 4.

Oliveira, A., Pereira, C., Rodrigues, C. (2007). *O Processo de Construção dos Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa e suas Exigências Metodológicas*. Rio de Janeiro, XXXI Encontro da ENPAD.

Pennington, L. (2008). Cerebral palsy and communication. *Paediatrics and Child Health* 18:9, Elsevier, Ltd.

Ribeiro, J., Ruppenthal, C. (2002). *Estudos Qualitativos com apoio de grupos focais. 2a Semana de Engenharia de Produção e Transporte*. Porto Alegre.

Ropper, A.H., Samuels, M.A. (2009). *Adams and Victor's Principles of Neurology, Ninth Edition*. USA, McGraw-Hill Companies, Inc.

Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M. (2006). A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Definition and Classification of CP*.

Soto G, Zangari C. (2009). *Practically speaking: Language, literacy, & academic development for students with AAC needs*. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.

Vilelas, J. (2009). *Investigação : o processo de construção do conhecimento*. Lisboa, Sílabo.

Von Tetzchner, S., Martinsen, H. (2000). *Introdução à comunicação aumentativa e alternativa*. Coleção Educação especial, Porto, Porto Editora.

Voorman, J., Dallmeijer, A., Van Eck, M., Schuengel, C., Becher, J. (2009). Social functioning and communication in children with cerebral palsy: association with disease characteristics and personal and environmental factors. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2010, 52: 441–447.

Wilder, J., Magnusson, L., Hanson, E. (2015). Professionals' and parents' shared learning in blended learning networks related to communication and augmentative and alternative communication for people with severe disabilities, *European Journal of Special Needs Education*, 30:3, 367-383, DOI: 10.1080/08856257.2015.1023002.

ANEXOS

Anexo I: Carta de solicitação de autorização ao Diretor do CEM:

Assunto: Autorização para estudo de investigação

Exmo. Sr.Diretor do Instituto X,

Eu, Adélaïde Sophie Marie Follin-Arbelet, aluna finalista da Universidade Fernando Pessoa, venho pelo presente meio apresentar o estudo que me encontro a desenvolver para a obtenção do grau de licenciatura em Terapêutica da Fala, com o intuito de solicitar a sua autorização/colaboração na realização do mesmo, nomeadamente para a realização de entrevistas semi estruturadas com profissionais que intervêm com crianças com patologias neuromotoras.

A investigação em causa tem como objetivos principais: contactar com a percepção de diferentes profissionais acerca do uso da comunicação aumentativa e alternativa (CAA) com crianças com patologias neuromotoras (PNM); identificar os aspetos diferenciadores que integram as diversas percepções, com especial atenção ao ponto de vista dos terapeutas da fala; refletir e discutir os principais aspetos que sustentam a perspetiva dos terapeutas da fala relativamente ao uso de CAA com crianças com PNM, tendo em atenção os referenciais teóricos e a investigação atual.

Caso seja autorizado o estudo, a recolha de dados seria realizada através das entrevistas semi estruturadas (Anexos I e II), cuja duração se prevê aproximadamente de 20 minutos.

Os dados recolhidos serão tratados de maneira confidencial, sendo que em nenhum momento o nome dos participantes será divulgado, assegurando-se o anonimato e confidencialidade dos mesmos. A acompanhar cada entrevista, junta-se um consentimento informado (Anexo IV), onde se assume a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, após o fornecimento de toda a informação relacionada com esta investigação. É também disponibilizado o contacto da aluna para qualquer esclarecimento adicional, estando explícita a possibilidade de escolha quanto à participação no estudo.

Deste modo, solicito autorização para permitir a realização das entrevistas semi-estruturadas com os profissionais que intervêm diretamente com as crianças com patologias neuromotoras.

Agradeço desde já a atenção dispensada e subscrevo-me com elevada estima e consideração, encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do meu contacto: adelaidefollin@gmail.com.

Anexo II: Consentimento informado distribuído aos participantes do estudo:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo III: Guião para as entrevistas semi estruturadas realizadas com profissionais que trabalham com crianças com patologias neuromotoras:

Data : ____/____/____

1. Qual é a sua profissão ?
2. Há quantos anos é que exerce a sua profissão?
3. Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?
4. Tem conhecimento/experiência sobre o uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras ?
5. O que pensa sobre o uso da CAA em crianças com PNM?
6. Como você definiria seu nível de habilidade em CAA?
7. Existe alguma forma de CAA que você usa mais e porquê?
8. Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?
9. Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

Anexo IV: Guião para as entrevistas semi estruturadas realizadas com terapeutas da fala que trabalham com crianças com patologias neuromotoras:

Data : ____/____/____

1. Qual é a sua profissão ?
2. Há quantos anos é que exerce a sua profissão?
3. Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?
4. Tem conhecimento/experiência sobre o uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras ?
5. O que pensa sobre o uso da CAA em crianças com PNM?
6. Como você definiria seu nível de habilidade em CAA?
7. Existe alguma forma de CAA que você usa mais e porquê?
8. Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?
9. Enquanto terapeuta da fala, quais os aspetos que considera mais importantes para a implementação da CAA?
10. E quais os aspetos prioritários a ter em conta no caso das crianças com PNM?
11. De acordo com a sua experiência, na implementação da CAA nesta população, que aspetos positivos e mais desafiantes pode indicar?
12. Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

Anexo V: Transcrições das entrevistas semi-estruturadas:

1. Terapeuta da Fala (N.)

A: Qual é a sua profissão?

N: Eu sou Terapeuta da Fala.

A: Há quantos anos é que exerce a sua profissão?

N: Desde 1997.

A: Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?

N: Desde 2004.

A: Qual é a sua experiência sobre o uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?

N: Então, começámos com sínteses de voz mecânicas com "Minspeak". É verdade que era um pouco mais complicado porque nós tínhamos de fazer codificações para cada palavra... Por exemplo quando elas [*as crianças*] tinham de inventar a palavra "bombeiro", elas tinham de encontrar dois pictogramas para criar a compactação: uma imagem de fogo com uma imagem de polícia e quando faziam estas duas codificações, fazia "bombeiro". Assim, havia ditados de codificações bastante importantes e que tinham de ser feitos regularmente, porque quando tinham distúrbio de memória [*as crianças*], era mais complexo. A segunda coisa, era quando o acesso não era manual, era um acesso, por exemplo, com um comutador no joelho e os pictogramas eram apresentados com varrimento numa grelha proposta. Aquelas crianças que se enganavam tinham de iniciar novamente tudo! É verdade que era bastante complicado... Eu acho que era muito mais demorado do que agora. Ao nível do Francês Gestualizado, nós [*o instituto*] começámos muito mais tarde, nós valorizamos isso porque havia muitas crianças com disfasia, ou jovens que não percebiam a linguagem oral e era muito interessante usarmos com crianças sem fala. Também era usado não só especificamente para a expressão, porque elas tinham distúrbios motores importantes que as impediam de fazer gestos quando necessário, ou que faziam com que fossem mal compreendidas. Pelo contrário, ao nível da compreensão, era mágico. E para aqueles que tinham uma

linguagem oral fraca, por vezes, o gesto "chamava" a palavra. Tenho um exemplo de uma menina que fazia o gesto para "ajuda-me" e como eu falava e dizia sempre a palavra ao mesmo tempo, num determinado momento, ela parou de fazer o gesto e só disse a palavra... então foi genial. [pausa] Atualmente nós [o instituto] possuímos mais softwares de comunicação sem esquecer os cadernos de comunicação que são sempre usados, que são feitos de duas maneiras diferentes: funcionam com "categorias/sub-categorias", ou pura e simplesmente uma página e eles têm de encontrar diretamente a palavra sem passear por "categorias/sub-categorias". Então aqui depende do jovem, se tem distúrbios da planificação, se só precisa de procurar "legumes" se quer dizer "legumes" em vez de passar por "alimentos", "salgado", etc... Então o software TheGrid está, atualmente, a ser adotado por todo o instituto e com pictogramas (*Araasac*). A elaboração das grelhas é um pouco difícil mas depois fica ao alcance de todos e, de novo, adotamos o mesmo sistema que para os cadernos de comunicação, quer a criança tenha capacidade de planificação, quer use cadernos mais simples. Então o acesso direto não é mau, com a seleção com o dedo. Há também a seleção ocular, mas esta requer uma aprendizagem enorme, é muito cansativa e os jovens que têm isto, é verdade que têm a sua designação própria... mas é tão cansativo que nós não hesitamos a retornar ao manual ou do caderno de comunicação. Porque o seu campo de visão não é sempre bom e é muito importante trabalhar com uma boa grelha adaptada ao campo visual de cada utilizador. E o francês gestualizado, isso continua, temos mais e mais jovens que usam e mesmo jovens que falam e utilizam também com outros que não falam. Eles têm aprendido alguns signos e podem descodificar também alguns signos dos não-falantes e é isto que é muito interessante.

A: Ok, obrigada. Como você definiria seu nível de habilidade em CAA? Você se sente confortável com estas ferramentas?

N: Em francês gestualizado sim, sem problema. É verdade que usamos sobretudo vocabulário relacionado com actividades de vida diária, não são coisas muito complicadas. Por outro lado, precisamos praticar sempre. Se nós não praticarmos suficientemente, esquecemos os signos. Ao nível de TheGrid, eu não estou capaz de criar uma grelha. Há uma profissional com essa responsabilidade porque requer uma quantidade enorme de tempo. Mas quando as grelhas estão criadas, nós podemos

modifica-las vezes infinitas e aqui não há problemas. Pode mandar-me adicionar uma palavra ou um pictograma, que eu posso executar.

A: Existe alguma forma de CAA que você usa mais e porquê?

N: O francês gestualizado. Sistemáticamente. Porque é interessante que toda a gente no instituto o conheça. E também os jovens... Como estão muito observadores, eles captam tudo o que nós damos a este nível.

A: ...estão recetivos.

N: É isso, o francês gestualizado é para toda a gente. TheGrid, é essencialmente para jovens que não têm fala... assim é recomendado.

A: Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?

N: Não.

A: Nenhuma?

N: Não existia.

A: Então como é que você está familiarizada com a CAA?

N: Eu aprendi aqui, no instituto.

A: Foram propostas formações?

N: Ao início não, foram colegas que me ensinaram e depois, efetivamente, para TheGrid nós tínhamos formações. Não devem ser esquecidos os cadernos de comunicação que são sempre úteis, mas infelizmente não são usados por toda a gente. Especialmente a família ou outros profissionais. Acho que fica sempre um pouco limitado na reeducação em Terapia da Fala e é um pouco uma pena.

A: Eu compreendo. Enquanto terapeuta da fala, quais os aspetos que considera mais importantes para a implementação da CAA?

N: Então, por enquanto, é um pouco difícil, porque já se precisa que nós [*Terapeutas de Fala*] os dominemos, mas eu acho que serão feitas formações em breve, especialmente para os professores e os educadores que estão com os jovens ao longo do dia (para a utilização de TheGrid). Por outro lado, para adicionar elementos, precisa-se só de uma pessoa porque senão, vamos em todos os sentidos. Já foram feitas formações individuais mas queremos formações colectivas, para que as pessoas que cuidam das crianças

diariamente, possam usá-los e, eventualmente, para que os professores criem as suas próprias grelhas de exercícios.

A: E quais os aspetos prioritários a ter em conta no caso das crianças com PNM?

N: Em primeiro lugar, nós temos de verificar se eles têm os pré-requisitos para a comunicação, se eles não têm, é descartado. Porque se eles não têm a capacidade de selecção nem a imitação ou a troca de papel, etc, então será a primeira coisa a trabalhar. E eu acho que precisa-se de trabalhar em primeiro lugar com o cadernado de comunicação e a linguagem oral com o "tapete de ideias" com "quem - faz – o quê" e eventualmente a categorização. São elementos importantes a tomar em conta porque é disto que vai depender a forma da grelha que será usada com eles.

A: Obrigada. Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

N: É uma ferramenta super! O objetivo é que seja usada por toda a gente e nós desejamos que sejam usados os mesmos pictogramas para toda a gente.

A: Toda a gente?

N: Sim, os pictogramas têm de ser comuns, usarmos um mesmo banco de pictogramas. Mas quando nós não encontramos uma imagem precisa, procuramos noutros bancos de imagens ou fotografias na internet. Mas tentamos fazer isto o mínimo possível.

A: Obrigada pelas suas informações e pelo seu tempo disponibilizado para esta entrevista.

2. Educadora Escolar (S.)

A: Qual é a sua profissão?

S: Educadora escolar.

A: Há quantos anos é que exerce a sua profissão?

S: Há 10 anos.

A: Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?

S: Há 10 anos.

A: Qual é a sua experiência sobre o uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?

S: Faz 3 anos que eu conheço TheGrid e senão era o francês gestualizado.

A: Ok. E antes disto não havia...

S: Antes não havia sínteses de fala.

A: Como é que você comunicava com as crianças?

S: Com os pictogramas e os cadernos de comunicação.

A: Isto é comunicação aumentativa e alternativa.

S: Ah, sim? Então, desde o início usamos os cadernos de comunicação realmente.

A: O que pensa sobre o uso da CAA em crianças com PNM?

S: É uma ajuda, mas uma ajuda limitada, porque constantemente temos de enriquecer o vocabulário. Mas isto permite-lhes [às crianças] comunicarem e dizerem coisas. Por outro lado é muito longo... É muito demorado e não é acessível a todos.

A: Como você definiria seu nível de habilidade em CAA?

S: Eu considero que não é mau, porque eu sei como usar os pictogramas, como adicioná-los, como testá-los... Eu sei como trabalhar a categorização, trabalho a linguagem oral com Bobillier (*autora do Tapete de Ideias*) então tenho um pouco a mesma formação que as Terapeutas da Fala....

A: Então você se sente confortável com todo o que não é a fala em si?

S: Sim. Não, realmente onde eu não me sinto confortável é no uso de TheGrid, eu fui formada para preparar grelhas mas é muito demorado e eu não tenho absolutamente tempo nenhum para praticar então... A formação foi muita completa mas nós não praticamos diretamente após a mesma e nós temos tanto trabalho de preparação para fazer, que é complicado encontrar tempo para treinar para ficarmos mais rápidos.

A: Existe alguma forma de CAA que você usa mais?

S: O francês gestualizado.

A: Porquê?

S: Pronto, no início eu trabalhei muito com crianças com disfasia e eu usava muito mesmo. Acho que é um bom suporte para a compreensão e para que elas criassem imagens mentais. E na linguagem oral, eu uso muito o "tapete de ideias"... [*tempo*]

A: Há resultados positivos...?

S: Ah sim, eu acho.

A: Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização da comunicação alternativa e aumentativa?

S: A minha formação inicial é de Educadora Especial. Então não, nada. Absolutamente apenas quando eu comecei a trabalhar no escolar, sim, eu recebi formações: do "tapete de ideias" de Bobillier, uma em Paris sobre a "dis" e uma aqui sobre o uso de TheGrid. Também há a ligação com as minhas colegas da reabilitação. Então muito no local, sim. E muito rapidamente, quando eu comecei nós tínhamos de trabalhar tudo o que era relativo à orientação no espaço e no tempo, então aprendi a fazer pictogramas. Nós usávamos tanto disso que tive de estar rapidamente familiarizada...

A: Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

S: Pronto, eu testei recentemente um tapete de comunicação muito mais rápido e sinceramente eu estou adepta do mesmo, porque era rápido. Então foi a Terapeuta da Fala que o criou relacionado com o que nós estávamos a trabalhar. Ficou um pouco restringido, mas realmente os jovens ficavam muito rapidamente confortáveis com esta ferramenta: desde a segunda sessão que eles sabiam como usá-la. O único problema foi que nós não trabalhamos suficientemente antes os pictogramas que quisemos usar... foi uma primeira tentativa. Mas eu acho que isto é genial.

A: Qual é o nome desta ferramenta?

S: RECHERCHER. É muito fácil de usar. A única coisa é que temos de fazer uma grande preparação antes de usá-lo. Aliás eu vou mandar a Terapeuta da Fala criar um novo para o atelier da saúde. Eu tenho refletido melhor sobre os pictogramas que serão necessários, então vamos ver. Mas eu acho que será mais simples para os jovens e mais intuitivo.

A: Obrigada.

3. Monitora Educadora (M.)

A: Qual é a sua profissão?

M: Eu sou Monitora Educadora mas este ano tenho o posto de coordenadora... Eu estou a fazer uma formação de Educadora Especializada e exerço agora esta profissão. Mas a minha real profissão, por enquanto, é ME.

A: Há quantos anos é que exerce a sua profissão?

M: Mais de 10 anos, com certeza, porque antes eu fui Ajudante Médico-Psicológica. Então pelo menos há 13 anos.

A: Ok. Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?

M: Desde 2008. Antes eu trabalhava com adultos com paralisia cerebral.

A: Qual é a sua experiência sobre o uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?

M: Boa, já estou a cuidar de uma criança com surdez faz 3 anos. Por isso eu tive de aprender o francês gestualizado, tenho tido formações de francês gestualizado e usamos muito isso com o grupo [*um grupo de 7 crianças que a senhora cuida*], já para ele [*a criança com deficiência auditiva*], e depois para os outros. Aqueles que começam a manusear a fala mas muito muito pouco... que emitem sons e isto ajuda-lhes para dizerem coisas. Então é uma coisa que nós usamos ao longo do dia com eles. É importante... e essencial. Já vimos progressos flagrantes para alguns. Então o francês gestualizado é uma ajuda enorme.

A: Compreendo, justamente eu queria pedir-lhe para dizer-me o que pensa do uso da CAA em crianças com PNM?

M: É importante. É importante e vemos efeitos. Isso é certo. Sobretudo nas crianças que têm distúrbios do espectro do autismo, além das crianças com paralisia cerebral, estas ferramentas ajudam muito na comunicação.

A: Como definiria o seu nível de habilidade em CAA? Sente-se confortável com estas ferramentas?

M: Sinto-me confortável com isto, pratico regularmente, mas falta-me vocabulário ao nível dos signos. Então vou procurar ajuda nos livros, com as colegas, no computador... Depois há coisas que são ritualizadas como a receção dos jovens, por exemplo, assim conhecemos os dias da semana, os meses... Mas para as coisas da vida diária precisamos de mais vocabulário. Nós temos de praticar e seria bom que fossemos formados regularmente. Assim, no ideal, deveríamos ter mais tempo. Porque no ano passado eu tive 4 ou 5 sessões de uma hora cada, mas nós sobrevoamos o conteúdo... Então precisávamos de mais sessões... e para todos os profissionais. Porque os jovens mudam de grupo assim precisa-se de ter uma continuidade.

A: Claro, deve ser harmonizado. Existe alguma forma de CAA que usa mais? e porquê?

M: Depende dos jovens. Para alguns, as fotos e os pictogramas serão a base e eles funcionam só com isso no início. Então tentamos incorporar, por vezes, o signo, mas para outros, como N. [*a criança com deficiência auditiva*] que nunca olha para o pictograma, nós usamos só o signo e ele fica contente quando o fazemos. Aqui temos uma interação real "face à face". Então é "kif-kif", depende realmente do jovem. Em contexto de sala de aula, para que haja uma harmonia, usamos signos, pictogramas e a fala. Nós fazemos os 3 ao mesmo tempo. E quando estamos com um jovem em particular, quando estamos individualmente, então adaptamos um pouco melhor. Mas usamos sempre os 3.

A: Sim, como objetivo de maximizar o potencial de interação. Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?

M: Nada! Eu descobri tudo aqui! Cheguei em 2008 e comecei pouco a pouco, no início havia um senhor com deficiência auditiva que ensinou o LSF [*a linguagem assinada francês oficial*] mas percebemos que para estes jovens, o que ajuda mais é o signo com a fala e não só o signo. É por esse motivo que agora no centro usamos o francês assinado.

A: Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

M: Eu diria que é uma coisa que deveria perdurar no tempo e seria bom que outras instituições o usassem também. Acho que começa a estar conhecido... Mais, usamos a CAA aqui com as crianças mas no setor adultos não há nada mais...

A: Não...?

M: Não! Eu já trabalhei com adultos com paralisia cerebral e não havia tudo isto! Então eu acho que deve-se perdurar e precisa-se que haja seguimento, eu quero dizer que nós damos às crianças a possibilidade para comunicarem mas se não se continuar nos setores dos adultos, fica um pouco aborrecido... E isto, acho que começa a estar conhecido mas não por toda a gente... Eu acho.

A: Obrigada.

4. Terapeuta da Fala (C.)

A: Qual é a sua profissão?

C: Eu sou Terapeuta da Fala.

A: Há quantos anos é que exerce a sua profissão?

C: Desde Setembro de 1986. Seja... [*ela conta*] 30 anos!

A: Parabéns! Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?

C: De maneira contínua desde março de 2006, quando fui empregada no instituto, então faz 10 anos. Mas desde o início que eu trabalhei com crianças com deficiência auditiva e com crianças com paralisia cerebral num outro centro. Mas as patologias talvez fossem um pouco menos graves do que as que nós encontramos aqui.

A: Ok. Qual é a sua experiência relativamente ao uso da CAA?

C: É uma comunicação que para mim era quase inata porque eu não consigo falar sem me exprimir gestualmente ao mesmo tempo. Eu também trabalhei muito com crianças com deficiência auditiva, antes de conhecer o francês gestualizado, e sabendo algumas signos de LSF, em seguida, apreendi um pouco melhor, mais em francês gestualizado do que em LSF. Então para mim é realmente uma comunicação que é indispensável com as crianças daqui [*do instituto*] mas é também indispensável para as crianças no geral, desde as idades mais precoce e mesmo com crianças "normais". Porque é assim que as crianças aprendem, aprendem as nossas expressões, a nossa raiva, a nossa alegria... Eu acho que é importante que sejamos claros com isto.

A: O que pensa do uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?

C: Depende se as crianças com PNM podem usar a fala ou não. Se não há possibilidade de oralidade, o suporte pictográfico, desenhado ou gestualizado é indispensável para ajudá-los a compreender e/ou a exprimirem-se... Sim, para mim é indispensável porque mesmo para os que estão bem "corticados", acho que é um bom meio para facilitar a sua vida, de serem mais rapidamente e melhor entendidos pela maioria das pessoas. Sabendo que mesmo para a maioria das pessoas isto parece complicado, na minha opinião, porque acho que as pessoas estão formatadas para uma comunicação normal de oralidade.

A: A maioria das pessoas..?

C: Sim, não importa quem. Então fica bastante restringida, mas as diferentes ferramentas que nós começamos a estabelecer no instituto, por exemplo, com certos softwares, eu acho que podem dar abertura para que as pessoas percebam melhor, mas ainda não é óbvio... Então para mim esta comunicação é indispensável.

A: Como definiria o seu nível de habilidade em CAA?

C: Acho que é próprio de uma Terapeuta da Fala dizer que pode sempre melhorar as suas competências com toda a modéstia e humildade...De qualquer maneira, eu adquiri nestes 10 anos de trabalho aqui, um nível relativamente bom. Temos a capacidade, porque estávamos formatados assim, para passar de uma ideia para outra, de mudar de ponto de vista, então para repensar as coisas, modificá-las, adaptar um pictograma, um signo para que seja mais significativa para uma criança... Então eu acho que eu tenho adquirido um nível relativamente bom, mas tenho com certeza muito a aprender e para melhorar. Acho que temos de ser extremamente flexíveis, ter uma flexibilidade mental enorme sobretudo para conseguirmos mais progressos.

A: Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?

C: Eu tive a sorte de fazer os meus estudos em Paris, na Salpêtrière e é verdade que foi abordado, mas havia muita gente que era purista em fonologia, linguística, etc... Mais tarde eu fiz estágio com uma Terapeuta da Fala que trabalhava exclusivamente com crianças com deficiência auditiva, mas que seguia uma abordagem completamente oralista. Eu também fiz estágios em centros de acolhimento de crianças com deficiência auditiva, onde eram usados muitos desenhos e não necessariamente pictogramas. Aqui usamos um banco de pictogramas para que fique claro. Então não foi uma coisa que era estranha para mim quando eu cheguei aqui.

A: Enquanto terapeuta da fala, quais os aspetos que considera mais importantes para a implementação da CAA?

C: Acho que temos de saber como avaliar as necessidades do jovem numa observação in loco, uma observação clínica, e tanto quanto possível, trabalhar em ligação com a família. Mesmo quando ela não está confortável com os pictogramas "universais", usá-los para trazê-los gradualmente para algo mais geral...

A: E com as outras profissionais?

C: Acho que seria preferível que nós trabalhássemos um pouco mais juntos, quer seja in loco ou em observação. Sejam os outros [*profissionais*] nos nossos locais [*das Terapeutas da Fala*], observando o trabalho que se faz aqui, sejamos nós nos outros. Porque efetivamente, nós não temos o mesmo trabalho do que as nossas colegas reeducadoras aqui, acho que estamos um pouco à parte... em termos de tecnicismo e podemos atingir coisas que os outros não podem, não porque somos melhores mas porque as nossas técnicas de base são diferentes. O objetivo não é a mesma coisa então eu acho que temos de partilhar, explicar, fazer com... Porque um caderno de comunicação, se não mostramos aos outros em permanência como usá-lo, nunca será usado porque as pessoas não sabem como fazê-lo. E estabelecer sistemas universais... no espaço. Por exemplo, para o código "sim/não" [*quando estamos em frente da criança, a mão esquerda aberta significa "sim" e a mão direita fechada significa "não"*]. Requer tempo mas acabamos por conseguir que toda a gente faça da mesma maneira. Colocámos fotos em diversos lugares no centro. E eu acho que melhor do que reuniões entre profissionais é trabalhar juntos in loco. Reuniões ficam muitas teóricas...

A: E quais os aspetos prioritários a ter em conta no caso das crianças com PNM?

C: Prioritários? As suas necessidades, mas a sua compreensão também do que lhes vamos oferecer.

A: Então quais são estas necessidades?

C: As urgências. As coisas que para eles são importantes. Nós colocámos coisas nas "set de urgência" mas acho que ainda, por vezes, esquecemos coisas... Por exemplo, se uma criança quer coçar a sua nádega direita, ele deve poder pedir-nos porque a comichão é horrível! Estas pequenas necessidades básicas, elementares nas quais nós não pensamos necessariamente... Sim, é isto, tentar estar à escuta das necessidades elementares. No entanto, como todas as crianças não têm o mesmo nível de compreensão, pode ser difícil. Hoje, por exemplo, eu falei com o pai de L. que quer que nós ponhamos em prática os pictogramas. É um menino que tem muitas crises de epilepsia, então é uma aprendizagem muito arbitrária, aleatória. Contudo, acho que em vez de colocar diretamente um saco de bolachas na mesa, ele pode colocar o saco de bolachas com o pictograma "saco de bolachas" e associar o pictograma com o objeto real, até retirar o

saco real de bolachas e, se o L. quer uma bolacha, só tem de apontar para o pictograma. A mesma coisa para a escova de dentes. É muito pequeno, mas já é isto. Então é feito de forma gradual com os meninos pequenos e, depois, em função das suas capacidades, pode "explodir" muito rapidamente. Aqui, já é CAA. No entanto, eu sempre tenho feito coisas sem conhecer necessariamente os métodos porque faço-as com o "bom sentido", intuitivamente. E acho que funciona bastante bem!

A: De acordo com a sua experiência, na implementação da CAA nesta população, que aspetos mais desafiantes pode indicar?

C: [*tempo*] É um pouco difícil de dizer, mas depende da maneira como está a ser usada. Pronto, em geral, nós pretendemos sempre fazer entender aos profissionais como usá-la mas, por exemplo, já tenho visto profissionais usar o francês gestualizado sem usar a fala! Isso incomoda-me especialmente, quando o francês gestualizado segue a sintaxe do Francês, é uma palavra gestualizado ocasionalmente na frase para dar marcas aos jovens. Quem quiser ir muito rápido também não é bom. Precisa-se de seguir no mínimo a ordem gramatical da frase em Francês. Se queremos que toda a gente possa perceber a mensagem de uma criança que irá mostrar pictogramas, se a sua frase estava completamente agramatical, isso não funcionará. Quando eu digo toda a gente, significa não importa quem, mesmo, por vezes, profissionais. Temos de ter cuidado em não querer ir muito rápido. A CAA constrói-se quando usamos pictogramas e mesmo signos em função das necessidades da criança e como meio para que as suas necessidades cresçam. Para alguns será muito rápido porque cerebralmente não há problema então nós "preenchemos" com os pictogramas e com os signos porque eles percebem, e para outros será mais um processo mais longo, devemos ir por pouco a pouco. Isto as pessoas têm de saber, porque há patologias que não estão compreendidas. Lembra-me por exemplo a Z. que tem uma dissociação automático-voluntária, se nós perguntarmos muitas questões ao mesmo tempo, a menina ficará completamente boquiaberta e isto bloqueia a comunicação... Mas eu acho que não pode ser realmente negativo, só pode ser positivo.

A: Então realmente só é uma questão de tempo?

C: Ah sim, precisa-se de tempo! Tenho colegas com quem não estou de acordo porque eles querem usar as mesmas ferramentas com Z. ou com J. mas com eles vemos coisas

muito básicas como "quem – faz -o quê" e agora que eles têm aprendido um procedimento, parece-me difícil de "desautomatizar" o procedimento para aprenderem um outro! Sob o pretexto de que eles devem aprender frases de maneira mais rápida... Acho que isto é completamente nulo, sabendo bem que eles não vão fazer discursos para integrar a escola de Ciência Política... Enfim, que cada profissional, num instituto como aquele, não pense que sabe fazer tudo. Acho que isso pode ser prejudicial.

A: Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

C: Ter tempo, ter o gosto, ter a determinação para conseguir e não ter medo de ser inventivo, ridículo, mimar, fazer macacadas para fazer passar a mensagem por todos os meios possíveis e imagináveis, mesmo fora dos pictogramas ou signos, podem ser caretas ou muitas coisas, com o risco de passar por uma louca de Terapeuta da Fala... Não importa, se a mensagem passa, se tu consegues criar uma ligação e uma relação com o jovem, tu vais obter muitas coisas. Se através disto tu não obtiveste uma ligação, uma relação privilegiada, a meu ver, as coisas estabeleceram-se com mais dificuldades.

A: Obrigada.

5. Psicomotricista (C.)

A: Qual é a sua profissão?

C: Eu sou psicomotricista.

A: Há quantos anos é que exerce a sua profissão?

C: Desde setembro 1991.

A: Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?

C: Eu fiz um ano num IME [*Instituto Médico-Educativo*] e depois eu trabalhei em SESSAD [*Serviço de Educação Especial e de Cuidado ao Domicílio*] com crianças com PNM. Então desde 1992.

A: Qual é a sua experiência sobre o uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?

C: Evoluiu ao longo do tempo com os suportes, mas ao início eram cadernos de comunicação. Eram também as sínteses vocais, mas eram muito restritas. Eu trabalhei

com crianças em SESSAD, eram escolarizados no meio normal, muitas vezes eram crianças que tiveram acesso à comunicação oral. Então fui pouco confrontada com as crianças com ausência de linguagem. Com elas usávamos sínteses vocais mas muito complicadas, durante os anos 90 e 2000, foi muito arcaico e muito menos intuitivo do que temos agora.

A: O que pensa do uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?

C: Acho que é muito interessante porque efetivamente eu descobri aqueles suportes, que não havia. Era só a comunicação baseada na oralidade, que é o nosso modo de expressão favorito. Então eu acho que isso permite ter uma verdadeira comunicação com as crianças com quem nós pensamos que não há esta possibilidade. Sim, isso abriu outras possibilidades, de caráter relacional, para além das interpretativas da minha parte.

A: Como você definiria seu nível de habilidade em CAA?

C: Em francês gestualizado eu fiz só 10 sessões de aulas... ainda é pouco.

A: Mas você usa-o?

C: Sim, uso-o como suporte e tenho uma grande motivação. Eu estou muito interessada por tudo isto, pelas potencialidades que isto oferece... Mas eu considero que o meu nível de habilidade em CAA é pequeno. Eu promovo as trocas comunicativas, incito os jovens mas eu não possuo absolutamente mestria, então é muito frustrante... Mas, ao mesmo tempo, não tenho muito jovens que dominam isto completamente. Eu tive uma vez uma menina com uma deficiência auditiva bastante importante e era interessante porque ela expressava-se muito bem e nos trocávamos os papéis, isto é, era ela que ensinava uma coisa e era muito gratificante para ela. Então nós usávamos muito este suporte e era genial.

A: Ok, aqui você evoca o francês assinado. Existe alguma forma de CAA que use mais? e porquê?

C: Não, porque infelizmente o meu quadro de trabalho não me permite usar estes suportes, os cadernos de comunicação. Por exemplo na sala Softplay, estamos sempre em movimento, mexemo-nos; em equitação terapêutica também, temos de tomar o caderno, olhá-lo... A mesma coisa para a sala Snoezelen... Eu deveria, mas talvez não tenha esse rigor, é uma dinâmica de trabalho que não tenho porque não estou

confortável com a ferramenta e porque isto é demorado. Eu sei que eu deveria porque se usamos isto como meio, usamos como meio. Não deveria ser com um profissional sim, e com o outro, não.

A: Então seria uma questão de material que não estaria adaptado à sua área de trabalho..?

C: É uma questão de constrangimento que nós temos de ultrapassar. Eu trabalho mais com crianças pequenas e eu estou mais na ação, não me lembro especialmente de propor a ferramenta.

A: Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?

C: Não, nada. Foram meios da época, então sim, fomos sensibilizados ao que nós chamamos "infra-verbal" mas por outro lado, nada relativamente aos meios técnicos de compensação.

A: Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

C: Como todas as novas técnicas, acho que devia realmente ser desenvolvida mas estas coisas atualmente ainda ficam muito confidenciais. Eu acho que isto é uma vergonha, porque muitas vezes são softwares que são muito caros como Tobieys [*a técnica que permite seleccionar itens com contato ocular*], são formações complexas, que nós temos de fazer corretamente. Também é uma questão de tempo para investir nestes suportes.

A: Sim, o problema do tempo parece ser comum a muitos profissionais...

C: Sim, encontramos-nos numa dinâmica de cada vez maior rentabilidade, isto é trabalho de preparação, para mim são sobretudo sínteses de avaliações, já no meu meio há muita teoria, tenho pouco tempo para informar-me e aqui está ainda uma outra coisa no meu domínio... A rentabilidade no instituto é tempo perto da criança e este tempo, especialmente interprofissional não é considerado como tempo de presença com as crianças.

A: Obrigada.

6. Optometrista (S.)

A: Qual é a sua profissão?

S: Optometrista.

A: Há quantos anos é que exerce a sua profissão?

S: Vai fazer 10 anos no próximo ano.

A: Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?

S: Desde o início.

A: Qual é o seu conhecimento da CAA?

S: Para mim significa dar ferramentas às crianças que não têm comunicação verbal, uma ferramenta alternativa que substitui a fala ou um suporte para aumentar a fala. Pode ser uma ajuda aumentativa ou um paliativo para as crianças que estão completamente não-falantes.

A: Qual é a sua experiência sobre o uso da CAA?

S: Não o uso desde sempre porque só há 4 anos é que nós fomos formados no software TheGrid e é desde essa altura que eu comecei a usar CAA. Porque antes eram unicamente as Terapeutas da Fala que criavam os cadernos de comunicação. Foi um período, enquanto os comunicadores com síntese de voz eram muito usados, e depois usávamos essencialmente cadernos de comunicação. Mas, a partir da altura em que tivemos a formação TheGrid, nós usamos mais as tabelas e os softwares de comunicação.

A: O que pensa do uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?

S: [*tempo*] ...tenho de dizer a minha opinião sincera? [*riso*]

A: Sim, claro, é a sua percepção que me interessa.

S: Acho que poderia ser uma boa ferramenta mas para isso é preciso uma aprendizagem de utilização que não está suficientemente desenvolvida, para mim, no acompanhamento. Porque agora, no meu ponto de vista, fica (e isso não é pejorativo) restringido ao trabalho com as Terapeutas da Fala, que estão uma ou duas vezes por semana. É isso. Então, segundo este processo, as Terapeutas da Fala elaboram um caderno de comunicação, quando está suficientemente preparado, nós [*optometristas*] começamos, se for preciso, a elaborar uma tabela de comunicação em informática. Na tabela, para que aquelas crianças que só têm a capacidade de seleccionar através do

olhar, possam ter acesso e, quando terminamos, a criança tem o seu material para comunicar, informamos os outros profissionais que eles podem usá-lo. Para mim deveria ser feita de uma maneira diferente.

A: Então como?

S: Eu fiz muitas pesquisas porque é um tópico que me interessa muito. Dentro de tudo o que eu tenho lido, eu retirei que, certo, temos de criar o caderno com as crianças mas não só; é preciso dar-lhes uma base de vocabulário suficiente para que elas possam dizer o que elas desejam ou o que elas precisam. E não só esperar que o seu caderno se preencha. Então é preciso fornecer-lhes no início uma bagagem suficiente para que elas sejam capazes de exprimir coisas. Porque se nós adicionamos o vocabulário gota a gota, elas vão necessariamente encontrar-se numa situação onde ficam bloqueadas por causa da falta de vocabulário. E isto coloca-as numa posição de frustração, pode mesmo levar à rejeição da ferramenta ou, pelo menos, desencoraja-las. Enquanto que se elas tiverem uma bagagem suficiente, e as condições forem estabelecidas, usando-a desde o início, diariamente, em TODAS as situações, vão aprender o processo de comunicação. É desta forma que eu vejo as coisas. Eu não pratiquei porque aqui não tenho a ocasião e não é procedimento do instituto, mas eu estou realmente convencida dos resultados e, nas minhas pesquisas, os resultados da experiência de outras pessoas é muito positivo. Precisa-se que a criança tenha este banho linguístico, na sua própria linguagem. Nós, quando aprendemos a falar, somos banhados na linguagem maternal desde sempre e eu penso, que na implementação da CAA, temos de dar este banho de linguagem à criança. Porque se elas não aprendem a comunicar nesta maneira, nós não podemos contentar-se em dar-lhes um caderno e dizer-lhes: "agora, faz." Se nós não mostramos o padrão, por exemplo dizendo: "olha, isto tu podes formular desta maneira..."; eles não poderão ser capazes de iniciar um padrão que não conhecem.

A: Como definiria o seu nível de habilidade em CAA?

S: Eu não conheço suficientemente as ferramentas e não tenho uma grande experiência, só tenho a experiência do que eu li, a experiência do TheGrid. Não temos retorno do uso completo porque efetivamente, mesmo as crianças que possuem os equipamentos, considerando como estão construídas as suas sínteses de fala, a maioria não as usa... É isto, por agora está complicado. Acho que para se estar confortável com a CAA,

precisa-se de estar formado suficientemente em muitas ferramentas diferentes para selecionar realmente a que será a apropriada a tal ou tal criança. E não dizer-se: "fui formado nesta ferramenta, então aplico-a a toda a gente." Por isso eu não me considero como experiente porque eu não conheço muitas ferramentas.

A: Existe alguma forma de CAA que usa mais? e porquê?

S: Enquanto Optometrista, nós usamos mais as sínteses de fala com comando ocular.

A: Então uma ferramenta numérica.

S: Sim, porque aqui, os cadernos de comunicação estão reservados às Terapeutas da Fala.

A: Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?

S: Não, nada. Mas na minha formação inicial, não havia nada sobre como intervir com pessoas com incapacidade. A optometria é muito específica. Então eu fui formada no instituto e porque eu fiz estágios aqui.

A: Tem mais alguma informação que gostasse de partilhar comigo?

S: Acho que é primordial identificar bem com os pais (se não pode ser feito com os próprios indivíduos) o que eles esperam, realmente identificar as necessidades, e todas as situações que a criança possa ser levada a encontrar para realmente construir bem um suporte na base. É esta consolidação que vai permitir escolher a ferramenta, para mim, além de ter em conta as capacidades intelectuais e motoras. Estou convencida que os pais são uma enorme chave na CAA e deve ser tido em atenção o seu ponto de vista, em vários momentos: "esta ferramenta funciona? você usá-la? o que é que não funciona? o que bloqueia a sua utilização? é da sua parte? é da parte da criança?..." Porque há muitas pais que dizem compreender muito bem o seu filho, mas talvez este desejo exprimir outras coisas. Acho que ter esta discussão e discutir com eles várias vezes, permite promover o seu investimento para desenvolver ao máximo as capacidades da sua criança, dos seus desejos e da sua curiosidade. Enfim, obviamente estou a evocar um caso ideal onde a criança apropria-se da sua ferramenta e consegue utilizá-la de um modo compreensível...

A: Você acha que isso não acontece sistematicamente?

S: Não, claro, justamente porque não é fácil é que a criança pode desencorajar-se, podemos estar errados na escolha da ferramenta ou ainda há casos onde a criança não está nada envolvida no processo de comunicação ou que nada tem para dizer... Mas se não tentamos, se não estamos propomos nada, não podemos saber!

A: Obrigada pelas suas informações e pelo seu tempo disponibilizado para esta entrevista.

7. Terapeuta Ocupacional (F.)

A: Qual é a sua profissão?

F: Terapeuta ocupacional.

A: Há quantos anos é que exerce a sua profissão?

F: Desde 1993 e estou empregada aqui [*no instituto*] desde 2009.

A: Há quantos anos exerce a sua profissão a intervir com crianças com patologias neuromotoras?

F: Trabalhei 3 anos durante os anos 90 no mesmo tipo de estrutura, mas relativamente a tudo o que é relativo à comunicação nós não trabalhávamos com isto. Em primeiro lugar os meios não eram os mesmos... evoluiu muito! E em pouco tempo, entre 2009 e agora, o acesso às ferramentas informáticas tem mudado completamente, então isso muda o jogo. Atualmente o acesso às ferramentas informáticas está diferente, faz-se em contato direto no ecrã, na tabela táctil ou no computador com ecrã táctil, ou com um controlo visual. Enquanto no início aqui, havia muitas crianças que usavam switches, ou na perna ou na cabeça e com um sistema de varrimento. Então, não tem nada a ver com o que temos hoje, está muito mais rápido agora! Por exemplo, nós não usamos mais o "unicórnio", era uma coisa usada para usar o teclado mas agora, se a pessoa não tem um acesso direto com os dedos, colocamos um teclado no ecrã e funciona com o olhar. Então o comando ocular é mais rápido, mais eficaz e menos caro do que um varrimento.

A: Qual é o seu conhecimento da CAA?

F: Para mim é permitir a uma pessoa que não pode usar a oralidade para comunicar de ter uma ferramenta adaptada para que ela possa falar. Então aqui começa pelos cadernos de comunicação... Há aqui muitos jovens que têm cadernos mas que não conseguem usá-los sozinhos, então nós tentamos ver com eles qual o tipo de ferramenta que pode

permiti-lhes terem um acesso à comunicação efectivo, em toda a sua dimensão. Estarem capazes de usar a ferramenta sozinhos e que o conteúdo seja adaptado às suas necessidades.

A: O que pensa do uso da CAA em pessoas com problemas ao nível da comunicação, nomeadamente crianças com patologia neuromotoras?

F: Eu diria que isto é uma dimensão importante ou primária. Pronto, concretamente, fica uma coisa complexa. Temos ferramentas que podem parecer adaptadas, os acessos são mais simples mas isso não significa que elas sejam usadas... Acho que fica sempre uma coisa complicada. É verdade que aqui nós usamos principalmente um software de comunicação: TheGrid mas... [tempo] não tenho a certeza que isso responda às necessidades e às expectativas. Eu, cada vez que quero usar uma grelha com um jovem, tenho de pegar na tabela para que ele me diga alguma coisa, mas nunca encontramos a palavra certa! Acho que a comunicação em si é muita complexa mas, por vezes, são palavras simples que faltam. Por exemplo, a semana passada fui com um jovem e pesquisámos a palavra [pictograma] "trabalhar" e não havia! Com isso como é que podemos trabalhar? Enquanto a sua grelha já estava muito preenchida! É isto que é muito complexo! Acabei por pensar que talvez nós estivéssemos a tomar uma rota errada com este jovem... Por outro lado, as ferramentas de comunicação que nós tentamos estabelecer são usadas connosco, nos meios muito específicos, mas temos dificuldades para as generalizar noutros meios. Não falo mesmo do domicílio, porque a maioria parte dos pais concordam com o estabelecimento de uma CAA com o seu filho mas nunca precisam dela: eles percebem tudo! Pronto, eu acho que fica sempre complicado. Especialmente porque todos os jovens aqui têm essencialmente incapacidades desde o seu nascimento. Isso é diferente das pessoas que têm necessidades adquiridas, seguidamente a um acidente, então essas pessoas tiveram a leitura, a escrita mas sem meio para a oralidade, com quem podemos usar sínteses vocais muitas eficientes. Aqui funcionamos unicamente com pictogramas... assim, eles podem emitir ideias mas é impossível ter uma comunicação efectiva ou um diálogo. Pelo menos não com TheGrid!

A: Como definiria seu nível de habilidade em CAA?

F: Sinto-me confortável no que concerne ao acesso à ferramenta e tudo o que é relativo ao planeamento da ferramenta. Mas, relativamente ao conteúdo, não. Acho que não é o meu trabalho. O nosso trabalho em Terapia Ocupacional é o de ver com a pessoa a ferramenta mais adequada, se é um computador, uma tabela, como é o acesso com a tabela...

A: Assim as ferramentas numéricas são a forma de CAA que você usa mais, não é?

F: ...uma forma?

A: Sim, a CAA pode ser numérica, gestual, gráfica, oral...

F: Ah sim, tinha-me esquecido do francês gestualizado. Mas são mais as ferramentas numéricas para nós, os softwares informáticos. Nós vamos ter uma formação acerca de uma outra ferramenta: Minspeak mas eu acho que precisa por parte do utilizador de um nível cognitivo talvez mais importante do que o que podemos fazer com TheGrid, porque permite fazer uma associação de pictogramas que vão significar tal ou tal coisa. Então não será necessariamente acessível para todos, mas acho que pode ser interessante. Após, é verdade, que eu não conheço muito bem tudo que é relativo às sínteses de voz mas... pergunto-me se não é um pouco "ultrapassado". Agora há muitos estão softwares acessíveis que podemos instalar no material. E relativamente ao francês assinado, também acho que é bastante restrito.

A: Na sua formação inicial, ou após a mesma, recebeu alguma sensibilização para a utilização de uma comunicação alternativa e aumentativa?

F: Não me lembro! [*riso*] Sim, talvez falássemos das sínteses vocais mas não muito. Nós tivemos só 5 páginas de aula sobre a paralisia cerebral então nós não estudámos mais a questão da CAA.

A: Obrigada.