



**ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO  
NEPP – NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E PROJETOS  
CAP- COORDENAÇÃO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL  
PROGRAMA DE BOLSA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**

TALITA FURTADO RIBEIRO

A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA NO COTIDIANO DA CRIANÇA COM PARALISIA  
CEREBRAL

Niterói  
2017

# A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA NO COTIDIANO DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

TALITA FURTADO RIBEIRO

Monografia elaborada sob a orientação metodológica da Professora Cláudia Pitanga, orientação técnica da Terapeuta Ocupacional e Supervisora Lílian Schuab e coorientação da Fisioterapeuta Valéria Coelho, atendendo ao requisito básico para a conclusão do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação.

Niterói

2017

# A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA NO COTIDIANO DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

Monografia apresentada como requisito básico para a conclusão do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional no Setor de Terapia Ocupacional da Associação Fluminense de Reabilitação, tendo como orientadora Técnica Lílian Schuab, coorientadora Valéria Marques e Orientadora Metodológica Cláudia Pitanga.

Aprovado em \_\_\_\_\_

Banca examinadora:

---

Profª Drª.Tânia Fernandes (examinadora externa)

---

Profª.Lílian Schuab (preceptora)

---

Profª.Drª. Cláudia Escórcio Gurgel do Amaral Pitanga(examinadora interna)

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes e às suas mães, que aceitaram participar do estudo e ainda me retribuíram com amor e aprendizado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por nunca me desamparar nos momentos mais difíceis e me alimentar de fé e sabedoria diante dos obstáculos enfrentados nesses dois anos de trajetória.

À toda equipe do NEPP, Claudia Pitanga, Valeria Coelho e Rafael Silva, pelas supervisões, por todo conhecimento transmitido, pelas trocas riquíssimas e pelo encorajamento de sempre. Muito obrigada!

Ao Professor Marcos Soares, do CAP, por toda compreensão e flexibilidade com a rotina de bolsista.

A todo Setor de Terapia Ocupacional, pelo apoio de sempre e, em especial a minha chefe, supervisora e amiga, Lílian Schuab, por acreditar no meu potencial, acolher todas minhas dúvidas e angústias e tornar essa trajetória leve e prazerosa.

Às minhas amigas que a AFR uniu, Laila Chaves, Renata Palomo e Nathália Estebanez, por todo amor, carinho e amizade diárias, pelas broncas e por sempre me mostrarem o melhor caminho, em todas as situações.

E também a toda minha família e amigos que compreendem a distância e a saudade, me apoiando para que eu alcance meus objetivos.

## RESUMO

A Paralisia Cerebral (PC) é caracterizada por uma lesão no encéfalo imaturo, a qual pode ocorrer antes, após ou no momento do nascimento da criança; conseqüentemente a esta lesão, a criança poderá apresentar um atraso no seu desenvolvimento global. A criança com PC poderá ter sequelas motoras e/ou alterações cognitivas, e também desordens da comunicação. A Comunicação Alternativa é uma das áreas da Tecnologia Assistiva que através de símbolos, viabiliza a comunicação de pessoas com déficits comunicativos, temporários ou permanentes. A Terapia Ocupacional utiliza-se comumente deste recurso com crianças com Paralisia Cerebral, visando que estas consigam se comunicar em seu meio. Pensando nisso, foi realizada uma pesquisa intervencionista no Setor de Terapia Ocupacional da Associação Fluminense de Reabilitação utilizando pranchas como recurso de Comunicação Alternativa com crianças com Paralisia Cerebral. Três crianças participaram do estudo, cada uma recebendo três pranchas que abordavam temas diferentes. Ao final, foi aplicado um questionário semi-estruturado com as mães a fim de verificar a eficácia, bem como a importância da utilização da prancha de comunicação no cotidiano da criança. Foi observado que apenas uma mãe não achou o recurso eficaz, pois relatou incompreensão do mesmo por parte da criança, enquanto as demais, acreditaram que o recurso foi útil para a criança comunicar-se.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Paralisia Cerebral; Comunicação Alternativa.

## **ABSTRACT**

Cerebral Palsy (PC) is characterized by a lesion in the immature brain, which may occur before, after or at the time of child's birth; Consequently to this injury, the child may present a delay in its overall development. The child with CP may have motor sequelae and / or cognitive alterations, as well as communication disorders. The Alternative Communication is one of the areas of Assistive Technology that through symbols, enables the communication of people with communicative, temporary or permanent deficits. Occupational Therapy is commonly used with children with Cerebral Palsy, so that they can communicate in their environment. With this in mind, an interventionist research was conducted in the Occupational Therapy Sector of the Fluminense Rehabilitation Association using boards as an alternative communication resource for children with Cerebral Palsy. Three children participated in the study, each receiving three boards that addressed different subjects. At the end, a semi-structured questionnaire was applied with the mothers in order to verify the effectiveness, as well as the importance of the use of the communication board in the daily life of the child. It was observed that only one mother did not find the resource effective, as she reported misunderstanding on the part of the child.

Keywords: Occupational Therapy; Cerebral Palsy; Alternative Communication.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1 COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA</b>	<b>11</b>
1.1 PRANCHAS DE COMUNICAÇÃO	13
1.2 CARTÕES DE COMUNICAÇÃO	13
<b>2 PARALISIA CEREBRAL</b>	<b>15</b>
2.1 SISTEMA NERVOSO	15
2.1.1 Divisão do sistema nervoso baseado em aspectos anatômicos	15
2.1.2 Divisão do sistema nervoso baseado em aspectos embriológicos	16
2.1.3 Divisão do sistema nervoso baseado em aspectos funcionais	17
2.1.4 O comando motor	19
2.2 A PARALISIA CEREBRAL	19
<b>3 A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA NO CONTEXTO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL</b>	<b>22</b>
3.1 METODOLOGIA	22
3.1.1 Aplicação da Comunicação Alternativa	24
3.1.1.1 Pranchas de Comunicação Alternativas Utilizadas	25
3.2 RESULTADOS	28
3.3 DISCUSSÃO	28
3.4 CONCLUSÃO	29
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>33</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho é considerado pré-requisito para conclusão do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional em Terapia Ocupacional da Associação Fluminense de Reabilitação (AFR). Ele é desenvolvido a partir de um suporte metodológico oferecido pelo Núcleo de Estudos, Pesquisa e Projetos da AFR (NEPP), juntamente com o trabalho prático realizado dentro do setor de Terapia Ocupacional.

O objetivo deste estudo é discutir a importância da comunicação alternativa como recurso fundamental, a fim de que a criança seja capaz de se comunicar com seu meio.

O presente tema “A Comunicação Alternativa no cotidiano da criança com Paralisia Cerebral”, surgiu a partir da experiência profissional vivenciada no Setor de Terapia Ocupacional da AFR, quando observou-se um considerável público infantil apresentando diagnóstico de Paralisia Cerebral, ou Encefalopatia Crônica da Infância (ECI). Dentro desse público infantil, grande maioria das crianças apresentam um distúrbio da fala, muitas vezes impossibilitando ou dificultando a comunicação.

Constata-se que essa problemática vivenciada pela criança, pode gerar consequências para sua vida; tais como isolamento social, privação do convívio familiar, restrição do acesso à educação, entre outras. Desta maneira, foi pensada uma forma de viabilizar essa comunicação, por meio de um recurso chamado *Comunicação Alternativa*, com o objetivo de que estas crianças sejam capazes de comunicar-se através de tal recurso, minimizando estas consequências.

A Paralisia Cerebral (PC) é caracterizada por uma lesão no encéfalo imaturo, a qual pode ocorrer antes, após ou no momento do nascimento da criança; conseqüentemente a esta lesão, a criança poderá apresentar um atraso no seu desenvolvimento global (ZAGUINI et. al., 2012). O principal comprometimento apresentado pela criança com PC é o distúrbio motor, causando alterações na postura e no tônus muscular (MANCINI, et al., 2004; OLIVEIRA; MATSUKURA, 2013; SARI; MARCON, 2008).

De acordo com estes autores, a criança pode também apresentar outros tipos de comprometimentos, como cognitivos, visuais, auditivos, de linguagem, sensoriais, comportamentais, alimentares, intelectuais, entre outros. O quadro clínico da criança com paralisia cerebral irá variar de acordo com a extensão, a área atingida e o tempo de instalação da lesão encefálica (ZAGUINI et. al., 2012).

Segundo Pelosi (2009), as crianças com alguma deficiência e que apresentam distúrbio da expressão verbal associada a uma alteração motora, conseqüentemente irão apresentar dificuldade de comunicação. A comunicação alternativa poderá ser usada de forma a viabilizar ou apenas apoiar a comunicação desse indivíduo. A comunicação é considerada alternativa quando o indivíduo não apresenta outra forma de comunicação. O termo Comunicação Alternativa e Ampliada compreende outras formas de comunicação além da falada, como o uso de sinais, gestos, expressões, pranchas ou recursos mais tecnológicos (Glennen, 1997).

Para o desenvolvimento deste trabalho, no primeiro capítulo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a fim de embasar teoricamente a Comunicação Alternativa e, posteriormente, no segundo capítulo, uma pesquisa embasando a Paralisia Cerebral. No terceiro capítulo, é apresentada a segunda etapa da pesquisa, com estudos de casos, descrevendo a metodologia usada na pesquisa, do tipo intervencionista. Posteriormente, os resultados obtidos por meios dos questionários aplicados com os responsáveis das crianças participantes da pesquisa.

Desta forma, foram selecionadas três crianças em atendimento no Setor de Terapia Ocupacional para participarem desta pesquisa. As mesmas foram submetidas aos mesmos procedimentos de intervenção, todas tiveram o mesmo tempo de atendimento semanal e o mesmo número de pranchas utilizadas. Além da revisão bibliográfica realizada para esta pesquisa, foram confeccionadas três pranchas diferentes de Comunicação Alternativa, cada qual atendendo a demanda de cada criança, porém abordando os mesmos temas, sendo eles; atividade terapêutica no setor, alimentação e brincadeira comum em casa. Após utilização das pranchas com as crianças, o cuidador principal, tal qual eram as mães, responderam a um questionário semi-estruturado a fim de verificar a importância do recurso bem como a eficácia do uso da Comunicação Alternativa com a criança no seu cotidiano.

Como pode-se observar, de uma maneira geral, a prancha foi utilizada no cotidiano da criança e, em sua maioria, o recurso obteve uma eficácia na comunicação da mesma com o seu meio. A Comunicação Alternativa poderá também representar um instrumento valioso para o atendimento do Terapeuta Ocupacional como também para equipe multiprofissional que trabalha com crianças que apresentam alguma disfunção comunicativa.

## 1 COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA

Nesse capítulo, introduziremos conceitualmente as fases do desenvolvimento da comunicação, com as suas alterações e posteriormente, apresentaremos a Comunicação Alternativa como recurso utilizado para compensar a ausência da comunicação oral.

Para Finger (1986), em sua obra, “Terapia Ocupacional”, diz que comunicação é um ato que envolve linguagem, mas não somente através de palavras- gestos, tom de voz e outros fatores também auxiliam os indivíduos na comunicação. O som é um fator principal na comunicação falada e necessário no desenvolvimento da linguagem (FINGER, 1986, p. 99).

A última parte do sistema nervoso a passar pelo processo de maturação é a comunicação, que se manifesta pela forma expressiva e empatia, onde a criança se utiliza da fonação para expressar ao mundo exterior e às pessoas a sua volta, suas vontades e desejos (FINGER, 1986).

A Comunicação Alternativa (CA) é uma das áreas da Tecnologia Assistiva, e através da seleção de símbolos, recursos, estratégias e técnicas tem o objetivo de favorecer a comunicação oral e/ou escrita de pessoas com perdas funcionais advindas de situações permanentes ou temporárias. No Brasil, o emprego da Comunicação Alternativa e Ampliada foi iniciado em São Paulo em 1978, e embora o grupo de profissionais envolvidos na área em nosso país seja, ainda, relativamente pequeno, sua formação é diversificada incluindo engenheiros, terapeutas ocupacionais, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e professores (NUNES, 2007).

Segundo Pelosi (2010), as crianças com alguma deficiência e que apresentam distúrbio da expressão verbal associada a uma alteração motora, conseqüentemente irão apresentar dificuldades de comunicação. A comunicação alternativa poderá ser usada a fim de viabilizar ou apenas apoiar a comunicação desse indivíduo. A comunicação é considerada alternativa quando o indivíduo não apresenta outra forma de comunicação e ampliada quando a comunicação que o mesmo apresenta é insuficiente para sua interação social, como exemplificado a seguir:

Se pensarmos em um aluno com paralisia cerebral do tipo espástica com uma disartria moderada em uma sala de aula. Quando a professora faz algum questionamento à turma e este aluno tenta responder, podemos ter uma fala, nesse momento, ininteligível. Essa é uma situação de grande tensão, que provavelmente elevará ainda mais seu tônus muscular, deixando-o rígido (MEC, 2007).

O déficit da comunicação oral ou mesmo sua ausência, poderá ainda acarretar para o indivíduo, dificuldades ao realizar atividades comuns ao seu cotidiano, independente se a causa é motora, intelectual ou qualquer outra. Tal déficit na comunicação é capaz de demonstrar erroneamente, que este indivíduo não tenha nada a dizer (PELOSI, 2008). O que poderá acarretar também outras limitações, como o isolamento social, o déficit no aprendizado pedagógico, a infantilização do indivíduo, entre outras.

O termo comunicação alternativa e ampliada compreende outras formas de comunicação além da falada, como o uso de sinais, gestos, expressões, pranchas ou recursos mais tecnológicos (GLENNEN, 1997). A CA é composta por uma gama de recursos que irão auxiliar ou substituir a fala ou a escrita de uma pessoa com dificuldade comunicativa, podendo ser permanente ou temporária. Tais recursos utilizados podem ser bastante variados, como gestos, Língua Brasileira de Sinais, pranchas de alfabeto, fotografias, símbolos, comunicadores e até mesmo recursos mais tecnológicos como computadores, tablets e *softwares* (PELOSI, et al, 2012).

A CA é um recurso fundamental para o desenvolvimento infantil, uma vez que ela viabiliza a comunicação da criança com o meio e estimula as habilidades comunicativas (MANZINI, et al, 2013). Ela também poderá ser desenvolvida de diversas formas a partir de recursos de baixa tecnologia e utilizando sistemas simbólicos, estabelecido por PELOSI (2009) e em concordância com o MEC (2007):

- **Objetos reais:** são os símbolos iguais ou similares em que a criança pode pegá-lo ou tocá-lo para expressar seu desejo.
- **Miniaturas:** são objetos similares em menor tamanho, geralmente usados com pessoas com baixa visão ou deficiência intelectual.
- **Objetos parciais:** utilizados em situações em que se precisa simbolizar uma ação ou objetos muito grandes. Exemplo, o prato pode simbolizar a refeição.
- **Fotografias:** são sinais gráficos e icônicos, que apresentam o real objeto. Geralmente utilizado com pessoas que possuem baixo nível cognitivo.

- Símbolos gráficos: são desenhos lineares e compreensíveis. O sistema mais usado no Brasil é o PCS (*Picture Communication Symbols*), que conta com cerca de 3000 símbolos que representam objetos e situações do cotidiano.

Existem diversos sistemas de símbolos gráficos conhecidos internacionalmente que podem ser utilizados para construção de pranchas, entre eles estão o *Blissymbolics*, o *Pictogram Ideogram Communication Symbols* (PIC) e o *Picture Communication Symbols* (PCS).

### 1.1 PRANCHAS DE COMUNICAÇÃO

Em uma prancha pode conter vários símbolos representando uma mensagem. A prancha será confeccionada a partir da demanda comunicativa de cada indivíduo. Ou seja, elas são personalizadas. Por ela expor muitos símbolos ao mesmo tempo, ela pode ser organizada por uma técnica chamada subdivisão e níveis.

Cada prancha é feita de acordo com o tamanho e o formato necessários e para confeccioná-la, podem ser utilizados materiais diversos como papel, cartolina, isopor, madeira. Ela poderá ser feita em um álbum ou até mesmo com plásticos. Além das pranchas personalizadas, usadas geralmente por um único indivíduo, existem também as pranchas para múltiplos usuários. Tais pranchas possibilitam a comunicação de outras pessoas em um determinado local (escola, biblioteca, etc) (MEC, 2007).

### 1.2 CARTÕES DE COMUNICAÇÃO

Os cartões podem ser uma maneira de introduzir a CA com crianças, apresentando os símbolos separadamente até evoluir para uma prancha com uma maior quantidade dos mesmos. Como também, pode ser um recurso muito simples de ser utilizado, por ser organizado por argolas, fichários, facilitando o acesso do usuário e até mesmo para montar frases ou elaborar alguma situação inédita, por exemplo, alguma tarefa escolar (MEC, 2007).

Dando continuidade a este trabalho, no próximo capítulo será apresentada a Paralisia Cerebral, desde as estruturas que podem ser acometidas, até como a doença irá se manifestar clinicamente na criança.

## **2 PARALISIA CEREBRAL**

### **2.1 SISTEMA NERVOSO**

Uma vez que a doença abordada neste trabalho é a Paralisia Cerebral, se faz necessário um embasamento teórico do Sistema Nervoso (SN), a fim de conhecer suas estruturas e suas divisões, como descritas a seguir.

Lent (2003), em sua obra, “Cem Bilhões de Neurônios”, apresenta que o sistema nervoso é originado pelo folheto embrionário mais externo, o ectoderma, que posteriormente, se juntará ao outro folheto e formará o mesoderma, e com alongamento das células desse folheto, será formada a placa neural e depois, com o dobramento dessa estrutura, originará o tubo neural. O tubo neural, juntamente com seu fechamento, irá formar outras estruturas pertinentes ao desenvolvimento do sistema nervoso até chegar ao que é conhecido hoje como tal.

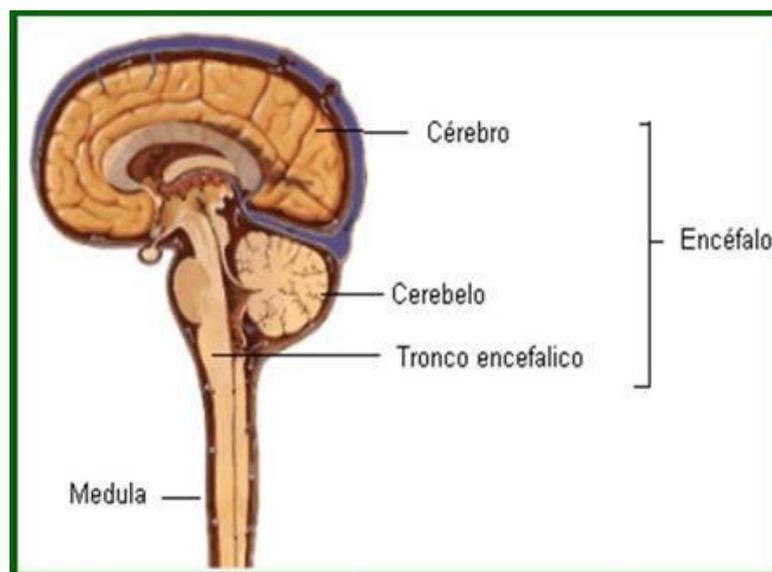
O sistema nervoso é considerado como um todo, formado por partes em que cada uma possui um significado didático e estas, estão relacionadas entre si, de acordo com sua morfologia e funcionalidade. Segundo Machado (2002), em seu livro “Neuroanatomia Funcional”, o sistema nervoso pode ser dividido em partes, considerando aspectos anatômicos, embriológicos e funcionais, além da divisão segundo a segmentação.

#### **2.1.1. Divisão do sistema nervoso baseado em aspectos anatômicos**

Esta divisão é considerada uma das mais conhecidas e utilizadas. O sistema nervoso central (SNC) é localizado no interior do esqueleto axial enquanto o sistema nervoso periférico (SNP) localiza-se fora desse esqueleto. Porém, há uma imperfeição nesta divisão, pois obviamente, ao fazer contato com o SNC, os nervos e as raízes nervosas penetram no crânio e no canal vertebral. O encéfalo vai ser a parte do SNC situado no interior do crânio neural, onde teremos o cérebro, o cerebelo e o tronco encefálico. A medula se localiza dentro do canal vertebral e ambos- encéfalo e medula-constituem o neuro-eixo. Existe uma divisão esquematizada no qual organiza mais

claramente essas estruturas, que será descrita a seguir. O SNC é dividido em medula espinhal e encéfalo, e este será composto por cérebro, cerebelo e tronco encefálico (como citado anteriormente). O tronco encefálico será composto ainda por três estruturas, mesencéfalo, ponte e bulbo. O SNP é um pouco mais simples, dividido em nervos – podendo ser espinhais ou cranianos-, gânglios e terminações nervosas. Anatomicamente falando, a ponte é a estrutura que separa o bulbo, situado na região caudal do mesencéfalo. Na parte dorsal da ponte e do bulbo, localiza-se o cerebelo. Os nervos são os cordões que vão ligar o SNC aos órgãos periféricos. Os nervos ligados ao encéfalo, serão classificados nervos cranianos e os nervos ligados à medula, serão espinhais. Os gânglios serão as dilatações constituídas principalmente de corpos de neurônios. E nas extremidades das fibras nervosas estão as terminações nervosas.

**FIGURA 1: Sistema Nervoso, aspecto anatômico**



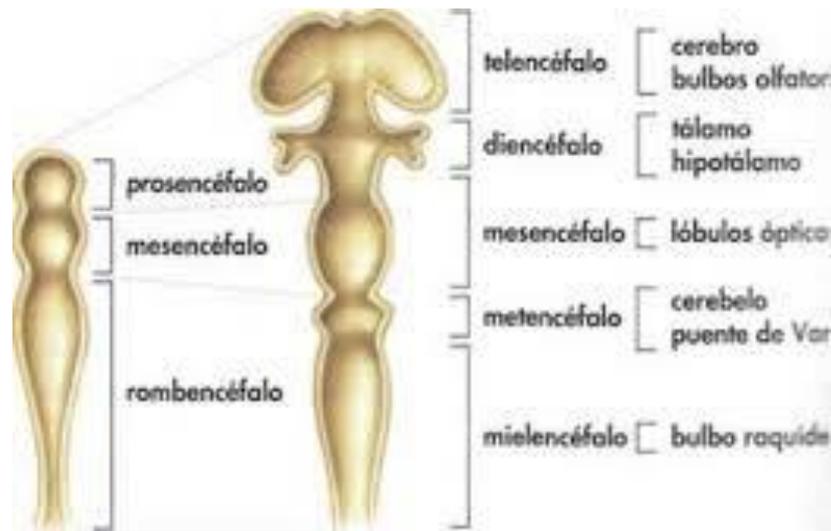
FONTE: <http://bio-neuro-psicologia.usuarios.rdc.puc-rio.br/sn.html>

### **2.1.2. Divisão do sistema nervoso baseado em aspectos embriológicos**

Segundo tal divisão, o sistema nervoso central adulto recebe o nome da vesícula primordial da qual foi originada. Sendo assim, as estruturas primárias sofrerão uma divisão até formarem as estruturas principais do SNC. Na prática, prosencéfalo, será

dividido em telencéfalo e diencéfalo, que juntos formarão o cérebro. Rombencéfalo será dividido em metencéfalo – formando cerebelo e ponte- e mielencéfalo formando o bulbo. O mesencéfalo é a única estrutura que permanece ela mesma.

**FIGURA 2: Sistema Nervoso, aspecto embriológico**



(FONTE: <http://docentes.educacion.navarra.es/metayosa/1bach/rela5.html>)

### 2.1.3. Divisão do sistema nervoso baseado em aspectos funcionais

De acordo com o aspecto funcional, o sistema nervoso se divide em sistema nervoso da vida de relação, ou somático e sistema nervoso da vida vegetativa, ou visceral. O sistema nervoso da vida de relação é o que conecta o organismo com o meio ambiente, apresentando um componente aferente e outro eferente. Onde o aferente conduz aos centros nervosos, os impulsos captados nos receptores periféricos, informando-os sobre o que se passa no meio externo; enquanto o eferente conduz os comandos dos centros nervosos até os músculos estriados esqueléticos, gerando conseqüentemente, movimentos voluntários. O sistema nervoso visceral é aquele que se conecta com a inervação e controle das estruturas viscerais e também é dividido em aferente e eferente. O componente aferente conduz os impulsos nervosos gerados nos receptores das vísceras até áreas específicas do sistema nervoso e, em contrapartida, o componente eferente conduz os impulsos originados em determinados

centros nervosos até as vísceras, finalizando em glândulas, músculos lisos ou músculo cardíaco. Este componente eferente, do sistema nervoso visceral, é classificado sistema nervoso autônomo e pode ser subdividido em simpático e parassimpático.

Com base na organização claramente exposta do SNC, pode-se ter uma noção da organização do sistema nervoso. Os neurônios sensitivos, que possuem seus corpos situados nos gânglios sensitivos, conduzem os impulsos nervosos captados em receptores localizados na superfície (exemplo, pele) ou no interior (vísceras, músculos e tendões) até a medula ou ao tronco encefálico. Os prolongamentos destes neurônios conectam-se diretamente ou através de neurônios de associação, aos neurônios motores (somáticos ou viscerais), os quais levam o impulso a músculo ou a glândulas, formando-se assim, arcos reflexos mono ou polissinápticos. As fibras que levam ao sistema nervoso supra-segmentar as informações recebidas no sistema nervoso segmentar, constituem as grandes vias ascendentes do sistema nervoso.

Qualquer movimento voluntário, envolverá a execução de um ato motor voluntário. A fim disto, os neurônios do seu córtex cerebral enviam uma 'ordem' por meio de fibras descendentes aos neurônios motores situados no sistema nervoso segmentar. Estes retransmitem a ordem aos músculos estriados, de modo que os movimentos necessários ao ato sejam realizados. O cerebelo é responsável pela coordenação desses movimentos, que recebe através do sistema nervoso segmentar, informações sobre o grau de contração muscular necessária e envia, por meio de vias descendentes complexas, impulsos responsáveis e capazes de coordenar a resposta motora.

Conforme foi visto, o sistema nervoso realiza todo um procedimento complexo e perfeitamente minucioso, envolvendo diversas estruturas a fim de que haja um movimento voluntário com tônus adequado para que o indivíduo seja capaz de realizar desde seus movimentos mais primitivos até os mais grosseiros e elaborados. Sendo assim, qualquer lesão – ainda que mínima- em alguma dessas estruturas, poderá ocasionar alteração no movimento voluntário.

#### **2.1.4 O Comando Motor**

De acordo com Lent (2003), hoje são conhecidos os centros ordenadores que dão origem às vias descendentes de comando motor, muito presentes no tronco encefálico, como nos núcleos motores dos nervos cranianos. No bulbo, localiza-se um conjunto de núcleos vestibulares e os axônios destes formam os feixes vestibulo-espinhais, vias descendentes responsáveis pela postura e equilíbrio corporal. Outro grupo neural é a formação reticular, que formam os axônios que constituem os feixes retículo- espinhais, atuantes também nos mecanismos posturais. O córtex cerebral possui o córtex motor primário, com um vasto conjunto de áreas em que os neurônios emitem axônios descendentes.

## 2.2 – A PARALISIA CEREBRAL

A Paralisia Cerebral (PC) é caracterizada por uma lesão no encéfalo imaturo, a qual pode ocorrer antes, após ou no momento do nascimento da criança; conseqüentemente a esta lesão, a criança poderá apresentar um atraso no seu desenvolvimento global (ZAGUINI et. al., 2012). O principal comprometimento apresentado pela criança com PC é o distúrbio motor, causando alterações na postura e no tônus muscular (MANCINI, et al., 2004; OLIVEIRA; MATSUKURA, 2013; SARI; MARCON, 2008 ).

De acordo com estes autores, a criança pode também apresentar outros tipos de comprometimentos, como cognitivos, visuais, auditivos, de linguagem, sensoriais, comportamentais, alimentares, intelectuais, entre outros. O quadro clínico da criança com paralisia cerebral irá variar de acordo com a extensão, a área atingida e o tempo de instalação da lesão encefálica (ZAGUINI et. al., 2012).

A classificação da Paralisia Cerebral, em função da alteração motora, segundo BOBATH (1984) e CAZEIRO (2008), são:

- Espástico: A espasticidade é definida como um aumento do tônus muscular em repouso ou quando o membro é mobilizado passivamente, podendo variar em função da velocidade do movimento. A criança espástica apresenta uma postura rígida e necessita de grande esforço para realizar um movimento. O tipo espástico é o mais comum na PC.

- Discinético: A discinesia é caracterizada por uma lesão nos núcleos da base, a qual pode causar diferentes tipos de movimentos involuntários, além de incoordenação, tónus flutuante e instabilidade postural.
- Atáxico: A ataxia ocorre devido a uma lesão no cerebelo ou em suas vias, causando assim a incoordenação dos movimentos e a alteração do equilíbrio.
- Hipotônico: A hipotonia é caracterizada pelo baixo tónus muscular, ocasionando uma baixa resistência ao movimento passivo. A criança hipotônica tem dificuldades em manter posturas e/ou realizar movimentos contra a gravidade.
- Misto: A criança apresenta mais de um dos quadros, geralmente com predominância de um deles.

Além da classificação quanto ao tipo de disfunção motora, a PC também é classificada quanto à sua distribuição topográfica, podendo ser do tipo tetraparesia, diparesia ou hemiparesia (BOBATH; BOBATH, 1989; CAZEIRO, 2008). Entretanto, Cazeiro (2013) aponta que não há um consenso entre os autores a respeito desta classificação, principalmente na diferenciação entre tetraparesia e diparesia. Diante disso, esta autora sugere a classificação topográfica em paralisia bilateral e unilateral, conforme descrito por Bax et al. (2005, APUD CAZEIRO, 2013), Rosenbaum et al. (2007, APUD CAZEIRO, 2013) e diversos outros autores.

Diante das alterações decorrentes da lesão encefálica, a PC poderá interferir no processo de desenvolvimento, desde os seus primeiros marcos até a interação da criança com o meio. Dessa forma, a PC poderá levar a criança a uma dependência em relação às suas atividades diárias (MANCINI et al., 2004; SARI; MARCON, 2008). Segundo Cazeiro e Lomônaco (2011), a criança com deficiência geralmente permanece passiva na maioria das situações do seu cotidiano, sendo privada de oportunidades de vivências, por conta das suas limitações e do desconhecimento acerca de suas potencialidades.

De acordo com Ferland (2009) e Finnie (1980), ninguém está preparado para ter um filho com deficiência. Comumente, espera-se por um filho sem alterações, de modo que a chegada de um filho “inesperado” pode ser um choque para a família. Para amenizar tal choque e ajudar na adaptação dos pais e da família, é importante que estes conheçam sobre a deficiência da criança e estejam a par do plano de tratamento (FERLAND, 2009). Neste aspecto, os profissionais que atendem a criança podem colaborar para o esclarecimento das dúvidas dos pais e acolhimento de suas dificuldades e anseios.

Por apresentar alterações diversas, a criança com PC necessita de um tratamento interdisciplinar, o qual possibilita a estimulação do seu desenvolvimento global. Dentre as áreas profissionais que intervêm com esta população, pode-se destacar a Terapia Ocupacional. A Terapia Ocupacional pode atuar no tratamento da criança com PC desde seus primeiros meses, com o objetivo geral de estimular o seu desenvolvimento neuropsicomotor, fornecer orientações à família e promover sua inclusão social e escolar (CAZEIRO, 2008). O terapeuta ocupacional se faz necessário no atendimento a estas crianças devido às limitações que elas podem apresentar para realizar suas atividades típicas da infância. Sendo assim, a intervenção terapêutica ocupacional pode ser realizada por meio do brincar, motivando a criança a interagir no processo de tratamento (CAZEIRO, 2008; ZAGUINI et. al., 2012).

As prioridades do tratamento da criança estarão relacionadas com as necessidades e expectativas dela e da família, podendo ter como objetivos específicos estimular a cognição e a percepção, promover o aprimoramento da coordenação motora global e da função manual, prevenir deformidades, favorecer a independência nas Atividades da Vida Diária (AVD) e a autonomia na vida familiar e social (CAZEIRO, 2008). De acordo com Araújo e Galvão (2011), o plano de tratamento do Terapeuta Ocupacional inclui o fornecimento de orientações aos pais sobre o desempenho das atividades diárias referentes ao vestuário, brincar, alimentação e higiene.

No ano de 2014, foi lançado pelo Ministério da Saúde, uma publicação intitulada “As diretrizes de atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral, contendo orientações às equipes multiprofissionais que atuam com tal público, nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde. A pessoa com paralisia cerebral necessita de um projeto terapêutico voltado para todos seus aspectos de saúde e não apenas como foco nas condições relacionadas a paralisia cerebral. Segundo tais diretrizes, quanto menor o tempo para iniciar a estimulação terapêutica da Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Fonoaudiologia, maior será o aproveitamento da plasticidade cerebral e menor será o atraso no desenvolvimento.

As Tecnologias Assistivas são dispositivos que tem o intuito de promover funcionalidade e autonomia a pessoa com paralisia cerebral, diminuindo as dificuldades decorrentes das limitações da paralisia cerebral. Essas tecnologias são partes integrantes do cuidado à pessoa com paralisia cerebral (M.S., 2014).

No próximo capítulo será apresentado o desenvolvimento do trabalho realizado, juntamente a pesquisa feita e os resultados obtidos a partir do estudo.

### **3 A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA NO CONTEXTO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL**

#### **3.1 METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento deste trabalho, a pesquisa foi dividida em duas etapas, na qual a primeira consistiu em uma revisão bibliográfica sobre a Comunicação Alternativa e a Paralisia Cerebral, realizada nos primeiros capítulos enquanto na segunda, que apresentaremos a seguir, uma pesquisa de Estudo de Caso do tipo intervencionista tendo três crianças como participantes.

A fim de embasar teoricamente este estudo realizado na primeira etapa deste estudo, foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS e SciELO, utilizando a combinação dos descritores “Paralisia cerebral e Terapia ocupacional”; “Paralisia cerebral e comunicação”; “Terapia ocupacional e comunicação”; “Terapia ocupacional, Paralisia Cerebral e comunicação”. Foram incluídos trabalhos que mencionavam a intervenção da comunicação alternativa junto a crianças com paralisia cerebral no tratamento terapêutico ocupacional; trabalhos publicados em português e trabalhos publicados a partir de 2000. Todos os 165 trabalhos encontrados, tiveram seus resumos lidos e foram selecionados os nove trabalhos que se enquadravam nos critérios de inclusão, acima descritos.

Uma vez que objetivo deste estudo é discutir a importância da comunicação alternativa como recurso fundamental, para que a criança seja capaz de se comunicar com seu meio, foi realizada na segunda etapa da pesquisa foi aplicada, em três crianças com Paralisia Cerebral, a Comunicação Alternativa como intervenção terapêutica. Além desse objetivo principal, para o desenvolvimento da parte intervencionista, foi necessário investigar os meios de interação da criança; realizar adaptações necessárias e orientar as mães quanto ao uso do recurso.

Foram selecionadas três crianças em atendimento no Setor de Terapia Ocupacional para participarem desta pesquisa. Tais crianças deveriam apresentar diagnóstico de Paralisia Cerebral ou ECI, possuir algum distúrbio da fala; estar em tratamento no Setor de TO e ter idade cronológica entre 2 e 6 anos.

São elas:

PACIENTE 1	Paciente sexo feminino, 05 anos, apresenta diagnóstico de PC do tipo Espástica. Realiza tratamento na AFR desde 2012 e apresenta comunicação não verbal, apenas por meio de gestos e sorrisos.
PACIENTE 2	Paciente sexo masculino, 04 anos, apresenta diagnóstico de PC do tipo Espástica. Realiza tratamento na AFR desde 2014 e apresenta comunicação não verbal, apenas por meio de sorrisos.
PACIENTE 3	Paciente sexo masculino, 04 anos, apresenta diagnóstico de PC do tipo coreoatetose. Realiza tratamento na AFR desde 2013 e apresenta comunicação não verbal, apenas por meio de sinais com a cabeça de sim e não.

Foi aplicado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (em anexo) às responsáveis pelos pacientes, autorizando a participação dos mesmos na pesquisa.

Como metodologia prática desta pesquisa, foram confeccionadas três pranchas diferentes de Comunicação Alternativa, cada qual atendendo a demanda de cada criança, porém abordando os mesmos temas, sendo eles; atividade terapêutica no setor, alimentação e brincadeira comum em casa.

### 3.1.1. Aplicação da Comunicação Alternativa

As três crianças foram submetidas aos mesmos procedimentos de intervenção, todas tiveram o mesmo tempo de atendimento semanal e o mesmo número de pranchas utilizadas. Foram realizados atendimentos com duração de 30 minutos, uma vez por semana e o mesmo se iniciava a partir do momento em que a criança chegava ao setor. Tal intervenção prática do recurso, ocorreu em um período de 40 dias para cada prancha utilizada. A intervenção com a prancha de comunicação era realizada logo após a criança estar posicionada – sendo duas delas, sentada no banco de madeira apoiada à mesa e uma sentada na cadeira de rodas, com mesa de apoio; todas em posição funcional - e também ter sido apresentada aos objetos reais na qual o recurso se referia. Por exemplo, uma das crianças tinha que escolher se queria brincar com massinha de modelar ou com panelinhas de brinquedo, a prancha continha foto dos dois objetos e também, os mesmos estavam presentes para que ela compreendesse que o recurso representava o objeto real. À medida que tal compreensão era alcançada, era utilizada apenas a prancha para a escolha da atividade.

Foi solicitado à mãe duas fotos de comidas da preferência da criança, para que fosse confeccionada a prancha de alimentação. Da mesma forma, foi solicitado duas fotos de brinquedos ou brincadeiras preferidas pela criança em casa. Após as pranchas finalizadas, as mães foram orientadas durante os atendimentos em como utilizá-las com a criança em casa.

A fim de investigar a experiência das mães com o recurso da prancha junto a criança e a eficácia do uso da Comunicação Alternativa, foi elaborado um questionário semiestruturado contendo oito questões, sendo elas sete objetivas e uma aberta a resposta. O mesmo foi aplicado no final da pesquisa, após aproximadamente 16 sessões, no horário do atendimento da criança, durante cerca de quinze minutos.

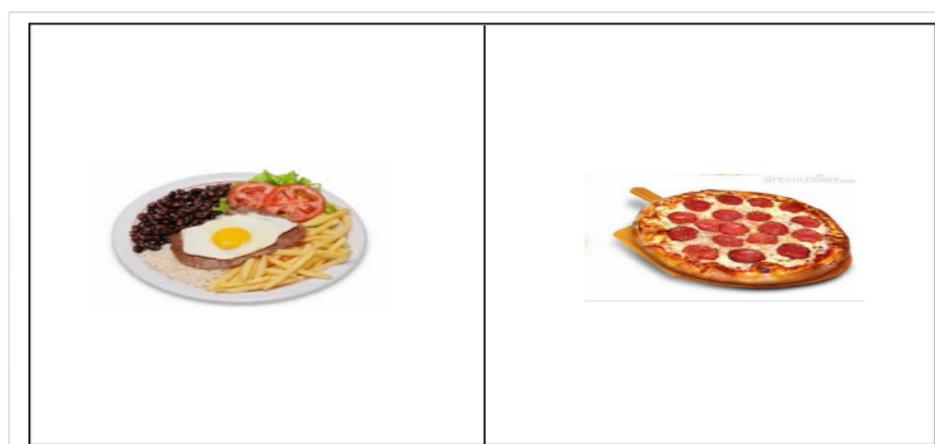
### 3.1.1.1 Pranchas de Comunicação Alternativas Utilizadas

#### Pranchas: Paciente 1

##### ATIVIDADE TERAPÊUTICA

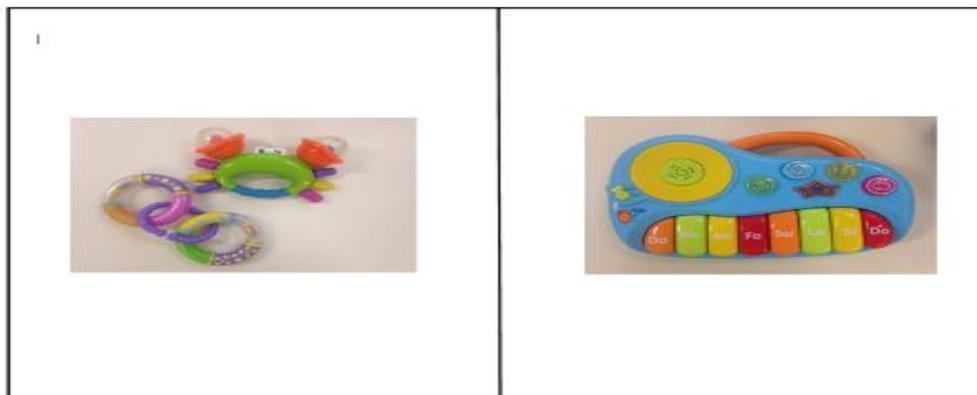
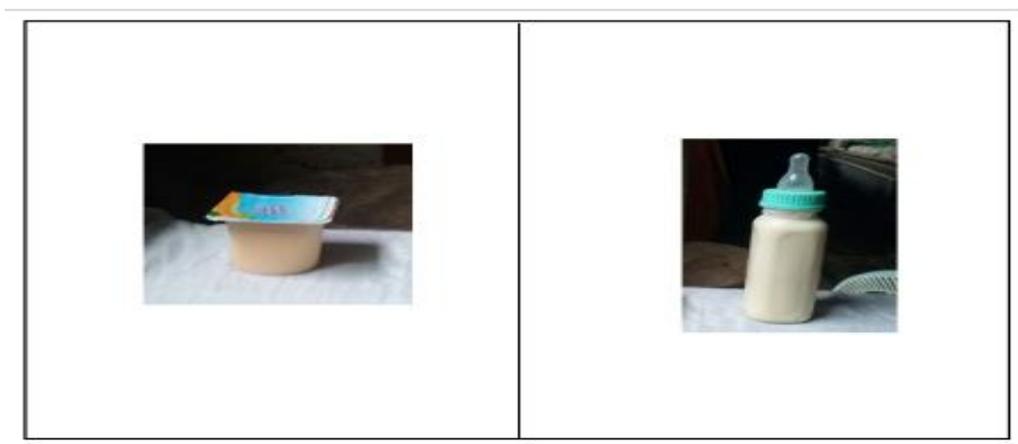


##### ALIMENTOS



##### BRINQUEDOS DOMÉSTICOS



**Pranchas: Paciente 2****ATIVIDADE TERAPÊUTICA****ALIMENTOS****BRINQUEDOS DOMÉSTICOS**

**Pranchas: Paciente 3**

## ATIVIDADE TERAPÊUTICA



## ALIMENTOS



## BRINQUEDOS DOMÉSTICOS



### 3.2. RESULTADOS

O questionário foi respondido pelo principal cuidador de cada uma das três crianças, cujas todas eram suas mães. As mesmas completaram o cabeçalho com seu nome completo, número do prontuário e nome completo da criança.

Na questão de número (1), “A prancha de comunicação foi usada em casa com a criança?”, todas as mães marcaram como resposta “sim”. Na questão de número (2), “Aproximadamente, quantas vezes?”, todas as mães marcaram como resposta a opção mais de três vezes”. Na questão de número (3), “A criança conseguiu comunicar-se por meio da prancha de comunicação com seu cuidador principal?”, duas mães marcaram como resposta “sim” e apenas a mãe da criança 3 marcou como resposta “não”. Na questão de número (4), “E com mais outras pessoas?”, duas mães marcaram a resposta “não” e apenas a mãe da criança 2, marcou a resposta “sim”. Na questão de número (5), “O uso da prancha facilitou sua interação com a criança?”, duas mães marcaram como resposta “sim” e apenas a mãe da criança 3 marcou a resposta “não”. Na questão de número (6), “Qual importância você daria para a utilização deste recurso com seu filho?”, todas as mães marcaram a opção “importante”. Na questão de número (7), “Você encontrou dificuldades ao utilizar a prancha com a criança?”, duas mães marcaram a resposta “não” e apenas a mãe da criança 3 marcou a resposta “sim”. Por último, na questão de número (8), “Qual a principal dificuldade?”, apenas a mãe da criança 3 relatou que “a criança não entendeu a instrução, não apontou e levou a prancha à boca”. Enquanto a mãe da criança 1, relatou ao final, “gostaria de mandar a prancha para a escola, para a M. usar com a cuidadora”.

### 3.3 DISCUSSÃO

Como pudemos observar, de uma maneira geral, a prancha foi utilizada no cotidiano da criança e em sua maioria, o recurso obteve uma eficácia na comunicação da mesma com o seu meio. Somente em um dos casos, a mãe relatou que não foi possível alcançar a comunicação, indicando como motivo, a não compreensão do recurso pela criança. Estima-se que a mãe dê continuidade ao uso do recurso com a criança e busque novos meios de inserir o recurso no cotidiano da mesma, buscando

além de viabilizar, aprimorar a comunicação da criança e conseqüentemente, favorecer seu desenvolvimento cognitivo.

Com relação ao resultado sobre a criança 3, que - segundo relato- não teria entendido o comando da mãe, podemos considerar a possibilidade de que a criança não tenha capacidade cognitiva para interagir por meio do recurso. Como também, a dinâmica familiar da mãe como cuidadora principal da criança e possivelmente de seus demais filhos, não favoreça um ambiente adequado para utilização da prancha. Outros fatores também podem ser levados em conta que justificam a não eficácia do recurso, como tempo, rotina, proximidade com o método, credibilidade, entre outros. Baseado nas orientações familiares realizadas com a mãe no setor, a pesquisadora presume que o fator que pode ter influenciado a não inserção da prancha no cotidiano da criança 3, seria o fato da mãe ter mais outros 3 filhos, demandando os cuidados da mãe.

Outra variável que encontramos nessa pesquisa foi a frequência irregular dos pacientes, que retardou o andamento da pesquisa e conseqüentemente, sua conclusão.

### 3.4 CONCLUSÃO

Em concordância com Pelosi (2009) e MANZINI (et al, 2013), o estudo revela, q mesmo com pequena amostra, a importância da intervenção da Comunicação Alternativa no tratamento terapêutico ocupacional da criança com paralisia cerebral, onde esta pode ter acesso à comunicação com seu meio, possibilitando assim, a sua interação social, como também favorecendo seu desenvolvimento cognitivo.

Podemos presumir que além de contribuir diretamente para a interação social da criança, a Comunicação Alternativa é um recurso capaz também de estreitar e/ou até mesmo viabilizar o laço e o vínculo afetivo materno que, devido à alteração da fala, que foi possivelmente prejudicado. As mães geralmente se angustiam quando não são compreendidas pelos filhos, como também não compreendem as demandas dos filhos com relação às suas Atividades de Vida Diária (AVD).

O contexto escolar também se beneficia de tal recurso, pois ele pode servir de facilitador no processo de aprendizagem da criança, onde a mesma tem acesso ao conhecimento, bem como à formação de vínculo com professores e alunos.

Acredita-se também que o estudo poderia ter apresentado resultados mais satisfatórios, se não tivesse contado com tantas variáveis, como principalmente o comprometimento das mães dos pacientes no retorno das fotos e no cumprimento das orientações dadas nos atendimentos, relacionados ao uso da prancha em casa.

O desenvolvimento da pesquisa, principalmente a execução da parte prática no cotidiano do setor, fomentou o interesse por parte dos profissionais que em sua maioria nunca haviam tido contato com uma intervenção de um recurso de Comunicação Alternativa e Ampliada.

Com base em toda pesquisa bibliográfica realizada e através do estudo de caso detalhado dos pacientes, foi observado por meio deste trabalho que a Comunicação Alternativa é fundamental para promover a máxima autonomia da criança em todos os aspectos de sua vida e possibilitar que a mesma seja compreendida, tendo acesso à interação com o seu meio, sendo no contexto familiar, escolar, social e até mesmo como instrumento no processo de reabilitação.

A partir dos resultados obtidos, seria relevante o desenvolvimento desta pesquisa com outros pacientes ou mesmo em outros setores, a fim de uma total implementação do recurso de Comunicação Alternativa e Ampliada por parte da equipe de saúde, promovendo maiores benefícios aos pacientes atendidos pela Associação Fluminense de Reabilitação (AFR).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOBATH, B.; BOBATH, K. *Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral*. São Paulo: Manole, 1989.
- BOBATH, K. Tipos de paralisia cerebral. In: BOBATH, K. *Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral*. São Paulo: Manole, 1984. p. 50-73.
- CAZEIRO, A.P.M. Formação de conceitos por crianças com paralisia cerebral: um estudo exploratório sobre a influência das brincadeiras. 2008. 301 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.
- CAZEIRO, A.P.M. Um estudo sobre o domínio de conceitos básicos por crianças com paralisia cerebral e por crianças pré-escolares em função da forma de avaliação. 2013. 291 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.
- CAZEIRO, A. P. M.; LOMÔNACO, J. F. B.. Formação de conceitos por crianças com paralisia cerebral: um estudo exploratório sobre a influência de atividades lúdicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 1, p. 40-50, 2011.
- FERLAND, F. Meu filho é diferente dos outros. In: FERLAND, F. *Além da deficiência física ou intelectual: Um filho a ser descoberto*. Londrina: Editora Lazer & Sport, 2009. p. 21-45.
- FINNIE, N. Os problemas dos pais. In: FINNIE, N. *O manuseio da criança com paralisia cerebral*. São Paulo: Editora Manole, 1980. p. 15-39.
- FINGER, Jorge Augusto Ortiz, 1957- *Terapia Ocupacional*/ São Paulo: 1986.
- GLENNEN, S. L. (1997) Introduction to augmentative and alternative communication. Em S. L. Glennen e D. DeCoste (Eds). *The handbook of augmentative and alternative communication*, (pp. 3-20). SanDiego, Singular.
- LENT, R. *Cem Bilhões de Neurônios*. Atheneu, 2003.
- Machado, Angelo B.M. *Neuroanatomia Funcional*/ Angelo B. Machado; prefácio Gilberto Belisário Campos 2ª ed.- São Paulo: Editora Athenue, 2002.
- MANCINI, M. C.; ALVES, A. C. M.; SCHAPER, C.; FIGUEREDO, E. M.; SAMPAIO, R. F.; COELHO, Z. A. C.; TIRADO, M. G. A. Gravidade da Paralisia cerebral e desempenho funcional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.8, n.3, p.253-60, 2004.

MEC: Atendimento Educacional Especializado, 2007. Disponível em: ([www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br)). Acesso em Maio de 2016.

OLIVEIRA, A. K. C.; MATSUKURA, T. S. Estresse e apoio social em cuidadores de crianças com paralisia cerebral/Stress and social support in caregivers of children with cerebral palsy. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 21, n. 03, 2013.

PELOSI, M. B.; NUNES, L. R. D. P. A ação conjunta dos profissionais da saúde e da educação na escola inclusiva. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 52-59, jan./abr. 2011.

Sari, F. L.; Marcon, S. S. Participação da Família no Trabalho Fisioterapêutico em Crianças com Paralisia Cerebral. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2008; 18(3): 229-239.

ZAGUINI, C. G. S. et al. Avaliação do comportamento lúdico da criança com paralisia cerebral e da percepção de seus cuidadores. **Acta fisiátrica**, v. 18, n. 4, 2011.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

**ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO**  
**NEP CAP – NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA COORDENAÇÃO DE**  
**APRIMORAMENTO PROFISSIONAL**  
**PROGRAMA DE BOLSA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL – 2016**

**PESQUISA : A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA NO COTIDIANO DA CRIANÇA**  
**COM PARALISIA CEREBRAL**

**QUESTIONÁRIO SEMI- ESTRUTURADO**

**RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**PRONTUÁRIO:** \_\_\_\_\_

- 1) A prancha de comunicação alternativa foi usada em casa com a criança?  
( ) Sim                      ( ) Não
  
- 2) Aproximadamente, quantas vezes?  
( ) Uma vez      ( ) Uma a três vezes      ( ) Mais de três vezes
  
- 3) A criança conseguiu comunicar-se por meio da prancha de comunicação com seu cuidador principal?  
( ) Sim                      ( ) Não
  
- 4) E com mais outras pessoas?  
( ) Sim                      ( ) Não
  
- 5) O uso da prancha facilitou a sua interação com a criança?  
( ) Sim                      ( ) Não
  
- 6) Qual importância você daria para a utilização deste recurso com seu filho?

Muito importante     Importante     Irrelevante

**7)** Você encontrou dificuldades ao utilizar a prancha com a criança?

Sim                       Não

**8)** Qual a principal dificuldade?

---

---

## ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**AFR - ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO**

**NEP - NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA**

**CAP - COORDENAÇÃO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Nº prontuário:**

Eu, \_\_\_\_\_; RG \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) paciente \_\_\_\_\_ concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada *A COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA NO COTIDIANO DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL*, sob a orientação de Lílian Schuab, orientação metodológica de Claudia Pitanga e desenvolvida pela bolsista Talita Furtado Ribeiro.

**Objetivo Geral:**

Discutir a importância da comunicação alternativa como recurso fundamental a fim de que a criança seja capaz de se comunicar no seu meio.

**Objetivos Específicos:**

- Investigar as possibilidades de respostas;
- Promover a comunicação da criança com PC;
- Realizar intervenções e adaptações quando necessárias;
- Utilizar recursos comunicativos como pranchas;
- Indicar a implementação da comunicação alternativa no setor de Terapia Ocupacional.

**Metodologia:**

Este trabalho consiste numa pesquisa do tipo intervencionista onde serão selecionadas cinco crianças em atendimento no setor de Terapia Ocupacional da AFR, independente de sexo, com idade entre três e sete anos. Com diagnóstico de Paralisia Cerebral ou ECI, com base no prontuário, sem comprometimento cognitivo e com distúrbio da fala e/ou déficit de comunicação.

Pretende-se que durante três meses sejam aplicadas cinco tipos diferentes de pranchas de comunicação com temas baseados no cotidiano da criança e na fase do desenvolvimento em que ela se encontra.

A família será orientada e instruída em como utilizar o recurso com a criança. Será aplicado um questionário com a família a fim de verificar avanços da comunicação da criança no convívio familiar.

Fui esclarecido (a) que o uso de informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas institucionais destinadas ao Trabalho de Conclusão do **Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional**. A participação será realizada nos dias e horários estipulados para o tratamento. E as técnicas eventualmente descritas na metodologia serão sempre em benefício do melhor desenvolvimento de seu Programa de tratamento e sem riscos ou ônus para o paciente.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de contribuição e checagem de prontuários, foto e filmagem, além da aplicabilidade das escalas.

Fui ainda informado (a) que posso me retirar dessa Pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura do participante ou responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador (a) \_\_\_\_\_

Assinatura do orientador técnico (a) \_\_\_\_\_

Assinatura do orientador metodológico (a) \_\_\_\_\_