



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
Ano 2014

**Ana Carlos Cardoso  
Ribeiro de Almeida**

**Processos de comunicação e linguagem numa  
criança com Atraso de Desenvolvimento da  
Linguagem**



**Ana Carlos Cardoso  
Ribeiro de Almeida**

**Processos de comunicação e linguagem numa  
criança com Atraso de Desenvolvimento da  
Linguagem**

Relatório de estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, área de especialização em Educação Especial, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria de Fátima Ferreira de Andrade Costa, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e da Doutora Paula Ângela Coelho Henriques dos Santos, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Maria Teresa Bixirão Neto**  
professora auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Joana Antonieta Barbosa Ferreira da Rocha**  
professora auxiliar da Universidade Fernando Pessoa

**Prof. Doutora Maria de Fátima Ferreira de Andrade Costa**  
professora auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## Agradecimentos

Um especial agradecimento à Mestre Oksana Tymoshchuk, que desde o início acompanhou esta etapa. Obrigada pela disponibilidade, pelas palavras de incentivo, pelas tardes de “Oficinas de Pais”, pela partilha e pelo exemplar profissionalismo que a constitui.

À Professora Doutora Paula Ângela Coelho Henriques dos Santos por toda a preocupação, orientação, apoio e partilha de conhecimentos. Obrigada também pela paciência que teve durante esta etapa.

À Professora Doutora Maria de Fátima Ferreira de Andrade Costa pela oportunidade de estágio, pois sem ela não teria tido esta experiência tão gratificante.

À família da criança, em especial à mãe: Obrigada por tudo!

À educadora Lurdes por toda a partilha e por todas as palavras de incentivo.

À educadora Marisa e professora Ana Maia pela disponibilidade e contributo.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e por tudo o que sou e tenho.

À minha irmã pela partilha de conhecimentos, paciência e dedicação.

E a todos aqueles que estão no meu pensamento e coração, por me terem apoiado em mais um objetivo da minha vida. Obrigada pela paciência, pelo companheirismo, pelo incentivo e por acreditarem mim!

**palavras-chave**

Comunicação; Linguagem; Fala; Atraso do desenvolvimento da linguagem; Intervenção; Estudo de caso; TFF-ALPE; TL-ALPE

**resumo**

O presente trabalho relata a intervenção realizada junto de uma criança com diagnóstico clínico de epilepsia mioclônica-astática, e um atraso de desenvolvimento ao nível das competências comunicativas e linguísticas. As acentuadas dificuldades da criança em comunicar e exprimir-se - recorre essencialmente à palavra-frase, dirige-se aos locais e aponta para expressar os seus desejos e vontades – estiveram sempre no foco da atenção da investigadora/estagiária, que baseou toda a intervenção numa cuidada e multidimensional observação, recolhendo dados sobre a criança e respetivo funcionamento nos seus contextos de vida (jardim-de-infância, família, hipoterapia e sessões da “Associação Pais em Rede”, em que participava com a mãe), recorrendo a vários instrumentos formais de avaliação da linguagem, aplicados antes e após a intervenção. Os dados indicaram uma importante evolução da criança que, no final da intervenção, formulava enunciados de quatro palavras de conteúdo, em frases complexas, incluindo o uso de advérbios. A incondicional disponibilidade da criança para as propostas de trabalho que lhe eram dirigidas, a paradoxal e extrema facilidade com que se distraía da tarefa em mãos, e o impacto negativo da “epilepsia de ausência” de que sofria, motivaram uma busca exaustiva da “chave” para chegar até ela e manter o seu interesse e concentração. Essa crucial componente veio a revelar-se ser o recurso a imagens ou objetos diretamente relacionados com a criança e as suas vivências (fotos dela própria, etc.), em vez de se utilizarem imagens estereotipadas e/ou alheias à realidade da criança.

**keywords**

Comunication; Language; Speech; Language development impairment; Intervention; Case study; TFF-ALPE; TL-ALPE

**abstract**

The present work reports an intervention on a child with a diagnostic of myoclonic-astatic epilepsy, as well as a deficit of development in the communication and linguistic competences. The aggravated difficulties the child experiences when communicating and expressing herself – essentially resorting to word-phrases, goes to places and points to express her desires and wills – were at the centre of the attention of researcher/intern. Which based the whole intervention on a careful and multidimensional observation, by gathering data about the child and her surmounting (kindergarten, family, hippotherapy and “Associação Pais em Rede” session, which the mother attended), to then use formal instruments to evaluated the used language before and after the intervention. The data showed a notorious improvement in the child that, at the end of the intervention used complex sentences whit four words, using adverbs. The unconditional availability of the child towards the work proposal, the paradox and extreme case of attention loss in terms of executing the work, and the negative impact of the “absence epilepsy”, which she suffered from, motivated the intensive search for the “key” to reach the child and retain her attention and concentration. The crucial component came to reveal itself through the use of images or objects directly related to the child and her surroundings (photos of herself, etc), instead of using stereotype images and/or one outside the child’s reality.



# ÍNDICE

Índice de figuras .....	I
Índice de tabelas .....	II
Introdução .....	III
1. COMUNICAÇÃO, LINGUAGEM E FALA .....	1
1.1 Comunicação.....	1
1.2 Linguagem.....	1
1.3 Fala .....	2
1.4 Aquisição da Linguagem .....	2
2. PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO E DA LINGUAGEM .....	7
2.1 Perturbação da linguagem.....	7
2.2 Perturbação do discurso sonoro .....	8
2.3 Perturbação da fluência na infância.....	8
2.4 Perturbação da comunicação social (pragmática) .....	9
2.5 Perturbação da comunicação sem outra especificação.....	9
2.6 Fatores etiológicos.....	10
2.7 Avaliação das perturbações.....	13
2.8 Importância de uma deteção precoce.....	15
3. COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AUMENTATIVA (CAA) .....	16
3.1 Em que consiste? .....	16
3.2 Sistemas aumentativos e alternativos de comunicação .....	17
4. EPILEPSIA NA CRIANÇA .....	19
4.1 Conceito de epilepsia.....	19
4.2 Síndromes epiléticos.....	21
4.3 Epilepsia mioclónica-astática ou Síndrome de Doose .....	22
4.4 A Epilepsia na criança .....	22
5. METODOLOGIA.....	25
5.1 Investigação qualitativa.....	25
5.2 Opções metodológicas .....	28
5.3 Caracterização da criança .....	31
5.3.1 Enquadramento da situação.....	31
5.4 Procedimentos Metodológicos.....	37

6. INTERVENÇÃO.....	39
7. RESULTADOS.....	46
7.1 Avaliação antes da intervenção .....	46
7.2 Resultados obtidos após a intervenção .....	48
DISCUSSÃO .....	52
CONCLUSÃO .....	58
BIBLIOGRAFIA .....	61

## **Índice de figuras**

Figura 1 - Sequência de imagens da Maria.....	41
Figura 2 - Exemplo de um diálogo entre a estagiária e a criança.....	42
Figura 3 - Exemplo de um diálogo entre a estagiária e a criança.....	43
Figura 4 - Exemplo de um diálogo entre a estagiária e a criança.....	44

## Índice de tabelas

Tabela 1 – Comunicação oral/não oral e comunicação verbal/não verbal (Sim-Sim, 1998; Guerreiro, 2007). .....	1
Tabela 2- Marcos do desenvolvimento na fase pré-linguística (adaptado de Sim-Sim, 1998). .....	3
Tabela 3- Marcos do desenvolvimento da fase linguística (Sim-Sim, 1998). .....	3
Tabela 4 - Etapas do desenvolvimento da linguagem segundo Sim-Sim (1998); Bernstein et al., (2002); Owens, Metz & Haas (2000) citado por Bernstein et al., (2002); Rebelo & Vital, (2006); Rigolet (2006); Puyuelo & Rondal (2007); Mendes et al., (2009); Fernandes et al., (2010); Afonso (2011), in Coutinho (2013). .....	5
Tabela 5 - Aquisição dos fonemas do PE (Mendes et al., 2009). .....	6
Tabela 6- Resultados do TFF-ALPE (Mendes et al., 2009) antes da intervenção. 46	
Tabela 7- Resultados do TALC (Sua-Kay & Tavares, 2006) antes da intervenção. ....	47
Tabela 8 - Resultados do TALC (Sua-Kay & Tavares, 2006) antes da intervenção. ....	48
Tabela 9 - Resultados do TFF- ALPE (Mendes et al., 2009) após a intervenção. 49	
Tabela 10 - Resultados obtidos dois meses após a intervenção .....	49
Tabela 11 - Comparação dos resultados obtidos antes e dois meses após a intervenção do TFF-ALPE (Mendes et al., 2009). .....	50
Tabela 12 - Resultados do TL- ALPE (Mendes et al., 2014) após a intervenção. 51	
Tabela 13 - Comparação dos resultados obtidos antes e após a intervenção do TL-ALPE (Mendes et al., 2014). .....	51

## Introdução

Desde o primeiro dia de vida do bebê que o desenvolvimento de competências linguísticas - a comunicação, linguagem e literacia -, são momentos significativos e ansiosamente aguardados pela família. Do primeiro balbúcio à primeira palavra, a família vai observando com suspense uma multiplicação de palavras que posteriormente evoluem para frases e conversações. A maioria das crianças aprende a falar sem instrução clara, tornando a aquisição da linguagem um processo relativamente normal e natural. Porém, nem todas as crianças aprendem a falar corretamente, incluindo elementos mais *frágeis* na aquisição da linguagem (Shonkoff & Phillips, 2000, citado por Peixoto, 2007).

Existem desvios da norma que causam efeitos no processo de aprendizagem e desenvolvimento da linguagem: desvios no ambiente, afetando a quantidade e qualidade do estímulo que é recebido pela criança; desvios no organismo que afetam o modo como o estímulo linguístico é processado; desvios no organismo que condicionam a criança no seu global (Shonkoff et al., 2000 in Peixoto, 2007).

A realização do estágio que é objeto deste relatório situa-se no estudo de caso em que a protagonista é uma criança, de nome fictício Maria, a quem, com cerca de ano e meio, foi diagnosticada Epilepsia Mioclónica-Astática. No início do nosso estudo, a criança, então com três anos e dez meses, apresentava acentuadas dificuldades ao nível da comunicação verbal. As linguagens compreensiva e expressiva foram avaliadas num nível de desenvolvimento muito baixo, revelando sérias limitações nas competências de expressão.

É importante referir que, num indivíduo com esta patologia (caracterizada por frequentes crises de “ausência”) a aprendizagem pode ser afetada pela repetição das crises, pois a sua frequência perturba a aquisição de conhecimentos e cansa a criança (Gomes, 2004).

O presente estudo realizou-se em vários contextos de vida da criança: jardim-de-infância (JI), gabinete de terapia da fala e local de sessões da Associação Pais em Rede (às quais a criança acompanhava a mãe, criando-se um espaço de brincadeira com outras crianças, filhas de outras mães

participantes das sessões) em regime de voluntariado. A avaliação foi feita no JI frequentado pela criança, em articulação com a terapeuta de fala, com a responsável do CRTIC e com a fisioterapeuta do Centro de Saúde. Estes dados conjugaram-se com outros, recolhidos através de entrevistas à mãe, à educadora do JI e à docente de Intervenção Precoce responsável pelo apoio à criança. Com a possibilidade de participar diretamente em algumas sessões de terapia da fala, foi possível recolher dados pertinentes, que fundamentaram a intervenção posteriormente realizada.

Tal como referido anteriormente, a criança, uma menina de quase 4 anos portadora de epilepsia, apresentava algumas alterações a nível motor e da linguagem. Eram evidentes dificuldades de concentração nas tarefas que lhe eram propostas ou que ela própria procurava. Estabelecido o perfil de desenvolvimento global da criança, definiram-se áreas prioritárias de intervenção, estratégias passíveis de ser implementadas no contexto natural em que decorria a vida da criança, e recursos (materiais) a utilizar. Decidiu-se também utilizar, como instrumentos de avaliação, o Teste Fonético-Fonológico – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar (Mendes et al., 2009), o Teste de Linguagem – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar (Mendes et al., 2014) e o Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (Sua-Kay & Tavares, 2011).

Ao longo de toda a intervenção, procurou-se centrar as atividades em torno dos interesses da criança e da família. Por exemplo, uma das temáticas identificadas, foi “os animais da quinta”, como o cavalo e o burro. Por isso, recorreu-se a livros com estes animais para que a criança pudesse fazer a identificação dos mesmos, evoluindo para ações. Para representar verbalmente os conceitos, recorreu-se ainda aos cartões de imagens (identificação e descrição) e a cartões com sequências de imagens (numa fase mais avançada do desenvolvimento da criança), alguns construídos pela própria mestrandia/ investigadora.

Uma das componentes do estágio foi desenvolvida, ao longo de quatro meses, em sete tardes de sábado, no contexto do projeto “Oficinas de Pais”, da Associação Pais em Rede, frequentadas pela mãe da criança (e pela própria criança que, acompanhando a mãe, permanecia com outras crianças e com

algumas voluntárias que apoiavam a realização das “oficinas”). A experiência, pela sua diversidade e unicidade das situações criadas, tornou-se bastante enriquecedora.

Na intervenção realizada, algumas aplicações do iPad revelaram-se um importante recurso, na medida em que motivavam fortemente a criança, mantendo-a envolvida durante bastante tempo.

A convite da mãe, foi possível fazer observação em contexto de sessão de hipoterapia. Com a devida autorização, registaram-se em fotografia alguns momentos/exercícios, e usaram-se algumas destas imagens nas sessões do estágio. Com elas, criou-se o livro “A Maria na Hipoterapia”. A publicação foi sofrendo alterações, uma vez que nem sempre as imagens eram interpretadas corretamente pela criança, pois verificou-se que algumas estavam desajustadas em relação ao seu nível de desenvolvimento, ou eram implícitas. A principal finalidade a atingir através do livro, foi a de desenvolver competências linguísticas, também na dimensão da sintaxe. O livro foi apresentado aos pares da criança no jardim-de-infância, bem como à educadora.

Relativamente à estrutura do presente relatório, esclarece-se que, numa primeira parte, se faz a fundamentação teórica em que se baseou o estágio, apresentando-se informação sobre Perturbações da Comunicação, Meios de Comunicação Aumentativa e Alternativa, e Epilepsia. Seguidamente, apresenta-se a metodologia utilizada e descreve-se a criança em estudo nos vários contextos envolventes, seguindo-se os resultados gerados através da aplicação do teste de avaliação da linguagem, resultados esses que nos levarão à discussão e conclusões finais.

# 1. COMUNICAÇÃO, LINGUAGEM E FALA

## 1.1 Comunicação

A comunicação define-se como um processo complexo de troca de informação, usado para influenciar o comportamento dos outros (Franco et al., 2003). Segundo Sim-Sim (1998), comunicar é negociar significados de tal forma que um modifica algo na outra pessoa ou apreende algo dela. Ao transmitir ideias, necessidades ou informações ao outro, estamos a comunicar. É fundamental, que esta troca de informação mútua seja feita com respeito, partilha e compreensão (Sim-Sim, 1998; Guerreiro, 2007).

Para que a comunicação tenha sucesso, é necessário que os interlocutores dominem um código em comum e utilizem o canal de comunicação apropriado à situação (idem). E é aqui que, muitas vezes, surge um desfasamento, ou seja, o código (Língua) ou o canal de comunicação que poderão estar na base explicativa para o não entendimento entre os vários interlocutores (Sim-Sim, 1998).

O homem é um comunicador nato, pelo que não consegue prescindir da comunicação (verbal ou não verbal). Faz parte da condição dos seres sociais, estarmos constantemente a comunicar ainda que não o queiramos fazer (Sim-Sim, 1998).

Tabela 1 – Comunicação oral/não oral e comunicação verbal/não verbal (adaptado de Sim-Sim, 1998; Guerreiro, 2007).

Comunicação	Verbal	Não verbal
Oral	Fala	Sons, choro, riso, sons vocais,...
Não oral	Escrita, braille, língua gestual, ...	Gestos corporais, expressão facial, postura, ...

## 1.2 Linguagem

A linguagem é um sistema convencional de símbolos arbitrários e de regras de combinação dos mesmos, representando ideias que se pretendem transmitir através do seu uso e de um código socialmente partilhado, a língua (Franco et al., 2003). É importante reforçar que este sistema é complexo e dinâmico (ASHA, 2007; Lima, 2011).

A linguagem subdivide-se em duas categorias: a linguagem oral e a linguagem escrita. A linguagem oral integra regras complexas de organização de sons, palavras e frases com significado, exigindo um propósito e uma intencionalidade (Sim-Sim, 1998). A linguagem escrita é um sistema simbólico que surge na sequência do desenvolvimento da linguagem oral (Sim-Sim, 1998; Bernstein & Tiegerman-Farber, 2002; Lima, 2011).

### **1.3 Fala**

A fala, meio mais natural que o homem utiliza para comunicar, diz respeito à transmissão de mensagens, envolvendo movimentos neuromusculares orais, através da produção de sons e unidades linguísticas (fonemas, palavras, frases - significantes), com recurso à capacidade inata do ser humano para o fazer, realizada através do processo de fonação e articulação dos sons (Franco et al., 2003; Bernstein & Tiegerman-Farber, 2002; Lima, 2011).

Na base deste meio de comunicação está a língua. A língua é um código socialmente partilhado, um sistema convencional para representar conceitos através do uso de símbolos arbitrários e de regras para a combinação desses símbolos (Sim-Sim, 1998; Franco et al., 2003; Lima, 2011).

### **1.4 Aquisição da Linguagem**

A aquisição da linguagem é um processo que apresenta padrões universais que são adquiridos a partir do ambiente (Finger et Quadros, 2008). *Crianças, em diferentes partes do mundo, com experiências de vida completamente diferenciadas, passam pelos mesmos estágios de aquisição, o que sugere que a língua adquirida não seja aprendida, mas sim determinada por princípios linguísticos inatos que interagem com a língua a que a criança é exposta no ambiente* (Chomsky, 1998, p. 24 citado por Finger & Quadros, 2008, p. 59).

O desenvolvimento da linguagem obedece a uma sequência de aquisições e marcos de desenvolvimento que ocorrem aproximadamente na mesma idade em todas as crianças (Sim-Sim, 1998).

Tabela 2- Marcos do desenvolvimento na fase pré-linguística (adaptado de Sim-Sim, 1998).

Idade	Desenvolvimento da Linguagem
<b>Nascimento</b>	Reflexo de orientação e localização da fonte sonora; preferência pela voz materna. Choro e som vegetative
<b>1-2 semanas</b>	Distinção entre voz e outros sons.
<b>1-2 meses</b>	Discriminação na base do fonema. Sorriso social. Choro com intenção comunicativa.
<b>2 meses</b>	Discriminação entre vozes que expressam ternura ou zanga (4 meses). Palreio e risos. Início do domínio da regra básica da conversação: o <i>turn talk</i> .
<b>3-9 meses</b>	Palreio e lalação. Identificação de padrões de entoação e ritmo (5-6 meses).
<b>9-13 meses</b>	Compreensão das sequências fonológicas em contexto. Onde está o pai? e a criança dirige-se na direção correta.

Tabela 3- Marcos do desenvolvimento da fase linguística (adaptado de Sim-Sim, 1998).

Idade	Desenvolvimento da Linguagem
<b>12 meses</b>	Diz as primeiras palavras. Entende muitas palavras familiares e ordens simples associadas a gestos.
<b>18 meses</b>	Identifica algumas partes do corpo. Encontra objetos perdidos. Brincadeira simbólica com miniaturas. Poderá produzir 30 a 40 palavras. Começa a combinar duas palavras.
<b>24 meses</b>	Segue instruções envolvendo dois conceitos verbais. Possui um vocabulário com cerca de 150 palavras. Combina duas ou três palavras.
<b>30 meses</b>	Entende os primeiros verbos. Entende instruções envolvendo até três conceitos. Utiliza linguagem telegráfica.
<b>36 meses</b>	Conhece diversas cores. Reconhece plurais, pronomes que diferenciam os sexos e adjetivos. Inicia a utilização de artigos, plurais, preposições e verbos auxiliares. A nível fonológico faz a discriminação de nível adulto para os sons da língua materna.
<b>48 meses</b>	Começa a aprender conceitos abstratos. Entende “se”, “quanto”, “porque”. Compreende 1500 a 2000 palavras. Elabora frases corretas, faz perguntas, usa a negação, fala de acontecimentos no passado ou antecipa outros no futuro.
<b>4-6 anos</b>	Indicadores de consciência fonológica. Extinção de todos os processos fonológicos por volta dos 5 anos.

Finger & Quadros (2008) consideram então, que a aquisição da linguagem é dividida por três fatores:

- a) os princípios geneticamente determinados que limitam a faculdade da linguagem;

- b) os mecanismos de aprendizagem que também são geneticamente estabelecidos;
- c) a experiência linguística à qual a criança está exposta em uma determinada comunidade de fala (ou de sinais).

Para a utilização da linguagem de forma eficaz é imprescindível a aquisição de um sistema linguístico que acate a normas e integre as suas componentes, nomeadamente a semântica (conteúdo), a morfossintaxe e a fonologia (forma) e a pragmática (uso) (Lima, 2011), tendo a modalidade compreensiva e expressiva em cada uma delas (Acosta, Moreno, Ramos, Quintana & Espino, 2006).

A partir dos três anos até aos seis anos de idade, o desenvolvimento linguístico sofre uma significativa evolução. Nos primeiros anos de vida a criança realiza processos de simplificação de fala adulta, designam-se por processos fonológicos, sendo estes característicos até determinada idade, tendem a extinguir-se entre os 3A:0M e os 6A:12M (Mendes et al., 2009).

Aos três anos verificam-se: os primeiros sinais de consciência fonológica; o vocabulário expressivo aumenta para cerca de 1000 palavras; surgem os demonstrativos, os artigos, os modificadores de quantidade, possessivos e adjetivos; uso de elementos negativos começa a ser usual; a compreensão de relações semânticas de duas palavras de conteúdo; identificação de conceitos pela função; utilizar expressões de carácter social (Sim-Sim, 1998; Rigolet, 2006; Puyuelo & Ronda, 2007).

Tabela 4 - Etapas do desenvolvimento da linguagem segundo Sim-Sim (1998); Bernstein et al., (2002); Owens, Metz & Haas (2000) citado por Bernstein et al., (2002); Rebelo & Vital, (2006); Rigolet (2006); Puyuelo & Rondal (2007); Mendes et al., (2009); Fernandes et al., (2010); Afonso (2011), in Coutinho (2013).

	4 anos	5 anos	6 anos
Fonologia	Processo de discriminação auditiva da fala dá-se por completo; Indícios de consciência fonológica: manipulação de sons; Processos fonológicos (PF) presentes: omissão de consoante final (OMF), redução de sílaba átona (RSA), redução de grupo consonântico (RGC), semivocalização da líquida (SL), despalatalização (DES) e desvozeamento (DESV); Desaparecimento dos PF oclusão (OCL), posteriorização (POS) e anteriorização (ANT).	Uso de palavras polissilábicas; desaparecimentos dos PF despalatalização (DES) e palatalização (PAL); PF presentes: (DESV), OMF, RGC, RSA, SL.	Desaparecimento PF DESV; PF presentes: OMF, RGC, RSA, SL.
Semântica	Identificação semântica relacionados com o contexto da criança; Nomeação de objetos melhor que nomeação de imagens; Produz mais de 1000 palavras; Vocabulário limitado; Definição de conceitos através da função.	Vocabulário mais diversificado e complexo; maior uso de opostos contrastes e sinónimos; definição de conceitos através de sinónimos, especificidades, categorias semânticas.	Vocabulário mais diversificado de acordo com novos interesses/curiosidades da criança; Utilização frequente de opostos, de sinónimos e de contrastes.
Morfossintaxe	Compreende questões "Onde?", "O quê?"; Compreende relações de duas palavras e começa a compreender de três palavras de conteúdo; Compreende interrogativas de sujeito; Enunciado médio de palavras aumenta; Uso de substantivos, advérbios, conjunções, artigos, preposições e pronomes; Emergência de demonstrativos, artigos, modificadores de quantidade, possessivos, adjetivos, uso frequente de elementos negativos; Uso frequente de vários tipos de frases; Começa a compreender frases complexas relativas e conjuntivas; Reconto de situações vividas pela criança: não respeita sequência temporal;	Compreensão de relações de duas e três palavras de conteúdo; começa a compreender frases complexas; utilização de verbos irregulares no passado; produção de frases subordinadas relativas e conjuntivas; produção de vários tipos de frase (exclamativa, interrogativas,...)	Compreensão de relações de duas palavras e de três palavras de conteúdo; Compreensão de frases relativas de sujeito e de objeto; Compreensão de frases complexas; Enunciado médio de palavras: 5,39; Aumento do uso de verbos, advérbios são mais utilizados que os adjetivos, artigos definidos são mais utilizados que os indefinidos, preposições são mais utilizadas do que os pronomes, maior uso de conjunções; Conta histórias: respeita sequência temporal; Produção de frases complexas.
Pragmática	Início de utilização de expressões de carácter social, como "obrigado" e "por favor".	Maior cuidado na articulação quando o interlocutor é um adulto;	Uso de linguagem com vários objetivos, nomeadamente: - controla os outros; interage socialmente; chama a atenção; Iniciar novos temas; mantém vários turnos de intervenção; pede informações; expressa sentimentos e emoções; intervém adequadamente numa conversação; adequa a linguagem ao contexto/interlocutor; faz pedidos

O período pré-escolar é um marco no desenvolvimento significativo e progressivo na articulação da criança (Lima, 2011). É entre os 3A:0M e os 5A:6M que a criança adquire os fonemas do português-europeu (PE) (Mendes et al., 2009). No entanto, não existe total concordância entre autores sobre o desenvolvimento da articulação da linguagem.

Tabela 5 - Aquisição dos fonemas do PE (adaptado de Mendes et al., 2009).

Faixa etária	Fonemas	
3A:0M a 3A:6M	Fricativas não vozeadas Oclusivas Fricativas não vozeadas Fricativa vozeada Nasais	/p/, /t/, /k/ /b/, /d/, /g/ /f/, /s/, /ʃ/ /v/ /m/, /n/, /ɲ/
3A:6M a 3A:12M	Laterais Fricativa	/l/, /ʎ/ /ʃ/, em final de sílaba.
4A:0M a 4A:6M	Fricativas vozeadas	/z/, /ʒ/ e /r/
4A:6M a 4A:12M	Fricativa	/r/, em final de sílaba
5A:0M a 5A:6M	Lateral	/l/, em final de sílaba
3A:0M a 3A:6M	Vogais orais	/a/, /e/, /i/, /e/, /ɛ/, /i/, /ɔ/, /o/, u/,
3A:0M a 3A:6M	Vogais nasais	/ĩ/, /õ/, /ẽ/, /ẽ/
4A:0M a 4A:6M	Vogais nasais	/ũ/,

## **2. PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO E DA LINGUAGEM**

A comunicação de uma criança é considerada fora de norma quando as competências ao nível do desenvolvimento da linguagem e/ou da fala não ocorrem segundo o que é considerado normal para a sua idade (Nichcy, 2004 in Costa, 2011; Peixoto & Rocha, 2009). Quando o processo de aquisição da linguagem não ocorre normalmente existe a possibilidade de existir um atraso no desenvolvimento da linguagem ou de uma perturbação da comunicação, linguagem e/ou fala (Peixoto, 2007).

Atraso do desenvolvimento da linguagem (ADL) é caracterizado por *um atraso geral nas componentes da linguagem em relação a outras competências e é a mais comum dificuldade singular na idade pré-escolar* (Peixoto, 2007, p.54).

Segundo Laing & Espeland (2005), citado por Malheiro (2010), uma criança tem perturbação da fala ou da linguagem quando tem dificuldade em compreender ou usar sons, palavras, frases e/ou fazer-se compreender.

Andrade (2012) considera importante proceder a uma respetiva avaliação e diagnóstico das perturbações da comunicação. Para tal, deve recorrer-se a classificações que permitam tipificar cada situação.

A tipologia utilizada para referir as perturbações da linguagem é vasta e pouco sistematizada. Deste modo, consideramos a classificação do DSM-V – Manual de Classificação e Estatística das Perturbações Mentais (2013), uma vez a aborda tipologias do foro clínico, educacional e de investigação.

Assim sendo, o DSM-V (2013) classifica as perturbações da comunicação em cinco categorias: perturbação da linguagem, perturbação do discurso sonoro, perturbação da fluência na infância, perturbação da comunicação social (pragmática) e perturbação da comunicação sem outra especificação. Passamos a especificar.

### **2.1 Perturbação da linguagem**

A perturbação da linguagem corresponde a dificuldades que podem ocorrer na comunicação, na aquisição e compreensão, através da fala, língua, escrita, linguagem gestual, compreensão verbal das palavras e frases, bem como de diversos conceitos. Os sintomas centram-se na base da compreensão verbal das

palavras e frases, assim como, diversos conceitos, relativamente ao espaço e tempo (DSM-V, 2013).

Apresenta características variáveis que dependem da gravidade e da idade. Vocabulário reduzido, dificuldade em aprender palavras novas, erros de vocabulário ou de acesso lexical, comprimento do enunciado curto, estruturas gramaticais simplificadas, lentidão no desenvolvimento da linguagem, são algumas das características, estrutura frásica limitada (DSM-V, 2013).

As dificuldades frequentes desta perturbação interferem no rendimento escolar, o desempenho profissional e social (DSM-V, 2013).

## **2.2 Perturbação do discurso sonoro**

Incapacidade de utilizar os sons da fala esperados para o nível etário do sujeito, dificuldades persistentes na produção dos sons da fala que interferem com um discurso ininteligível, impedindo a comunicação verbal. Este tipo de perturbação causa limitações na comunicação, que por sua vez afeta a interação social, participação, desempenho académico ou profissional, individualmente ou com os outros. É no período inicial do desenvolvimento que se manifestam os primeiros sintomas. Dificuldades na produção, uso ou organização dos sons (substituição de um som por outro), omissões, nomeadamente consoantes finais, e distorções. As dificuldades não são atribuídas a condições congénitas ou adquiridas, como a paralisia cerebral, fenda palatina, surdez ou perda de audição, lesão cerebral traumática ou outras condições neurológicas (DSM-V, 2013).

A articulação dos sons da fala segue um padrão de desenvolvimento, o que se reflete nas normas de idade de testes padronizados (DSM-V, 2013).

## **2.3 Perturbação da fluência na infância**

É uma perturbação na fluência normal e organização temporal da fala, inadequada para a idade do sujeito, persistindo ao longo do tempo e caracterizada por: repetição de sons e de sílabas; prolongamentos das consoantes e vogais; presença de interjeições, palavras fragmentadas, bloqueios, circunlóquios, palavras produzidas com excesso de tensão física, repetições de palavras monossilábicas (DSM-V, 2013).

Conhecida vulgarmente pela gaguez, a causa ansiedade em falar ou limitações na comunicação, na participação social, desempenho escolar, profissional, individual ou em grupo. A manifestação dos sintomas acontece no período inicial de desenvolvimento (DSM-V, 2013).

A intensidade da perturbação varia em função do contexto e é mais grave quando há pressão para comunicar. Por vezes não se verifica na leitura oral, canto ou a falar para objetos inanimados ou animais. O sujeito pode tentar evitar a gaguez através de mecanismos linguísticos. Pode, por vezes, ser acompanhada por movimentos linguísticos motores. O stress ou a ansiedade podem agravar (DSM-V, 2013).

## **2.4 Perturbação da comunicação social (pragmática)**

Esta perturbação é caracterizada pela dificuldade primária com a pragmática ou o uso social da linguagem e comunicação. Dificuldades em compreender e seguir regras sociais de comunicação verbal e não-verbal, dificuldades na capacidade de alterar o discurso para corresponder a determinado contexto, não utilização de diferentes formas de linguagem para adultos ou crianças, dificuldades em identificar e perceber o que não é explícito, bem como, metáforas, idiomas, humor, diferentes significados dependentes do contexto (DSM-V, 2013).

O sujeito com este tipo de perturbação apresenta um défice na comunicação social que resulta de limitações no desenvolvimento das relações sociais, desempenho escolar ou ocupacional (DSM-V, 2013).

## **2.5 Perturbação da comunicação sem outra especificação**

Segundo o DSM-V (2013), Andrade (2012) e Peixoto (2007), nesta perturbação incluem-se as perturbações da comunicação que não preenchem os requisitos presentes nas perturbações anteriores. A perturbação da voz, ou seja, alteração do volume, da qualidade, do timbre ou da ressonância vocais, são alguns exemplos.

## **2.6 Fatores etiológicos**

O desenvolvimento da linguagem inicia-se nos primeiros anos de vida e ocorre ao longo de toda a vida e, por este motivo, é influenciado por diversos fatores (Andrade, 2012). Assim sendo, Andrade (2012), considera importante ter em conta os seguintes fatores: genéticos, fisiológicos e neurológicos; problemas de saúde e hábitos orais; contexto familiar; socioculturais ou institucionais.

- **Fatores genéticos, fisiológicos e neurológicos**

São considerados aspetos que decorrem, quer do património genético da criança, quer de aspetos mais de cariz fisiológico e neurológico, que, por “nascerem com a criança”, poderão afetar o seu desenvolvimento em termos de comunicação (Andrade, 2012).

Os fatores genéticos são significativos durante a gravidez, uma vez que é quando se dá a formação do bebé (sistemas físico, organização comportamental, auditivo, visual, olfativo, gustativo e vestibular, desenvolvimento do cérebro, memória, sensorial e aprendizagem, entre outros). É também, entre outras situações presentes, durante o desenvolvimento do feto que vários autores identificam alterações cromossómicas e genéticas, assim como influências ambientais (álcool, tabaco, alimentação, stress e alterações do sistema simpático) (Andrade, 2012).

Andrade (2012) considera o sexo, uma vez que a prevalência é do sexo masculino. A autora destaca ainda, que alguns autores referem os antecedentes familiares e que é necessário ter em conta fatores como a transmissão cultura, a imitação ou o ambiente em que a criança vive.

No que concerne aos fatores fisiológicos, a mesma autora, salienta que a criança precisa de desenvolver todo um conjunto de estruturas essenciais para a aquisição e desenvolvimento da linguagem e da fala (capacidades sensoriais e percetivas, aparelho fonador e articulatório). Por conseguinte, um desenvolvimento anómalo destas estruturas poderá estar na origem de determinadas perturbações da linguagem e da fala (Andrade, 2012).

Quanto aos fatores neurológicos, há anos que se sabe da localização de determinadas zonas cerebrais que estão diretamente relacionadas com a problemática da linguagem (área de Broca e de Wernick) (Andrade, 2012).

É de salientar que na gravidez, são vários os problemas de saúde que podem ocorrer (ameaças de aborto, contrair doenças infetocontagiosas, traumáticas ou tóxicas). Assim como, o nascimento prematuro e o baixo peso, poderão constituir fatores de risco para o desenvolvimento da criança que poderão refletir-se ao nível da linguagem (Andrade, 2012).

- **Problemas de saúde e hábitos orais**

Este fator está conectado com os fatores anteriores (fisiológicos, genéticos e neurológicos), assim como com os que serão abordados nos pontos seguintes.

Andrade (2012), refere que o parto é um marco do desenvolvimento da criança, uma vez que estão associadas situações de risco. O desenvolvimento da linguagem é uma destas situações e está associado à duração do parto e eventual falta de oxigenação cerebral.

Após o nascimento, a criança está exposta a várias situações de saúde que poderão afetar o desenvolvimento da linguagem, nomeadamente doenças que podem causar lesões nos sistemas sensoriais (audição, doenças ou acidentes que afetem a componente motora e estruturas anatómicas, interferências no desenvolvimento neurológico) (Andrade, 2012).

Deve-se ainda ter em conta, diversos hábitos, como por exemplo, ao nível respiratório (a respiração bucal altera as estruturas orofaciais), a alimentação (a manutenção de alimentos passados atrasa o desenvolvimento das estruturas orofaciais) (Andrade, 2012). Justificando esta afirmação, Andrade (2012) cita González & Lopes (2000) *o bebé precisa experimentar consistência e texturas diferentes que estimulem sua propriocepção oral* (Andrade, 2012, p. 37).

O uso da chupeta é uma das problemáticas dos hábitos orais. Os estudos referentes às consequências do uso da chupeta e do biberão após o primeiro ano de vida, condicionam o desenvolvimento orofacial. *Estes trabalhos constataam alteração no fechamento labial por ação ineficiente da musculatura responsável, postura habitual atípica de língua como sinal de hipotonia, com instalação da respiração oral e prejuízos à saúde infantil. Indicam ainda alterações de arcos dentários com repercussão na oclusão e na articulação dos sons da fala* (Andrade, 2012, p. 37 citado por Araújo, Silva & Coutinho, 2007).

Andrade (2012), destaca, para além da chupeta outros hábitos orais: onicofagia (hábito de roer as unhas), o chuchar na língua, na bochecha, no lábio, no dedo ou em outros objetos. Todos estes hábitos poderão intervir no desenvolvimento da linguagem da criança.

- **Fatores do contexto familiar**

Baseada no estudo de vários autores, Andrade (2012), enfatiza o papel exercido pela família no desenvolvimento da linguagem. Segundo Sim-Sim (1998, p. 25), *crescer linguisticamente é adquirir mestria das regras de estrutura e uso que regulamentam a língua do grupo primário de socialização que é a família, daí o termo língua materna*. É na família que a criança inicia o processo de aquisição linguística – língua materna.

Tendo em conta o contexto familiar da criança, existem fatores que poderão estar associados às perturbações da linguagem:

- a) Habilitações académicas dos pais;
- b) Profissão dos pais;
- c) A posição na fratria.

Segundo Gabriela Portugal (1998) citada por Andrade (2012, p. 41), *dada uma combinação de circunstâncias, pais em circunstâncias de pobreza tratam as suas crianças de modo bastante diferente do de pais favorecidos. Conversam menos com os seus filhos, providenciam menos brinquedos, despendem menos tempo em atividades de estimulação cognitiva, são mais restritos, utilizam mais punições físicas e fornecem menos explicações à criança*.

Andrade (2012) acrescenta ainda famílias com condições habitacionais e de higiene precárias, com dificuldades de acesso à saúde.

- **Fatores socioculturais e institucionais**

Este fator refere-se ao tipo de contexto demográfico e habitacional que tipificam a zona de residência, e quanto à vertente institucional, Andrade (2012) salienta as instituições de educação e de acolhimento de crianças (creches e jardins de infância). Tal como foi referido anteriormente, os fatores estão

conectados, assim sendo, os fatores socioeconômicos influenciam os fatores socioculturais e as instituições.

Segundo Andrade (2012), o jardim-de-infância surge como *uma instituição onde a criança tem condições para desenvolver competências linguísticas qualificadas e, em particular, como um espaço onde se poderão identificar e corrigir potenciais dificuldades* (Andrade, 2012, p. 43).

## **2.7 Avaliação das perturbações**

A fala e a linguagem podem ser avaliadas através de uma avaliação informal (observação da criança, jogos, diálogos, livros, ...) ou formal (recorrendo a testes de avaliação padronizados) (Pedrosa, 2004; Costa, 2011; Andrade, 2012).

No que diz respeito à avaliação informal, a imitação nos jogos e as atividades não-verbais são uma das formas de avaliar a linguagem, assim como a interpretação da linguagem da criança durante os jogos que necessitam de conceitos verbais ou do desenho. O cumprimento de ordens verbais e gestuais, a atenção que esta presta aos sons e à fala, podem indicar a compreensão verbal da linguagem. É importante a descrição dos pais sobre a comunicação em casa (Pedrosa, 2004).

Por seu lado, a avaliação formal implica o recurso a instrumentos de avaliação padronizados, que podem ser de dois tipos: testes referenciados ao critério e testes referenciados à norma. Os primeiros têm como objetivo avaliar o desempenho do indivíduo relativamente a um critério pré-estabelecido e assim determinar se o indivíduo adquiriu ou domina a competência em causa. Os testes referenciados à norma têm como objetivo avaliar o indivíduo, comparando os resultados obtidos com um grupo padrão que representa a norma, ou seja, este tipo de testes compara resultados entre os membros de um grupo. Contudo, nestes testes não é possível fazer generalizações acerca da competência do indivíduo na área de conhecimentos testados, enquanto essa generalização é possível nos testes referenciados ao critério (Popham, 1978, Viana, 2004, citado por Costa, 2011).

Na linguagem, estes textos são direcionados para faixa etária específica, sendo compostos por provas que avaliam as várias componentes da linguagem. Os testes de avaliação da linguagem verbal oral avaliam as várias componentes da linguagem e fornecem-nos a noção se a perturbação engloba todas ou apenas algumas áreas. Contudo, para obtermos um diagnóstico sólido, deve realizar-se uma boa anamnese e ter acesso avaliações das funções: auditiva, visual e intelectual (Costa, 2011).

De seguida iremos apresentar alguns dos testes que podem ser utilizados para a avaliação formal da linguagem e da fala. Para avaliar a linguagem pré-escolar em língua portuguesa estão disponíveis os seguintes testes:

- **Teste de Identificação de Competências Linguísticas (T.I.C.L.):** é uma prova de linguagem expressiva, referenciada ao critério, dirigida a crianças dos 4 aos 6 anos que permite identificar as competências linguísticas em quatro vertentes (conhecimento lexical, conhecimento morfo-sintático, memória auditiva para material verbal e competências metalinguísticas) (Viana, 2004, in Costa, 2011).
- **Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC):** destina-se a avaliar crianças dos 2 anos e 6 meses aos 6 anos e divide-se em duas partes - a primeira avalia os aspetos respeitantes à compreensão, através de 3 subtestes, e a segunda avalia as áreas da expressão (semântica, morfologia, sintaxe e pragmática) através de 4 subtestes (Sua-Kay & Tavares, 2007, in Costa, 2011).
- **Teste de Avaliação da Linguagem Oral (T.A.L.O.):** avalia crianças de 3 anos e 10 meses até aos 9 anos e 11 meses; é constituído por 6 subtestes, que avaliam itens lexicais, o conhecimento das regras sintáticas e o conhecimento metalinguístico (Sim-Sim, 2004, in Costa, 2011).

A avaliação formal da fala incide principalmente na avaliação da articulação verbal, através de testes constituídos por um conjunto de imagens para a criança nomear. As palavras a nomear contêm os vários fonemas e grupos consonânticos nas várias posições na palavra. Como exemplo destes testes, apresentam-se os seguintes:

- **Teste de Articulação Verbal:** permite fazer um inventário das várias produções da criança e respetivas alterações (Guimarães et al., 1998, in Costa, 2011).
- **Teste Fonético - Fonológico - Avaliação da Linguagem Pré-Escolar (TFF-ALPE):** é um teste referenciado à norma, utilizado em crianças entre os 3 anos e 0 meses e os 6 anos e 12 meses e permite avaliar a capacidade de articulação verbal, assim como o tipo e percentagem de ocorrência dos processos fonológicos e a inconsistência na produção repetida de palavras. É constituído pelo Subteste Fonético (Articulação Verbal), pelo Subteste Fonológico e pelo Subteste de Inconsistência. (Mendes et al., 2009).
- **Teste de Linguagem – Avaliação da Linguagem Pré-Escolar (TL-ALPE):** é um teste referenciado à norma, utilizado em crianças entre os 3 anos e 0 meses e os 5 anos e 12 meses e que permite avaliar as competências de compreensão auditiva e de expressão verbal oral (semântica e morfossintaxe), bem como a metalinguagem (semântica, morfossintaxe e fonologia).

## 2.8 Importância de uma deteção precoce

*Desde o primeiro dia de vida, o desenvolvimento de competências comunicativas, linguagem e literacia são acontecimentos significativos e ansiosamente esperados pela família. A primeira palavra da criança é motivo de celebração. Os pais observam com surpresa a multiplicação das palavras que evoluem para frases e conversações (Peixoto, 2007, p. 12).*

A identificação de crianças em risco de atraso no desenvolvimento ou problemas relacionados, devem ser conduzidos serviços de intervenção e assistência à família em idade jovem, uma vez que a probabilidade de melhora é maior (Nelson, Nygren, Walker, Panoscha, 2006).

Peixoto (2007), também reforça a importância de uma deteção precoce das alterações do desenvolvimento da linguagem, referindo que este é um dos fatores que determina a eficácia de um programa de intervenção precoce.

Segundo Rebelo (2006), esta deteção precoce permite a ação para evitar o possível agravamento das dificuldades, sendo graves ou ligeiras, ou até, possivelmente resolver a dificuldade detetada.

Assim, após a avaliação do atraso de linguagem é necessário encaminhar a criança para um centro especializado ou para uma equipa multidisciplinar especializada em perturbações da fala e da linguagem (pediatra, neuropediatra ou pediatra do desenvolvimento com experiência em linguagem, otorrinolaringologista, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social) (Pedrosa, 2004).

Segundo Pedrosa (2004, p. 340) *o especialista da linguagem fará uma avaliação profunda do problema, nomeadamente ao nível cronológico da linguagem, do conteúdo sintático, semântico e de vocabulário da linguagem, da articulação verbal, bem como uma avaliação de áreas relacionadas do desenvolvimento como a leitura, a escrita e o cálculo, a avaliação da atenção e da integração visuo-motora.*

*A prevenção é melhor do que a intervenção* (Peixoto, 2007, p. 12).

### **3. COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AUMENTATIVA (CAA)**

A CAA é uma área científica relativamente recente que se desenvolveu a partir do final dos anos 70 nos EUA e Canadá (Azevedo, 2005). Foi também nestes dois países que começaram a surgir os primeiros sistemas gráficos para a comunicação aumentativa (como o BLISS ou o PIC).

Nos anos 80 e 90, a utilização destes sistemas foi assinalável pela sua incorporação nas “Tecnologias de Apoio à Comunicação”. Assim, para indivíduos impossibilitados de comunicar através da fala, a utilização sistemática deste tipo de tecnologias possibilitou-lhes uma participação mais ativa na sociedade (Azevedo, 2005).

#### **3.1 Em que consiste?**

A CAA utiliza-se quando a comunicação de um indivíduo não é suficiente para se fazer compreender (DREC et al., 2012).

Assim, a CAA surge como um complemento ou até mesmo substituição da fala, pretendendo compensar (temporária ou permanentemente) uma incapacidade ou deficiência do indivíduo com dificuldades de comunicação expressiva (ASHA, 2008).

A CAA é também um recurso usado para colmatar dificuldades motoras que possam impedir ou dificultar o processo de aprendizagem.

Em termos práticos, a CAA é toda e qualquer forma de comunicação diferente da fala, usada por um indivíduo num contexto frente a frente (Tetzchner & Martinsen, 2000 *in* Pinheiro, 2012). Ainda de acordo com estes autores, a utilização da CAA não depende da idade ou das capacidades mentais. A verdade é que a dada altura da vida e para muitas pessoas, a CAA pode ser o único meio que possuem para comunicar e assim impere a necessidade de se investir mais e melhor em sistemas aumentativos e alternativos de comunicação.

### **3.2 Sistemas aumentativos e alternativos de comunicação**

A CAA divide-se em dois sistemas de comunicação: sistemas de comunicação com ajuda (*Aided*) e sistemas de comunicação sem ajuda (*Unaided*).

Tetzchner & Martinsen (2000), consideram que os sistemas de comunicação com ajuda correspondem a todas as formas de comunicar em que a expressão da linguagem requer a utilização de qualquer sistema exterior ao utilizador. Por conseguinte, é neste sistema que nos deparamos com as tabelas e quadros de comunicação, máquinas de escrever, relógios indicadores, computadores, dispositivos com fala digitalizada, entre outros. Todos estes são utilizados dependendo das necessidades específicas de cada utilizador.

Não obstante, os autores DREC et al., (2012, p. 5) referem que *são constituídos por símbolos que necessitam de um qualquer dispositivo exterior ao sistema.*

Neste tipo de sistema de comunicação, os signos são selecionados e dependem sempre do emprego de ajudas técnicas para transmitir as mensagens.

Pinheiro (2012, *in* Ferreira et al., 2000), salienta que os sistemas de comunicação com ajuda podem ser agrupados em várias categorias:

- Sistemas de comunicação por objetivos: os objetos são construídos de tamanho natural, miniaturas ou partes de objetos, usados como símbolos de comunicação.

- Sistemas de comunicação por imagens: incluem imagens, como fotografias e desenhos lineares.

- Sistemas de comunicação por:

- símbolos gráficos: PIC, SPC (Sistema Pictográfico para Comunicação), Rebus, Bliss, Sigsymbols, Picssyms, Oakland.
- sistemas combinados (símbolos gráficos e visuais).
- sistemas com base na escrita: Par-le-silab, Alfabeto, Palavras, Frases.

- Sistemas de comunicação por linguagem codificada: Morse, Braille.

No que concerne ao sistema de comunicação sem ajuda, DREC et al., (2012, p. 5), contrariamente ao sistema de comunicação com ajuda, refere que este sistema é constituído *por símbolos ou conjuntos de símbolos que não necessitam de quaisquer ajudas ou dispositivos*.

De acordo com Pinheiro (2012, in Tetzchner & Martinsen, 2000), quem comunica cria diversas formas de o fazer, utilizando as suas próprias expressões de linguagem, partes do corpo do indivíduo emissor para se expressar (cara, braços, cabeça, etc.). Assim sendo, tal como refere o mesmo autor, o corpo de quem comunica é o veículo transmissor do que se pretende comunicar. Os signos gestuais surgem como o mais vulgar da comunicação sem ajuda. Contudo, o código Morse poderá ser considerado como um sistema sem ajuda, na medida em que o utilizador produz as letras em Morse.

Segundo Sousa (2011) este sistema de comunicação divide-se em quatro categorias:

- Gestos de uso comum (formas naturais de comunicar: abanar a cabeça ou acenar com a mão);
- Sistemas gestuais para não ouvintes (Língua Gestual);
- Sistemas manuais pedagógicos (facilitar a aprendizagem da língua oral, leitura e escrita);

- Alfabeto manual (representação simbólica dos alfabetos por meio das mãos).

## **4. EPILEPSIA NA CRIANÇA**

### **4.1 Conceito de epilepsia**

A definição de epilepsia está constantemente a ser alterada, contudo, vários autores referem que é importante primeiramente entender a definição de crise epilética para compreender realmente o que é esta patologia.

A palavra crise é utilizada frequentemente de modo vago para descrever um acontecimento catastrófico, súbito se a origem for desconhecida. Desmaio e ataque são outros termos referenciados para definir epilepsia. Breia & Almeida (2007, p. 111) definem crise epilética como *uma ocorrência de sinais e/ou sintomas, limitada no tempo, resultante da atividade neuronal cerebral anômala e excessiva ou síncrona*. Lima (200, p. 21) descreve como uma *manifestação clínica de uma descarga anômala de um grupo ou da totalidade dos neurónios cerebrais*. Estas descargas não são visíveis num eletroencefalograma, no entanto as suas manifestações clínicas atingem um nível crítico de intensidade e duração que modificam o comportamento (Lima, 2007; Breia & Almeida, 2007; Gomes, 2004).

Por conseguinte, esta patologia é caracterizada pela repetição espontânea de crises epiléticas e, para que se possa diagnosticar alguém, é necessário que haja uma manifestação espontânea e regular ao longo do tempo de crises epiléticas (Breia & Almeida (2007); Lima, 2007).

Os estudos epidemiológicos em epileptologia possuem fortes limitações metodológicas relacionadas com a dificuldade de diagnóstico. Existe a falta de um marcador simples e eficaz capaz de identificar a doença e, por este motivo, existem variações de critérios na definição de epilepsia (Breia & Almeida, 2007; Lima, 2007). Gomes (2004) refere que as crises têm origem no cérebro e no sistema nervoso central, sendo estas as marcas da epilepsia.

Recentemente The International League Against Epilepsy (ILAE) reformulou em 2014 a definição de Epilepsia, sendo portanto, uma doença cerebral definida por várias condições: *pelo menos duas crises epiléticas*

*espontâneas (i.e. não provocadas) ocorrendo com mais de 24 horas de intervalo; uma crise não provocada e uma probabilidade de novas crises semelhante ao risco geral de recorrência após duas crises espontâneas (cerca de 75% ou mais); pelo menos duas crises num contexto de epilepsia reflexa.* Gomes (2004) corrobora afirmando que se trata de uma doença crónica que pode durar meses ou anos e que se expressa pela repetição das crises.

As crises epiléticas dependem da localização do foco epilético, ou seja, o local onde as células disparam em excesso, desencadeando uma atividade anormal. A localização destas células na região do cérebro e a sua origem determinam um importante passo para a investigação a termos de proceder em todo o doente com epilepsia (Gomes, 2004).

A causa das epilepsias divide-se em dois grupos: epilepsias com causa (sintomática) e epilepsias sem causa (idiopática). As epilepsias sintomáticas estão relacionadas com lesões na estrutura do cérebro (Gomes, 2004). Neste caso, o autor afirma que uma criança pode nascer com uma pequena lesão estrutural do cérebro e apresentar crises bastante difíceis de controlar e com frequência. No entanto também pode nascer com lesões maiores e as crises serem de fácil controlo e raras (Gomes, 2004). No que concerne às crises idiopáticas, estas surgem sem causa aparente, sendo muito frequentes e englobam situações como: as epilepsias de ausência da infância, as epilepsias benignas rolândicas e as epilepsias occipitais, as epilepsias generalizadas tónico-clónicas e mioclónicas da adolescência (Gomes, 2004; Breia & Almeida, 2007; Lima, 2007). Não havendo causa, é fulcral verificar a genética, uma vez que atualmente muitas situações têm causa essa mesma causa (Gomes, 2004).

Todavia, ILAE e vários autores consideram que a epilepsia já não está presente em pessoas que:

- a) *Tiveram um síndrome epilético dependente de idade, tendo ultrapassado a idade em que as crises ocorrem habitualmente nesse síndrome;*
- b) *Permaneceram sem crises por pelo menos 10 anos, sem medicação anti-epilética, desde que não existam fatores de risco conhecidos associados com uma probabilidade elevada ( $\geq 75\%$ ) de crises futuras.*

## 4.2 Síndromes epiléticas

Breia & Almeida (2007), classificam as crises epiléticas em: crises focais ou parciais; crises tónico-clónicas secundariamente generalizadas; crises primariamente generalizadas.

As crises focais apresenta-se de vários modos, isto é, através de sinais motores e/ou sintomas somatossensitivos, sensoriais, autonómicos ou psíquicos. As crises parciais poderão desencadear um comportamento aparentemente adequado, o indivíduo poderá interagir com o meio circundante, porém, poderá também ser desajustado da realidade, sem perceber que se passa consigo ou ao seu redor, não memorizando o acontecimento (Breia & Almeida, 2007).

No que concerne às crises tónico-clónicas secundariamente generalizadas podem ser uma evolução de qualquer crise focal. As crises clónicas também são frequentes em crianças e são semelhantes a mioclonias, ou seja, movimentos rápidos de excitação ou relaxamento muscular, resultantes de uma contração contínua e rápida do músculo implicado (Breia & Almeida, 2007).

As crises primariamente generalizadas podem apresentar-se como sendo convulsivas ou não convulsivas. Durante a infância e a adolescência as ausências são frequentes, manifestando-se por interrupção breve da consciência, pestanejo, olhar fixo e outros movimentos faciais (Breia & Almeida, 2007). Vários autores nomeiam como crises de ausência.

As crises mioclónicas apresentam-se com movimentos musculares bruscos e rápidos unilaterais ou bilaterais. As crises tónicas consistem em espasmos tónicos da musculatura axial e facial associada a extensão dos membros inferiores e a flexão das extremidades superiores. São mais frequentes nas crianças (Breia & Almeida, 2007).

Com base no artigo de Gonçalves (2007) faz-se referência aos síndromes pelo grupo etário em que se iniciam as crises e nomeiam-se alguns.

- Período neonatal: convulsões neonatais benignas familiares e formas não familiares; encefalopatia/epilepsia mioclónica precoce; Síndrome de Othahara;
- Período da 1.<sup>a</sup> infância: espasmos infantis e Síndrome de West; epilepsia focal migratória maligna na infância; epilepsia generalizada com convulsões febris"plus"; epilepsia mioclónica benigna; epilepsia mioclónica severa; epilepsia

mioclónica-astática ou Síndrome de Doose; Síndrome de Lennox- Gastaut; Síndrome de Landau-Kleffner.

### **4.3 Epilepsia mioclónica-astática ou Síndrome de Doose**

A Epilepsia Mioclónica Astática é também conhecida por Síndrome de Doose, manifestando-se entre os sete meses de idade e os oito anos de idade, atingindo o seu pico entre os dois e os seis anos (Doose, 1992; Guerrini & Aicardi, 2003).

Anteriormente às crises, o desenvolvimento, na maioria das vezes, é normal. Com o passar do tempo, as crises passam a ser mais frequentes e na maioria das crianças, são caracterizadas por crises mioclónicas, quedas atónicas, precedendo ou não por mioclonias e crises mioclónicas-astáticas (Doose, 1992; Guerrini & Aicardi, 2003). Preto (2010, p. 24) descreve-nos que neste tipo de crise ocorre um abalo simétrico breve envolvendo a musculatura do pescoço, ombros, braços e pernas provocando uma queda da cabeça para a frente. A duração destes abalos é de dois a três segundos.

### **4.4 A Epilepsia na criança**

A epilepsia é uma doença considerada comum no seio da sociedade, particularmente nas crianças. Vários autores defendem que é na primeira década de vida onde há uma maior diversidade de exemplos de epilepsia e, que poderão ser controladas mais facilmente (Gomes, 2004; Ferreira, Toschi & Souza (2006); Grünspum & Grossman,1992).

Inúmeros estudos apontam para 50% dos casos de epilepsia ocorrerem na infância e em crianças menores de 5 anos de idade.

Contrariamente ao estigma negativo vulgarmente associado, esta doença é na maioria dos casos controlável e permite a vida com poucas limitações. Refere-se apenas à manifestação de algo errado no Sistema Nervoso Central, em particular na massa cinzenta. Assim sendo, o fundamental da intervenção é essencialmente assegurar uma boa qualidade de vida que depende das vertentes emocional, cognitiva e social (Gonçalves, 2007; Gomes, 2004; Ferreira, Toschi & Souza, 2006).

Quando os pais tomam consciência de que o filho tem epilepsia, muitas reações que assumem refletem-se posteriormente nas crianças. Estas avocam que há algo de errado com elas e começam a apresentar comportamentos inadequados de dependência, insegurança, irritabilidade e imaturidade (Gomes, 2004; Ferreira, Toschi & Souza, 2006; Silva & Gonçalves, 2007).

Quanto ao desenvolvimento, a epilepsia ativa aspetos necessários para um ajustamento social, quer em crianças, quer em adultos. As crises epiléticas numa criança condicionam a aprendizagem, o comportamento, o desenvolvimento da personalidade e a aquisição das competências sociais (Silva & Gonçalves, 2007, p. 318). Gomes (2004) corrobora referindo que crianças com epilepsia têm baixos níveis de concentração e atenção, devendo ser acompanhadas para colmatar as dificuldades de aprendizagem que podem surgir. O atraso mental (menor ou maior) que podem apresentar, independentemente das crises, pela repetição constante destas, pela medicação e pelas alterações de comportamento condicionam a aprendizagem (Gomes, 2004).

Atualmente sabe-se que apenas uma minoria das pessoas com epilepsia evidencia alterações na função cognitiva, como a memória e a linguagem que estão associadas a lesões cerebrais, devido aos efeitos adversos da medicação. As dificuldades de atenção e maior lentidão são aspetos com implicações na memorização e por sua vez que condicionam o desempenho cognitivo e baixo nível intelectual (Gomes, 2004; Silva & Gonçalves, 2007).

O estudo de Ferreira, Toschi & Souza (2006) indica que entre as alterações de linguagem mais constantes, destaca-se a semântica, seguido da sintaxe. A criança pode apresentar dificuldades na compreensão de palavras e da escrita, utiliza uma fala inadequada e incompreensível (Grünspum & Grossman, 1992).

É crucial criar um plano de intervenção organizado, para permitir um maior conforto e à vontade com a doença, da criança e correspondente família (Fonseca, 1995; Fernandes, 2001; Pimentel, 2004). Por conseguinte, os objetivos de intervenção deverão basear-se na criação de condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, diminuindo problemas ou risco de atraso do desenvolvimento, prevenindo possíveis sequelas na otimização das condições de

interação entre a criança e os outros (Fonseca, 1995; Fernandes, 2001; Pimentel, 2004).

## 5. METODOLOGIA

O presente capítulo pretende resumir todo o percurso feito ao longo do desenvolvimento do estudo, desde opções metodológicas à intervenção.

### 5.1 Investigação qualitativa

Almeida & Freire (2003) salientam que o investigador é orientado por objetivos operacionais que dependem da natureza das variáveis e fenómenos presentes, assim como, condições de maior ou menor controlo, onde a investigação vai ocorrer.

A investigação, principalmente no campo da educação, deve compreender, não só o desenvolvimento do conhecimento geral sobre uma determinada temática, mas também, a obtenção de resultados práticos com vista à melhoria de estratégias de intervenção. Estas duas modalidades, fundamental e aplicada, complementam-se com o *objetivo final de melhorar a vida das pessoas, através das mudanças a realizar* (Sanches, 2005, p. 128).

O presente estudo foi desenvolvido segundo os parâmetros da investigação qualitativa. Esta designação geral aplica-se a todas as formas de investigação baseadas essencialmente na utilização de dados qualitativos, incluindo a etnográfica, a naturalista, os estudos de caso, a etnometodologia, a metodologia de histórias de vida, as aproximações biográficas e a investigação narrativa (Rodríguez et al., 1999; Almeida & Freire, 2003); de acordo com Bogdan & Biklen (1994), este é também o termo genérico que serve para agrupar várias estratégias de investigação onde exista partilha de determinadas características (de cariz qualitativo). Todos os dados recolhidos num tal contexto investigativo são considerados qualitativos, ou seja, ricos em fenómenos descritivos relativamente a uma ou mais pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico (Rodríguez et al., 1999; Almeida & Freire, 2003, Sanches, 2005). As questões a investigar são formuladas com o intuito de estudar fenómenos em toda a sua complexidade, em contexto natural. Este tipo de abordagem sofre variações, dependendo das interpretações dos autores, porém, todos se aproximam nos aspetos fundamentais (Bogdan & Bilken, 1994).

Deste modo, e parafraseando Eisner (1996 in Seabra, Mota & Castro, 2009), a investigação qualitativa afasta-se de uma linguagem neutra e asséptica, conduz a uma compreensão empática das experiências de outros, fornece mais do que abstrações, marcas da situação empírica. Os modelos qualitativos implicam que o investigador esteja no trabalho de campo, faça observações, irradie juízos de valor e faça análises. No entanto, é de salientar que toda a interpretação feita não deverá alterar o rumo da investigação (Shake, 1999; Rodríguez et al., 1999; Almeida & Freire, 2003, Sanches, 2005; Yin, 2005).

Sendo que a investigação científica representa uma mais-valia para o crescimento profissional, procurou-se realizar um trabalho de investigação com um procedimento metodológico qualitativo, direcionado para o estudo de caso de uma criança com epilepsia e com um atraso no desenvolvimento linguístico. O estudo de caso antecede uma recolha de informações sobre o objeto em análise, com o intuito de se perceber melhor a sua cultura, crenças e o contexto em que está inserido (Yin, 2005). Por conseguinte, é necessário selecionar as pessoas que serão investigadas e, sempre que possível, os indivíduos serem conhecidos do investigador ou apresentados por outras pessoas conhecidas (Bourdieu, 1999). Stake (1995), citado por Sandín (2003, p.174) defende também que o estudo de caso deve considerar a complexidade de um caso particular (...) *é o estudo da particularidade e complexidade de um caso singular que leva a compreender a sua atividade em circunstâncias importantes (...). O caso pode ser uma criança, um professor (...).*

Coutinho (2002) refere que quase tudo pode ser um estudo de caso, um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação. Da mesma forma, Ponte (2006) considera que uma investigação que se debruce propositadamente sobre uma situação específica, que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procura descobrir o essencial e característico, contribuindo para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.

Neste caso, propôs-se, através de um estudo de caso, aprofundar o conhecimento que tínhamos da Maria para podermos desenhar uma estratégia de intervenção que fosse contingente com as suas necessidades especiais.

Situando-nos nos seus contextos de vida, foi-nos possível realizar um estudo pormenorizado e intensivo de comportamentos, acontecimentos, ações e desenvolvimento da criança; intervir, observar e registar metodicamente os dados gerados, de modo a podermos monitorizar e avaliar o efeito da ação.

De acordo com Bogdan & Biklen (1994), deve-se investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural. Deve-se recolher os dados em função de um contacto profundo com os indivíduos, nos seus contextos ecológicos naturais.

Considera-se que a opção por esta vertente de investigação emergiu do facto de o estudo ser conduzido pelo investigador diretamente envolvido na situação, desempenhando em simultâneo o papel de investigador e participante, uma vez que na sua prática profissional teve de coordenar os processos de avaliação que constituíram o objeto primordial da investigação (Máximo-Esteves, 2008). A investigação decorreu em vários contextos: jardim-de-infância, gabinete de terapia da fala, espaço das sessões das Oficinas de Pais/Associação Pais em Rede e sessões de hipoterapia. Procurou-se estudar a criança nestes contextos, de forma a poder-se otimizar a nossa intervenção, relacionando sempre as atividades com as vivências e com o que era mais significativo para ela. Vários teóricos que estudam o desenvolvimento humano, como Bronfenbrenner (1979) e Vygotsky (1989; 1994) consideram importante as práticas educacionais nos espaços escolares para o desenvolvimento das crianças. Bronfenbrenner (1979) concluiu que, depois do lar, é nas instituições infantis que se encontra o ambiente mais propício para o desenvolvimento e socialização da criança, bem como a importância da atenção do investigador para as relações entre o sujeito e o seu contexto, os seus ambientes próximos ou menos próximos, chamado de Modelo Ecológico.

A observação direta foi um método largamente utilizado nesta investigação/estágio, com o investigador procedendo diretamente à recolha de informações, apelando ao seu próprio sentido de observação (Quivy & Campenhoudt, 1995). A observação deve ser planeada e sistematizada, com o intuito de se registarem comportamentos e atitudes num determinado contexto,

sem alterar a espontaneidade da criança em estudo. Assim, é possível atribuir um maior rigor e objetividade aos dados observados (Sousa, 2005).

A investigação documental será também uma das opções relevantes para identificar, verificar e apreciar dados contidos em documentos, de forma a complementar os dados recolhidos por outras vias e contextualizar as informações assim emergentes (Moreira, 2005). Os documentos possibilitam o conhecimento do período histórico e social das ações, e também reconstruir os antecedentes e factos (Oliveira et al., 2007). Muito relevante para este estágio, foi a consulta do processo individual da criança, composto por documentos que informam sobre o seu diagnóstico médico, as suas competências e dificuldades, na opinião devidamente fundamentada de todos os outros especialistas que intervêm junto da criança.

Recorreu-se ainda a um diário, com o objetivo de registar, sob a forma de notas de campo, as observações e sessões de intervenção, que posteriormente, foram analisadas e contribuíram para uma melhor compreensão do caso.

Como recurso áudio visual, utilizou-se a gravação vídeo, áudio e registo fotográfico. Estes recursos poderão ser considerados instrumentos de observação direta, uma vez que correspondem a um registo objetivo, isento, no qual podemos rever os acontecimentos tal como eles sucedem (Sousa, 2009).

A entrevista informal com a mãe da criança, profissional de educação e de Intervenção Precoce, foi outro importante modo de recolha de informação, que permitiu complementar os dados de observação e de análise documental, e ainda que fossem clarificadas algumas questões que iam surgindo em contexto.

## **5.2 Opções metodológicas**

No presente estudo utilizaram-se os seguintes instrumentos para a recolha de dados: 1) Entrevistas com a mãe da criança, a educadora do jardim-de-infância (JI) e a educadora de Intervenção Precoce; 2) Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC) (Sua-Kay & Tavares, 2011); 3) Teste Fonético-Fonológico - Avaliação da Linguagem Pré-Escolar (TFF-ALPE) (Mendes et al., 2009); 4) Teste de Linguagem – ALPE (Mendes et al., 2014).

A avaliação da linguagem foi realizada através do TALC (Sua-Kay & Tavares, 2011), o único teste que avalia a linguagem de crianças em idade pré-escolar nas duas modalidades (compreensão e expressão) e que se encontra normalizado para o Português-Europeu (PE); utilizou-se também o Subteste Fonológico do TFF-ALPE (Mendes et al., 2009). A avaliação da fala realizou-se através do Subteste Fonético do TFF-ALPE (Mendes et al., 2009).

O TALC (Sua-Kay & Tavares, 2011) é um instrumento construído para avaliar a linguagem de crianças entre os 2A:6M e 5A:11M, implementado numa amostra de 1002 crianças. Avalia três componentes da linguagem, sendo estas a semântica (vocabulário, relações semânticas e frases absurdas), a morfossintaxe (frases complexas e constituintes morfossintáticos) e a pragmática (funções comunicativas), nas modalidades compreensiva e expressiva.

O TALC é composto por materiais standardizados (objetos e imagens) e a respetiva aplicação tem uma duração prevista de 30 a 45 minutos. A cotação varia entre 0 e 1, respetivamente, 0 para respostas erradas ou omissas, e 1 para respostas corretas. A consistência do instrumento é muito boa nos totais de compreensão e expressão e, no que diz respeito à consistência interna dos vários subtestes, é de razoável a boa (todos os coeficientes acima de 0,70).

O TFF-ALPE é um instrumento, um protocolo ou uma ferramenta utilizada para tirar uma medição particular (Laneiro, 2008). De acordo com American Psychological Association (APA) citado por Laneiro (2008, p. 4) *um teste pode ser considerado como um conjunto de tarefas ou questões concebidas para determinar tipos particulares de comportamentos quando estão apresentados sob condições padronizadas e para fornecer scores que possuam as propriedades psicométricas convenientes (...)*, podendo ser propostas através da forma oral, escrita, de um dispositivo mecânico, fisiológico, psicológico ou outro.

Os instrumentos de avaliação padronizados podem ser de dois tipos: testes referenciados ao critério ou testes referenciados à norma. Os primeiros têm como objetivo avaliar o desempenho do indivíduo relativamente a um critério pré-estabelecido e assim determinar se ele adquiriu ou domina a competência em causa, segundo esse critério (Popham, 1978, Viana, 2004, citado por Costa, 2011). Os testes referenciados à norma referem-se a grandes amostras

representativas da população e têm como objetivo avaliar, seriar e selecionar o sujeito, comparando os seus resultados aos de um grupo padrão que representa a norma. Este tipo de teste não prescreve ou propõe padrões, apenas descreve o comportamento na população representativa (Dodd & Bradford, 2000). Assim, nos testes referenciados à norma não é possível fazer generalizações acerca da competência do indivíduo na área de conhecimentos testada, enquanto essa generalização é possível nos testes referenciados ao critério (Popham, 1978, Viana, 2004, citado por Costa, 2011).

*No caso da linguagem, estes testes são direccionados para uma determinada faixa etária e são compostos por uma série de provas que avaliam as várias componentes da linguagem. (...) Os testes de avaliação da linguagem verbal oral permitem avaliar as várias componentes da linguagem e ter uma noção se a perturbação engloba todas ou apenas algumas áreas. No entanto, para realizar um diagnóstico sólido, é obrigatório realizar uma boa anamnese e ter acesso a avaliações das funções: auditiva, visual e intelectual (Costa, 2011, p. 20).*

O ALPE resultou de um projeto de investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e, posteriormente, pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e Ministério da Educação. Foi realizado pelas docentes Ana Mendes, Elisabete Afonso, Marisa Lousada e Fátima Andrade, da Universidade de Aveiro e publicado em 2009 e 2013.

Este instrumento tem como objetivo avaliar a linguagem de crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e 0 meses e os 5 anos e 12 meses, ou 6 anos e 12 meses, consoante o domínio linguístico avaliado. As autoras consideram-no pertinente para avaliar competências de compreensão auditiva e de expressão verbal oral, testando ainda vários domínios: fonético-fonológico, morfológico-sintático e semântico. Assim, este instrumento contribui para o rigor científico na avaliação, permitindo realizar um diagnóstico que oriente na elaboração de um plano de intervenção terapêutica e/ou pedagógica e, subsequentemente, analisar a eficácia da intervenção.

O ALPE é constituído pelo Teste Fonético-Fonológico (TFF) e pelo Teste de Linguagem (TL).

No TFF-ALPE, as autoras optaram por palavras de uso frequente no contexto comunicativo das crianças das idades consideradas, onde estão inseridos os grupos consonânticos e as vogais que se pretende avaliar. Assim, existe a Folha de Registo do Subteste Fonético (Articulação Verbal), onde se faz a transcrição fonética das palavras produzidas e, posteriormente, a análise da ocorrência de processos fonológicos na Folha de Registo do Subteste Fonológico.

Por sua vez, o TL-ALPE pretende avaliar formalmente competências de compreensão auditiva e de expressão verbal oral (domínios semântico e morfossintático), assim como a metalinguagem (domínios semântico, morfossintático e fonológico) em crianças dos 3 anos e 0 meses aos 5 anos e 12 meses ([3;0-5;12]).

Os dois testes são adequados para crianças que tenham o PE como língua materna.

### **5.3 Caracterização da criança**

#### **5.3.1 Enquadramento da situação**

Neste estudo de caso procurou-se recolher informações junto da família, numa fase inicial e posteriormente, com o seu consentimento, junto dos vários técnicos que acompanhavam a criança. Participou-se ainda em momentos de avaliação individual ou conjunta – envolvendo a Mãe, a Educadora do jardim-de-infância, a Equipa do CRTIC (Educadora e a Fisioterapeuta), a Terapeuta de fala, a Gestora de caso em Intervenção Precoce, a Técnica de reabilitação e a Técnica de equitação com fins terapêuticos

A caracterização da criança foi feita com base nos dados recolhidos por observação direta, entrevistas e análise de documentos do processo individual, incluindo relatórios pedagógicos e clínicos.

A Maria (nome fictício) é uma criança de 3 anos e 10 meses, que vive com a sua família. Esta, mostrou-se bastante recetiva e disponível durante a intervenção.

É uma criança simpática e curiosa, sempre interessada por tudo o que a rodeia, mostrando também ela muita recetividade.

Apresenta um diagnóstico de Encefalopatia epilética mioclónica astática. A epilepsia foi de difícil controlo, tendo causado uma grave regressão do desenvolvimento psicomotor, principalmente ao nível da linguagem.

Segundo a família, a Maria teve um desenvolvimento normal para a sua idade, até começar a sofrer de crises de ausência e queda momentânea da cabeça, com prostração e tristeza subsequentes. A partir daí, os pais começaram a notar/verificar regressão das aquisições, em todas as áreas do desenvolvimento, mais evidente ao nível da fala – já se expressava por palavras (pai, mãe, dá,..) passou apenas a fazer vocalizações pouco diferenciadas.

Foi diagnosticada em agosto de 2011 (após internamento hospitalar, inicialmente em Aveiro, de onde foi encaminhada para o Hospital Pediátrico de Coimbra).

Durante o internamento, iniciou medicação, sem resultados significativos ao nível do controlo das crises. Por orientação da equipa do Hospital Pediátrico e com a concordância e colaboração dos pais, durante alguns meses foi implementada uma dieta cetogénica.

Nessa sequência e após interrupção, em maio de 2012 a epilepsia passou a estar mais controlada. Deixou de ter crises de queda de cabeça, no entanto, manteve crises de ausência, ainda que em menor frequência e duração.

É seguida num hospital pediátrico em consultas de: Neuropediatria, Doenças Metabólicas e Raras, Ortopedia e Desenvolvimento; e por um Pediatra particular.

Ao longo do tempo, a medicação tem sido reajustada, estando neste momento medicada com Valproact, Depakine e Lomital.

Com o melhor controlo das crises, a Maria passou a evidenciar melhorias significativas ao nível do desenvolvimento global, uma vez que passou a ter progressivamente uma atitude mais recetiva em relação a tudo o que a rodeia no seu dia a dia, bem como na interação com os outros (adultos e crianças). Assim, começou a ser possível perspetivar uma intervenção concertada entre todos os intervenientes no seu processo educativo. Os pais consideraram que, neste momento, seria imperativo proporcionar-lhe apoio nas várias áreas do desenvolvimento.

Frequenta um jardim-de-infância (JI) privado, estando integrada num grupo heterógeno – crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos. Neste momento é acompanhada/apoiada pelas seguintes respostas:

- Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI);
- Psicomotricidade semanal (Técnica de reabilitação);
- Terapia da fala, uma vez por semana;
- Hipoterapia, uma vez por semana, ao sábado;
- Natação em grupo, com os colegas, uma vez por semana;
- Música, uma vez por semana, ao sábado.

- **Desempenho da criança**

No sentido de enquadrar a avaliação mais específica que realizámos no domínio da linguagem e comunicação, recolhemos alguns dados sobre o desenvolvimento global da criança, disponíveis no processo individual. Estes estavam organizados segundo a estrutura e conceitos propostos pelo instrumento da Organização Mundial de Saúde, “Classificação Internacional de Funcionalidade” (CIF). Para complementá-los, fizemos algumas sessões de observação naturalista e sistemática, bem como, considerámos os dados de opinião fornecidos pela mãe da criança. A seguir, caracterizamos sumariamente o desenvolvimento global da criança, segundo as categorias propostas pela CIF, designadamente, domínio das funções e estruturas do corpo, domínio da atividade e participação, e aspetos relacionados com contexto: família, jardim-de-infância, sessões da Associação Pais em Rede e hipoterapia.

- **Domínio das Funções e estruturas do corpo**

Apresenta como diagnóstico clínico, “Encefalopatia epilética mioclónica astática”. Tal como anteriormente dito, a epilepsia foi de difícil controlo, o que causou uma acentuada regressão no seu desenvolvimento psicomotor.

- **Domínio da Atividade e Participação**

Dá atenção a estímulos do ambiente e a pessoas. Interessa-se por objetos, imagens ou símbolos, apresentando, no entanto, períodos de atenção muito curtos. Identifica imagens e símbolos de objetos comuns, esboçando a palavra correspondente.

Manipula objetos e aponta utilizando o dedo indicador. Salta com os dois pés com ajuda e pouca elevação.

Sorri como resposta. Reage ao seu nome e interrompe o que está a fazer perante um “não”. Compreende muito bem o que lhe é dito. Expressa desagrado e agrado. Utiliza as formas usuais de saudação. Diz sim e não, e verbaliza palavras. Nomeia objetos e ações simples conhecidas. Utiliza algumas palavras-frase e já diz pausadamente, por repetição, algumas frases simples. Solicita a intervenção do adulto verbalizando o que quer e deslocando-se para o local (por exemplo, indo para junto do leitor de DVD quando quer ver um filme que trouxe de casa). Responde a perguntas “onde está...?” dirigindo-se e apontando para o objeto nomeado pelo adulto.

Em relação ao conceito de cor, já sabe nomear o verde, o amarelo, o preto e o azul.

Discrimina sons e reconhece o som dos animais familiares.

Identifica o número “1”. Conta até 15 mecanicamente, mas tem dificuldade em contar objetos. Possui conceitos grande/pequeno e faz associações de imagens iguais, e entre imagens e as respetivas sombras. Resolve problemas simples. Ainda não compreende uma sequência de uma ação com três imagens.

Consegue pressionar um botão. A pinça digital ainda não está completamente adquirida. Tem dificuldade em tarefas meticolosas. Agarra, aperta e larga um objeto. Não usa tesoura.

Reage bem a estímulos visuais e auditivos. Gosta muito de música. Possui noção de causa e efeito e tem adquirido o conceito de permanência do objeto. Faz associações entre sons e imagens. Identifica símbolos. É capaz de fazer escolhas se lhe mostrarmos duas opções.

Faz desenhos com garatuja ainda muito rudimentar com preensão palmar invertida. Não pinta ainda dentro de contornos, mas percebe o objetivo.

Consegue manter a atenção no ecrã do computador, embora tenha dificuldade em permanecer atenta durante muito tempo. Clica no manípulo para produzir um efeito na imagem mas ainda não consegue utilizar o rato.

A sua lateralidade parece estar definida à direita, embora ainda não consistentemente.

Adere bem à utilização de rotinas e reage bem à utilização de reforços positivos.

Já possui controlo de esfíncteres e pede para ir à casa de banho, começando a adquirir autonomia (vai com uma colega que a orienta). Tem medo de descer escadas e de coisas novas.

- **Aspetos relacionados com o contexto – família (Domínio dos fatores ambientais)**

A mãe contou a história de vida da Maria com emoção, referindo como ela tem sido resiliente a todo o processo da sua doença, com início aos seis meses de idade. A família tem investido muito na sua recuperação.

A Maria em casa é muito autónoma e bem disposta. Só chora quando se magoa mesmo a sério. Gosta de dividir as suas coisas com os outros. Neste momento, vive em casa dos avós maternos, com a mãe e a irmã mais nova (18 meses). Tem obviamente uma relação privilegiada com o avô materno.

Gosta muito de assistir a filmes em DVD - neste momento gosta muito do filme “Anita a cavalo”. Sabe utilizar sozinha este aparelho. Por vezes, quando não quer uma coisa, é bastante teimosa com a mãe.

À noite, já na cama, gosta de dizer boa noite nomeando todos os colegas e pessoas que conhece.

A mãe refere que o seu grande desejo é que ela recupere o sorriso e o olhar que tinha em bebé, que seja feliz.

- **Aspetos relacionados com o contexto – Jardim-de-infância (JI) (Domínio dos Fatores ambientais)**

No JI é uma criança que gosta de interagir com os outros. Conhece as rotinas, antecipando-as, e participa em todas as atividades, embora não execute algumas tarefas. Sabe o sítio dos materiais. Identifica o seu nome escrito em maiúsculas e o número 1.

É independente e cumpre as regras da sala. A educadora é muito assertiva com ela, referindo que é uma criança muito sociável e muito sensível (se vir um colega a chorar, vai logo ter com ele para o ajudar e mimar). Gosta muito de “ver” músicas no computador, brincar na casinha das bonecas (já fazendo jogo simbólico a par) e pinturas. Mostra agrado em trabalhar - realizar as tarefas em

que se envolve. É independente na deambulação pela sala. Dança quando ouve musica que lhe agrada.

Come a sopa com a colher sozinha e começa a utilizar a faca e o garfo. Tem alguma dificuldade em mastigar.

A grande preocupação da educadora reside na área da motricidade, porque a criança, por vezes, tropeça quando corre. Também a melhoria da comunicação oral da Maria com as outras crianças, é uma prioridade para a educadora.

Ainda dorme durante a tarde (todos dormem na sala de JI).

- **Aspetos relacionados com o contexto – Sessões da Associação Pais em Rede (Domínio dos Fatores ambientais)**

No contexto das sessões da Associação Pais em Rede, enquanto participantes nas sessões vão para um espaço, os respetivos filhos ficam num espaço distinto, com um grupo de voluntários que apoiam a realização das sessões dinamizando atividades com as crianças e jovens. Durante os primeiros momentos após a separação, a Maria pergunta bastante pela mãe. Gosta de ver vídeos sobre cavalos e burros no computador. Participa em algumas tarefas propostas, mas o seu tempo de atenção e concentração são muito curtos.

Relaciona-se com todas as crianças. Gosta de partilhar as suas bolachas com todos.

Revela bastante empatia por um menino de 12 anos, com Perturbações do Espectro do Autismo. Gosta de ficar sentada ao lado dele enquanto ele joga no computador.

- **Aspetos relacionados com o contexto – Hipoterapia (Domínio dos Fatores ambientais)**

Nas sessões de hipoterapia tem permanentemente um brilho especial nos olhos e um sorriso enorme no rosto. Dá gritos de alegria e faz todas as atividades propostas. Tem dificuldade em atirar a bola para o cesto. Gosta de se ver ao espelho. Tem alguns momentos em que perde a concentração. Os momentos de atenção não são tão curtos como na escola.

Gosta de ver todos os animais da Quinta no final da aula. Sabe o nome de todos eles.

Gosta muito da Técnica de Equitação Terapêutica, da égua que costuma montar e de um burro ao qual costuma dar palha. No seu dia a dia evoca frequentemente o nome destes animais. Não revela sinais de medo quando se aproxima deles ou de qualquer outro animal.

#### **5.4 Procedimentos Metodológicos**

No início da investigação/estágio, mas também ao longo do processo, foram tomadas decisões sobre o modo de funcionar, tendo sempre em linha de conta que havia vários intervenientes envolvidos, exigindo que se fizesse uma muito eficaz concertação, para que tudo fosse sentido pela criança como harmonioso, equilibrado e bem integrado nos seus diversos contextos de vida. Foram as seguintes, as vias de intervenção planeadas:

- Através dos testes de avaliação TFF-ALPE, TL-ALPE e TALC, identificar e caracterizar as alterações que a criança apresentava ao nível fonético-fonológico e linguagem;
- Intervir numa perspetiva sistémica, de modo a promover o desenvolvimento da criança ao nível da comunicação e linguagem;
- Reaplicar os testes de avaliação TFF-ALPE, TL-ALPE e TALC, avaliar o processo e os resultados obtidos;
- Promover o desenvolvimento de competências linguísticas como:
  - \* aquisição de mais vocabulário;
  - \* estruturas sintáticas corretas verbalizando frases simples e posteriormente frases complexas;
  - \* mais vasto domínio semântico;
  - \* domínio pragmático mais ajustado às situações do dia a dia;
- Promover o desenvolvimento fonético-fonológico;
- Estimular o desenvolvimento da comunicação oral e verbal – apoiando a criança na tomada de iniciativas em comunicação, para que pudesse, por exemplo, participar adequadamente no *jogo de comunicação* (tomar e dar a vez), etc.;
- Estimular a concentração e atenção da criança através de jogos, imagens e livros relacionados com os seus interesses e preferências;
- Recorrer a meios de comunicação aumentativa e alternativa;

- Criar oportunidades de interação e uso da linguagem em diferentes situações (em grupo e a pares);
- Recorrer a diversos materiais, como imagens e vídeos, para alargar o léxico da criança.

## 6. INTERVENÇÃO

Numa primeira fase, a criança foi observada no contexto do JI, casa-família, hipoterapia e sessões da Associação Pais em Rede, de modo a obter dados informativos sobre os seus comportamentos/attitudes e interações, no espaço e com os outros. Numa segunda fase e para completar os dados de observação, foram realizadas entrevistas à mãe, educadora e educadora da intervenção precoce da criança.

O processo de observação foi crucial para compreender o comportamento da criança. Através dos dados gerados, nas entrevistas, observação e testes de avaliação, conseguiu-se estruturar melhor o processo de intervenção, uma vez que se verificou quais eram as áreas onde existiam maiores ou menores dificuldades. As áreas em que a Maria evidenciava melhor desenvolvimento de competências ao nível social e musical. A linguagem e comunicação, a atenção/concentração, a autonomia, a coordenação e a orientação espacial, eram as principais áreas de dificuldades da criança.

É importante referir que, tendo em conta as dificuldades da criança, optou-se por fazer uma intervenção que promovesse o seu desenvolvimento tendo por base os seus interesses. Recorreu-se a atividades, essencialmente de carácter lúdico e funcional, de modo a motivar a criança. Segundo Sim-Sim et al. (2008), as rotinas oferecidas às crianças serão, no início, menos variadas, mais próximas daquilo que já é do seu conhecimento, e deverão, progressivamente, ser alargadas a outros contextos, motivando-as a comunicar. Também Peixoto e Rocha (2009) corroboram esta ideia, referindo que as crianças têm mais facilidade em iniciar atos comunicativos quando querem ou necessitam de algo do seu interesse, ou ainda em situações onde existe novidade ou algo interessante (Peixoto & Rocha, 2009).

Inicialmente, os momentos de intervenção foram realizados no JI, de modo individualizado, havendo momentos de interação com o grupo de modo a observar a sua relação com o meio. As sessões de intervenção para além do JI ocorreram também no gabinete da Terapeuta da Fala e nas sessões da Associação Pais em Rede. O processo de intervenção iniciou-se em 6 de janeiro de 2014 e terminou a 4 de julho de 2014. Contudo, após esta data houve

momentos de convivência com a criança e sentimos uma evolução ao nível fonético e considerámos ser pertinente uma nova aplicação do TFF-ALPE, de modo a verificar essa evolução.

Numa primeira abordagem, começou-se a trabalhar a identificação de imagens, vocabulário e produção correta de palavras, recorrendo a um sistema de Comunicação Aumentativa e Alternativa. Com apoio em imagens para identificação e evocação, questionou-se a criança: “O que é?”, “Onde está o...?”. Foi possível verificar que a nomeação de ações, inicialmente, era uma dificuldade para a criança; perante esta situação, nomeou-se e pediu-se que repetisse. Nas sessões seguintes, percebeu-se que ficavam gradualmente adquiridas.

A apresentação de imagens diferentes espoletava a atenção da criança. No entanto, a sua identificação não era reconhecida, perdendo por vezes a concentração e indicando sinais de desmotivação. Estes sinais também eram identificados ao fim de alguns minutos após o início das atividades. Rapidamente, era necessário cativar a sua atenção com palavras de incentivo e encorajamento, acabando muitas vezes por deixá-la escolher o que queria fazer. Nos momentos em que o fazia, optava por livros onde estivessem cavalos e imagens com outros animais da quinta. Sentia-se motivada ao folhear os livros e ao ver as imagens, emitindo o som dos animais e apontando com o dedo. Foi-lhe esclarecido o que era e o que estava a fazer. De início, as frases eram de nomeação: “Cavalo”; com a nossa correção “É o cavalo”, à criança competia a repetição da nova frase. O mesmo se verificava para a ação (“O que é que o cavalo está a fazer?”, “Comer”, “O cavalo está a comer a erva”). A repetição de frases mais extensas tornava-se uma dificuldade e isso verificava-se na sua reprodução (“O cavalo está a comer”). Foi-se persistindo para que dissesse a frase completa e, por vezes, causava-lhe frustração porque não era capaz de o fazer. No entanto, ao longo das sessões já se tornou capaz de responder à pergunta (“O que é que o cavalo está a fazer?”), nomeando o sujeito e a ação. Para que completasse a frase fazia-se a pergunta “O quê?”. A resposta era dada apenas com: “A erva”. Foi-lhe então pedido para repetir e, com o decorrer do tempo, obteve-se sucesso nas frases (“O cavalo está a comer a erva”). Atualmente, é capaz de dizer frases como o exemplo

supracitado, no entanto, no primeiro exemplo é necessário existir um estímulo para o fazer, sendo os enunciados seguintes mais cuidados e rigorosos.

Com o evoluir das sessões, introduziram-se imagens em sequências; inicialmente com duas e, posteriormente, passou-se para 3/4 imagens. Verificou-se, contudo, que as sequências se tornavam complicadas e não se atingia o sucesso na atividade, trazendo à criança um sentimento de frustração. Em alternativa, preferiu-se fazer alguns exemplos/fotos, utilizando a Maria como protagonista (“As mãos sujas”. “Lavar as mãos”). Com a visualização, era pedido à criança que reproduzisse em palavras a ação mostrada. Assim, conseguiu-se que as sequências de duas imagens começassem a fazer sentido para a criança, chegando ao sucesso com o trabalho regular e frequente em torno destas competências. De referir que as atividades com 3 imagens eram mais difíceis, pois exigiam maior tempo de concentração.

Mostraram-se ainda alguns desses exemplos. Na figura 1, em a) “A Maria tem as mãos sujas”; b) “A Maria lava as mãos”; c) “A Maria limpa as mãos”; e d), “A Maria já tem as mãos limpas”.

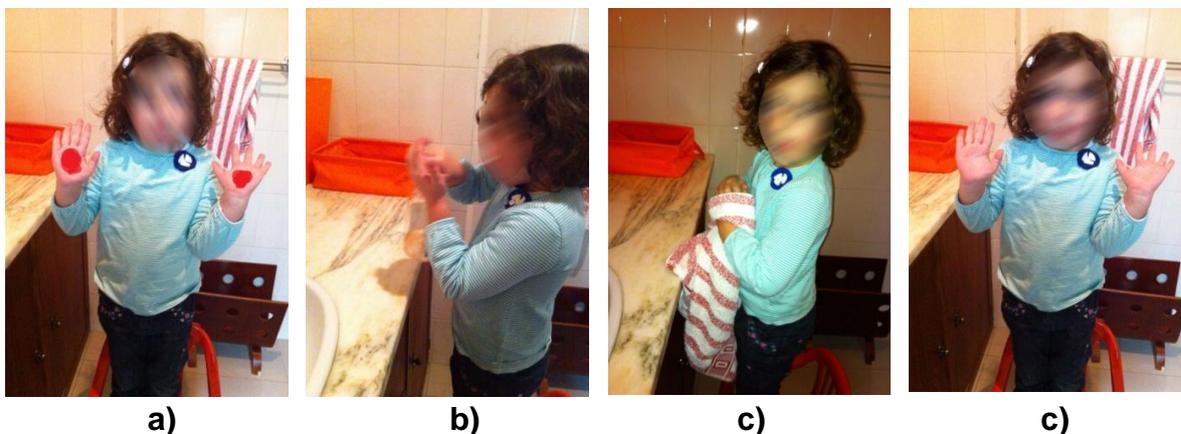


Figura 1 - Sequência de imagens da Maria

As imagens eram mostradas duas a duas, de forma a fazer uma sequência lógica. Para a promoção da aquisição da linguagem, devem utilizar-se palavras ou símbolos para rotular conceitos ou objetos, mas também assegurar que decorra de forma significativa e contextualizada, ajudando a criança a compreender e a usar a mesma palavra ou símbolo em vários contextos, privilegiando a generalização (Tetzchner & Martinsen, 2000).

Apresenta-se um exemplo de um relato em que se deu a fotografia a) e em seguida b).

Maria: “Ai a Maria.”  
Estagiária: “O que é que a Maria está a fazer?”  
Maria: “A Maria tem as mãos sujas.”  
Estagiária: “Muito bem! E aqui, o que está a Maria a fazer?”  
Maria: “A lavar as mãos.”  
Estagiária: “Quem?”  
Maria: “A Maria lava as mãos.”  
Estagiária: “A Maria lava as mãos com o quê?”  
Maria: “Com o sabão.”  
Estagiária: “A Maria...”  
Maria: “A Maria lava as mãos com sabão.”

Figura 2 - Exemplo de um diálogo entre a estagiária e a criança.

Salienta-se que não se fez a transcrição literal do discurso pronunciado pela Maria. Este exemplo pertence a uma fase mais avançada. Antes disso, era necessário, por vezes, dizer-se a frase completa e pedir-lhe para repetir: “Diz tu!”. Como era um trabalho mecânico e sistemático, a Maria interiorizou e já dizia as frases completas, havendo por vezes a necessidade de dizer-se o início para que ela repetisse depois.

Recorreu-se também a um jogo, em que a criança tinha de fazer a associação de vários objetos a uma prancha escolhida por ela. Uma das pranchas mais vezes escolhida era a da cozinha. Colocavam-se várias peças na mesa, incluindo utensílios de cozinha e peças de outras pranchas, e pedia-se-lhe que fizesse a associação. Inicialmente, a Maria fazia esta tarefa recorrendo à “técnica” de tentativa e erro. Posteriormente, passou a fazer a associação correta. Quando a prancha estava finalizada, explorou-se a imagem da prancha. Apresentaram-se dois momentos: um inicial, em que a Maria respondia apenas ao que lhe era perguntado, tendo por vezes ajuda; um segundo momento, em que se verificou uma evolução interessante, no discurso e na exploração.

<b>1.º momento</b>	<b>2.º momento</b>
<p>Maria: Cozinha.</p> <p>Estagiária: Quem está na cozinha?</p> <p>Maria: A senhora.</p> <p>Estagiária: A senhora está a fazer o quê na cozinha?</p> <p>Maria: A cozinhar.</p> <p>Estagiária: Muito bem! E mais? O que está a cozinhar?</p> <p>Maria: Pão.</p> <p>Estagiária: Não percebi. O que a senhora está a cozinhar?</p> <p>Maria: Manteiga no pão.</p> <p>Estagiária: Para quem é o pão com manteiga?</p> <p>Maria: Para comer.</p> <p>Estagiária: Quem come o pão com manteiga?</p> <p>Maria: Os meninos.</p>	<p>Maria: A mãe está a cozinhar.</p> <p>Estagiária: Muito bem! Onde está a mãe a cozinhar?</p> <p>Maria: Na cozinha.</p> <p>Estagiária: Quem?</p> <p>Maria: A mãe está a cozinhar na cozinha.</p> <p>Estagiária: Muito bem! O que está a mãe a fazer?</p> <p>Maria: O pão para os meninos. A mãe está a fazer o pão e os meninos comer.</p>

Figura 3 - Exemplo de um diálogo entre a estagiária e a criança.

Destacam-se estes dois momentos por serem exemplos onde se verificam algumas evoluções no discurso da Maria, passando de identificação e nomeação de objetos e ações para um discurso onde já usa frases com sujeito e predicado.

Na intervenção explorou-se a tarefa de contar histórias, aconselhando-a sempre a folhear cada livro calmamente, para que pudesse observar as imagens com atenção e para que as tentasse descrever. Esta atividade tornava-se exaustiva para a criança e o tempo de concentração/atenção que exigia não foi facilitador. Começou-se então por pedir à Maria que contasse uma história através de uma imagem. Colocaram-se perguntas de modo a auxiliar (Onde?; Quem?; O que faz?; O que aconteceu?; etc.).

Ainda com o objetivo de promover o desenvolvimento da linguagem oral, recorreu-se ao *faz de conta*, tendo sido utilizados objetos, como uma boneca, copo, prato e colher.

Estagiária: A menina tem fome. O que vamos fazer?
Maria: A menina come a sopa.
Estagiária: E agora? O que é que a menina quer fazer?
Maria: A menina quer brincar com a Maria.

Figura 4 - Exemplo de um diálogo entre a estagiária e a criança.

Neste momento, a Maria é capaz de fazer esta atividade sozinha, de forma espontânea e natural. No entanto, quando se trata de um livro, folheia rapidamente e para nas páginas que gosta mais e relata a parte da história de que se recorda.

Nas sessões da Associação Pais em Rede, as atividades por vezes eram complicadas e a Maria desmotivava rapidamente. A concentração/atenção era mais curta ainda, uma vez que estava num grupo com cerca de 7/8 crianças.

Em situações em que sentia frustração e desmotivação, foi-lhe perguntado o que queria fazer. Em alguns momentos, escolhia um livro e pedia para contar, pedia para ouvir canções no computador ou para cantar uma canção. Estes momentos foram também importantes, pois tornaram-se forma de comunicação da criança. A Maria começou com gestos e a apontar para pedir; porém, com o tempo, incentivou-se que tomasse a iniciativa de comunicar, expondo os seus pontos de vista, ideias, expressando interesses e tomando decisões (ASHA, 2010). Muitas vezes, nas sessões da Associação Pais em Rede, ficava no computador a ouvir, cantar e dançar as canções que passavam, superando o seu tempo de concentração.

Ao longo da intervenção, pensou-se num recurso de trabalho que pudesse desenvolver a comunicação e linguagem da criança, que estivesse relacionado com os seus interesses e com pelo menos um dos contextos. Surgiu a ideia de realizar um livro sobre a hipoterapia, com imagens de alguns exercícios realizados nas aulas e com alguns animais da quinta. Fez-se um registo fotográfico e colocaram-se as frases, para que as letras, as palavras e as próprias frases comesçassem a ser familiares para a criança. Para além do objetivo de

desenvolver a comunicação e linguagem da criança, através deste livro tínhamos o objetivo de promover competências sociais da criança (partilhar com os colegas do JI a sua experiência na hipoterapia). Aquando da finalização do livro, este foi trabalhado durante algumas sessões entre estagiária e criança, apenas, antes da apresentação aos pares.

A apresentação foi um momento de bastante sucesso. As outras crianças não sabiam o que era a hipoterapia e a Maria ajudou-os a perceber. A criança conseguiu relatar todas as páginas do livro, tornando-se claro o contentamento da Maria ao mostrar as imagens aos colegas. Em algumas páginas, houve necessidade de fazer algumas perguntas (“O que está a Maria a fazer?”), pois teve uma crise de ausência e voltar ao ponto onde estávamos tornou-se um processo um pouco demorado.

As crises de ausência eram frequentes e por vezes, era difícil retomar as atividades, uma vez que isto desencadeava também a perda de concentração/atenção da criança.

## 7. RESULTADOS

Descritos os procedimentos metodológicos seguidos no desenvolvimento do estudo, passa-se a apresentar o capítulo dedicado à análise e interpretação dos dados obtidos ao longo do processo de pesquisa, tendo como referência os objetivos e questões de investigação inicialmente formulados.

Apresentam-se os dados de avaliação do desenvolvimento da criança obtidos no início da intervenção através dos três testes aplicados (TALC, TFF-ALPE e TL-ALPE); faz-se a respetiva análise e interpretação. Estes dados contribuíram para a tomada de decisão sobre o sistema de comunicação a implementar. Por fim, são apresentados, analisados e interpretados os resultados obtidos após a intervenção. No entanto, salienta-se mais uma vez que se optou por não usar o TALC na segunda avaliação, devido ao fraco desempenho da criança. Concluiu-se que não era um teste contingente com as competências e necessidades que ela apresentava, tendo-se decidido usar o ALPE, o que se revelou uma boa escolha, pois permitiu identificar as áreas fortes e as áreas fracas no conjunto das competências da criança, e delinear a intervenção.

### 7.1 Avaliação antes da intervenção

Na tabela abaixo são apresentados os dados obtidos na primeira aplicação do teste, ou seja, antes da intervenção.

Tabela 6- Resultados do TFF-ALPE (Mendes et al., 2009) antes da intervenção.

<b>Avaliação antes da intervenção – TFF-ALPE (Mendes et al., 2009)</b>		<b>Cotações</b>
<b>Subteste Fonético</b>		43
<b>Subteste Fonético</b>	Omissão da consoante final (OCF)	7
	Redução de sílaba átono Pré-tónica (RSA)	18
	Redução do grupo consonântico (RGC)	0
	Semivocalização de líquida (SL)	12
	Oclusão (OCL)	29
	Anteriorização (ANT)	29
	Despalatização (DES)	17
	Posteriorização (POS)	26
	Palatização (PAL)	5
	Desvozeamento (DESV)	2
<b>Inventário fonético – fonemas não adquiridos</b>		<i>/l/, /ɲ/, /s/, /r/, /ʒ/, /z/, /v/ em posição média e final de sílaba; /h/ em posição média de sílaba; /ʎ/ em posição final de sílaba.</i>

Pode observar-se que, relativamente ao subteste fonético (articulação verbal), a Maria obteve uma cotação de 43 pontos, o que corresponde a um

percentil inferior a 5, ou seja, uma percentagem inferior ao esperado para a sua idade.

Quanto ao inventário fonético constata-se que os fonema /v/ e /g/ encontram-se adquiridos na posição inicial de palavra. Quanto ao fonema /l/ verificamos que não há ocorrência na posição final de palavra. E os fonemas /ʎ/, /ɲ/, /s/, /r/, /R/, /ʒ/ e /z/ ainda não estão adquiridos em nenhuma posição de palavra. Ocorrendo erros do tipo omissão dos grupos consonânticos e substituição dos sons /z/ e /s/ pelo som /ʃ/ e do som /t/ pela semivogal /w/. Ainda segundo os autores mencionados no momento anterior, 75% das crianças produzem os grupos consonânticos a partir da faixa etária [4;0], bem como as consoantes /ʒ/ e /z/. A consoante líquida /t/ em final de sílaba, é produzida por norma entre a faixa etária [5;0-5;6].

Reconhece-se também que, ao nível das consoantes /ʎ/, /ɲ/, /s/ e /R/, a Maria revela um atraso, uma vez que são adquiridas até à faixa etária [3;12].

No que concerne ao subteste fonológico verificamos a ocorrência de processos fonológicos, havendo ocorrência total no RGC (o pontos), ou seja, a criança não produz quaisquer grupo consonântico. Constatamos que há processos que não ocorrem, onde vemos uma pontuação total (ANT, DES e POS).

Em seguida, apresentam-se os resultados da aplicação do TALC (Sua-Kay & Tavares, 2006) antes da intervenção.

Tabela 7- Resultados do TALC (Sua-Kay & Tavares, 2006) antes da intervenção.

<b>Avaliação antes da intervenção TALC (Sua-Kay &amp; Tavares, 2006)</b>		
<b>Subtestes</b>		<b>Cotações</b>
<b>Compreensão</b>	Vocabulário	25
	Relações semânticas	7
	Frases complexas	0
<b>Expressão</b>	Vocabulário	22
	Frases absurdas	0
	Constituintes morfossintáticos	0
	Intenções comunicativas	0
<b>Pontuação obtida</b>		<b>54</b>

É possível verificar que o desempenho da Maria ficou muito aquém do que é esperado para a sua idade. Os resultados médios nos subtestes da compreensão para a faixa etária [3;00-3;11] são de 59,41, e nos subtestes da expressão são de 41,89. O desempenho total da Maria foi de 54 pontos; no entanto, em cada subteste de compreensão e expressão, obteve 32 e 22 pontos,

respetivamente, ficando bastante abaixo do valor médio esperado para a sua idade. Ainda, está no percentil inferior a 5 nos dois subtestes.

Neste teste, tanto na expressão como na compreensão, a nomeação e identificação de vocabulário são aspetos já dominados por parte da Maria, não apresentando neles dificuldades. Contudo, na compreensão, ao nível das relações semânticas de duas palavras de conteúdo, embora a criança consiga identificar aquelas imagens, que já fazem parte do seu quotidiano, que já tenha vivenciado, não consegue identificar as que nunca vivenciou. No que concerne à expressão, a Maria apresenta maiores dificuldades, não sendo capaz de responder a parte deste subteste.

Percebeu-se, com a aplicação do teste, que este não era contingente para as necessidades e competências da criança, tendo-se por isso decidido não fazer uma avaliação após a intervenção.

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos no TL-ALPE (Mendes et al., 2009).

Tabela 8 - Resultados do TALC (Sua-Kay & Tavares, 2006) antes da intervenção.

<b>Avaliação antes da intervenção TL – ALPE (Mendes et al., 2014)</b>	
	<b>Cotação</b>
<b>Expressão verbal oral (EVO): Semântica + Morfossintaxe</b>	27
<b>Compreensão auditiva (CA): Semântica + Morfossintaxe</b>	28
<b>Total Semântica (CA+EVO Semântica)</b>	46
<b>Total Morfossintaxe (CA+EVO Morfossintaxe)</b>	4
<b>Metalinguagem</b>	0
<b>Total TL-ALPE</b>	50

Os resultados do TL-ALPE revelaram que a Maria estava num percentil menor que 5. Nos subtestes de expressão verbal oral e compreensão auditiva; total morfossintaxe apresentava uma cotação inferior àquela que é esperada para a sua idade, encontrando-se num percentil inferior a 5. No entanto, a pontuação total da semântica encontrava-se no percentil 5.

É importante referir que a cotação obtida no subteste “Metalinguagem”, indicou que a Maria ainda não tinha competências linguísticas para realizá-lo.

## **7.2 Resultados obtidos após a intervenção**

Em seguida, apresentamos os resultados obtidos após intervenção.

Tabela 9 - Resultados do TFF- ALPE (Mendes et al., 2009) após a intervenção.

<b>Avaliação após a intervenção – TFF-ALPE (Mendes et al., 2009)</b>		
<b>Cotações</b>		
<b>Subteste Fonético</b>	57	
<b>Subteste Fonético</b>	Omissão da consoante final (OCF)	18
	Redução de sílaba átono Pré-tónica (RSA)	20
	Redução do grupo consonântico (RGC)	0
	Semivocalização de líquida (SL)	13
	Oclusão (OCL)	30
	Anteriorização (ANT)	29
	Despalatização (DES)	17
	Posteriorização (POS)	26
	Palatização (PAL)	7
	Desvozeamento (DESV)	5
<b>Inventário fonético</b>	/ʎ/, /r/ medial e final; /v/ medial e final; /s/ medial.	

No final da intervenção, verificaram-se algumas melhorias no inventário fonético que a criança apresentava, contendo apenas quatro fonemas por articular, salientando-se apenas que o fonema /ʎ/ não está adquirido. Os restantes estão em posição medial e final (/r/ e /v/), e o /s/ em posição final.

Relativamente ao subteste fonético (articulação verbal) e a “analisar”, a Maria obteve uma cotação de 57 pontos, o que corresponde a um percentil 5.

Seguidamente, apresentam-se os resultados obtidos dois meses após a intervenção.

Tabela 10 - Resultados obtidos dois meses após a intervenção.

<b>Avaliação dois meses após a intervenção – TFF-ALPE (Mendes et al., 2009)</b>		
<b>Cotações</b>		
<b>Subteste Fonético</b>	62	
<b>Subteste Fonológico</b>	Omissão da consoante final (OCF)	14
	Redução de sílaba átona Pré-tónica (RSA)	20
	Redução do grupo consonântico (RGC)	0
	Semivocalização de líquida (SL)	18
	Oclusão (OCL)	34
	Anteriorização (ANT)	29
	Despalatização (DES)	17
	Posteriorização (POS)	26
	Palatização (PAL)	10
	Desvozeamento (DESV)	6
<b>Inventário fonético</b>	Todos os fonemas adquiridos.	

como foi referido anteriormente, voltou a aplicar-se o TFF-ALPE dois meses após a intervenção, quando a Maria apresentava 4A:7M. Após a aplicação do teste, fez-se o levantamento do subteste fonético (articulação verbal), e depois da sua análise a cotação total foi de 62, o que corresponde a um percentil 5.

Quanto ao subteste fonológico, o agente de estudo melhorou, diminuindo a ocorrência da maioria dos processos fonológicos, deixando de realizar alguns.

Quanto ao inventário fonético, já consegue articular os sons todos. Na realização do teste, a Maria foi capaz de produzir todas as vogais do alfabeto fonético, e o mesmo se verificou nas consoantes oclusivas, laterais e fricativas.

Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados antes e após a intervenção de permitindo uma análise comparativa.

Tabela 11 - Comparação dos resultados obtidos antes e dois meses após a intervenção do TFF-ALPE (Mendes et al., 2009).

TFF-ALPE (Mendes et al., 2009)		Avaliação antes da intervenção	Avaliação dois meses após a intervenção
		<b>Cotações</b>	
<b>Subteste Fonético</b>		43	62
<b>Subteste Fonético</b>	Omissão da consoante final (OCF)	7	14
	Redução de sílaba átono Pré-tónica (RSA)	20	20
	Redução do grupo consonântico (RGC)	0	0
	Semivocalização de líquida (SL)	12	19
	Oclusão (OCL)	29	34
	Anteriorização (ANT)	29	29
	Despalatização (DES)	17	17
	Posteriorização (POS)	26	26
	Palatização (PAL)	5	10
	Desvozeamento (DESV)	2	6
<b>Inventário fonético - fonemas não adquiridos</b>		/N/, /ɲ/, /s/, /r/, /ʁ/, /ʒ/; /z/, /v/ em posição média e final de sílaba; /t/ em posição média de sílaba; /l/ em posição final de sílaba.	Todos os fonemas adquiridos.

Visualizam-se algumas melhorias, principalmente no subteste fonético, onde a Maria obteve uma cotação de mais 19 pontos em relação ao anterior. Após a intervenção, encontra-se no percentil 5.

Ao nível do inventário fonético, verificou-se que os sons que anteriormente não eram articulados, já se encontravam adquiridos.

Verificam-se ainda melhorias, relativamente ao subteste fonológico, onde alguns processos fonológicos deixaram de ocorrer. No entanto, no que concerne ao processo fonológico RGC verificamos que o número de ocorrências é total, ou seja, não produz nenhum grupo consonântico.

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos na segunda avaliação do TL-ALPE.

Tabela 12 - Resultados do TL- ALPE (Mendes et al., 2014) após a intervenção.

<b>TL – ALPE (Mendes et al., 2014) após a intervenção</b>	
	<b>Cotação</b>
<b>Expressão verbal oral (EVO): Semântica + Morfossintaxe</b>	38
<b>Compreensão auditiva (CA): Semântica + Morfossintaxe</b>	32
<b>Total Semântica (CA+EVO Semântica)</b>	58
<b>Total Morfossintaxe (CA+EVO Morfossintaxe)</b>	12
<b>Metalinguagem</b>	0
<b>Total TL-ALPE</b>	70

Os resultados obtidos após a intervenção revelaram que a Maria, em termos de percentis, se encontrava no inferior a 5.

Ao nível da expressão verbal oral, a cotação é de 38, indicando estar no percentil 5. A compreensão auditiva mostra estar no percentil inferior a 5, assim como o total da morfossintaxe. Ao nível da semântica, a Maria encontra-se no percentil 25.

No que diz respeito à Metalinguagem, o seu desempenho foi nulo, uma vez que não apresentava competências linguísticas para responder.

Tabela 13 - Comparação dos resultados obtidos antes e após a intervenção do TL-ALPE (Mendes et al., 2014).

<b>TL – ALPE (Mendes et al., 2014)</b>	<b>Avaliação antes da intervenção</b>	<b>Avaliação após a intervenção</b>
	<b>Cotação</b>	
<b>Expressão verbal oral (EVO): Semântica + Morfossintaxe</b>	27	38
<b>Compreensão auditiva (CA): Semântica + Morfossintaxe</b>	28	32
<b>Total Semântica (CA+EVO Semântica)</b>	46	58
<b>Total Morfossintaxe (CA+EVO Morfossintaxe)</b>	4	12
<b>Metalinguagem</b>	0	0
<b>Total TL-ALPE</b>	50	70

Observam-se algumas melhorias, essencialmente ao nível da EVO, onde a protagonista do nosso estudo auferiu mais 11 pontos, relativamente à prestação anterior à intervenção. Ao nível da CA, verificou-se uma pequena melhoria de 4 pontos. No total da semântica, após a intervenção obteve mais 8 pontos, bem como, no total da morfossintaxe. Ao nível da metalinguagem, a criança ainda não possuía competências linguísticas que lhe permitissem realizar o subteste.

## DISCUSSÃO

Através da análise dos testes de avaliação aplicados (TALC, TFF-ALPE e TL-ALPE), é possível constatar as dificuldades que este estudo de caso envolveu. Antes da intervenção (dezembro de 2013), Maria estava com 3A10M e então procurou-se recolher a maior quantidade possível de informação, para se poderem identificar as dificuldades sentidas, bem como as competências a desenvolver. Inicialmente, a criança apresentava uma linguagem elementar, pouco desenvolvida para a sua idade, nomeando palavras e apontando para exprimir os seus desejos e vontades. Segundo autores como Sim-Sim (2006), estas informações indicavam dificuldades na linguagem e possíveis perturbações, sendo este um dos sinais de alerta. Corroborando ASHA (2006), Andrade (2008) refere que as crianças de 3 a 4 anos deverão ser capazes, em termos de linguagem recetiva, de compreender perguntas como “onde?”, “quem?” ou “o quê?”, bem como responder a perguntas sobre histórias simples. Ao nível da sua linguagem expressiva, ela deverá contar acontecimentos, utilizando frases mais complexas e corretas; a expressão verbal oral deverá ser compreensível fora do círculo familiar; dizer o nome, idade e morada; usar plurais, os pronomes (eu, tu, ele) e os verbos no tempo passado; poderá apresentar dificuldades na articulação de alguns fonemas (Peixoto, 2007). Com a recolha de informação nas entrevistas, análise documental e observação direta, verifica-se que parte destas componentes estão por adquirir e, por conseguinte, considera-se que a Maria, em termos de linguagem expressiva e recetiva, apresentava características de uma criança de 1 ou 2 anos de idade. Ao nível da linguagem recetiva, enquadrava-se neste espectro de idades, uma vez que conhecia a função de objetos mais comuns, compreendia perguntas simples, ordens mais complexas e gostava de ouvir canções. No que concerne à linguagem expressiva, apresentava um vocabulário entre 50 a 200 palavras; utilizava a holófrase, surgindo combinações de duas palavras; recorria a perguntas simples e imitava sons de animais.

Os resultados obtidos na aplicação dos testes, antes da intervenção, vieram ao encontro destes aspetos, comprovando que Maria não possuía as competências articulatórias adequadas à sua idade. Aos 4 anos, é comum ter

presente os seguintes PF: OMF, RSA, RGC, SL, DES e DESV (Sim-Sim, 1998; Bernstein et al., 2002; Owens, Metz & Haas, 2000 citado por Bernstein et al., 2002; Rebelo & Vital, 2006; Rigolet, 2006; Puyuelo & Rondal, 2007; Mendes et al., 2009; Fernandes et al., 2010; Afonso, 2011). Deverá, também, ocorrer o desaparecimento dos PF OCL, POS e ANT. No teste fonológico anterior à intervenção, a criança encontrava-se no percentil inferior a 5, ostentando vários PF: ANT, PAL, DESV, OCL, OCF, SL, RSA e RGC, tendo ocorrido o desaparecimento dos PF POS, ANT, OCL e DES. O PF DES deverá desaparecer entre os 4 e os 5 anos (Sim-Sim, 1998; Bernstein et al., 2002; Owens, Metz & Haas, 2000 citado por Bernstein et al., 2002; Rebelo & Vital, 2006; Rigolet, 2006; Puyuelo & Rondal, 2007; Mendes et al., 2009; Fernandes et al., 2010; Afonso, 2011).

No teste de articulação verbal, o percentil apresentado era inferior a 5. Assim sendo, considerou-se que o agente de estudo apresentava um atraso ao nível fonológico, uma vez que, segundo o DSM-V (2013), manifestava incapacidade para usar sons da fala esperados para o nível etário e que se encontrava, nomeadamente, omissões das consoantes finais de sílabas (*brincar*, por exemplo, omissão do /r/) e substituições (/s/, /z/ e /ʒ/ por /ʃ/, por exemplo). Estes processos ocorreram antes da intervenção, no entanto, os resultados posteriores, no PF OMF, registaram uma melhoria de 7 para 14. O mesmo aconteceu na segunda aplicação, onde aumentou para 18, mostrando que a ocorrência deste processo estava a diminuir. No que concerne ao RSA, verificou-se que a sua ocorrência era reduzida, sendo registada uma melhoria de apenas um, nos dois momentos após intervenção. Estima-se que RSA deixe de ocorrer a partir dos 6 anos e meio. No entanto, os autores do TFF-ALPE referem que algumas crianças continuam a usar este processo nas palavras *televisão*, *telefone* e *umbigo*. No caso da Maria, ocorre nas palavras *televisão* e *telefone*.

Durante a intervenção, procurou-se que fossem atingidos todos os objetivos delineados. No TFF-ALPE, após intervenção, houve uma melhoria em que apenas 4 fonemas não estavam adquiridos. Dois meses após a intervenção, verificou-se que Maria já conseguia articular todos os sons. Ao longo das sessões, fomos constantemente corrigindo palavras mal articuladas por parte da

criança e vários foram os momentos em que esta era capaz de o fazer corretamente. Um dos exemplos que destacamos, é o segundo nome de uma das estagiárias, *Carlos*. Inicialmente, Maria articulava apenas a primeira sílaba, passando mais tarde a articular as duas. Omitia, no entanto, a consoante final da primeira sílaba, pronunciando *Calos*. No início de março, a criança já pronunciava o nome corretamente. Este aspeto verificou-se ao longo de toda a intervenção com outros exemplos. Mendes et al. (2009) referem que a aquisição do som /r/ em final de sílaba deverá ser entre os 4A6M e os 4A12M. Deste modo, verificaram-se melhorias ao nível do desenvolvimento fonológico de Maria.

No entanto, no que diz respeito aos grupos consonânticos (br, tr, cr, pr, pl), o processo fonológico RGC não estava ainda adquirido, ocorrendo na totalidade em todas as aplicações. Segundo Mendes, este processo pode ocorrer em crianças com apenas 5 anos. Durante o período pré-escolar, ocorre um desenvolvimento significativo e progressivo na articulação da criança (Lima, 2011), sendo que é entre os 3 anos e os 5 anos e meio que são adquiridos os fonemas do PE (Mendes et al., 2009).

A articulação é, por norma, clara e no que anteriormente se considerou haver dificuldade na produção de sons (/ʎ/, /ɲ/, /s/, /r/, /ʀ/, /ʒ/, /z/,...), no final da intervenção, os resultados da primeira aplicação do TFF-ALPE mostraram uma evolução, em que apenas os sons /ʎ/, /r/ medial e final; /v/ medial e final; /s/ medial, não estavam adquiridos. Na segunda aplicação do teste (dois meses após intervenção), verificou-se que todos os fonemas não adquiridos já o haviam sido, com a exceção do /r/ em final de sílaba e nos grupos consonânticos (pr, br, tr, ...).

Ao longo da intervenção, observou-se que em palavras extensas, polissilábicas, surgiam omissões de sílabas. No teste, comprovamos este dado nas palavras *televisão* e *telefone* em que a criança omite a segunda sílaba.

Inicialmente, a Maria, como já foi referido, encontrava-se em termos de linguagem recetiva, a níveis inferiores, tendo em conta a sua faixa etária. Ao longo da intervenção, procurou-se trabalhar bastante a compreensão e a expressão, uma vez que estas eram competências pouco evoluídas no seu desenvolvimento, tornando-se um aspeto preocupante e urgente a tratar. Durante a aplicação do TALC, perceberam-se as grandes dificuldades e o nível de atraso

em que se encontrava. Perguntas simples como “O que é?” e “Onde?”, eram facilmente respondidas, desde que as respostas já fizessem parte do seu léxico. Em termos de vocabulário, a criança não apresentou quaisquer dificuldades, tanto em termos de expressão, como em termos de compreensão. No entanto, na solicitação de algumas ordens, não entendia o que lhe era pedido, optando por brincar e manipular os objetos. Ao longo da aplicação, percebeu-se que as atividades eram de difícil interpretação pela Maria e, por isso, considerou-se que o TALC não era um teste contingente às suas atuais necessidades e competências.

Algumas melhorias foram evidentes em termos da sintaxe: a Maria, que inicialmente nomeava uma palavra ou recorria ao apontar para manifestar o seu desejo ou vontade, ao longo das sessões foi melhorando. O incentivo à repetição da frase completa, quando era entendido o que pretendia; o trabalho intensivo com imagens de sequências, em que perguntas como “onde?”, “o que está a fazer?”, contribuíram para a evolução de frases simples para frases mais complexas (“É o cavalo” para “O cavalo está a comer a erva”). Considera-se que todo o trabalho conjunto e articulado entre terapeuta da fala, educadora, educadora de Intervenção Precoce, técnica de reabilitação, hipoterapia e família, contribuiu fortemente para este desenvolvimento. Face aos resultados obtidos no TL – ALPE, registou-se também uma melhoria nesta área, obtendo mais 8 pontos ao nível da morfossintaxe.

A elaboração do livro sobre a hipoterapia foi um recurso excecional, pela forma como a Maria se dedicava enquanto era trabalhado, concentrando-se e mantendo-se motivada. Estava diretamente relacionado com ela, não só pelas suas fotografias, onde ela adorava ver-se, mas pelos animais, pelo espaço e por ser uma atividade que lhe dizia muito. “A Maria está em cima do cavalo” e “A Maria faz o avião em cima do cavalo”, foram as primeiras frases complexas e completas que pronunciou, conseguindo usá-las para outros exemplos (“O menino está em cima do cavalo”).

Ao longo da intervenção, trabalharam-se também outros conceitos como dentro/fora, cima/baixo, longe/perto, grande/pequeno, etc. Segundo Hamaguchi (2001), alguns destes, começam a ser adquiridos entre os 2-3 anos e a Maria ainda não os tem adquiridos. Verificou-se que, na primeira aplicação do TL-ALPE

não era capaz de realizar as atividades que solicitavam este tipo de resposta. Trabalhou-se com imagens e posteriormente, com o real, com objetos concretos. Apresentava dificuldades em dizer quando eram objetos concretos; no entanto, em imagens já o fazia com alguma destreza. Comprovou-se esta evolução nos resultados do TL-ALPE no final da intervenção. Numa das atividades solicitadas, apresentaram-se vários objetos (copo, prato, talheres e um boneco), estando estes colocados de forma estratégica para que usasse os termos cima/baixo, atrás/à frente, dentro/fora, etc., e na primeira aplicação a criança não foi capaz de responder a nenhuma. Todavia, na aplicação final já foi capaz de responder.

Ainda na aplicação deste teste, em termos de identificação, foi capaz de o fazer na totalidade, enquanto que na parte da nomeação não o conseguiu fazer.

No TALC verificou-se que a Maria, inicialmente, não era capaz de descrever uma imagem. O teste apresentava numa prancha, entre 3-4 imagens e a Maria não identificava as imagens solicitadas, considerando-se mais tarde que o facto de estarem muitas imagens juntas poderia tornar-se confuso, visto que, mostrando apenas duas imagens, já o fazia. Recorreu-se, então, ao mesmo género de perguntas, de forma a explorar as imagens. Atualmente, com três imagens, consegue-se em algumas vezes, que faça a respetiva identificação e nomeação.

Após a intervenção, havia consciência da evolução da Maria em determinadas competências. Ela passou a pedir o que queria sem ter de apontar ou de dirigir-se aos locais. Em termos de expressão oral e verbal, melhorou e passou a ser menos dependente.

Os resultados dos testes após a intervenção também refletem a sua evolução. No TFF-ALPE apresentou 19 pontos a mais em relação à primeira avaliação e eliminando alguns processos fonológicos (OCL e DESV); esta evolução corresponde a um marco do desenvolvimento que crianças entre os 3-4 anos já não realizam (Peixoto, 2011). Destaca-se a produção do som // no final das sílabas, que, segundo vários autores como Sim-Sim (1998), Mendes et al., (2009) e Andrade (2012), a sua aquisição é entre os 5A0M;5A6M, sendo este resultado um dado positivo, na medida em que transparece uma evolução ao nível fonético.

Quanto ao TL-ALPE, apresentou melhor prestação com mais 20 pontos que a primeira avaliação; no entanto, ainda está no percentil inferior ao que é esperado para a sua faixa etária, comprovando o seu atraso de desenvolvimento da linguagem.

Considera-se que todo o trabalho ao longo da intervenção e dos outros intervenientes (jardim-de-infância, IP, hipoterapia, TF), realizado ao longo deste tempo, beneficiou e contribuiu para o desenvolvimento da Maria em vários níveis: já é capaz de atirar a bola para o cesto na aula de hipoterapia, já não anda em bicos de pés enquanto circula pelo espaço, usa a fala para comunicar, descreve imagens e consegue descrever pequenas sequências de imagens.

A criança ainda apresenta défices de concentração/atenção característicos do seu diagnóstico clínico, onde as crises de ausência continuam a ser persistentes, influenciando a capacidade para executar tarefas até ao fim. Peixoto (2007) refere a importância de usar recursos que estejam diretamente relacionados com o sujeito, de forma a cativar a sua atenção e motivar para as atividades. Tendo por base o que está descrito na literatura, considera-se que a aplicação do livro foi um bom recurso de trabalho, na medida em que verificou-se que a criança retomava a atividade mais facilmente. Também o tempo de concentração/atenção e a sua motivação permaneciam na atividade, sendo estes superiores comparativamente a outras atividades desenvolvidas ao longo da intervenção.

## CONCLUSÃO

Comunicar é para muitos um processo já automatizado. É difícil para quem não é capaz e uma atividade desafiante para quem ajuda essas pessoas. Ser professor/educador ou técnico de saúde é isso mesmo, é aceitar todos os desafios e ir à luta para dar o melhor de si aos outros.

Ao longo deste estudo, foi dado sempre o melhor possível para a criança poder ser mais feliz, mais comunicativa e mais expressiva. Foi um grande desafio que inicialmente pareceu angustiante, mas que com o passar das horas e dos dias, e com a maior receptividade da criança, que se superou diariamente, se tornou extremamente gratificante.

A sua força de vontade em trabalhar e fazer melhor são merecedores de referência.

Uma criança de 4 anos com um historial de epilepsia é um caso que espoletou bastantes dificuldades na realização das atividades. As sessões eram complicadas pelo facto de, por vezes de minuto a minuto, surgir diante de nós um ser novo, como se de uma nova criança se tratasse. De um minuto para o outro, a Maria perdia toda a concentração e desligava-se da atividade que estava a realizar. As crises de ausência ocorriam com alguma frequência, e sempre que ocorriam, as atividades ficavam por isso suspensas. Cativar a atenção da criança e motivá-la para as atividades eram verdadeiros desafios, sendo então necessário perceber quais os seus gostos, e optar por utilizar o máximo de recursos que fossem para ela significativos.

Sessão após sessão, surgia algo que a criança dizia ou fazia, que surpreendia! Desde uma simples palavra, a um gesto ou uma expressão. Palmas e frases encorajadoras eram a nossa forma espontânea de reagir às suas evoluções, ajudando-a a perceber o bom trabalho que tinha feito.

Com base no quadro conceptual que enforma este estudo, verificou-se que, sempre que a aquisição das competências comunicativas da criança não se processe de modo espontâneo e que ela não esteja dotada de um nível de linguagem compatível com as etapas de desenvolvimento, é importante recorrer a

instrumentos alternativos que viabilizem as suas capacidades comunicativas e que estejam relacionados com as suas vivências.

Numa análise final, constata-se que, de uma forma geral, todos os objetivos foram atingidos, não na sua totalidade – na verdade, só quem trabalha com este tipo de crianças percebe que não é num curto espaço de tempo que se conseguem atingir. Promover e desenvolver exigem tempo e não dependem só do educador/professor ou do técnico de saúde. Nesta situação, a criança é quem comanda e decide, estando os profissionais dependentes da sua disposição, das suas patologias e vontades.

Destacam-se os resultados obtidos na aplicação do TFF-ALPE, onde a Maria melhorou bastante a articulação dos sons da fala, surpreendendo positivamente pela aquisição de um fonema que ocorre por norma, apenas a partir dos 5 anos de idade. Assim como, o facto de superar alguns processos fonológicos, a OCL e DESV, aproximando-a da faixa etária correspondente à sua idade. Segundo Peixoto (2011), a partir do momento em que as crianças superem os processos fonológicos e adquiram todos os fonemas do PE, a aquisição dos grupos consonânticos decorrerá de forma mais fácil e breve, consoante a estimulação que lhe for dada.

Procurou-se também corrigir sempre a criança de uma forma positiva, ou seja, optou-se por perguntar, em todas as vezes, o que queria dizer quando pronunciava mal ou apontava. Deste modo, favorecia-se que a Maria fosse obrigada a usar a linguagem para comunicar (Peixoto, 2011). Em momentos de desconcentração, deu-se preferência à ajuda verbal que consiste na formulação dos inícios de frase, pedindo-se que terminasse a frase ou que a repetisse. As crianças aprendem por imitação, e assim foi possível observar uma evolução, quando a Maria dizia as frases de forma espontânea, completas e corretas. O reflexo do trabalho realizado por nós e pelos outros técnicos foi constatado também na segunda aplicação do TL-ALPE, onde os resultados também foram melhores do que na primeira avaliação. Em termos de vocabulário, a Maria está na faixa etária correspondente à sua idade, não apresentando qualquer dificuldade na identificação do léxico, e sabendo para que servem os objetos. Ainda não consegue responder quando, depois de se disporem vários objetos à

sua frente, se lhe pergunta “qual é que serve para comer?”; no entanto, é capaz de responder corretamente quando confrontada com: “Para que serve a banana?”. Identifica ações quando lhe é questionado “Quem está a comer?” ou “Onde está a senhora a cozinhar?”.

Considera-se que a criação do livro “A Maria na Hipoterapia” tornou-se um recurso igualmente importante para o desenvolvimento das competências já referidas. Durante a apresentação, a Maria manifestou bastante interesse em contar aos colegas e à educadora. A sua prestação foi surpreendente, na medida em que sempre que descrevia as imagens do livro, mostrava-as de forma extasiante aos colegas.

Este recurso poderá ser adaptado para outras atividades que promovam o seu desenvolvimento, tais como: puzzles; fantoches dos animais e da Maria e pedir para criar uma história; animais em velcro, onde a criança poderá adicionar os objetos (cavalo colar as rédeas, por exemplo) fazendo a correspondência dos objetos nos sítios corretos; para aprendizagem da leitura, colar as frases nas imagens correspondentes.

Antes, a Maria era uma criança bastante expressiva pelo seu olhar. Hoje, a Maria é uma criança expressiva pelo seu olhar e pelas suas palavras.

## **BIBLIOGRAFIA**

Acosta, V., Moreno, A., Ramos, V., Quintana, A., & Espino, O. (2006). *Avaliação da Linguagem. Teoria e Prática do Processo de Avaliação do Comportamento Linguístico Infantil*. São Paulo: Editora Santos.

Afonso, M. (2011). *Análise de itens sintáticos em provas de avaliação da linguagem -Relevância para identificação de Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 3ª edição. Braga: Psiquilíbrios Edições.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing: Washington, DC and London, England

Andrade, F. (2012). *Perturbações da linguagem na criança: análise e caracterização*. Aveiro. Universidade de Aveiro

ASHA – *American Speech-Language-Hearing Association in Browning*, 2008.

Azevedo, L. (janeiro, fevereiro, março, 2005). *Tecnologias de Apoio à Comunicação Aumentativa*. *Diversidades*, ano 2, n.º7, p. 4-9.

Bernstein, D. & Tiegerman-Farber, E. (2002). *Language and communication disorders in children*. Boston: Allyn & Bacon.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.

Breia, P. & Almeida, R (2007). A classificação das crises epilépticas e das epilepsias in Alves, D. Luzeira, I. & Pimentel, J. (Eds) *Livro Básico da Epilepsia*. (p. 111-125). Lisboa: Liga Portuguesa contra a Epilepsia e a EPI

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Correia, L. M. (2003). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Costa, R. (2011). *Rastreio de perturbações de comunicação num agrupamento de escolas*. Aveiro. Universidade de Aveiro.

Coutinho, C. & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia Educativa em Portugal. Universidade do Minho: Revista Portuguesa de Educação, 2002, 15(1), p. 221-243

Dodd, B., & Bradford, A. (2000). *A comparison of three therapy methods for children with different types of developmental phonological disorder*. International Journal of Language & Communication Disorders, 35, No 2, p. 189-209.

Doose H. (1992) *Myoclonic-astatic epilepsy*. Epilepsy Research – Supplement 6:163–168. Retirado e consultado em 18 de julho 2014 através da URL: <http://doosesyndrome.org/files/doose-article-1992.pdf?phpMyAdmin=6847bcaa11f3a4c4a30eee927e12da01>

DREC et al., (2012). *Comunicação Aumentativa*. Leiria: ESECS – IPLEIRIA.

Fernandes, F., Mendes, B. & Navas, A. (2010). *Tratado de Fonoaudiologia*. (2ª ed.). São Paulo: Roca.

Fernandes, P.; Souza, E. (2001). *Procedimento educativo na epilepsia infantil*. Estudos de Psicologia, v. 6, n. 1, p. 115-120

Ferreira, D.; Toschi, L.; Souza, T. (2006). *Distúrbios de linguagem e epilepsia*. Estudos Goiânia, v. 33, n. 5/6, p. 455-471, maio/jun.

Finger, I., Quadros, R. M. (2008). *Teorias de Aquisição da Linguagem*. Florianópolis. UFSC

FONSECA, V. (1995). *Educação especial - programa de estimulação precoce*. Porto Alegre: Artmed Editora

Franco, M., Reis, M., & Gil, T. (2003). *Comunicação, linguagem e fala: perturbações específicas de linguagem em contexto escolar – fundamentos*. Lisboa: Ministério da Educação: Departamento de Educação Básica.

Gomes, A. L. (2004). *Afinal é só epilepsia*. Porto: Ambar

Gonçalves, O. (2007). Epilepsia e criança, Alves, D. Luzeira, I. & Pimentel, J. (Eds) *Livro Básico da Epilepsia*. (p. 241-252). Lisboa: Liga Portuguesa contra a Epilepsia e a EPI

GRÜNSPUM, H.; GROSSMAN, A. *A criança epiléptica*. In: GRÜNSPUM, H. (1992). *Distúrbios psiquiátricos da infância*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, p. 221-286.

Guerreiro, A. (2007). *Comunicação Aumentativa e Alternativa: teorias ampliativas do paradigma comunicacional para a inclusão e a qualidade de vida*. In Atas do 5º congresso da Associação Portuguesa de Ciências de Comunicação. Comunicação e Cidadania. (p. 1149-1157). Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade.

Guerrini R, Aicardi J. (2003). *Epileptic Encephalopathies with Myoclonic Seizures in Infants and Children (Severe Myoclonic Epilepsy and Myoclonic- Astatic Epilepsy)*. Clin Neurophysiol. 20(6):449-461.

Imagina Atividades: Comunicar com símbolos. Consultado em 24 de maio 2014 através da URL <http://atividades.imagina.pt/comunicar-com-simbolos-avaliacao-do-seu-potencial-pedagogico/comunicar-com-simbolos-logo>

Lima, J. M. L. (2007). Epidemiologia, Alves, D. Luzeira, I. & Pimentel, J. (Eds) *Livro Básico da Epilepsia*. (p. 21-25). Lisboa: Liga Portuguesa contra a Epilepsia e a EPI

Lima, R. (2011). *Fonologia Infantil. Aquisição, avaliação e intervenção*. Coimbra: Almedina

Malheiro, J.P. (2010). *Prevenção de Perturbações da Comunicação: Uma análise preliminar com Educadores de Infância*. Porto. Universidade Fernando Pessoa

Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão Panorâmica da Investigação-Ação*. Porto: Porto Editora.

Melro, A.; Castilho, J. (2012). *A Invisibilidade dos Ecrãs e a Inclusão Escolar de Alunos com Dificuldades Visuais: Breve reflexão teórica*. Atas II Congresso Internacional TIC e Educação. In Atas II Congresso Internacional TIC e Educação. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa

Mendes, A., Afonso, E., Lousada, M., Andrade, F. (2009). *ALPE – avaliação da linguagem pré-escolar. Teste fonético-fonológico*. Designeed, Lda.

Mendes, A., Afonso, E., Lousada, M., Andrade, F. (2009). *ALPE – avaliação da linguagem pré-escolar. Teste de linguagem*. Designeed, Lda.

MOREIRA, M. A. (2005). *A Investigação-Acção na Formação em Supervisão no Ensino do Inglês - processo de (co-)construção do conhecimento profissional*. Braga: I.E.P.- Universidade do Minho.

Nelson, H., Walker, P. & Panoscha, R. (2006). *Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force*. Disponível on-line em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/2/e298>. Último acesso em 30-10-2014.

Oliveira, M.A. (2005). Conhecimento linguístico e apropriação do sistema de escrita. Consultado em 18 de maio 2014 através da URL [http://www.pucminas.br/imagedb/mestrado\\_doutorado/publicacoes/PUA\\_ARQ\\_ARQUI20121017141358](http://www.pucminas.br/imagedb/mestrado_doutorado/publicacoes/PUA_ARQ_ARQUI20121017141358)

Oliveira, L., Pereira, A., & Santiago, R. (2004). *Investigação em Educação - abordagens conceptuais e práticas*. Porto Editora: Porto.

Pedrosa, C. (2004, dezembro). *Perturbações da fala e da linguagem*. *Nascer e crescer*, volume 13, n.º4, p. 337 - 341.

Peixoto, V. (2007). *Perturbações da Comunicação – a importância da deteção precoce*. Porto. Universidade Fernando Pessoa

Peixoto, V. & Rocha, J. (2009). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala - 1.º Volume*. Porto. Universidade Fernando Pessoa

PIMENTEL, J. S. *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2004.

Pinheiro, V. (2012). *Comunicação Alternativa e Aumentativa na Multideficiência – estudo de caso e proposta de formação*. Tese de Mestrado em Ciências de Educação na especialidade em domínio cognitivo e motor. Lisboa: ESE João de Deus.

PONTE, J. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. *Bolema*, 25, 105-132. Este artigo é uma versão revista e atualizada de um artigo anterior: Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, 3(1), p. 3-18.

Portal Aragonês. Consultado em 28 de abril através da URL <http://www.catedu.es/arasaac/>

Preto, P.M. (2010). *Aspectos clínicos e eletrencefalgráficos da síndrome de Dravet e da Síndrome de Doose*. Campinas: Unicamp

Puyuelo, M. & Rondal, J. (2007). *Manual de Desenvolvimento e Alterações da Linguagem na Criança e no Adulto*. Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva

Rebelo, A. & Vital, P. (2006). *Desenvolvimento da linguagem e sinais de alerta: construção e validação de um folheto informativo*. Oeiras: Revistas da ESSA, nº2, Edições Colibri, pp.69-98

Rigolet, S. (2006). *Para uma Aquisição Precoce e Optimizada da Linguagem*. Lisboa: Porto Editora.

Rodríguez, G. G., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Sanches, I. (2005). *Compreender, agir, mudar, incluir. Da investigação-acção à educação inclusiva*. Revista Lusófona de Educação, 5, p. 127-142.

Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGrawHill.

Seabra, F., Mota, G., & Castro, I. (2009). Metodologia. In. Mota, G. (Org.). *Crescer nas Bandas Filarmónicas. Um estudo sobre a construção da identidade musical de jovens portugueses*. Porto: Afrontamento, 57-72.

Silva, C. Gonçalves, S. (2007). Perturbações psicológicas e psiquiátricas em doentes com epilepsia – implicações para crianças, jovens e adultos, Alves, D. Luzeira, I. & Pimentel, J. (Eds) *Livro Básico da Epilepsia*. (p. 309-324). Lisboa: Liga Portuguesa contra a Epilepsia e a EPI

Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta

Sistemas alternativos e aumentativos da comunicação. Consultado em 28 de abril 2014 através da URL <http://saac-nee.blogspot.pt>

Sousa, A. (2005). *Investigação em educação*. Lisboa: Livros Horizonte

Sousa, C. (2011). *A Comunicação Aumentativa e as Tecnologias de Apoio*. In: *A acessibilidade de Recursos Educativos Digitais*. Caderno 6 SACAUSEF. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência. pp.51-63.

Sua-Kay & Tavares, D. (2011). *TALC – Teste de Avaliação da Linguagem da Criança*. Lisboa: Oficina Didáctica

Tetzchner, S.V. & Martinsen, H. (2000). *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa*. Porto: Porto Editora.

VYGOTSKY, L. (1989). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes,

VYGOTSKY, L. (1994). *A formação social da mente*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes

Yin, R. K. (2005) (editor). *Introducing the world of education. A case study reader*. Thousand Oaks: Sage Publications

