

Universidade Católica de Goiás
Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Psicologia

**A Influência da Cooperação dos Pais no
Processo Terapêutico para a Aquisição da
Linguagem**

Maria Aparecida Sumã Pedrosa Carneiro
Orientadora: Prof^a Ângela Maria Menezes Duarte, Ph.D.

Goiânia
2005

Universidade Católica de Goiás
Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Psicologia

**A Influência da Cooperação dos Pais no
Processo Terapêutico para a Aquisição da
Linguagem**

Dissertação defendida na conclusão
do Mestrado em Psicologia.

Maria Aparecida Sumã Pedrosa Carneiro
Orientadora: Prof^a Ângela Maria Menezes Duarte, Ph.D.

Goiânia
2005

Dedico este trabalho ao meu marido, Carlaile Cândido de Freitas, pelo constante companheirismo, apoio, carinho e dedicação.

Aos meus filhos, João Pedro e André, que com muito amor e compreensão suportaram todas as minhas ausências.

Ao meu filho, Lucas, que está por chegar.

Agradecimentos

A Deus por ter me acompanhado em mais este caminho e pelo quanto me abençoou durante este caminhar.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Ângela Maria Menezes Duarte, PhD., pela orientação neste trabalho, conduzida com sabedoria, paciência e dedicação.

Aos meus pais, Rosalina Pedrosa Carneiro e Lair Juscelino Carneiro, que com admirável simplicidade e carinho me aplicam, sempre que necessário, uma injeção de ânimo e coragem para continuar trabalhando, além de me proporcionar a tranquilidade necessária para que isto ocorra.

Aos meus irmãos Adoniro e Alexandre, que dedicaram tempo de descanso para me auxiliar na confecção deste trabalho.

Agradeço sinceramente ao amigo e Professor Doutor Weber Martins, PhD., pelas valiosas e oportunas considerações e contribuições neste trabalho.

Às amigas Márcia Telma de Lima Leite, Virgília Grazielle dos Santos Moreira e Patrice Elizabeth Zampronha, pelo apoio carinhoso e companheirismo durante todo o período da pesquisa e pela contribuição nos testes de fidedignidade.

Ao amigo e mestre, Hélio de Lima Barbosa, por sua generosa contribuição na confecção dos gráficos e tabelas.

Às amigas Paulline Érica Oliveira Ramos e Tayrine Érica Oliveira Ramos, que trabalharam com dedicação, paciência e eficiência em todos os momentos da pesquisa, realizando o trabalho de secretariado.

À Ana Paula Zaconeta, amiga e colega de mestrado, que muito contribuiu com revistas científicas e artigos, além do carinho dedicado.

Agradeço profundamente aos participantes deste estudo, bem como aos seus familiares pela disposição apresentada e pelo muito que me ensinaram.

À Clínica-Escola de Fonoaudiologia da Universidade Católica de Goiás, pelo auxílio na busca dos participantes.

A todos que, direta ou indiretamente, me auxiliaram na elaboração do presente trabalho.

Sumário

I-Introdução.....	01
- Conceito de Linguagem e sua Aquisição.....	01
- A Influência do Meio na Aquisição da Linguagem.....	09
- Os Atrasos e os Distúrbios de Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem.....	12
- As Funções da Linguagem.....	17
- A Avaliação clínica da Linguagem.....	23
- A Intervenção Clínica da Linguagem.....	28
- A Cooperação da Família.....	42
II – Método.....	52
- Participantes.....	52
- Ambiente.....	52
- Material.....	53
- Procedimento.....	53
• Delineamento Experimental.....	53
• Sessões.....	57
III – Resultados e Discussão.....	61
IV – Conclusão.....	91
Referências Bibliográficas.....	94
Anexos.....	105

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1. Demonstração das fases da pesquisa com cada um dos participantes....	55
Tabela 2. Procedimento para a aquisição de um mando	61
Tabela 3. N° de mandos emitidos pelo Participante 1 em cada fase do estudo	77
Tabela 4. N° de mandos emitidos pelo Participante 2 em cada fase do estudo	80
Figura 1. Performance do comportamento do Participante 1 nas 12 habilidades comunicativas durante a aplicação da Linha de Base, Probe 1 e Probe 2 no ambiente clínico	64
Figura 2. Performance do comportamento do Participante 1 nas 12 habilidades comunicativas durante a aplicação da Linha de Base, Probe 1 e Probe 2 no ambiente residencial.....	65
Figura 3. Performance do comportamento do Participante 2 nas habilidades comunicativas durante a aplicação da Linha de Base 1, Linha de Base 2, e Probe 1 no ambiente clínico	69
Figura 4. Performance do comportamento do Participante 2 nas habilidades comunicativas durante a aplicação da Linha de Base 1, Linha de Base 2 e Probe 1 no ambiente residencial.....	70
Figura 5. Mandos emitidos no ambiente clínico pelo Participante 1	74
Figura 6. Mandos emitidos no ambiente residencial pelo Participante 1	78

Figura 7. Mandos emitidos em ambiente clínico pelo Participante 2	81
Figura 8. Mandos emitidos em casa pelo Participante 2.	82
Figura 9. Comparação da frequência de emissão de mandos do Participante 1 e Participante 2 em ambiente clínico	89
Figura 10. Comparação da frequência de emissão de mandos do Participante 1 e Participante 2 em ambiente residencial	90

Resumo

Considerando-se a história prévia de sucesso do uso de procedimentos baseados na Abordagem Comportamental no trabalho com crianças com atraso no desenvolvimento, alguns procedimentos dessa abordagem teórica foram combinados com técnicas fonoaudiológicas para tornar possível a aquisição de habilidades de mando por duas crianças, de 5 e 7 anos de idade, com atraso específico de linguagem. Na intervenção foram utilizados procedimentos de Reforçamento Positivo, Modelagem, Modelação e Esmacimento. Das técnicas fonoaudiológicas, as mais frequentemente usadas foram as de Colocação Fonética que incluem demonstração de ponto e modo articulatório dos fonemas que faziam parte dos mandos treinados. O estudo foi implementado em duas fases, Intervenção I e Intervenção II, e em dois ambientes: ambiente clínico e ambiente residencial. A primeira fase da intervenção foi conduzido somente no ambiente clínico com a intervenção da pesquisadora como terapeuta. Nessa fase os pais não tiveram uma participação ativa. A segunda fase de intervenção foi conduzida tanto na clínica quanto nas residências das crianças com a participação da terapeuta e dos pais como co-terapeutas. Os pais passaram a assistir a terapeuta em ação no ambiente clínico e em suas residências. A terapeuta também teve a oportunidade de observar os pais em ação. Eles receberam orientações sobre como estimular e reforçar a criança em todos os ambientes frequentados por elas para favorecer a aquisição e o desenvolvimento da linguagem. O desempenho das duas crianças foi medido em termos de frequência de ocorrência de mandos presentes nas verbalizações registradas durante quatro sessões semanais de 30 minutos cada. Os resultados mostram eficácia dos procedimentos utilizados nas duas fases de intervenção. Na segunda etapa, os resultados foram ainda mais evidentes, sugerindo que a participação dos pais como co-terapeutas resulta na aceleração do processo terapêutico.

Palavras-chave:

Atraso na Aquisição da Linguagem, Abordagem Comportamental, Terapia fonoaudiológica, Cooperação dos Pais.

Abstract

Considering the previous history of success of the use of procedures based on the Behavioral Approach in the work with children with developmental disabilities, some procedures of this theoretical approach were combined with techniques of speech therapy to make it possible the acquisition of mands abilities by two children, 5 and 7 years old with specific language delay. In the intervention were used procedures of Positive Reinforcement, Shaping, Modeling and Fading. Of the speech therapy techniques, the most frequently used were those of Phonetic Placement that included point demonstration and articulating forms of the phonemes that were part of the trained mands. The study was implemented in two phases, Intervention I and Intervention II, and in two settings: clinical setting and residential setting. The first phase of the intervention was conducted only in the clinical setting with the intervention of the researcher as therapist. In this phase, the parents did not have an active participation. The second phase of the intervention was conducted in the clinic as well in the children's residence with the participation of the therapist and of the parents as co-therapists. The parents began to watch the therapist in action in the clinical setting and in their residences. The therapist had the opportunity to observe the parents in action as well. They received orientation about how to encourage and reinforce the children in all settings they attended to, to favor the acquisition and the development of language. The two children's performance was measured in terms of frequency of occurrence of mands present in the verbalizations registered during four weekly sessions of 30 minutes each. The results show efficiency of the procedures used in both phases of intervention. In the second phase, the results were even more evident, suggesting that parents participation as co-therapists resulted in an acceleration of the therapeutic process.

Key Words: Language Acquisition Delay, Behavioral procedures, Speech Therapy procedures, Parents Cooperation.

“A linguagem é muito difícil de se colocar em palavras”

(Voltaire)

Conceito de Linguagem e sua Aquisição

A linguagem como forma de comunicação tem sido amplamente estudada em sua aquisição, desenvolvimento e alterações. Desde o surgimento da humanidade, o homem utiliza-se de gestos, sons e outras formas de comunicação para se expressar, chegando a desenvolver uma linguagem altamente elaborada, que hoje se constitui numa das mais importantes formas de interação entre os homens. (Paulovich & Moraes-Baldrighi, 2003).

Chiaratti, Sprocatti e Piovesana (2001) consideram a linguagem como um dos aspectos mais importantes do desenvolvimento, apontando-a como meio fundamental de comunicação e interação social e também como um canal de transmissão de informações complexas de uma pessoa à outra, permitindo, ainda, a organização de nossas experiências com o mundo, a integração e o aprendizado.

A linguagem possibilita a integração do indivíduo à sociedade, permitindo que expresse seu pensar, seu sentir e suas ações. O desenvolvimento da linguagem é importantíssimo para o homem estabelecer relações sociais com outros homens. É através do domínio da linguagem que o homem participa ativamente do mundo em que vive, não ficando apático diante das mudanças que ocorrem em seu dia a dia.

A linguagem oral é uma forma privilegiada de comunicação pela extrema flexibilidade e capacidade geradora de comportamentos complexos. Outras formas de comunicação como expressões faciais e gestos não oferecem essa flexibilidade. Frente aos efeitos abrangentes da linguagem, Nunes (1995) considera fácil realizar a previsão das conseqüências na vida escolar e social de uma criança que não se mostra capaz de adquirir linguagem de forma normal.

Estimulação, fatores culturais e nível sócio-econômico podem intervir de forma importante no desenvolvimento global da criança. A linguagem falada é o meio pelo qual a maioria das crianças se expressa e se faz compreender, sem precisar lançar mão de outros comportamentos tais como chorar, gritar ou apontar para demonstrar os seus desejos, vontades e até sentimentos. A partir daí, a criança determina modificações ao seu redor e adquire valores culturais do meio em que vive (Oppenheimer, Araújo, Marques & Azevedo, 2001).

Segundo Zorzi (1993), a aprendizagem da linguagem pela criança surge naturalmente durante o primeiro ano de vida, dependendo da harmoniosa integração dos fatores biológicos, afetivos e sociais. De acordo com o autor, a evolução infantil depende basicamente das características individuais da criança, condições orgânicas e afetivas, e das características de seu meio ambiente, que se referem aos aspectos sócio-familiares e oportunidades de aprendizagem. Inadequações ou alterações destes aspectos podem ocasionar atrasos no curso normal do desenvolvimento da criança.

As vocalizações mais importantes ocorrem entre o primeiro e o quinto ano de idade. Posteriormente, ocorre o aperfeiçoamento das capacidades já adquiridas mais

do que o aparecimento de habilidades totalmente novas (Bee, 1986). A compreensão da linguagem verbal surge antes de sua expressão, sendo que as crianças são capazes de entender muitas formas de sentenças antes de poderem usá-las espontaneamente na sua própria fala (Bee, 1986; Riper & Emerick, 1997; Newcombe, 1999).

Gerber (1996) afirma que durante o período pré-escolar, variando do nascimento até os cinco anos de idade, espera-se que a criança passe fácil e uniformemente pela emissão de sons, de palavras isoladas, de combinações simples e sentenças complexas, até igualar-se ao padrão do adulto. De acordo com Gerber, tais fases de aquisição da linguagem acontecem de forma progressiva, sendo que as novas habilidades são usadas para modificar e aperfeiçoar as habilidades já existentes, indispensáveis para a nova aprendizagem.

Segundo Skinner (1957), a linguagem é um comportamento funcional, multicausado, que se desenvolve pelos efeitos do meio ambiente sobre a conduta da criança e dela sobre o meio. De acordo com Skinner, a inter-relação entre os aspectos biológicos e o meio ambiente permite a aquisição, o desenvolvimento e a abrangência da linguagem. Skinner diz ainda que a linguagem é adquirida pelo condicionamento entre estímulos e respostas e o indivíduo tem a habilidade de imitar o que o meio lhe mostra. A exposição da criança ao meio faz com que ela desenvolva suas potencialidades por meio da imitação e do reforço às respostas apresentadas.

Para Uzum (1999), o processo de desenvolvimento da linguagem, embora não obedeça a uma ordem rígida de acontecimentos, ocorre por etapas evolutivas que podem ser constatadas e avaliadas. Estas etapas dividem-se em pré-lingüística e lingüística.

Durante o período da etapa pré-lingüística, a criança usa sons inconsistentes, sem significado. Tais sons são, principalmente, um exercício para as pregas vocais. O bebê parece estar brincando com seus lábios, sua língua e sua laringe assim como brinca com os dedos de suas mãos e de seus pés. Durante este período o desenvolvimento da linguagem não depende inteiramente de estimulação externa, pois, de acordo com Uzum (1999), observou-se que crianças com pouca ou muita estimulação tiveram o mesmo desempenho. Os pais que correm entusiasmados quando a criança, na fase do gorjeio, começa com seus ensaios de fala e a interrompem estão deixando de apreciar sua importância na aprendizagem da fala (Riper & Emerick, 1997). A criança tem de, simultaneamente, ouvir e sentir o som repetidas vezes até que ele surja como uma identidade.

A etapa pré-lingüística apresenta duas fases: - *fase do gorjeio*, que ocorre por volta dos três a quatro meses e é caracterizada por vocalizações sem significado. São sons de prazer que em geral são manifestados quando a criança está sendo alimentada, tomando banho ou contente por qualquer razão. - *fase do balbucio*, que acontece em torno dos seis aos nove meses e é quando a criança começa a emitir sons tanto de consoantes como de vogais. A criança produz esses sons com mais frequência, repetindo para si própria sons que se assemelham a sílabas do tipo consoante-vogal. Para Riper & Emerick (1997), a imitação é essencialmente um meio de perpetuar um estímulo, e o balbucio é uma auto-imitação autêntica. Os autores relatam, ainda, que quando o balbucio é interrompido ou atrasado devido a doenças o surgimento da fala propriamente dita, em geral, também se atrasa na mesma proporção.

É muito importante a estimulação externa e o reforço social dos pais durante os balbucios, pois a atenção dos pais ajuda a criança a discriminar ou filtrar, dentre muitos, aqueles sons que fazem parte da língua materna (Staats,1968).

A etapa lingüística, explica Uzum (1999), é o período constituído pela linguagem verdadeira, isto é, a criança passa a emitir sons que terão relação com a linguagem que será usada posteriormente. Inicia-se também como um jogo, diferenciando-se da etapa anterior pelo fato de que este jogo não mais será individual e passivo, mas terá a participação de outras pessoas. A criança brinca com os sons que produz, repetindo e tentando emitir sons de outras pessoas. Tais emissões já começam a adquirir algum significado. A criança começa a perceber o significado existente em suas emissões. Ocorre, normalmente, por volta dos dez aos doze meses. Esta etapa também apresenta subdivisões: - *primeiros vocábulos*, que ocorrem por volta dos doze meses e se estende até mais ou menos os dezoito meses. É quando a criança começa a usar sua primeira palavra ou palavras. É a fase mais aguardada pelos pais. É comum os pais não perceberem as palavras iniciais por esperarem uma perfeição que ainda não existe. As palavras iniciais podem não se parecer em nada com o que os pais consideram palavras reais. Uzum (1999) destaca que para a junção de sons ser considerada uma palavra não é necessário que seja igual às palavras faladas pelos adultos, mas sim que a criança use esta palavra consistentemente para se referir a algum objeto ou pessoa tendo, portanto, algum significado. - *frases*, iniciam-se por volta dos dezoito a vinte meses de idade e vão se desenvolvendo até chegar ao padrão de frases completas como as do adulto. A criança começa juntando duas palavras de cada vez e depois vai acrescentando vocábulos, partindo do mais concreto

com a ação, isto é, nome ou objeto + verbo, mais tarde objeto + pronome, para posteriormente ir introduzindo elementos como artigos, preposições, conjunções e outros, desenvolvendo-se até chegar ao padrão adulto (Uzum, 1999; Lowe, 1996).

Staats (1968) explica que as primeiras vocalizações da criança são reforçadas diferencialmente, de forma que a criança cada vez mais emite os sons da língua falada em sua comunidade. Diz ainda que as vocalizações dos pais, por associação com reforços positivos, tais como comida, adquirem propriedades de reforçadores secundários. Ocorre, então, uma generalização desse valor de reforçadores secundários das vocalizações dos pais para as vocalizações do próprio bebê, que se tornam reforçadoras por si mesmas. O reforçamento direto dos pais e o auto-reforço da criança levam à aquisição gradual de sons, sílabas e finalmente palavras. Os pais passam depois a exigir, cada vez mais, correção maior na pronúncia das palavras para dar o reforço.

A palavra torna-se a unidade e a criança é reforçada por rotular corretamente os objetos do ambiente. Além disso, estímulos internos, tais como os associados à fome ou sede, controlam o comportamento verbal. Dessa forma, estímulos variados passam a controlar muitas respostas verbais (Staats, 1968).

Uma vez que a criança possua um repertório verbal de palavras, continua Staats (1968), ela passa a ligá-las em grupos de duas palavras. Este desenvolvimento não é função da maturação, mas do treinamento que os pais espontaneamente fazem, expandindo as frases. Nesta fase, os pais exigem mais que uma única palavra para dar o reforçador. Poderão exigir duas ou mais para ser atendida (Staats, 1968).

Riper & Emerick (1997) mencionam três estudos sobre o desenvolvimento da linguagem: a) Dale (1976) observou que o início médio das primeiras palavras varia de nove a dezoito meses para crianças normais. A idade média foi de quinze meses quando o critério para o surgimento do enunciado verbal foi aumentado da primeira palavra a um vocabulário de pelo menos dez palavras; b) Barret (1985) sugeriu que a compreensão antecede a produção ao observar que algumas crianças começam a falar muito mais tarde, e quando o fazem, podem falar frases com várias palavras; c) Smith (1926) relatou que uma criança de três anos já utiliza 896 palavras diferentes; aos quatro anos, 1.540, aos cinco, 2.971. No entanto, Riper e Emerick não descreveram como Smith chegou a números tão precisos e consideram estes números muito moderados. De acordo com Sundberg & Partington (1998), uma criança de três anos de idade, que está dentro dos padrões de normalidade emite por volta de vinte mil palavras por dia.

Newcombe (1999) afirma que há variações no desenvolvimento de vocabulário das crianças e estas estão relacionadas, em parte, com o modo como muitos pais e outros adultos falam com as crianças. Lembra, ainda que, em média, as meninas começam a falar mais cedo do que os meninos, mas esta diferença desaparece após os dois anos de idade.

Riper & Emerick (1997) consideram que pelo menos três variáveis ambientais são imprescindíveis para se estimular o desenvolvimento da fala: a) uma ligação positiva sob o ponto de vista emocional com um tutor que incentive as iniciativas de comunicação da criança; b) pelo menos um modelo de fala (uma pessoa) que utilize

padrões de linguagem simples, porém bem formados; e c) oportunidades para exploração e variação das experiências cotidianas que estimulem a necessidade de comunicação. Fernandes (1998) considera que tão importantes quanto o oferecimento de padrões de fala corretos e hábitos orais adequados são a valorização da criança como interlocutor e da linguagem como meio de conhecer e atuar no mundo.

Skinner (1957) argumenta que nas linguagens naturais o responder é frequentemente resultado de vários estímulos discriminativos e/ou variáveis motivacionais que estão presentes ao mesmo tempo.

O adulto se expressa muito mais que a criança; mas, não basta que a mãe seja muito falante para que seu filho tenha uma boa linguagem; o discurso deve ser dirigido à criança. A relação adequada e afetiva com o ambiente em que a criança interatua é indispensável (Aimard, 1986; 1998; Del Rio & Vila-Seca, 1997). Zorzi (1993), afirma que para poder adquirir linguagem, a criança precisa de pessoas que falem com ela, que criem situações nas quais novas habilidades comunicativas sejam exigidas, que invistam em seu crescimento e que sejam também capazes de compreender seus ensaios e erros no campo da linguagem.

Para que o desenvolvimento da fala e da linguagem ocorra normalmente, os seguintes requisitos são necessários: maturação neuro-motora normal; saúde emocional e física normal; sistema auditivo normal; capacidade intelectual e desenvolvimento cognitivo normal e um ambiente estimulante e encorajador (Riper & Emerick, 1997; Jakubovicz, 2002).

Newcombe (1999) acredita que o cérebro se encontra especialmente “de prontidão” para “receber” a linguagem durante a infância, isto é, há um período crítico para se aprender a linguagem. A autora cita Elliot (1981), que afirma que “dentro deste período, espera-se que a aquisição da linguagem aconteça normalmente, mas, fora dele, isso é difícil, senão impossível”. Riper e Emerick (1997) apresentam a mesma posição. Para Sampaio e Farias (2000), o período mais favorável para a estimulação da linguagem está entre zero e três anos de idade, fase considerada pelos autores como a melhor e mais importante para o desenvolvimento global da criança.

Rescorla, Roberts e Dahlsgaard (1997) sugeriram, a partir de um estudo realizado, que existe uma correlação entre a época do diagnóstico e o desempenho apresentado por crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem, de forma que as crianças mais velhas apresentariam nível de linguagem expressiva pior que as crianças mais novas.

Em seu tratamento sobre a linguagem Skinner (1957) propõe que a linguagem é um comportamento primeiramente causado por variáveis ambientais, tais como reforçamento, motivação, extinção e punição. Esta visão da linguagem difere substancialmente de outras visões que assumem a linguagem como primariamente causada por variáveis cognitivas ou biológicas (Chomsky, 1957; Brown, 1973; Pinker, 1994). Enquanto os argumentos sobre as causas da linguagem continuam, a teoria que tem produzido os mais efetivos resultados para crianças que apresentam autismo ou outros distúrbios desenvolvimentais é a abordagem comportamental de Skinner (Maurice, Green e Luce, 1996).

A Influência do Meio na Aquisição da Linguagem

Jakubovicz (2002) afirma que a linguagem abrange aspectos sociais, econômicos e culturais. Explica que crianças educadas num meio onde existe desvantagem sócio-cultural apresentam maior probabilidade de sofrerem alterações na linguagem, considerando-se os modelos lingüísticos recebidos, muitas vezes inadequados, dentre outros aspectos.

Uzum (1999) ressalta que o meio em que há escassez ou exagero de estímulos lingüísticos torna-se contraproducente, e também construções gramaticais e articulações muito infantis ou por demais elaboradas, desfavorecem o desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança.

Wulbert, Inglis, Kriegsman e Mills (1975) observaram em seu estudo, que pais de crianças com deficiência de linguagem mostravam-se menos compreensivos e mais críticos do que pais de crianças sem problemas de linguagem. De acordo com as observações realizadas, as mães de crianças com deficiência de linguagem satisfaziam as necessidades físicas das crianças, mas não se integravam ativamente com elas.

Algumas mães relatam que seus cuidados com a criança que reage pouco às situações tornaram-se mecânicos e pouco compensadores. Law (2001), em seus estudos de caso, aponta a possibilidade de os pais, quando a criança é pouco responsiva, abandonarem as tentativas de controlar o comportamento infantil por meio da fala e, assim, negar a capacidade da criança em se comunicar. Em tais circunstâncias, nenhuma tentativa é feita para explicar porque um comportamento é

inadequado ou errado. Relata também, casos de expectativas altas do adulto em relação às habilidades gerais da criança, levando à utilização de um nível de linguagem inadequado para com ela, afirmando que tal atitude também é tão prejudicial quanto a relutância absoluta dos pais em usar a linguagem.

Tessitore (1995) diz ser comum crianças, que embora não apresentem alterações quanto ao desenvolvimento cognitivo, não tenham problemas de audição e apresentam boa capacidade de compreensão, não conseguem adquirir satisfatoriamente linguagem porque o meio parece não ser um bom “provedor” dessa forma de comunicação.

Bereiter e Englemann (1966), citados por Riper e Emerick (1997), mostraram em seu estudo que crianças pré-escolares vindas de classes socioeconômicas mais baixas apresentaram deficiências no vocabulário, no comprimento de frases e na complexidade da estrutura gramatical. Argumentam que em tais situações de vida há, muitas vezes, um aglomerado de pessoas, ruído em excesso e pouco tempo para os pais darem o tipo de estimulação lingüística que facilita a aprendizagem.

Del Rio e Vila-Seca (1997) pontuam que os níveis socioculturalmente precários podem perpetuar na criança formas de comunicação lingüística pobre e atrasada devido ao feedback também distorcido. Por vezes, o ambiente familiar é pouco estimulante, mesmo que o nível sócio-cultural seja elevado (ver também Alonso, 1997). Goldfeld (1998) também acredita que a linguagem é influenciada por fatores socioeconômicos.

Law (2001) argumenta que enquanto crianças de grupos socioeconômicos inferiores geralmente têm desempenho mais baixo em testes de linguagem em comparação aos grupos de classe média, é provável que sua performance tenha muito mais a ver com a estrutura dos testes utilizados ou com as expectativas dos pais do que, especificamente, com as habilidades lingüísticas. Ressalta ser provável que circunstâncias de pobreza acentuada ou uma combinação de fatores adversos poderem ter efeito pernicioso. Mas, além desse fato, insiste que é preciso ter bastante cuidado ao se associar o desenvolvimento insatisfatório ao status socioeconômico. Mesmo quando a desvantagem parece ser a razão primária, tal fato é insuficiente para explicar toda a variação que ocorre (Bishop e Mogford, 2002).

Segundo Carvalho e Homem (2001), filhos de mães ausentes, ou de mães superprotetoras, que não os deixam terem as frustrações normais do ser humano, e também bebês que são hospitalizados por um grande período têm grande probabilidade de apresentarem um atraso na aquisição, desenvolvimento e abrangência da linguagem, porque a estimulação adequada é feita mediante modelos, em ambientes estimulantes, diante de pequenas ações da mãe como trocar a fralda do bebê e ao mesmo tempo ir conversando com ele. Os autores consideram que a ausência da mãe ou de uma substituta trará prejuízos à aquisição e ao desenvolvimento da linguagem da criança.

Uzum (1999) declara que os modelos verbais fornecidos pelo meio influenciam pela sua quantidade e por suas relações com a situação vivida pela criança. Assegura, ainda, que o intercâmbio entre crianças e adultos não se restringe

a um recebimento passivo por parte das crianças. A estimulação tende a ser mútua, de modo que as crianças pouco ativas e que respondem pouco aos estímulos podem provocar desinteresse dos adultos. Por outro lado, crianças cujas vocalizações são ignoradas ou mesmo reprimidas dificilmente aumentam e diversificam suas emissões (Uzum, 1999).

Os Atrasos e os Distúrbios de Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem

Embora elas possam demorar a falar, a maioria das crianças com problemas no desenvolvimento da linguagem consegue adquirir algum recurso verbal. No entanto, algumas não aprendem a falar e o impacto é enorme (Riper e Emerick, 1997). Geralmente, quando a linguagem é perturbada em sua aquisição – o que ocorre na maioria dos casos – seu estabelecimento é tardio e os progressos seguem um ritmo lento (Aimard, 1986).

Os atrasos de linguagem não têm todos, a mesma origem, a mesma evolução, a mesma importância. Sob o rótulo de “problemas de linguagem” ou “atraso de linguagem” misturam-se problemas muito diversos em sua expressão, origem e gravidade (Aimard, 1998).

Crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem apresentam uma diferença de pelo menos 12 meses entre a idade cronológica e a idade lingüística para serem consideradas como atrasadas neste desenvolvimento. No atraso de aquisição da linguagem, a defasagem respeita as etapas habituais do desenvolvimento e se reduz

progressivamente com o tempo, com ou sem intervenção. A ausência de oralidade em crianças com quatro anos de idade ou mais, em circunstâncias de alteração específica de linguagem sem privação social significativa, é característica de distúrbio e não de atraso (Hage e Guerreiro, 2004).

Aimard (1998) não considera tão importante que a linguagem seja construída aos quatro anos em vez de aos três ou menos, se a criança consegue compreender, fazer-se compreender e ocupar seu lugar entre as outras. Se houvesse a certeza de que mais cedo ou mais tarde a criança falaria não haveria necessidade de grandes preocupações. Contudo, nem sempre isso ocorre.

De acordo com Aimard (1986; 1998) às vezes, os problemas de linguagem são consequência direta de uma causa precisa. A etiologia dos problemas graves da linguagem, além da ausência da linguagem podem ser:

- Problemas auditivos graves: surdez grave ou profunda;
- Alguns déficits neurológicos provocados por lesões cerebrais;
- Atrasos globais, chamados de retardo ou debilidade mental profunda ou média;
- Problemas graves da personalidade vinculados ao autismo infantil ou a certas psicoses infantis.

Aimard (1998) ressalta ainda a existência de um grande número de problemas de linguagem que não derivam dessas causas principais. São os chamados “problemas essenciais da linguagem”. Hage e Guerreiro (2004) definem esta alteração no desenvolvimento da linguagem como uma manifestação primária de linguagem que ocorre na ausência de lesão neurológica diagnosticada, perda auditiva,

comprometimento intelectual e distúrbios comportamentais e emocionais significativos. Na classificação desenvolvida a partir do DSM IV (1995) esses distúrbios de linguagem apresentam-se na categoria de problemas específicos chamando-se Deficiência Específica de Linguagem ou Distúrbio Específico de Linguagem (DEL).

Há uma discussão sobre a adequação do termo *específico* para caracterizar o Distúrbio Específico de Linguagem, já que podem ser encontradas manifestações não lingüísticas tais como dificuldade no desenvolvimento do jogo simbólico, hiperatividade, atenção reduzida e algum déficit em habilidades não-verbais. Porém, o termo *específico* não significa que a criança não possa ter outras dificuldades cognitivas, mas que elas a apresentem em um grau muito inferior às dificuldades com a linguagem (Hage & Guerreiro, 2004).

Dentre todas as deficiências, os distúrbios da comunicação são os mais prevalentes nos EUA e levantamentos em outros países relatam dados de prevalência semelhantes (Peckman, 1973; Silva, 1980; Beitchman, 1986 – citados por Riper & Emerick, 1997). No Brasil, Andrade, Lopes & Wertzner (1991) encontraram que 13,7% das crianças atendidas pelo Setor de Pediatria de um centro de Saúde-Escola da cidade de São Paulo apresentavam alterações de comunicação de manifestação primária. Deste percentual, os distúrbios articulatorios eram prevalentes (7,4%), seguidos das defasagens de aquisição de linguagem (3,0%).

De acordo com levantamentos e estimativas feitos por especialistas (Leske, 1981; ASHA, 1982; Larkins, 1985), uma em cada dez pessoas tem uma deficiência de fala, linguagem ou audição.

Aimard (1998) sugere que o grupo de problemas essenciais da linguagem é o mais numeroso e o menos homogêneo dentre os problemas de linguagem. Em um extremo encontram-se os problemas mais leves (atrasos simples da linguagem); no outro, problemas gravíssimos, excepcionais, de crianças que não falam nada ou praticamente não elaboram nenhuma linguagem, não só aos cinco ou seis anos, mas também nos anos posteriores. Entre esses dois extremos encontra-se uma graduação de problemas de linguagem, nos quais se misturam dois fatores predominantes: importante atraso nas aquisições e elementos de disfunção que são chamados de disfasias da criança. Aimard sugere que em vez de definir fronteiras, uma das preocupações dos especialistas da linguagem deve ser a de buscar sinais que lhes permitam situar se as dificuldades de uma criança não passam de um atraso de aquisição ou evocam a sintomatologia das disfasias.

Jakubovicz (2002) explica que crianças com quadro disfásico parecem apresentar compreensão normal, mas só compreendem elementos concretos e familiares. Relata que essas crianças apresentam dificuldades no seguimento de ordens complexas, com os elementos em série, com a sintaxe e com os fatores temporais e causais. No entanto, a compreensão verbal será sempre melhor que a expressão oral.

Um estudo realizado por Befi-Lopes & Galea (2000), com a finalidade de analisar o desempenho lexical de crianças com Distúrbios Específicos da Linguagem indicou menor frequência na nomeação das palavras-alvo por estas crianças em relação a crianças sem queixas de linguagem. Outro dado encontrado referiu-se ao grande número de segmentos ininteligíveis que ocorreram nas nomeações dessas crianças.

Befi-Lopes, Cattoni e Almeida (2000) analisaram as funções comunicativas utilizadas por dezessete sujeitos com Distúrbios Específicos de Linguagem, com faixa etária de 2 anos e 8 meses e 6 anos e 5 meses de idade. Os resultados encontrados indicaram que estas crianças utilizam predominantemente as seguintes funções comunicativas: comentário, pedido de informação, performativa e jogo compartilhado, respectivamente. Observaram que estas crianças produziram menos atos comunicativos do que o esperado e maior uso do meio comunicativo não-verbal. Descrevem que, de acordo com o estudo, as crianças com Distúrbios Específicos de Linguagem apresentam alterações pragmáticas. Relatam ser comum incluírem em sua comunicação o uso de gestos e vocalizações ininteligíveis, mais do que seus pares. Demonstram dificuldades no uso de diferentes funções comunicativas e menos interesse na interação com os outros. Além disso, apresentam dificuldade em iniciar e sustentar a interação verbal, sendo que muitas vezes não sustentam o tópico conversacional abordado.

As Funções da Linguagem

Befi-Lopes, Rodrigues e Rocha (2004) realizaram um estudo objetivando investigar as dificuldades pragmáticas em crianças com Alterações de Desenvolvimento de Linguagem (ADL) e como estes déficits influenciam o seu discurso. Analisaram a seqüência de perguntas e respostas no discurso de crianças normais e com ADL com um adulto durante 20 minutos em situação de brincadeira livre. Participaram da pesquisa 29 crianças, de ambos os sexos, entre dois anos e quatro anos e onze meses de idade. As crianças com ADL ignoraram mais as perguntas do adulto e responderam de forma inapropriada. As autoras concluíram existirem diferenças qualitativas e quantitativas no padrão de respostas e comprometimento no uso funcional da linguagem no grupo com ADL.

Os aspectos funcionais da linguagem passaram a ser muito estudados a partir dos anos 80, levando em consideração as contingências em que a comunicação ocorre. Dessa forma, a linguagem passa a envolver os aspectos não verbais, ambientais e sociais no contexto comunicativo (Fernandes, 2000).

Aimard (1986; 1998) refere-se às funções da linguagem enfatizando que função diz respeito a numerosas atividades gerais dos seres vivos.

Dentro de uma perspectiva funcional e valorizando os elementos observáveis do ambiente, Fernandes (1998) concorda que a sociedade é um elemento essencial no processo de desenvolvimento da linguagem e diz (Fernandes, 2000) que as funções comunicativas são divididas da seguinte forma:

- pedido de objeto: atos ou emissões usados para solicitar um objeto concreto desejável;
- pedido de ação: atos ou emissões usados para solicitar ao outro que execute uma ação, incluindo pedidos de ajuda e ações que envolvem outra pessoa ou outra pessoa e um objeto;
- pedido de rotina social: atos ou emissões usados para solicitar ao outro que inicie ou continue um jogo de interação social. É um tipo específico de pedido de ação que envolve uma interação;
- pedido de consentimento: atos ou emissões usados para pedir o consentimento do outro para a realização de uma ação. Envolve uma ação executada;
- pedido de informação: atos ou emissões usados para solicitar informações sobre um objeto ou evento;
- protesto: atos ou emissões usados para interromper uma ação indesejada. Inclui oposição de resistência à ação do outro e rejeição de objeto oferecido;
- reconhecimento do outro: atos ou emissões usados para obter a atenção do outro e para indicar o reconhecimento de sua presença. Inclui cumprimentos, chamados e marcadores de polidez;
- exibição: atos usados para atrair a atenção para si. A performance inicial pode ser acidental e a criança pode repeti-la quando percebe que isso atrai a atenção do outro;
- comentário: atos ou emissões usados para dirigir a atenção do outro para um objeto ou evento. Inclui apontar, mostrar, descrever, informar e nomear de forma interativa;

- auto-regulatório: emissões usadas para controlar verbalmente sua própria ação. As emissões precedem ou ocorrem ao mesmo tempo que o comportamento motor;
- nomeação: atos ou emissões usados para focalizar sua própria atenção em um objeto ou evento por meio da identificação do referente;
- performativo: atos ou emissões usados em esquemas de ação familiares aplicados a objetos. Inclui efeitos sonoros e vocalizações ritualizadas produzidas em sincronia com o comportamento motor da criança;
- exclamativo: atos ou emissões que expressem reação emocional a um evento ou situação. Inclui expressões de surpresa, prazer, frustração e descontentamento, sendo imediatamente posteriores a um evento significativo;
- reativos: emissões produzidas enquanto a pessoa examina ou interage com um objeto ou com parte do corpo. Não há evidência de intenção comunicativa, mas o sujeito está focalizando sua atenção em um objeto/parte do corpo e parece estar reagindo a isso. Pode servir a funções de treino ou auto-estimulação;
- não-focalizada: emissões produzidas, embora o sujeito não esteja focalizando sua atenção em nenhum objeto ou pessoa. Não há evidência de intenção comunicativa, mas pode servir a funções de treino ou auto-estimulação;
- jogo: atos envolvendo atividade organizada, mas autocentrada;
- exploratória: atos envolvendo atividades de investigação de um objeto particular ou de uma parte do corpo ou da vestimenta do outro;
- narrativa: emissões destinadas a relatar fatos reais ou imaginários e pode haver ou não atenção por parte do ouvinte;

- expressão de protesto: choro, manha, birra ou outra manifestação de protesto não necessariamente dirigida ao objeto, evento ou pessoa;
- jogo compartilhado: atividade organizada e compartilhada entre adulto e criança.

Newcombe (1999) considera que a função primeira e mais óbvia da linguagem é a de comunicar, especialmente comunicar necessidades. Outros usos incluem: ajudar a estabelecer e manter relacionamentos com os demais; ajudar a demarcar categorias e classificar a experiência em categorias simbólicas, sendo utilizada portanto como um instrumento para inferir e deduzir.

A abordagem comportamental analisa a linguagem por suas propriedades formais e funcionais (Catania, 1998; Skinner, 1957). Assim, O'Neill (1997) distingue nos comportamentos comunicativos da criança as seguintes funções: obter atenção; obter ajuda; obter objetos, alimentos ou atividades preferidas; obter intervalo; mostrar algo ou algum lugar; indicar dores físicas; indicar confusão ou tristeza; protestar ou rejeitar uma situação ou atividade. Os comportamentos comunicativos podem ser a fala complexa, isto é, a utilização de sentenças; o uso de frases de múltiplas palavras; o uso de uma palavra – frase; a fala ecológica; um outro tipo de vocalização; a linguagem de sinais de forma complexa; a linguagem de sinais de forma mais simples; o apontar; o levar a pessoa a; balançar a cabeça; pegar o que quer; dar objetos a; aumentar os movimentos; ir até o outro; se afastar ou sair; olhar fixamente; modificar a expressão facial; agredir; usar de auto-agressão; um outro comportamento.

Na análise do comportamento verbal, Skinner (1957) fez a distinção entre muitos diferentes tipos de controle funcional. Esta análise resultou em um sistema de classificação que leva em conta a identificação dessa funcionalidade nos diferentes tipos de linguagem. Baseado neste sistema, Skinner (1957) identificou e nomeou estas relações verbais como:

- Receptiva: refere-se a seguir instruções ou cumprir com as solicitações dos outros;
- Ecóica: refere-se a repetir o que é ouvido;
- Imitação: copiar os movimentos motores de alguém;
- Tato: nomear ou identificar objetos, ações, eventos etc.;
- Mando: solicitar um reforçador que se quer;
- Receptiva por característica, função ou classe: identificação específica de itens quando se fornece alguma descrição do item;
- Intraverbal: responder questões ou conversações em que suas palavras são controladas por outras palavras;
- Textual: ler palavras escritas;
- Escrita: escrever ou soletrar palavras quando alguém as dita.

Enfatizando a linguagem funcional, isto é, aquela que é usada nas interações comunicativas e que deve afetar o ouvinte de forma específica e intencional, Nunes (1995) defende a utilização do ensino naturalístico. O termo “naturalista” refere-se à noção de que a fala e a linguagem deveriam ser ensinadas em situações de comunicação que sejam semelhantes às encontradas no cotidiano. A aprendizagem

em contextos naturalistas fomentaria a transferência de capacidades lingüísticas recém-adquiridas a situações de comunicação fora da terapia (Lowe, 1996).

Nunes (1995) ressalta que em um programa de ensino naturalístico: as habilidades de linguagem e comunicação devem ser ensinadas nas atividades rotineiras do ambiente natural da criança; o ensino deve ocorrer no contexto das interações verbais normais da criança; o interesse e a atenção imediata da criança são o fio condutor de todo ensino; as tentativas de treinamento são dispersas ao longo das interações da criança com seu ambiente; são utilizados reforçadores funcionais indicados pela própria criança; o ensino da forma e do conteúdo da linguagem ocorre no contexto do uso normal da linguagem.

Newcombe (1999) concorda que para que a comunicação seja eficaz exige-se, não apenas o conhecimento das regras gramaticais (sintaxe) e do significado das palavras (semântica), mas também é necessário aprender a relacionar a língua ao contexto físico e social em que é usada (pragmática).

A ênfase no valor social da linguagem permite que se pense nos aspectos pragmáticos (uso e função) como um dos elementos associados ao desenvolvimento da linguagem ou como a motivação para o seu aprendizado ou aprimoramento (Fernandes, 1998).

A Avaliação Clínica da Linguagem

Lowe (1996) postula que a intervenção bem sucedida é um processo que começa com a avaliação e continua durante a elaboração e implementação das metas

de tratamento, terminando com a manutenção de objetivos de terapia alcançados. Enfatiza que as informações da avaliação fornecem a base para a elaboração de metas e objetivos de intervenção. Afirmar que a avaliação é uma das principais ferramentas do fonoaudiólogo e, como ferramenta, deve ser usada para acelerar o trabalho que está sendo realizado. Argumenta ainda, que uma avaliação abrangente leva a um diagnóstico acurado, à identificação da etiologia e de condições agravantes, fornecendo uma base para a intervenção. Uma avaliação descuidada acarreta perda de tempo e energia, levando ocasionalmente a decisões diagnósticas inadequadas e a um planejamento de intervenção ineficiente.

Zorzi (1993) aconselha que quando o fonoaudiólogo examina uma criança deve observar aspectos relativos ao desenvolvimento motor, possíveis alterações orgânicas (déficits sensoriais, síndromes ou problemas neurológicos), articulação, motricidade oral, características mais evidentes da personalidade, facilidade de interação social, preferências lúdicas, características de desenvolvimento intelectual ou cognitivo; linguagem compreensiva e expressiva; características familiares e oportunidades de aprendizagem e evolução escolar.

O clínico deve ter em mente algumas questões ao conduzir uma avaliação, as quais foram levantadas por Lowe (1996):

- 1- Existe um problema? – determinar até que ponto a deficiência está influenciando a vida da criança e suas interações sociais. O tratamento precisará abordar e enfatizar os aspectos funcionais da fala.

- 2- Qual é a natureza do problema? – chegando-se à conclusão de que o problema existe, o mesmo deve ser descrito e sua gravidade avaliada. Uma medida da gravidade dará informação basal para uso posterior no monitoramento do progresso.
- 3- Quais são as capacidades da criança? – embora as avaliações enfatizem as deficiências do paciente, informações valiosas podem ser adquiridas por meio do exame de habilidades da criança.
- 4- Quais os possíveis fatores etiológicos? – deve ser realizada uma avaliação das habilidades sensoriais e motoras da criança, da adequação estrutural do mecanismo de fala, dos modelos de fala (influências culturais, padrões de fala de seus irmãos e das pessoas que cuidam dela), dos sistemas de linguagem e cognitivo e sua história de desenvolvimento, numa tentativa de explicar o problema de fala apresentado.
- 5- Que fatores agravam o problema? – observar fatores presentes no ambiente social da criança. O que encoraja a criança a esclarecer as produções sem frustração e o que a leva à frustração? Zomba-se das tentativas de fala da criança? Como ela reage? Que atitudes a criança tem em relação à sua fala? Até que ponto a criança precisa da fala para comunicar suas necessidades dentro e fora do ambiente familiar? Se a linguagem não é funcional ou não é necessária para satisfazer necessidades da criança, então a tentativa de correção do distúrbio apresentado não terá a cooperação da criança. Mudanças no ambiente familiar e escolar da criança provavelmente serão necessárias para que o programa de intervenção seja bem sucedido.

O primeiro propósito de uma avaliação de linguagem deve ser a identificação específica do déficit verbal, além de servir como guia para a intervenção (Sundberg & Partington, 1998; Bourret, Vollmer & Rapp, 2004). Uma análise comportamental de linguagem (Skinner, 1957) pode ser mais produtiva se seguir este objetivo porque identificará tanto os déficits funcionais, quanto os déficits estruturais da linguagem. Além disso, a linguagem deve ser avaliada numa variedade de contextos, frente a diferentes estímulos e condições motivacionais e observando a criança em interação com pais e professores.

Bourret, Vollmer e Rapp (2004) realizaram estudos com três participantes com deficiências no repertório vocal. Nestes estudos, os autores utilizaram as informações obtidas em uma avaliação criteriosa para determinar os procedimentos a seguir com cada participante para o estabelecimento de mandos, dependendo da necessidade de cada indivíduo. Estratégias de ensino diferentes foram testadas para cada indivíduo. Os resultados mostraram que as informações da avaliação puderam direcionar o treinamento de mandos para cada um dos participantes.

O terapeuta de linguagem deve considerar tanto os aspectos formais da linguagem, quanto os funcionais no diagnóstico de atraso de linguagem e em suas propostas terapêuticas (Fernandes, 1998).

Sundberg e Partington (1998) sugerem que há três estratégias gerais para conduzir uma avaliação de linguagem: observações da criança em seu ambiente natural, entrevista com os pais e professores da criança, avaliação formal pelo exame direto da criança.

Para que haja uma comunicação prazerosa e a criança apresente-se motivada a cooperar, é de grande valia o terapeuta estabelecer diálogos com a criança favorecendo, assim, a confiança da criança em relação ao terapeuta e a participação dedicada às atividades solicitadas por este (Chaves & Homem, 2001).

Sundberg e Partington (1998) enfatizam a importância do rapport (estabelecimento de harmonia) entre terapeuta e cliente antes de se iniciar a avaliação da linguagem. Ressaltam que isto nem sempre é feito porque os avaliadores geralmente são muito ocupados e têm um tempo limitado. O propósito da avaliação de linguagem deve ser o de determinar que aspectos do comportamento verbal da criança são afetados e por onde começar a intervenção de linguagem. Para isso, é extremamente importante que a pessoa que conduz a avaliação tenha estabelecido um bom rapport com a criança.

O estabelecimento de rapport com a maioria das crianças é muito fácil e pode-se obter um conhecimento sobre seu comportamento verbal já na primeira interação. Simplesmente brincar com a criança pode ajudar a estabelecer controle de estímulos e o comportamento do avaliador como reforçador. A falha em estabelecer este rapport resultará em uma avaliação inadequada (Sundberg & Partington, 1998).

Segundo Lowe (1996) o terapeuta deve planejar as atividades de modo que a criança queira falar e sugere que os pais ou irmãos da criança sejam envolvidos na coleta da amostra de fala para induzi-la à comunicação. O autor faz as seguintes orientações:

- 1- deve-se realizar uma entrevista com os pais antes de tentar obter uma amostra da fala da criança, com o objetivo de descobrir os interesses da criança (numa linguagem comportamental, os possíveis reforçadores) e seus usos comuns da fala (isto é, o repertório básico da criança);
- 2- colocar no consultório os brinquedos e objetos com os quais a criança esteja familiarizada, pelos quais ela tenha interesse (potenciais reforçadores). Chaves e Homem (2001) lembram que as brincadeiras e os jogos preferidos costumam ser a técnica mais utilizada;
- 3- evitar fazer muitas perguntas na tentativa de fazer a criança a se comunicar. Ao invés disso, manipular o ambiente de forma que a fala seja estimulada naturalmente. Pode-se deixar os brinquedos em uma estante fora do alcance da criança. Se ao invés de falar a criança apontar para o brinquedo, os autores sugerem que, deliberadamente, o terapeuta pegue o brinquedo errado, com o intuito de “abrir a porta para a comunicação”. Contudo, na Análise Aplicada do Comportamento, o apontar é um ponto de partida para a comunicação e deve ser reforçado (Sundberg & Partington, 1998; Nunes, 1995). A partir do apontar usará-se a modelagem, técnica que será abordada mais adiante;
- 4- estruturar atividades de forma que a criança tenha oportunidades de utilizar a fala em diferentes níveis de complexidade;
- 5- criar oportunidades para registrar os padrões de fala da criança com pessoas significativas em diversas atividades sociais.

A Intervenção Clínica da Linguagem

Os procedimentos utilizados na presente pesquisa se basearam em parte, na análise dos estudos e estratégias descritos a seguir.

Monfort (1997) descreve estratégias de estimulação funcional cujo objetivo é facilitar o acesso da criança à linguagem mediante situações privilegiadas de comunicação, nas quais possa receber com clareza os elementos lingüísticos que lhe são difíceis por meio da estimulação normal de seu meio. Tais estratégias baseiam-se na estabilidade e alta freqüência dos modelos lingüísticos conseguidos graças ao controle apurado do material e das situações em que são utilizados, tanto em sessões de reeducação como no meio familiar. Diante de sua falta de compreensão e de interesse pela expressão verbal, deve-se partir da melhoria de expressão global do corpo, dos jogos mímicos e das atividades psicomotoras.

De acordo com Nunes (1995), um número significativo de estudos experimentais demonstrou a eficácia de cinco procedimentos de ensino que favoreceram a aquisição da linguagem em crianças especiais. Estes procedimentos são: Modelo Dirigido à criança, Mando-Modelo, Espera, Ensino Incidental e Comentário Sistemático.

O Modelo Dirigido à criança foi descrito por Kaiser, Alpert e Warren (1987). Por meio deste procedimento, o terapeuta pretende instalar a habilidade de tomar a vez, treinar imitação generalizada (Poulson, Nunes & Warren, 1989), instalar vocabulário básico e fazer a criança participar em conversações que ocorram fora do contexto de treinamento.

Nunes (1995) descreve os passos para a utilização deste procedimento. O primeiro passo é organizar o ambiente de forma a favorecer a comunicação, isto é, o ambiente deve conter objetos que sejam do interesse da criança, estejam a sua vista, mas fora do seu alcance. O terapeuta estabelece atenção conjunta, ou seja, focaliza sua atenção no objeto no qual a criança está interessada, ou chama sua atenção sobre algo do qual deseja falar. Em seguida, o terapeuta, de posse do objeto, fornece o modelo verbal referente ao mesmo para que a criança o imite. Se ela o fizer corretamente, o terapeuta a elogia, expande sua resposta verbal e lhe oferece o objeto. O terapeuta expande a emissão verbal da criança de forma a apresentar um modelo verbal mais complexo para as próximas respostas. Se a criança não responder corretamente ao modelo inicial ou o fizer com uma emissão incompleta, ininteligível ou não relacionada à situação, o terapeuta mostra novamente o objeto provendo um novo modelo. Caso a criança responda corretamente a este modelo corretivo, ela será elogiada, terá sua resposta verbal expandida e receberá o objeto. Entretanto, se ela não responder, o terapeuta emitirá uma vez mais o modelo, oferecendo em seguida o objeto à criança. Riper e Emerick (1997) e Aimard (1986; 1998) são outros autores que abordam técnicas muito semelhantes às descritas por Nunes.

Processo semelhante é encontrado também em Freire (1997), seguidora do sócio-interacionismo, destacando algumas estratégias discursivas utilizadas em terapia de linguagem. A autora sugere que o terapeuta deve “recortar a linguagem como objeto privilegiado ao nomear os objetos recortados do contínuo experiencial, falar sobre eles e situá-los no mundo da criança”.

Em 1998, Watson, citado por Fernandes (2000), realizou um estudo para examinar o quanto as mães de crianças que apresentam autismo em idade pré-escolar utilizam a linguagem relacionada ao foco de atenção da criança. Quatorze participantes com autismo e quatorze participantes com desenvolvimento normal e suas respectivas mães fizeram parte da pesquisa. Ambos os grupos foram observados em quinze minutos de atividade livre. Os meios comunicativos utilizados foram analisados baseados na interação verbal, vocal e não-verbal. Os resultados mostraram que as mães das crianças com autismo verbalizaram diretamente sobre o foco de atenção dessas crianças tão frequentemente quanto as mães das crianças do grupo de desenvolvimento normal de linguagem. Outro achado do mesmo estudo, indica que mães de crianças com autismo utilizaram um número maior de sentenças fora do foco de atenção de suas crianças que as outras mães da pesquisa.

Outro procedimento, Mando-modelo, foi desenvolvido por Rogers-Warren e Warren (1980) para treinar a generalização em sala de aula das habilidades verbais adquiridas em sessões individualizadas. Esta técnica apresenta os seguintes objetivos: estabelecer atenção conjunta (seleção de um tópico) como um sinal para verbalização, tornar a criança apta a fornecer informações a partir de solicitação verbal ou instrução, levar a criança a responder a uma variedade de dicas verbais emitidas pelo adulto, como instruções, modelos e perguntas (Kaiser, Alpert & Warren, 1987).

Os passos para a realização deste procedimento são os seguintes (Hart, 1985; Nunes, 1995): a) o terapeuta dirige a atenção da criança provendo materiais, brinquedos ou alimentos de que a criança goste, isto é, os possíveis reforçadores; b)

quando a criança e o terapeuta estabelecem a atenção conjunta no item desejado, o terapeuta solicita que a criança peça verbalmente ou descreva o que ela deseja. Esta solicitação do terapeuta pode ser em forma de uma pergunta (cuja resposta seja diferente de “sim” ou “não”) ou uma instrução para verbalizar. Freire (1997) utiliza uma estratégia de solicitação à criança a utilizar a fala através da forma “fala x”. c) Se a criança responder parcialmente, dizendo uma só palavra, por exemplo, quando ela é capaz de emitir uma sentença, o terapeuta elabora a instrução solicitando: “Diga a frase toda”. Se a criança não responder nada, o terapeuta provê o modelo da resposta correta para que a criança o imite. d) o terapeuta elogia a criança por responder adequadamente à dica verbal (mando ou modelo), fornecendo o item solicitado à criança. A terapia será mais efetiva se propiciar a ocorrência de diversos tipos de situação (Chapman, 1996; Fernandes, 1998).

A Espera é o terceiro procedimento citado por Nunes (1995) e foi descrito por Halle, Baer e Spradlin (1981). Este procedimento substitui as dicas verbais do interlocutor pelos próprios objetos e eventos do ambiente, como estímulos discriminativos para emissões verbais da criança.

Os passos do procedimento de Espera envolvem a seguinte seqüência (Nunes, 1995): a) o terapeuta, mantendo em suas mãos o objeto desejado pela criança, permanece próxima a ela, olhando com ar interrogativo, esperando pela resposta verbal da criança; b) quando a criança olha para o terapeuta, este permanece em silêncio por aproximadamente quinze segundos; c) se a criança não solicitar verbalmente, o adulto provê o modelo de verbalização apropriada, que pode ser

solicitação de um objeto, de ajuda ou de permissão. O terapeuta pode repetir o modelo duas vezes, sendo que ele deve esperar quinze segundos para que a criança responda. d) o adulto atende finalmente à solicitação da criança, independentemente de sua resposta, a partir do terceiro modelo.

O Ensino Incidental tem os objetivos de ensinar linguagem mais elaborada à criança e melhorar as habilidades de conversação sobre determinado tópico. Um episódio de Ensino Incidental pode começar quando a criança inicia a interação verbal com o terapeuta sob a forma de uma solicitação, uma pergunta, um comentário ou qualquer outra forma de comunicação (Hart, 1985; Nunes, 1995). O terapeuta aproveita este incidente para ensinar uma nova habilidade verbal e, desta forma, responder à iniciativa da criança solicitando que produza uma emissão verbal um pouco mais elaborada (Nunes, 1995).

A seqüência de passos do Ensino Incidental foi assim sistematizada (Hart & Risley, 1978; Nunes, 1995): a) quando a criança inicia a interação, o terapeuta focaliza sua atenção na criança, criando assim um foco conjunto de atenção sobre o tópico escolhido pela criança; b) o terapeuta pede uma solicitação verbal da criança um pouco mais elaborada (expandida) ou informações adicionais sobre o objeto em questão. Algumas vezes, o terapeuta pode apresentar o modelo de resposta apropriado antes de solicitar a elaboração; c) se a criança não produzir a resposta elaborada, mas o terapeuta tiver certeza de que a criança tem tal resposta em seu repertório, poderá dar uma dica verbal para que a criança imite o modelo da emissão elaborada; d) o

terapeuta confirma a resposta correta da criança, repetindo o que a criança falou e oferecendo o objeto solicitado.

O quinto procedimento – Comentário Sistemático – é recomendado para prover suporte para a habilidade geral de conversação (Leonard, 1981; Nunes, 1995). Esta técnica também auxilia a criança a usar as suas próprias estratégias de imitação espontânea para aprender novas formas verbais. Segundo Nunes (1995), esta técnica foi descrita por Jones e Warren, em 1989, em um trabalho que não publicaram.

Enquanto a criança está envolvida em uma atividade, o terapeuta faz uma afirmativa descritiva que enfatiza o objetivo das sessões de treinamento. A criança pode imitar a emissão verbal do terapeuta ou não. O objetivo deste procedimento é facilitar o uso, pela criança, de suas próprias estratégias (uma delas pode ser imitar espontaneamente modelos verbais apresentados a ela) e não forçá-la a responder a dicas verbais do adulto (Nunes, 1995).

Low, Newman e Ravsten, citados por Lowe (1996), propuseram em 1989, uma série de princípios inseridos em um paradigma de estímulo-resposta-reforço, para orientar seus métodos centrados na comunicação. Um dos princípios diz respeito à situação de aprendizagem, que deve assemelhar-se a situações comunicativas do cotidiano – teste definitivo de que a criança está aprendendo. A justificativa aqui é a de que complexos inteiros de estímulos controlam as respostas aprendidas, e que caso não se proporcione todos os estímulos relevantes na situação de treinamento, pode haver uma recuperação insuficiente da resposta. Um outro princípio refere-se à natureza do reforço, isto é, que o mesmo deveria cumprir o objetivo transmitido pela

resposta verbal do paciente. Em outras palavras, o que a criança realmente pretende acontece como uma função da produção correta. Conseqüências como estas são chamadas de “reforços naturais”.

Procedimentos de ensino como Reforçamento Positivo, Modelagem, Extinção e Esmacimento são incorporados ao ensino da linguagem em crianças com déficits nesta aquisição. O princípio chamado de Reforçamento Positivo diz que “se em uma dada situação alguém faz algo que é seguido imediatamente por um reforço positivo, então, é mais provável que aquela pessoa faça a mesma coisa novamente quando encontrar-se numa situação semelhante” (Martin & Pear, 1995, p. 30).

Os mesmos autores explicam a Modelagem como um procedimento usado para estabelecer um comportamento que não faz parte do repertório da pessoa. Para tanto, reforça-se uma resposta inicial mesmo que esta seja apenas remotamente semelhante à resposta final desejada. Em seguida reforça-se aproximações sucessivas cada vez mais semelhantes à resposta final desejada. Martin e Pear (1995) salientam que a Modelagem é um processo contínuo de reforço e extinção. Reforça-se o comportamento desejado e extingue-se o indesejado. Assim, a Modelagem é definida como “o desenvolvimento de um novo comportamento por meio do reforçamento sucessivo das aproximações cada vez mais próximas e da extinção das aproximações anteriores do comportamento (p. 69).

Martin & Pear (1995, p.52) definem o procedimento de Extinção: “se em uma dada situação alguém emite uma resposta previamente reforçada e a resposta não é seguida pela conseqüência reforçadora, então é menos provável que aquela pessoa

faça a mesma coisa novamente quando se encontrar em uma situação semelhante”. Assim, se uma resposta foi fortalecida pelo Reforçamento Positivo e o reforçador é retirado completamente, a resposta será enfraquecida na frequência.

O Esmacimento, explicam os autores, é uma mudança gradual em um estímulo que controla uma resposta, de forma que a resposta eventualmente ocorra na presença de um estímulo parcialmente mudado ou totalmente novo. O Esmacimento geralmente envolve a retirada de um estímulo extra, suplementar que foi usado na aquisição da resposta. A medida que a pessoa responde de forma satisfatória, vai se retirando o estímulo suplementar e a resposta final fica estabelecida. Por exemplo, pode-se usar um prompt ecóico para apresentar um modelo para ser imitado por uma criança e esse prompt ser gradativamente retirado até que a criança seja capaz de emitir aquela palavra sozinha.

Connel (1987) comparou a efetividade de dois procedimentos de intervenção comumente utilizados, Modelagem e Imitação, como uma forma de aprendizagem de linguagem para dois grupos de crianças – normais e com alterações de linguagem, e observou que as crianças em aquisição normal de linguagem foram favorecidas pela Modelagem, enquanto as com alteração de linguagem se beneficiaram mais com a Imitação. Em pesquisa posterior, Connel e Stone (1992) relataram que, em seu estudo sobre aquisição de regras morfológicas, as crianças com desenvolvimento normal adquiriram os padrões ensinados tanto com a técnica de Modelagem como com a Imitação, enquanto as crianças com alteração de linguagem obtiveram melhores resultados com a técnica de Imitação.

Pode-se deduzir desses estudos, que é possível que as crianças com desordens de linguagem precisam de propostas de intervenção diferentes do desenvolvimento normal da linguagem, no sentido de se beneficiarem mais do processo de intervenção.

A intervenção deve começar com procedimentos de ensino das habilidades básicas de comunicação e progredir para habilidades mais complexas de linguagem (Sundberg & Partington, 1998; Befi-Lopes, 2004).

De acordo com Sundberg e Partington (1998), o primeiro tipo de linguagem a ser ensinado a uma criança não-verbal deve ser o mando (isto é, uma solicitação por um reforçador). Esta habilidade deve ser ensinada primeiro porque o mando é o único tipo de linguagem que traz benefícios diretos àquele particular momento da criança. Os mandos são, tipicamente, o primeiro tipo de comunicação que os humanos adquirem naturalmente.

É importante salientar que respostas são classificadas como mandos baseando-se no seu controle de variáveis mais do que em sua topografia. A vocalização “água, por favor!”, a linguagem de sinais ou o apontar um copo com água, são mandos que provavelmente serão reforçados pelo acesso à água (Bourret, Vollmer & Rapp, 2004)

Os mandos ocorrem cedo no desenvolvimento da linguagem da criança que se encontra dentro dos padrões normais de aquisição, por causa dos benefícios diretos que elas recebem, por exemplo, alimentos e conforto (Sundberg & Partington, 1998).

A criança não-verbal também deseja receber reforçadores e benefícios diretos. Elas também sentem fome, precisam de atenção, querem que um estímulo aversivo seja removido.

Para Law (2001) o adulto observa uma situação na qual a criança demonstra interesse e requer assistência. O adulto oferece ajuda, mas condiciona à resposta verbal infantil. Se a criança não responder adequadamente, a resposta verbal é dada e a criança é levada a imitar essa resposta. Law (2001) afirma que essa abordagem provou, em seus estudos, melhorar os índices de verbalização das crianças com deficiência de linguagem.

Bourret, Vollmer e Rapp (2004) lembram que uma deficiência comum no repertório de indivíduos com autismo ou com desordens correlatas é a dificuldade da utilização de mandos apropriados socialmente. O repertório vocal de mandos destes indivíduos pode ser deficiente em vários aspectos: o indivíduo pode engajar em qualquer ação que não seja um mando; o mando pode ser topograficamente diferente da resposta apropriada; o mando pode ser só parcialmente semelhante topograficamente a uma resposta apropriada e; o mando pode ocorrer somente depois de um prompt (dica).

Há outras variáveis que aumentarão as chances de sucesso no ensino de mandos a uma criança não-verbal. Como já descrito anteriormente, reforçadores poderosos devem ser usados. Muitas crianças são reforçadas por alimentos, bebidas, brinquedos, atenção e outros. No entanto, cada criança é diferente, e reforçamento individual deve ser conduzido (Sundberg & Partington, 1998). O valor do reforçador

pode mudar muitas vezes durante o dia, semana ou mês. É essencial que o treinamento de linguagem seja conduzido quando a motivação para um especial reforçador seja forte. Se um certo brinquedo é inicialmente usado como um reforçador, então tentativas com o mesmo devem ser conduzidas quando a motivação para aquele brinquedo é forte. Adicionalmente, uma variedade de dicas pode ser utilizada (física, imitativa, verbal) para se conseguir sucesso imediato.

O treino de mandos (solicitação de reforçadores) obterá mais sucesso se o procedimento envolver, simultaneamente, o uso de um número de diferentes prompts (dicas) e conseqüências. No entanto, todos os prompts e reforçadores adicionais devem ser retirados o mais rápido possível, pois o objetivo do procedimento é desenvolver a comunicação espontânea.

A fala é a mais desejada forma de resposta, e se a criança tem alguma resposta ecóica (imitação vocal), então esforços devem ser feitos para ensiná-la a emitir palavras como mandos. A primeira palavra deve ser para um forte reforçador, quando a motivação para aquele reforçador é forte. Deve ser também uma palavra que a criança possa ecoar ou emitir uma aproximação da palavra (Sundberg & Partington, 1998).

O treinamento deve iniciar com variáveis antecedentes específicas presentes. Se a resposta esperada é “comer”, a criança deve estar privada de alimento por algum tempo e desejar receber alimento, e este item deve estar presente. O terapeuta toma o alimento e diz para a criança “O que você quer?” – que é um prompt verbal, e/ou “Diga comer” – que é um prompt ecóico (pode ser também o nome do alimento, por

exemplo, diga maçã). Se a criança emite uma aproximação da palavra solicitada, ela é imediatamente elogiada e recebe o reforçador. Uma resposta incorreta, ou não resposta, deve ser seguida por reapresentação da tentativa inicial (Sundberg & Partington, 1998). Se mesmo assim, a criança continua a responder inadequadamente, o terapeuta deve rever seu procedimento e talvez retornar aos sinais.

Sundberg e Partington (1998) descrevem as questões a se considerar para a escolha das palavras iniciais no treinamento de mandos. Seguem abaixo tais considerações:

- Selecionar nomes de itens que parecem ser reforçadores poderosos (promovem motivação), especialmente para reforçadores que os adultos podem facilmente controlar o acesso aos mesmos: reforçadores comestíveis (pequenos pedaços de bolo, bolachas e goles de suco) que podem ser consumidos rapidamente e ser apresentados em múltiplas ocasiões, reforçadores que são relativamente fáceis de apresentar e de remover da frente da criança (música, vídeo).

- Selecionar palavras que são familiares para a criança, como demonstrada pela existência de uma habilidade receptiva, ecóica ou imitativa. Por exemplo, quando os pais dizem “Você vai sair?”, e a criança vai para a porta.

- Selecionar palavras que envolvem uma resposta relativamente pequena e fácil para a criança.

- Pelos sinais da criança, selecionar palavras que são icônicas, isto é, os sinais devem lembrar os objetos pelos quais a criança solicita. Os sinais também devem ser selecionados de acordo com o repertório imitativo que a criança apresenta.

- Selecionar palavras que são itens relevantes e salientes para a criança no seu dia a dia. Elas devem ser itens que a criança vê ou usa frequentemente em suas atividades diárias. Preferencialmente, deve-se usar itens que são estímulos claramente identificados, isto é, o nome dos itens é consistente frente todas as variações do item (por exemplo, bola).

- Selecionar uma lista de palavras que irão, eventualmente, associar-se com motivadores variados. Selecionar palavras para uma variedade de diferentes motivadores (comidas, brinquedos, vídeo, atividades físicas).

- Evitar a seleção de palavras ou sinais que soem parecidas ou rimem. Seria mais difícil para a criança diferenciar entre respostas similares.

Spinelli, Massari e Trenché (1989) abordam a estimulação articulatória no processo de aquisição dos sons da fala (fonemas). Sugerem dentre as técnicas fonoaudiológicas, o treinamento multisensorial, o qual utiliza-se de todas as funções relacionadas com o processo articulatório. São considerados procedimentos básicos:

- 1- treinamento do aspecto auditivo, no qual cada fonema é identificado como um som isolado, ocorre a discriminação de sua produção e a comparação do mesmo com os outros fonemas da língua.
- 2- treinamento dos aspectos cinestésico e tátil, que possibilita um aumento da conscientização de toda região oral, a fim de se conseguir aptidão na realização dos movimentos coordenados e precisos que a articulação dos fonemas exige. O treinamento desses aspectos envolve estimulação tátil na região oral e o treino de tensão e distensão dos órgãos fonoarticulatórios.
- 3- o aprendizado da produção fonêmica, por meio da técnica de Colocação Fonética na qual o terapeuta fornece dicas para auxiliar o movimento dos lábios, língua e mandíbula. Para as

autoras este método é indispensável quando os outros falham e recomendam sua utilização sobretudo com pessoas portadoras de Deficiência Auditiva.

A técnica fonoaudiológica de Colocação Fonética consiste na demonstração do ponto (posição dos órgãos articulatórios no momento da produção do fonema) e modo (plosivo, fricativo, nasal, líquido) articulatório do fonema que está sendo estimulado. Por exemplo, para os fonemas /p/, /b/ e /m/, o elemento comum e básico para a articulação destes sons é a oclusão da boca. Para o /p/ e o /b/ deve ocorrer perfeita oclusão da passagem para a rinofaringe, enquanto para o /m/ o ar flui, em parte pelas narinas. Sendo assim, o terapeuta deve fornecer ao aprendiz (por exemplo para o fonema /p/) 1- as informações sensoriais, tátil – lábios se tocando com o fechamento; explosão do ar entre os lábios; cinestésica – lábios fechados com força suficiente para reter o ar comprimido brevemente e 2- sugestões para o desenvolvimento – demonstrar a explosão do ar por impressão tátil do sopro na mão do paciente (Spinelli, Massari & Trenche, 1989).

Sundberg e Partington (1998) advertem que ensinar linguagem para uma criança essencialmente não-verbal não é uma tarefa fácil. Para otimizar a probabilidade de sucesso deve-se realizar tentativas de se promover um ambiente baseado na linguagem. A linguagem deve ser vista como a característica chave da intervenção por todas as pessoas envolvidas com a criança, e o treinamento de linguagem deve ser incorporado em todas as outras atividades da criança. Segundo os autores, a criança adquirirá a linguagem mais rapidamente se todos os indivíduos que interagem com a criança forem treinados nas técnicas instrucionais para a aquisição

da linguagem. Especificamente, os adultos devem ser treinados em como e quando reforçar, que aproximações aceitar, que nível de prompt fornecer, e como esmaecer estes prompts tão rapidamente quanto possível.

A Cooperação da Família

Alonso (1997) enfatiza que os passos concretos a serem seguidos em terapia devem levar em conta os contextos e as pessoas envolvidas na educação da criança.

Syder (1997) concorda que qualquer terapia que envolva a criança diretamente não pode ser separada do aconselhamento familiar, nem do ensino prático aos pais, pois isso os habilitará a participar dos programas de terapia. Riper e Emerick (1997) consideram aconselhável deixar os pais observarem as sessões durante um tempo antes de solicitar-lhes que também ajudem a criança a adquirir linguagem. Law (2001) vê os pais como as pessoas mais importantes na vida da criança, afirmando que qualquer intervenção, necessariamente, focalizará os pais como o meio para o tratamento, enfatizando que pouco se consegue em termos de progresso sem o envolvimento dos pais. Alcázar, Barreiro, Carvalheira Pinto e Haas (2001), enfatizam que a criança deve continuar vivenciando, junto à família, as experiências e atividades realizadas e experimentadas durante a terapia.

Muitos pais reconhecem que não sabem como agir com a criança. Eles esperam que a criança comece a falar para que eles possam interagir com ela (Riper & Emerick, 1997).

A maioria dos terapeutas da linguagem são favoráveis à inclusão da família no processo terapêutico. No entanto, embora todos enfatizem as relações parentais, nem sempre trazem a família ou os pais às sessões (Passos, 2003).

Em um estudo referente ao que relatam os fonoaudiólogos de até quinze anos de profissão sobre as principais causas do fracasso terapêutico, Gomes (1998) registrou que a maioria dos profissionais considera que grande parte do fracasso terapêutico reside na não cooperação dos pais no processo.

Lima, Soncini, Laschuk e Brusamolin (2000) constataram em um estudo, que a maioria destes profissionais prefere manter contato apenas com as mães dos pacientes de maneira formal e distante, optando pelo contato no início do trabalho para a obtenção de informações e, esporadicamente, as convocam para orientações diretas ou para encaminhamentos a outros profissionais. Tal estudo mostra, portanto, que há uma falha no relacionamento entre os terapeutas e a família do paciente em atendimento, o que pode ser determinante para o fracasso do tratamento. Lima, Soncini, Laschuk e Brusamolin (2000) acreditam que a evolução do paciente depende, em grande parte, da relação e do vínculo entre terapeuta e família. Enfatizam que a busca pelo vínculo deve ser um trabalho contínuo e as expectativas de todos os envolvidos devem estar em sintonia, estabelecendo um relacionamento de abertura e confiança.

Sampaio e Farias (2000) diagnosticaram alguns problemas no programa de intervenção precoce desenvolvido numa instituição de apoio ao deficiente, sendo que dentre estes relatam a descontinuidade do processo de intervenção precoce no lar, ou

seja, a falta de seqüência do trabalho no cotidiano do ambiente familiar, pois muitos pais e/ou responsáveis alegavam cansaço e falta de tempo. Estes mesmos pais eram considerados aptos para tal continuidade, uma vez que permaneciam na sala de intervenção precoce, observando os modelos e interagindo no processo durante todo o tempo da sessão.

Freire (1997) apresenta um resultado pouco satisfatório quando buscou a cooperação dos pais/família no processo terapêutico fonoaudiológico. Muitos terapeutas da linguagem deixam de envolver os pais neste processo.

Segundo Chaves e Homem (2001), alguns pais consideram que os problemas que ocorrem com suas crianças são de sua inteira responsabilidade, e sentem-se culpados por não conseguirem solucionar as dificuldades. Assim, os pais ficam confusos e acabam não oferecendo os estímulos necessários. É muito importante que o ambiente familiar proporcione segurança, apoio e compreensão à criança.

Terçariol, Delazeri e Schillo (2003) realizaram uma pesquisa com graduandos e fonoaudiólogos recém graduados em fonoaudiologia com o objetivo de identificar a concepção de clínica que sustenta a intervenção fonoaudiológica realizada com pais de crianças com problemas de linguagem. Observaram que os sujeitos da pesquisa realizam as intervenções com os pais do seguinte modo: os pais comparecem para a entrevista inicial, quando falam da história de vida da criança. Ao longo dos atendimentos, os pais são convidados a participar das sessões fonoaudiológicas para trocar informações sobre as evoluções/não-evoluções da criança. Eles também

recebem orientações e, quando necessário, aprendem com o terapeuta como devem proceder com a criança em casa.

Pais e profissionais devem estar atentos e dispostos a modificar situações que possam contribuir para o atraso da fala e linguagem, seja mudando o ambiente da criança, ou mesmo fazendo uma reeducação consistente (Carvalho & Homem, 2001).

Ferrioli e Tfouni (2000) realizaram um estudo com cinco casais cujos filhos apresentavam atraso de aquisição de linguagem. O objetivo era analisar os discursos dos pais a fim de procurar detectar se, e como o funcionamento desses discursos representaria ou anteciparia a criança como patológica. Os filhos foram caracterizados pelos pais como: “falta”, “atraso”, “dependência” e “incapacidade” para a fala. As autoras sugerem que talvez estas características não sejam posteriores à manifestação do problema pela criança, mas se constituam na gênese.

Lima, Soncini, Laschuk e Brusamolin (2000) num trabalho realizado com pais de crianças surdas relatam que é mais freqüente a presença das mães em atividades nas quais a família é convidada a participar. As autoras consideram esta constatação relevante, pois à medida que os pais não comparecem a atividades informativas e de esclarecimento, torna-se mais difícil modificar opiniões e conceitos preestabelecidos por eles, e isso pode interferir negativamente no trabalho realizado com a criança. A mesma consideração pode ser generalizada para os diversos distúrbios nos quais a criança apresenta uma severa defasagem na linguagem.

Os pais de crianças surdas são considerados, por Lima, Soncini, Laschuk e Brusamolin (2000), a chave para o sucesso do trabalho terapêutico e,

conseqüentemente, para o bom desenvolvimento das mesmas. Citam estudos atuais que enfocam o papel decisivo da família na evolução do trabalho realizado com surdos e insistem para que a família seja orientada adequadamente para este fim (Northern & Downs, 1989; Gomes, 1998).

Chaves e Homem (2001) argumentam que o terapeuta deve praticar a construção ou a reconstrução da linguagem na clínica, e os pais precisam continuar o trabalho em casa. A família pode ser considerada como a primeira instituição social de qualquer ser e tem um papel fundamental para o desenvolvimento do indivíduo (Lima, Soncini, Laschuk & Brusamolin, 2000).

Vários estudos revelam resultados promissores quanto a participação dos familiares, assim como a ajuda da escola (Almeida & Bevilacqua, 1987; Guedes, 1989; Guarinello, 2000; Sundberg & Partington, 1998; Capellini & Ciasca, 2000; Chiaratti & Sprocatti & Piovesana, 2001).

Hoshino, Andrade, Perez e Limongi (2001) consideram que a relação mãe-terapeuta deve adquirir um caráter especial, devido à frequência com que esta díade trabalha buscando o mesmo objetivo e ao vínculo formado. No que se refere às orientações propriamente ditas, observaram que os objetivos estão voltados ao sistema sensório-motor-oral, ao desenvolvimento neuro-psicomotor, ao desenvolvimento cognitivo e de linguagem e à afetividade. Mas, um estudo, realizado pelos autores, sobre as orientações à família de crianças que apresentam a Síndrome de Down concluiu que as orientações são mais efetivas quando vão de encontro às expectativas da família. Nas áreas em que a percepção e compreensão das alterações

ou dificuldades estão diminuídas, a efetividade do trabalho de orientação também é diminuída. Outro ponto mencionado como resultado do estudo diz que todo o trabalho de orientação realizado, com maior participação da mãe no processo terapêutico, trouxe para a família, um maior conhecimento sobre o filho com Síndrome de Down, suas possibilidades e dificuldades. Mesmo assim, Hoshino, Andrade, Perez e Limongi (2001) notaram uma acentuada distância quanto à compreensão real dessas possibilidades e dificuldades pensando-se no desenvolvimento e independência para o futuro.

Para Riper e Emerick (1997), a maioria dos pais está muito disposta a ajudar o filho a aprender as primeiras vinte ou trinta palavras. Mas sua ânsia de ensinar logo diminui. Sugerem que os pais devem dar uma ajuda, bem ponderada, nos momentos em que a criança precisa de uma nova palavra, um nome para uma nova experiência. Quando os pais notam que a criança está hesitando deveriam se tornar dicionários verbais, dando não somente a palavra nova de que a criança precisa, mas a definição em termos do próprio vocabulário da criança. Além desse tipo de ensino espontâneo de vocabulário (ensino incidental), é possível utilizar pequenos jogos em casa, nos quais a criança imita uma criança mais velha ou um dos pais à medida que eles “tocam e dizem” o nome de diferentes objetos (treino de tatos).

O treinamento de pais adota métodos já demonstrados como eficazes em problemas diferenciados com crianças (Mueller & cols, 2003; Jakubovicz, 2002). A metodologia inclui instruções verbais ou treinamento didático, no qual os pais são instruídos por meio do diálogo verbal e por materiais escritos; Modelagem, na qual os

pais são instruídos através da observação da implementação do procedimento e; Feedback, em que os pais recebem orientações durante, ou logo após a prática dos procedimentos.

Watson e Kramer (1993); Sterling-Turner, Watson, Wildmon, Watkins e Little (2001) e Sterling-Turner, Watson e Moore (2002), citados por Mueller & cols (2003), concluíram em seus estudos que o método de treinamento didático (isto é, materiais escritos e diálogo oral) tem sido inefetivo sem outro método de treinamento como modelagem ou feedback. Vários estudos mostram que os treinamentos realizados utilizando-se dos métodos de feedback têm produzido mais altos níveis de efetividade (Jones, Wickstrom & Friman, 1997; Mortenson & Witt, 1998).

Alguns autores sugerem que os pais repitam o que a criança falou de forma inadequada devolvendo-lhe o padrão correto de fala e orientam os pais a prolongarem o enunciado da criança, completando-o e enriquecendo-o (Rubino, 1989; Lemos, 1992; Nunes, 1995; Freire, 1997; Aimard, 1998).

Leite (2001) propõe um enfoque educacional, voltado para crianças que apresentam a síndrome do autismo, que busca atuar em parceria e coadjuvadamente com os pais e/ou responsáveis pela criança. Nesta proposta, o portador de autismo obteria ganhos na sua aprendizagem favorecendo o seu desenvolvimento e alcançando êxito em níveis diferenciados, otimizando suas inter-relações e proporcionando uma efetiva reinserção social.

A participação dos pais neste processo terapêutico-educacional engloba um trabalho multidirecional, no qual recebem orientação em diversas instâncias:

orientação terapêutica individualizada, orientação supervisionada na co-atuação voluntária e participação em palestras e reuniões (Leite, 2001).

No trabalho de co-atuação, a família participa uma vez por semana recebendo orientação terapêutica no que se refere às atividades de vida diária e atividades de vida prática. Toda a atuação da família é supervisionada e avaliada conjuntamente (Leite, 2001). Nesta experiência relatada por Leite (2001), a participação das mães como co-terapeutas tem elevado o índice de independência das crianças em casa, conseqüentemente, diminuindo os comportamentos inadequados.

Levy e Medeiros (2000), consideram importante não passar aos pais uma imagem de que o processo terapêutico será árduo, demorado e dependente do incentivo e dedicação deles. Isso pode criar uma imagem de que a educação da criança será complicada e a família pode se sentir incapaz de realizá-la com êxito antes mesmo de iniciar esse processo. No entanto, enfatizam que as informações devem ser verdadeiras, tanto sobre a criança como sobre o processo terapêutico, lembrando sempre que não há previsões dos resultados que serão atingidos.

De acordo Riper e Emerick (1997), o uso de álbuns de recortes é aconselhável apontando-os como melhores que toda uma série de livros infantis para o ensino de vocabulário, porque figuras e objetos mais próximos da experiência da criança podem ser colados nele. Ao usar figuras no álbum de recortes é aconselhável fazer algo mais do que simplesmente solicitar à criança que as nomeie. Ao apontar para uma bola, os pais deveriam dizer, “O que é isso?” “Bola”. “João, jogue a bola. Bate, bate, bate” (gestos). Os pais podem fazer associações em termos de funções dos objetos; ensinar

orações e palavras isoladas. “Biscoito” pode ser sempre ensinado como “comer biscoito” (Riper & Emerick, 1997).

Riper e Emerick (1997), instruem os pais a usarem o que eles chamam de “self-talk” e “conversa paralela”, pois estas são técnicas que os pais compreendem prontamente e passam a utilizar.

Com self-talk, os autores referem-se à atividade dos pais falarem em voz alta consigo mesmos, de forma que a criança possa ouvi-los verbalizando, de forma simples, o que estão vendo, ouvindo, fazendo ou sentindo. Para os autores, as mães e os clínicos têm de aprender a falar dessa forma para construir a “ponte” onde a criança se encontra e onde ela deveria estar no uso da linguagem. Quando ela começa a falar, os pais podem gradualmente aumentar a complexidade de seus modelos. Os autores sugerem que se peça aos pais para dizer o que querem dizer à criança em frases simples bem curtas. Assim, os modelos que eles passam a fornecer à criança ficam bem próximos aos que estão sendo ensinados pelo clínico.

Quanto à conversa paralela, Riper e Emerick (1997) explicam que se o clínico fizer uma demonstração, os pais também aprenderão a usá-la. Essa técnica não exige que a criança diga qualquer coisa, poupando-a, dessa forma, dos costumeiros bombardeios de ordens dos pais para “dizer isto” e “dizer aquilo”. Na conversa paralela, os pais verbalizam, não seus próprios pensamentos, mas os de seu filho. Dizem o que ele está fazendo. Segundo os autores, a conversa paralela é algo fascinante e completam dizendo que o ideal é que o adulto diga a palavra ou frase necessária no exato instante em que a criança precisa dela.

Em nossa sociedade, que é altamente competitiva e com forte apelo à ascensão social, a habilidade verbal é extremamente recompensada. A fala eficiente pode facilitar o acesso ao status e às posses que são freqüentemente consideradas metas a serem alcançadas.

Befi-Lopes e Rodrigues (2001) declaram que as crianças com atraso no desenvolvimento da linguagem apresentam grandes riscos para dificuldades de aprendizado, alterações comportamentais (também enfatizado por Sundberg & Partington, 1997) e problemas remanescentes de linguagem. Assim, a intervenção nesta área torna-se, inclusive, um objetivo para a saúde pública (Rescorla, 1989).

Riper e Emerick (1997) chegam a afirmar que se o indivíduo não apresenta fala/linguagem dentro dos padrões considerados normais pela sociedade, este indivíduo é excluído desta mesma sociedade, não pertencendo, portanto “à raça humana”, já que a fala é considerada, por eles, o cartão de aptidão para pertencer a tal raça.

Considerando as questões sobre a importância e a forma de se orientar os pais e familiares, no que se refere à interação com a criança que apresenta uma alteração na aquisição/desenvolvimento da linguagem, a pesquisa que ora é proposta pretende verificar a influência da cooperação dos pais no processo terapêutico para a aquisição de mandos em crianças não-verbais que ultrapassaram o período ideal para a aquisição da linguagem.

Método

Participantes

Participaram deste estudo duas crianças, de 5 e 7 anos de idade, que apresentavam um atraso importante na aquisição e desenvolvimento da linguagem e não tinham adquirido formas eficientes de comunicação alternativa.

Os critérios para inclusão dos participantes na pesquisa é que tivessem entre 4 e 7 anos de idade e que não apresentassem lesão cerebral identificada e nem problemas auditivos. Anúncios de vagas para participação na pesquisa foram veiculados no jornal da Universidade Católica de Goiás – Flash e no jornal O Popular mas os candidatos que responderam aos anúncios não satisfaziam os critérios pré-estabelecidos. Foram então consultadas as listas de espera da clínica-escola do curso de Fonoaudiologia da UCG e do Hospital Geral de Goiânia. Os dois participantes que melhor atendiam os critérios de inclusão na pesquisa foram selecionados de uma lista de espera de mais de 200 candidatos à fonoterapia na clínica-escola da Universidade Católica de Goiás.

A realização dessa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás com o número COEP/UCG N. 070/2004.

Ambiente

A primeira fase do estudo, Intervenção I, foi realizada em um consultório clínico particular (3m x 3m), devidamente autorizado pela vigilância sanitária estadual, contendo uma mesa, cadeiras, armário e pia. A segunda fase da pesquisa,

Intervenção II, consistiu em acrescentar aos procedimentos da Intervenção I, o atendimento às crianças em suas residências com a participação dos pais (Participante 1) ou responsáveis (Participante 2) como co-terapeutas.

Material

Os materiais utilizados foram: material de desenho (lápiz de escrever e lápis de cor, folhas brancas de papel A4), carrinhos, miniaturas de animais, bola, alimentos (maçã, bolo, pão, skinny, bolacha, suco, água, leite) e álbuns contendo figuras dos reforçadores disponíveis. Foram utilizados ainda: filmadora JVC, fitas VHS, protocolo de Avaliação das Habilidades de Comunicação (Anexo 1), fichas de registro (Anexo 2), caneta, computador e impressora.

Procedimento

Delineamento Experimental:

Para demonstrar controle experimental, foi utilizado o Delineamento de Múltiplos Elementos combinado com o Delineamento de Linha de Base Múltipla entre Participantes.

O estudo foi dividido em duas fases, Intervenção I e Intervenção II, caracterizando o uso do Delineamento de Múltiplos Elementos. Como o Delineamento de Linha de Base Múltipla requer linhas de base de duração diferente entre os participantes, na Linha de Base, a frequência de mandos foi registrada em duas sessões durante o processo de avaliação das habilidades comunicativas para o

Participante 1 em cada ambiente. Para o Participante 2, a frequência de mandos foi registrada em quatro sessões durante o processo de avaliação das habilidades comunicativas também nos dois ambientes, antes que a Intervenção I fosse iniciada. Ao final da Intervenção I, ambos participantes foram reavaliados antes de dar início à fase de Intervenção II. O Participante 1 foi novamente avaliado ao término da Intervenção II. O Participante 2 teve problemas familiares e sua participação no estudo foi interrompida após sete sessões da Intervenção II (ver Tabela 1).

Tabela 1. Demonstração das fases da pesquisa com cada um dos participantes.

	Linha de Base	Intervenção I	Probe	Intervenção II	Probe
Participante 1	Linha de Base 1	Terapeuta	Probe 1	Terapeuta e Familiar.	Probe 2
Participante 2	Linha de Base 1 e Linha de Base 2.	Terapeuta	Probe 1	Terapeuta e Familiar.	-----

Inicialmente foi realizada uma entrevista com os responsáveis por cada criança, utilizando-se o protocolo sugerido por O'Neill (1997) para levantar a história de vida, identificar os meios utilizados pelas crianças para comunicar necessidades e/ou desejos, bem como os materiais, atividades e alimentos reconhecidos como mais desejáveis para elas.

Com base nas informações obtidas, realizou-se um teste de reforçadores com as crianças. Dez potenciais reforçadores foram organizados em ordem hierárquica, do

mais para o menos potente, e os mais potentes foram usados primeiro na Intervenção I.

Em seguida foram coletados dados de linha de base dos participantes utilizando-se material didático proposto por Sundberg & Partington (1998). Esses dados ajudaram a identificar o nível de cada criança em habilidades consideradas pré-requisitos para a aquisição da linguagem, sendo que em cada habilidade a criança podia ter um escore de 1 a 5. O escore 1 representa o nível de respostas menos desenvolvidas e o escore 5, as respostas mais adequadas, sendo o nível mais elevado do teste. As habilidades avaliadas no teste são: Cooperação com Adultos, Mandos, Imitação Motora, Jogo Vocal, Imitação, Escolha de Acordo com o Modelo, Linguagem Receptiva, Nomeação, Linguagem Receptiva por Função, Característica e Classe, Habilidades Conversacionais, Letras e Números e Interação Social (ver Anexo 1).

As intervenções consistiram de uma combinação de técnicas fonoaudiológicas de Colocação Fonética e procedimentos da Análise Aplicada do Comportamento. As técnicas fonoaudiológicas consistiram na demonstração do ponto (posição dos órgãos articulatórios no momento da produção do fonema) e modo (plosivo, fricativo, nasal, líquido) articulatório do fonema que devia ser articulado para a produção dos vocábulos. O Reforçamento Positivo e a Modelagem foram utilizados na aquisição e manutenção de mandos. O procedimento de Esmacimento foi utilizado para a retirada dos prompts físicos, imitativos e verbais que fizeram parte do processo de ensino. A ocorrência de mandos (uso de palavras e/ou apontar) foi registrada por

meio de observação direta e ocasionalmente por meio de escore de imagens e sons gravados em fita VHS. Essas filmagens serviram também para a obtenção do nível de fidedignidade das observações, pois dois observadores faziam registros independentes que eram comparados. O nível de fidedignidade das observações foram calculados usando a fórmula: Número de acordos dividido pelo soma de acordos e desacordos, multiplicados por 100. O nível de fidedignidade variou de 92 a 100%.

Na Intervenção I, cada criança recebeu atendimento individual da pesquisadora em um consultório de fonoaudiologia. Durante esse processo, os pais dessas crianças não participaram das sessões nem receberam orientações especiais sobre como trabalhar com as crianças em casa. Após vinte e cinco sessões individuais de 30 minutos cada, foi aplicado um probe (reavaliação) sem uso das técnicas de intervenção para avaliar o nível de desempenho alcançado por cada criança. A seguir, foi iniciada a segunda fase do estudo, Intervenção II. Nessa fase, também com sessões de 30 minutos cada, as famílias das crianças receberam orientação sobre como estimular e reforçar a criança em todos ambientes freqüentados por elas para favorecer a aquisição e o desenvolvimento da linguagem e passaram a assistir a terapeuta em ação no consultório e em suas residências. No consultório, a terapeuta passou a explicar e demonstrar como implementar o procedimento e encorajar os pais a interagir com a criança de forma estimulante e reforçadora. Na residência, os pais passaram a assumir um papel ainda mais atuante, continuando a receber instruções e feedback da terapeuta.

O desempenho das duas crianças participantes foi cuidadosamente registrado nas fichas de registro. O desempenho foi medido em termos de frequência de ocorrência de mandos presentes nas verbalizações observadas durante quatro sessões semanais de 30 minutos, em diferentes horários do dia, sendo que, na Intervenção I todas as sessões foram realizadas em consultório e, na Intervenção II duas sessões foram realizadas no consultório e duas na residência das crianças.

Sessões

Foram realizadas quatro sessões semanais de 30 minutos cada, alternando-se horários de atendimento entre os participantes.

Na Intervenção I foram realizadas 25 sessões com cada participante. Na Intervenção II foram realizadas um total de 25 sessões com o Participante 1 e 7 sessões com o Participante 2. Os mesmos procedimentos utilizados na Intervenção I do estudo foram utilizados na Intervenção II. Como foi explicado anteriormente, a diferença entre a Intervenção I e II é que na Intervenção I só a terapeuta implementava os procedimentos e na Intervenção II os pais eram encorajados a observar a terapeuta em ação e implementar os procedimentos também.

A primeira palavra apresentada referiu-se ao reforçador mais poderoso para a criança, identificado no teste formal para a verificação da potência dos reforçadores, e o treino foi conduzido quando a motivação para aquele reforçador era forte. Houve também o cuidado de se escolher a palavra que também pudesse ser ecoada (ou emitida como uma aproximação da palavra) pela criança.

A criança e a terapeuta ficavam sentadas uma de frente para a outra à mesa do consultório. A terapeuta ficava de posse do item reforçador e dizia à criança: “O que você quer?” - prompt verbal, e/ou “Diga (item reforçador)” - prompt ecóico. Se a criança emitisse uma aproximação da palavra esperada, imediatamente um elogio era feito e o item reforçador era fornecido (ver Tabela 2). Uma resposta incorreta, ou ausência de aproximação da resposta esperada era seguida por uma reapresentação da seqüência original. Se a criança continuasse a não responder, a terapeuta tentava um diferente item reforçador ou um outro momento, quando a motivação da criança fosse mais forte. Neste caso, passava-se para outro tipo de atividade com outras formas de habilidades de linguagem como a ecóica, a imitação e a receptiva.

Quando a criança já podia emitir o mando, os prompts utilizados eram esmaecidos. O objetivo deste ponto do treinamento era fazer com que a criança solicitasse o item desejado antes que a terapeuta desse o prompt ecóico. Quando isto ocorria, a criança era imediatamente reforçada. O próximo passo consistiu em introduzir uma segunda palavra.

As palavras treinadas foram todas referentes a itens reforçadores e envolviam sons que faziam parte do repertório ecóico da criança. As palavras não poderiam rimar uma com a outra e deveriam ser muito diferentes quanto ao tipo de reforçador. O treino de cada nova palavra foi iniciado quando a criança era capaz de responder oito de cada dez vezes à questão: “O que você quer?”. Os mandos já aprendidos continuaram a ser reforçados em tentativas programadas para manutenção.

Quando a criança obteve sucesso (ver critério 8/10 acima) em mandos para dois itens, procedimentos foram implementados para esmaecer o objeto como fonte

de controle. O objeto era colocado no local, primeiramente dentro de uma caixa transparente e dado a ela quando solicitasse corretamente. Na próxima tentativa, o item era colocado dentro de uma caixa opaca. Respostas corretas eram imediatamente reforçadas com elogios e fornecimento do item reforçador. Respostas incorretas foram seguidas por uma reprise do procedimento escondendo apenas parcialmente o item (por exemplo, mostrando parte do item fora da caixa).

Se a criança parasse de responder por três vezes consecutivas, voltava-se à etapa anterior, com as duas palavras e iniciava-se o treino de um novo item. A tentativa de esmaecer o objeto era repetida quando o treino da terceira palavra estivesse concluído.

O último passo para o procedimento de mandos foi o de esmaecer o prompt verbal “O que você quer?”. Este último passo foi considerado menos importante que os precedentes, mas como o objetivo era o de obter solicitações espontâneas (um mando puro) então, este passo foi completado.

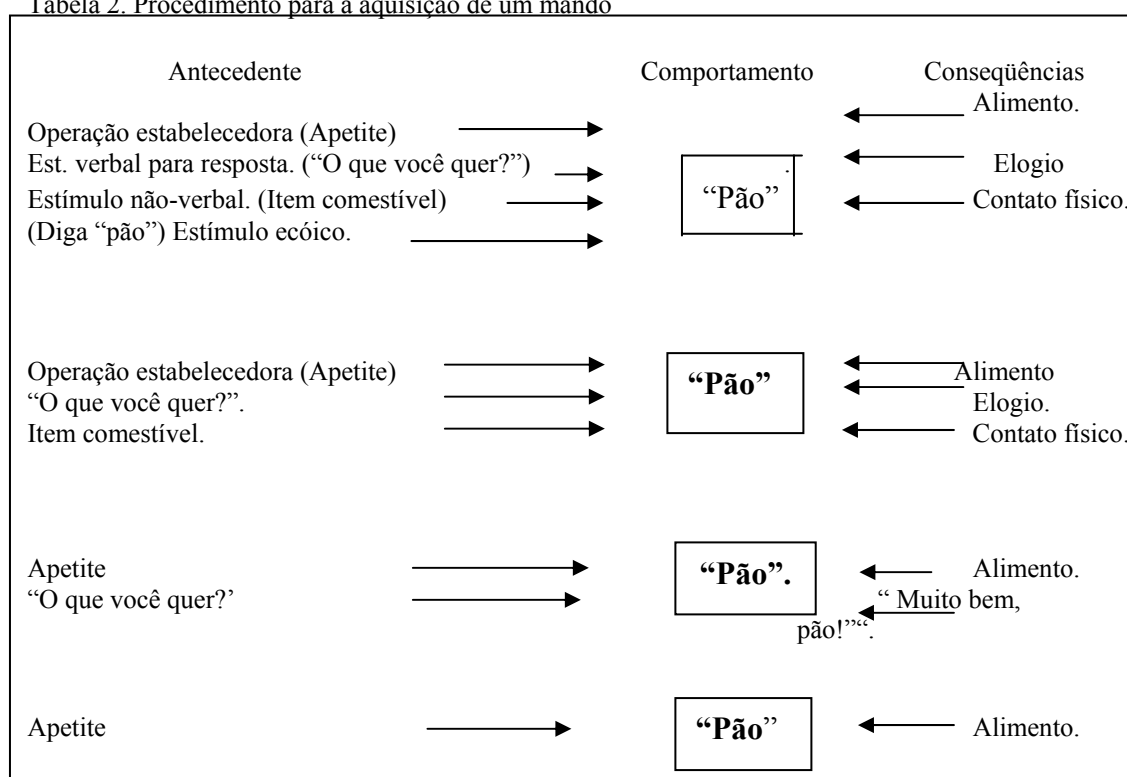
As dez primeiras palavras selecionadas e utilizadas para o treino de mandos com o Participante 1 foram: pão, bola, carro, maçã, bolacha, leite, bolo, suco, caminhão, Skinny.

No caso do Participante 2, as palavras selecionadas foram: papel, lápis, bolo, suco, pão, bolacha, maçã, água, leite e Skinny.

Uma vez que a criança se apresentasse segura na solicitação de cada item (respondendo corretamente oito de dez tentativas), mas sua emissão fosse apenas aproximada da resposta esperada, o procedimento da Modelagem era utilizado. Isto é, eram reforçadas emissões cada vez mais próximas da emissão esperada, sendo que as

aproximações anteriores não eram mais aceitas. A Técnica de Colocação Fonética também foi utilizada para a facilitação das emissões. Nesta técnica, o ponto e o modo de articulação de cada fonema eram demonstrados e enfatizados. Para tanto, utilizou-se de todas as vias sensoriais, solicitando que a criança se atentasse para o som do fonema, à postura dos órgãos fonoarticulatórios e ao modo de articulação.

Tabela 2. Procedimento para a aquisição de um mando



Resultados e Discussão

Como foi descrito anteriormente, duas medidas foram utilizadas no estudo: (1) o teste de Avaliação de Habilidades de Comunicação e (2) a Frequência de ocorrências de mandos. O teste de Avaliação de Habilidades de Comunicação (Sundberg & Partington, 1998) permite registrar o desempenho dos participantes em 12 categorias distintas de habilidades consideradas pré-requisitos para a aquisição da linguagem, sendo que em cada habilidade a criança podia ter um escore de 1 a 5. Nessa escala, 1 representa o escore mínimo e 5 o escore máximo. As Figuras de 1 a 4 mostram os escores obtidos pelas duas crianças em cada uma das doze habilidades. A primeira coluna das 4 figuras mostra os resultados da habilidade Cooperação com Adultos. As colunas seguintes representam Mandos, Imitação Motora, Jogo Vocal, Imitação Ecóica, Escolha de Acordo com o Modelo, Linguagem Receptiva, Nomeação, Linguagem Receptiva por Função, Característica ou Classe, Letras e Números e Habilidades Conversacionais e Interação Social.

Participante 1

Como pode ser observado nas Figuras 1 e 2, o Participante 1 foi avaliado em dois ambientes, clínica e residência, por três vezes: Linha de Base, Probe 1 (após 25 sessões de Intervenção I) e Probe 2 (após 25 sessões de Intervenção II).

Interessantemente, os dados obtidos foram idênticos em todas as fases experimentais tanto na clínica quanto na residência da criança. Apesar de a intervenção ter sido direcionada ao desenvolvimento de mandos, observou-se

alteração nos resultados em cinco categorias: mandos, imitação motora, jogo vocal, linguagem receptiva e nomeação. Em sete das doze categorias os resultados permaneceram os mesmos em todas as condições experimentais.

Em Mandos, a criança obteve escore 3 na Linha de Base, escore 4 no Probe realizado após as 25 sessões de Intervenção na Clínica e escore 5 obtido no Probe 2, após 25 sessões da Intervenção II. Pode se observar que a habilidade de emitir Mandos aumentou de um nível mediano antes da intervenção para o nível máximo do teste ao final da Intervenção II. É importante ressaltar que o nível cinco do teste é alcançado quando a criança faz solicitações usando 10 ou mais palavras, sinais ou gravuras.

Na categoria Imitação Motora, o Participante 1 obteve escores 3, 4 e 4 nos Testes 1, 2 e 3 respectivamente. O escore 4 representa uma habilidade de imitar de 5 a 25 movimentos finos e amplos que tenham sido solicitados.

No Jogo Vocal, a criança obteve escores 2, 3 e 5 sendo que o nível 5 representa a habilidade de vocalizar freqüentemente e dizer mais de 25 palavras clara e inteligivelmente.

Em Linguagem Receptiva, foram obtidos os escores 4, 5 e 5. Aqui a criança tinha um escore alto e atingiu o escore máximo já após a Intervenção I. A diferença entre o escore 4 e 5, é que no escore 4 a criança é capaz de seguir de 5 a 25 instruções e apontar até 25 itens. Para obter o escore 5 ela deve ser capaz de apontar até 100 itens.

Figura 1. Performance do comportamento do Participante 1 nas 12 habilidades comunicativas durante a aplicação da Linha de Base, Probe 1 (após as 25 sessões de Intervenção I) e Probe 2 (após as 25 sessões de Intervenção II) no Ambiente Clínico.

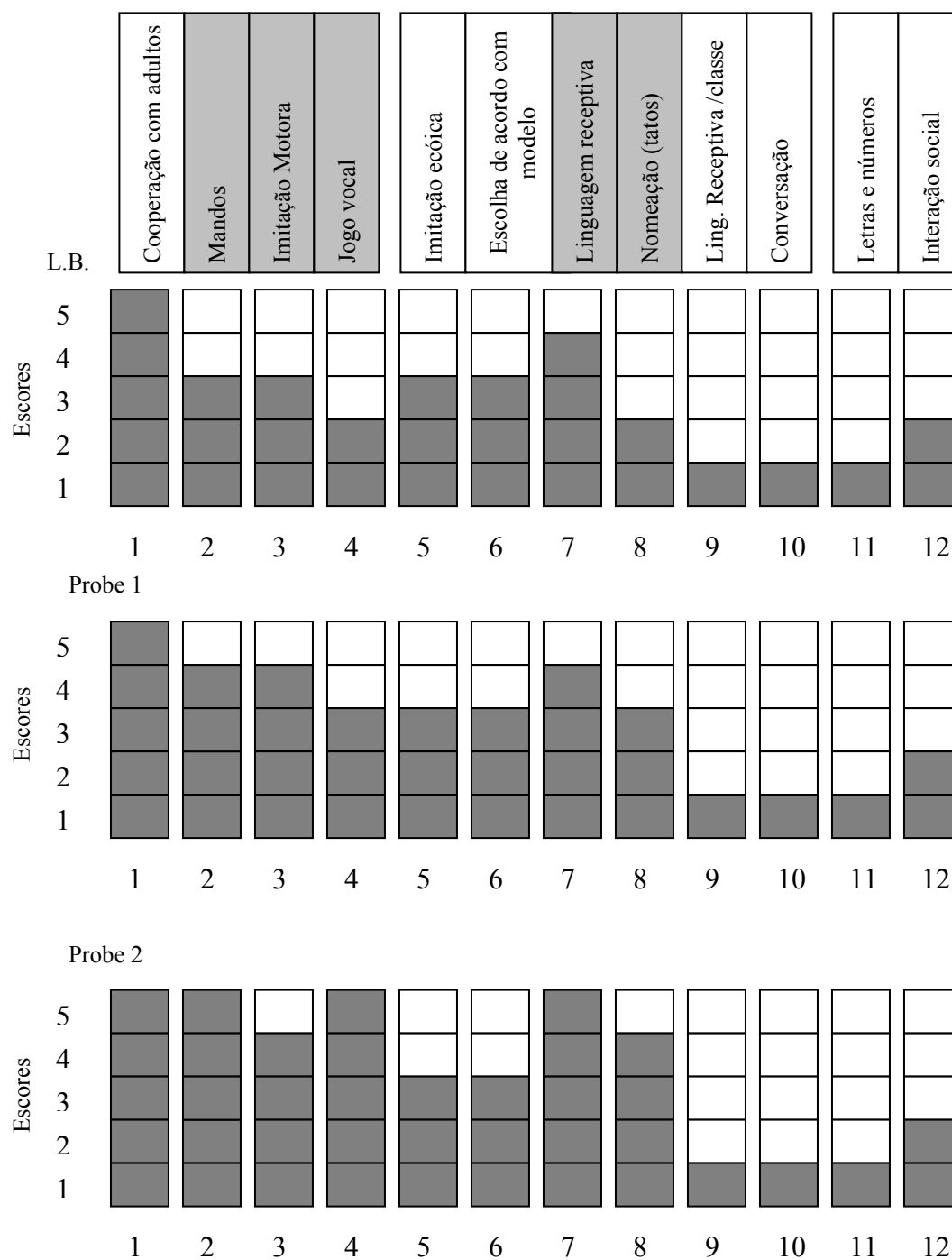
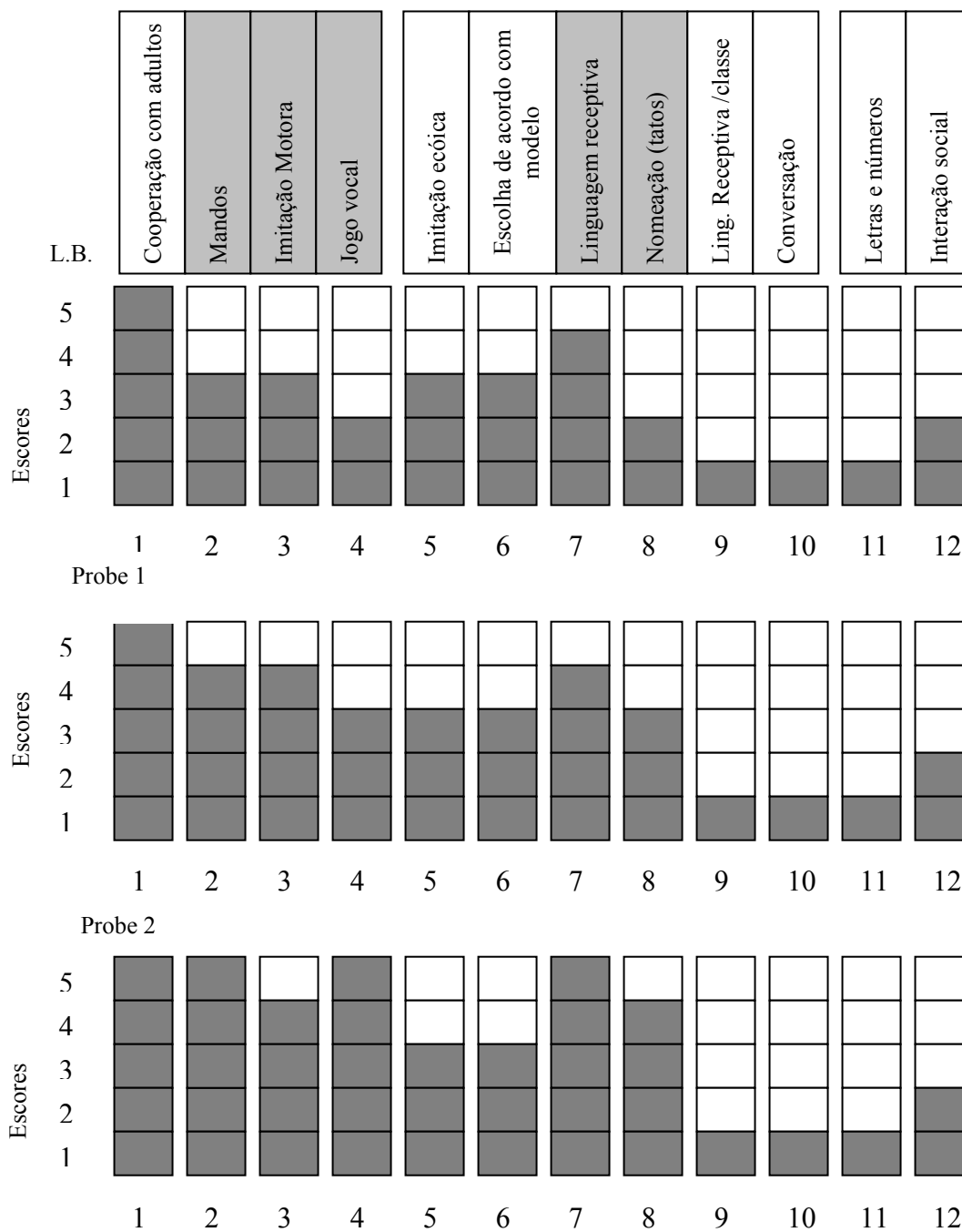


Figura 2. Performance do comportamento do Participante 1 nas 12 habilidades comunicativas durante a aplicação da Linha de Base, Probe 1 (após as 25 sessões de Intervenção I) e Probe 2 (após as 25 sessões de Intervenção II) no Ambiente Residencial.



Em Nomeação (Tatos) o Participante 1 obteve escores 2, 3 e 4 nas fases de Linha de Base, Intervenção I e Intervenção II, respectivamente. O escore 2 representa a habilidade de nomear 1 a 5 itens ou ações. No escore 4, a criança é capaz de identificar de 16 a 50 itens ou ações.

Participante 2

Cumprindo as regras do Delineamento de Linha de Base Múltipla, antes de se iniciar o processo terapêutico o Participante 2 foi avaliado uma vez nos dois ambientes (Linha de Base 1), clínica e residência, e após 30 dias reavaliado nestes dois ambientes (Linha de Base 2), como mostra a Figura 3. Após 25 sessões referentes à Intervenção I, o Participante 2 foi reavaliado (Probe 1) também nos dois ambientes citados e os resultados são apontados na Figuras 4.

Assim como o Participante 1, em cada fase experimental o Participante 2 alcançou escores idênticos nos ambientes de clínica e de residência. Não houve alterações da primeira Linha de Base realizada para a segunda (Linha de Base 2). Na última condição experimental realizada (Probe 1), três categorias apresentaram alterações nos resultados, melhorando a performance da criança. Em nove categorias os resultados permaneceram os mesmos.

Em Mandos, a criança obteve escore 4 na Linha de Base 1, repetindo o mesmo escore na Linha de Base 2 realizada 30 dias após a realização da primeira Linha de Base. Após as 25 sessões de Intervenção na Clínica, na realização do Probe 1, a criança alcançou o escore 5 para esta habilidade. Logo, o Participante 2 alcançou

o nível máximo da testagem já no final da Intervenção I, passando portanto a usar 10 ou mais palavras com função de mando no ambiente clínico.

Em Nomeação (Tatos) o Participante 2 obteve escores 3, 3 e 4 nas fases de Linha de Base 1, Linha de Base 2 e Probe 1, respectivamente. O escore 3 representa a habilidade de nomear 6 a 15 itens ou ações. No escore 4, a criança é capaz de identificar de 16 a 50 itens ou ações.

Em Letras e Números, foram obtidos os escores 1, 1 e 2. A criança recebe o escore 1 quando não pode identificar quaisquer letras, números ou palavras escritas. O escore 2 refere-se à identificação de uma lista de 1 a 3 letras ou números. É importante relatar que o Participante 2 havia freqüentado escola regular por 8 meses, mas não freqüentava mais o estabelecimento escolar desde dois meses antes de se iniciar a Linha de Base I e permaneceu fora da escola durante todo o estudo. Segundo informações colhidas com a família, a escola sugeriu que a criança fosse matriculada em uma instituição especial, já que não conseguia acompanhar os colegas de turma. A família então retirou a criança da escola. Caso o Participante 2 permanecesse na pesquisa em questão até a sua finalização, isto é, cumprisse as 25 sessões destinadas à Intervenção II, nova testagem (Probe 2) seria aplicada a este participante.

É importante salientar que o estudo focalizou o desenvolvimento da habilidade de mandos. Contudo, além dos ganhos obtidos nessa habilidade, pôde-se observar ganhos em outras habilidades comunicativas em ambas as crianças sugerindo que o estímulo de uma habilidade também potencializa o desenvolvimento de outras. Assim, no Participante 1, além dos ganhos obtidos em Mandos, ocorreram ganhos não programados nas áreas de Imitação motora, Jogo vocal, Imitação ecóica,

Linguagem receptiva e Nomeação. No Participante 2, que já iniciou o estudo com níveis iguais ou mais altos do que o Participante 1, além dos ganhos em Mandos, ocorreram ganhos não programados nas áreas de Nomeação e Letras e Números.

É importante lembrar que se um objeto precisa ser apresentado para um mando ocorrer, então a resposta é também uma resposta de tato. Como pôde ser observado, as duas crianças obtiveram ganhos em tatos sem que estes fossem focalizados como alvo no processo terapêutico. Para se treinar um mando puro a resposta deve aparecer somente sob controle de uma operação estabelecidora. Ao mesmo tempo, Skinner (1957) diz que todas as palavras adquiridas como tatos e intraverbais podem ocorrer como mandos. Sundberg e Partington (1998) analisam que o ensino da linguagem também envolve o estabelecimento de estímulos de controle não-verbais (tatos) e verbais (receptiva, intraverbal e textual). Esses autores ainda enfatizam que para algumas crianças um foco extensivo em suas operações estabelecidoras (mandos) pode interferir no estabelecimento destes outros tipos de habilidades.

Lowe (1996) também salienta a inter-relação existente entre os vários componentes da linguagem afirmando que quando se consegue avanços em um destes componentes, os outros também obtêm ganhos. Schwartz (1990) diz que podem esperar-se relações entre os componentes da linguagem simplesmente porque as crianças não aprendem aspectos da linguagem isoladamente. Argumenta ainda que a compreensão das interações entre os componentes da linguagem é essencial para o

entendimento dos desvios da fala e, mais praticamente, para a avaliação e para o tratamento.

Figura 3. Performance do comportamento do Participante 2 nas habilidades comunicativas durante a aplicação da Linha de Base 1, da Linha de Base 2 e do Probe 1 (após as 25 sessões da Intervenção I) no Ambiente Clínico.

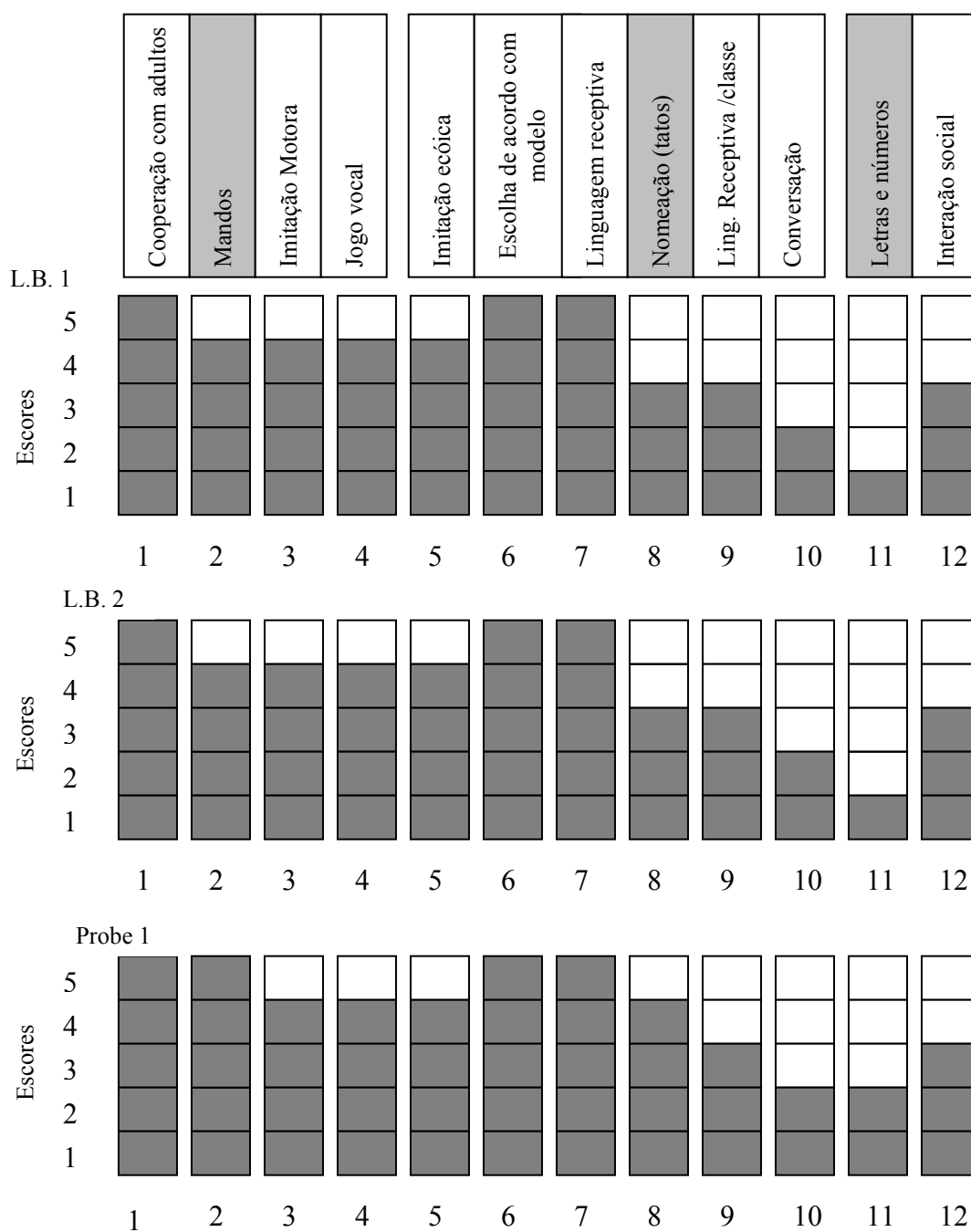
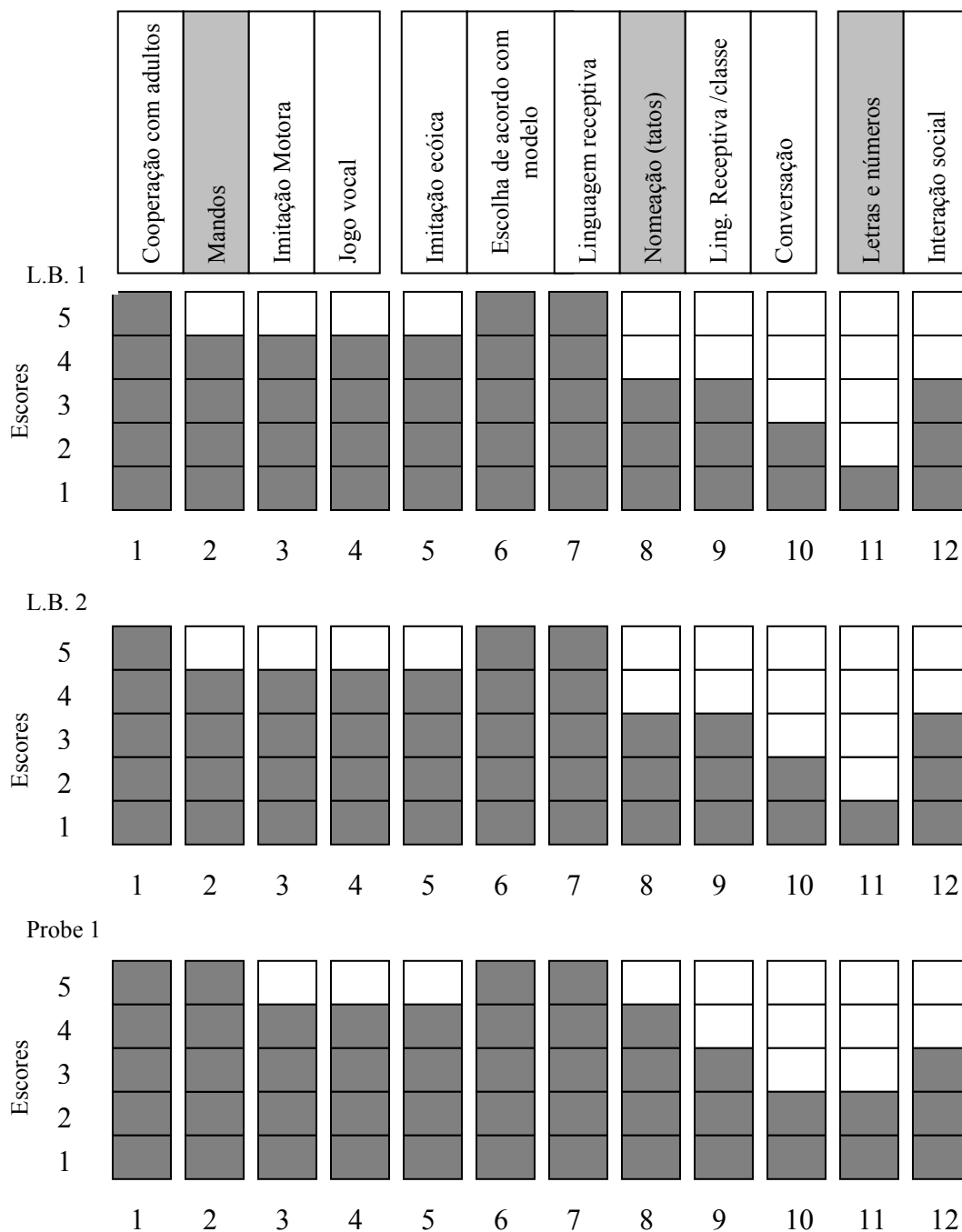


Figura 4. Performance do comportamento do Participante 2 nas habilidades comunicativas durante a aplicação da Linha de Base 1, da Linha de Base 2 e do Probe 1 (após as 25 sessões da Intervenção I) no Ambiente Residencial.



A segunda medida utilizada no estudo, enfatizou o registro de frequência de ocorrência de mandos. Foram registradas as ocorrências do uso de palavras e/ou gesto de apontar para fazer solicitações. Esses dados foram registrados durante observações diretas das crianças. Algumas sessões foram gravadas em fitas VHS e as filmagens foram usadas para a obtenção do nível de fidedignidade das observações. Nessas ocasiões dois observadores independentes fizeram registros que foram comparados. O nível de fidedignidade das observações foi calculado usando a fórmula: Número de acordos dividido pelo soma de acordos e desacordos, multiplicado por 100. O nível de fidedignidade variou de 92 a 100%.

Participante 1

A Figura 5 e a Tabela 3 mostram que nas sessões 1 e 2 da Linha de Base na Clínica, os mandos por meio de uso de palavras foram emitidos 2 e 1 vez respectivamente. Com apenas duas sessões de intervenção, essa frequência aumentou para 25 mandos alcançando 50 ocorrências ao final das 25 sessões da Intervenção I e 91 ocorrências ao final das 25 sessões da Intervenção II. Enquanto as solicitações com o uso de palavras faladas aumentavam, as respostas de apontar foram diminuindo. Os mandos por meio do gesto de apontar ocorreram 5 e 7 vezes respectivamente nas sessões 1 e 2 da Linha de Base na Clínica. Após 8 sessões de intervenção, essa frequência foi reduzida a zero, voltando a ocorrer por duas sessões durante a Intervenção II, porém com frequência reduzida (1 e 3 vezes). Houve portanto, um aumento considerável do uso de palavras com função de mandos em consultório clínico.

Algumas oscilações na frequência de ocorrência de mandos entre as sessões talvez sejam devidas à utilização de mais tempo nas técnicas fonoaudiológicas de demonstração de ponto e modo articulatorio de algum fonema que compunha a palavra que dava nome ao item de seu interesse. O procedimento de Modelagem que também era utilizado, por vezes, requeria mais tempo da sessão de forma que o número de mandos emitidos nessas sessões era menor do que em outras nas quais tais procedimentos eram menos utilizados.

A Figura 5 mostra também os resultados das sessões realizadas em clínica com o Participante 1 na fase de Intervenção II. É importante lembrar que nesta fase da pesquisa as sessões eram realizadas alternadamente, na clínica e na residência da criança. Os pais do Participante 1, durante a Intervenção II participaram das sessões realizadas na clínica e receberam orientações de como interagir com a criança em casa e em outros ambientes. A Intervenção II apresentada na Figura 5 mostra os resultados somente das sessões realizadas em clínica. Esses resultados apontam para uma maior evolução na utilização de mandos por utilização de palavras nesta fase da pesquisa. Ocorrem oscilações nas respostas de mandos apresentadas pela criança, como pode ser observado nas sessões 40 e 44. Novamente essas sessões correspondem àquelas em que a terapeuta utilizou-se mais do procedimento de Modelagem e técnicas fonoaudiológicas de demonstração de ponto e modo articulatorio de algum fonema, solicitando à criança uma produção fonética mais aproximada daquela considerada alvo. Um tempo maior era utilizado nestes procedimentos, de forma que o número de mandos computados era menor que em outras sessões em que este procedimento foi menos utilizado.

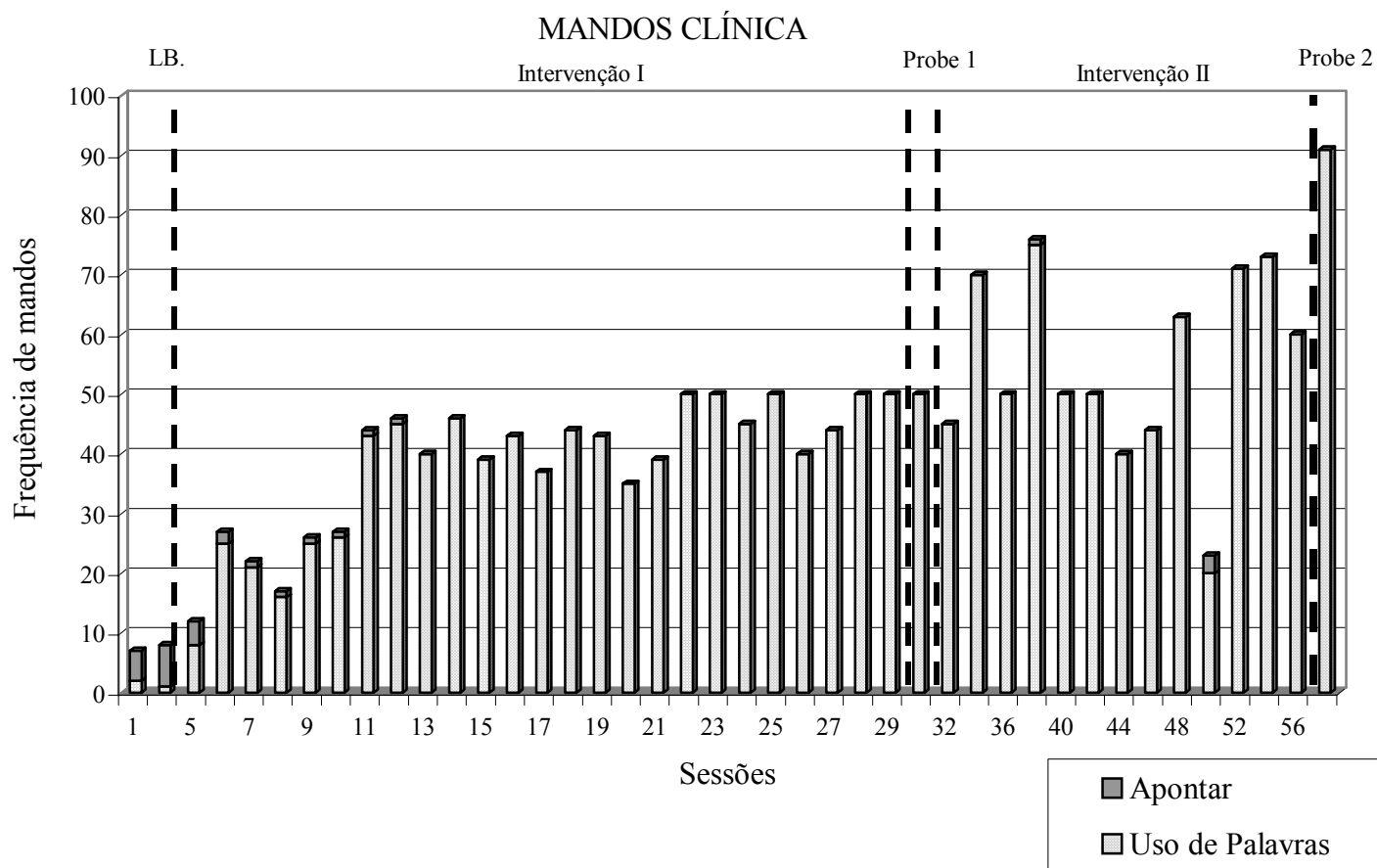
Na sessão 50 verifica-se um número de emissão de mandos muito inferior àquele que vinha sendo obtido nas sessões anteriores. De acordo com o relato da mãe, neste dia a criança havia se cansado de ser solicitada, em casa, a emitir os mandos vocais para aqueles itens que desejava obter. Portanto, não queria mais falar. Observa-se também que, nesta sessão, a criança voltou a utilizar o apontar com função de mando.

Os resultados aqui observados apontam para uma contínua evolução na aquisição de mandos por uso de palavras, sendo que o Participante 1 alcançou um aumento de 82% do Probe 1 para o Probe 2. Também aqui se pode observar que ao final do estudo, em situação de intervenção o Participante 1 não mais utiliza o apontar para conseguir o que precisa ou deseja.

Os resultados encontrados na Figura 6 referem-se à frequência na utilização de mandos pelo Participante 1 durante a realização de Linha de Base, Probe 1, na sessão de testagem realizada em casa, Intervenção II (nas sessões realizadas na casa do Participante 1) e Probe 2, também na sessão de testagem realizada em casa.

A Figura 6 mostra que houve 1 e 2 emissões de mandos com uso de palavras nas duas sessões de Linha de Base. Esse número aumentou para 40 na reavaliação conduzida durante o Probe 1 após a conclusão da Intervenção I que ocorreu somente na clínica e antes da Intervenção II ser iniciada no ambiente residencial.

Figura 5. Mandos emitidos no ambiente clínico pelo Participante 1.



Legenda: LB. refere-se aos mandos emitidos na aplicação da Linha de Base. . A Intervenção I refere-se às 25 sessões realizadas somente em clínica. O Probe 1 refere-se aos mandos emitidos em situação de reavaliação em clínica, sem os procedimentos de intervenção. A Intervenção II refere-se às sessões realizadas em clínica, porém com a participação dos pais do Participante 1. O Probe 2 refere-se aos mandos emitidos durante a reavaliação realizada após a Intervenção II em clínica.

Essa alteração sugere que houve generalização entre ambientes na utilização de mandos, uma vez que até o momento do probe não havia sido realizada nenhuma orientação aos pais ou intervenção na residência. É interessante notar que os mandos emitidos no Probe 1 foram todos por meio do uso de palavras. Após o término da Intervenção II, quando foi realizado o Probe 2 verificou-se a ocorrência de 58 mandos em casa.

No ambiente residencial ocorreram várias oscilações na emissão de mandos do Participante 1. Neste ambiente, a criança tinha a tendência a responder por meio do apontar quando era a mãe que lhe fazia a pergunta “O que você quer?”. Quando a mãe perguntava novamente, demonstrando que esperava uma resposta vocal era freqüente a criança recusar a responder levantando-se da mesa com a testa franzida. Logo após, retornava. A mãe fazia novamente a mesma pergunta e a criança respondia com o uso da palavra. Outras vezes ocorria de simplesmente a criança abaixar a cabeça e não responder à pergunta da mãe. A mesma pergunta efetuada pela terapeuta logo em seguida à não resposta da criança à mãe era prontamente respondida de forma adequada sugerindo que houve discriminação por parte da criança.

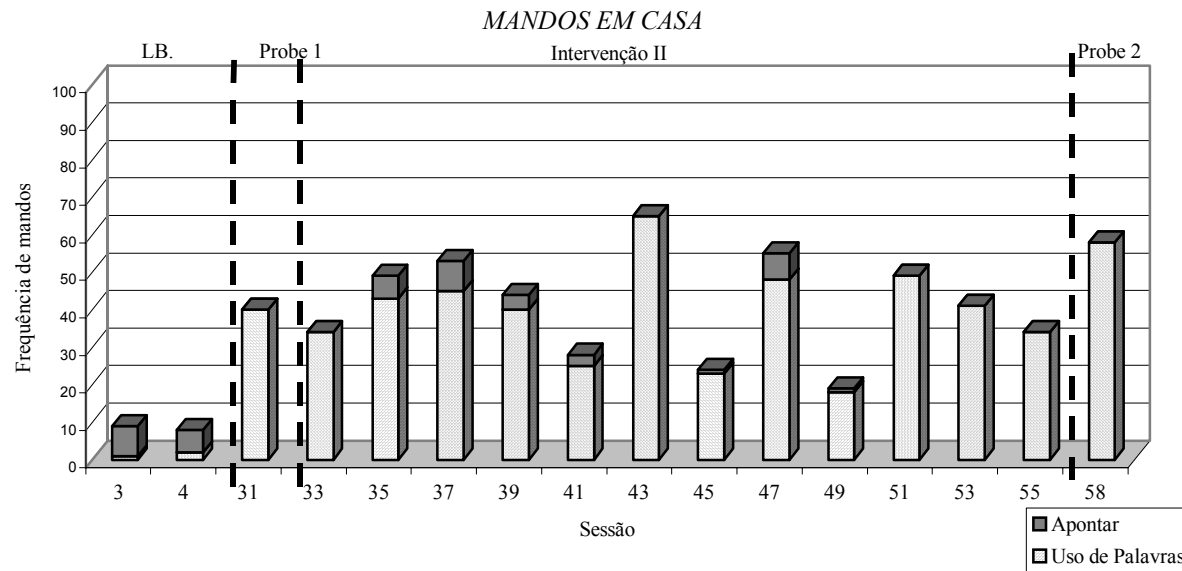
A partir da sessão 51 a criança parou de usar mandos por meio do apontar em casa durante o tempo utilizado para a intervenção. A Figura 6 mostra que houve 1 e 2 emissões de mandos com uso de palavras nas duas sessões de Linha de Base conduzidas na Linha de Base. Esse número aumentou para 40 na reavaliação conduzida durante o Probe 1 após a conclusão da Intervenção I que ocorreu somente na clínica e antes da Intervenção II ser iniciada no ambiente residencial.

Os mandos por meio do gesto de apontar ocorreram 8 e 6 vezes respectivamente nas sessões 1 e 2 da Linha de Base em casa. Na sessão em que foi realizado o Probe 1 esta frequência foi reduzida a zero. Nas sessões realizadas na casa do Participante 1 durante a Intervenção II este uso topográfico continuou sendo utilizado pela criança. No probe final (Probe 2) novamente a criança não utilizou o apontar com função de mando.

Observou-se porém que ao se iniciar a Intervenção II, a família apresentou dificuldades em fornecer os reforçadores sociais contingentes às respostas adequadas da criança. Os pais relataram que se esqueciam de elogiar-la e incentivar-la. Perguntados sobre em que ocasiões forneciam estímulos de elogios à criança, relataram que não tinham este hábito. A terapeuta usava prompts verbais e gestuais para lembrar os pais de elogiar a emissão de mandos.

De acordo com o relato dos pais do Participante 1, foram observados avanços por pessoas da família secundária e de amigos e vizinhos no desenvolvimento de fala e de linguagem e mudança de comportamentos inadequados. A criança passou a ser considerada pela mãe como muito mais calma e tranqüila. Esse relato é compatível com as afirmações de Sundberg e Partington (1998) que sugerem um comportamento mais calmo e sociável do indivíduo quando este consegue comunicar seus desejos e suas necessidades de forma mais eficiente se fazendo entender com maior rapidez.

Figura 6. Mandos emitidos no ambiente residencial pelo Participante 1.



Legenda: LB. refere-se aos mandos emitidos pelo Participante 1 em sua residência na aplicação dos testes de Linha de Base. O Probe 1 refere-se aos mandos emitidos em situação de reavaliação na casa da criança e após as sessões de Intervenção I, sem os procedimentos de intervenção. A Intervenção II refere-se às sessões realizadas na casa da criança, com a participação dos pais do Participante 1. O Probe 2 refere-se aos mandos emitidos durante a reavaliação realizada em casa após a Intervenção II.

Participante 2

Em relação ao desempenho do Participante 2, pode-se observar na Figura 7 e na Tabela 4 que esta criança apresentou, nas duas primeiras sessões (1 e 2) realizadas na Linha de Base 1 em clínica, 6 mandos utilizando-se de palavras em cada uma das duas sessões. E na Linha de Base 2, 5 e 7 mandos por uso de palavras, respectivamente nas sessões 5 e 6. É importante relembrar que as duas primeiras sessões representadas no gráfico foram realizadas trinta dias antes das próximas sessões de Linha de Base em clínica (sessões 5 e 6) devido à exigência do delineamento escolhido para a realização do estudo. Como pode ser verificado, os resultados obtidos nas duas primeiras sessões em clínica foram praticamente os mesmos dos resultados obtidos trinta dias depois, quando foram realizadas outras duas sessões de Linha de Base em clínica.

Após 5 sessões de Intervenção I a frequência de ocorrências de mandos por uso de palavras aumentou para 30 alcançando 64 ocorrências ao final das 25 sessões da Intervenção I e 98 ocorrências na última sessão realizada com este participante na Intervenção II.

A Figura 7 e a Tabela 4 demonstram que nas quatro primeiras sessões da Intervenção I o Participante 2 manteve estável o número de mandos emitidos, porém houve uma mudança no tipo de mando utilizado para conseguir os itens desejados. À medida que aumentavam os mandos por utilização de palavras, diminuía os mandos pelo gesto de apontar. Os mandos por meio do gesto de apontar ocorreram 11 e 12 vezes respectivamente nas sessões 1 e 2 da Linha de Base 1 na Clínica, e 12 e 13

vezes respectivamente nas sessões 5 e 6 de Linha de Base 2 na clínica. Após 5 sessões de intervenção, essa frequência foi reduzida a zero, não voltando a ocorrer nas sessões realizadas em clínica.

Pode se observar uma pequena queda na emissão de mandos pelo Participante 2 na sessão 19. Nesta sessão, a criança apresentava-se com febre baixa, portanto, além do mal estar próprio da condição febril, alguns itens usados e confirmados como reforçadores para esta criança não estavam sendo reforçadores naquele momento (itens comestíveis).

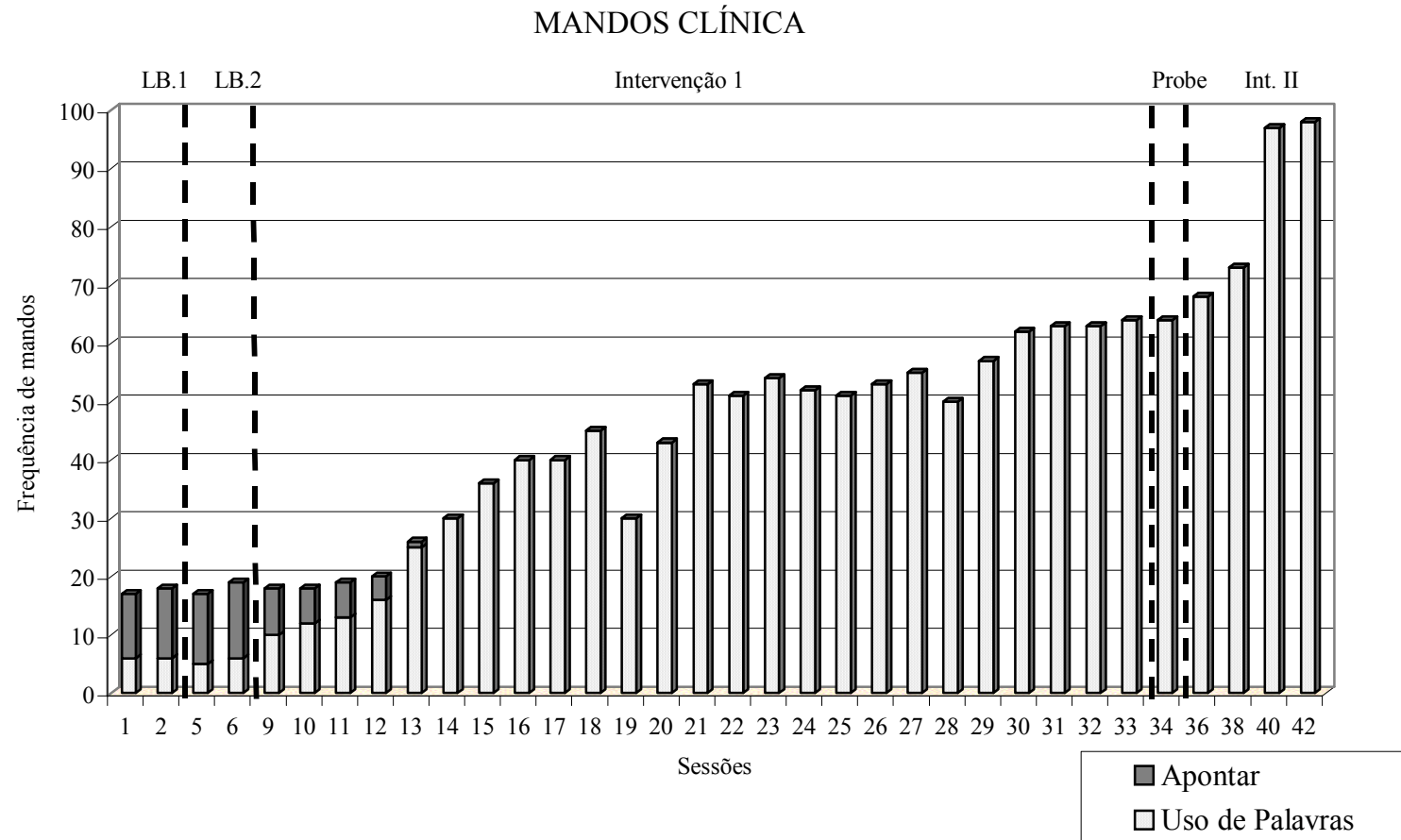
Foram quatro as sessões realizadas em clínica durante a Intervenção II com o Participante 2. Mesmo assim, o gráfico mostra um desempenho satisfatório do participante, que continuou aumentando a frequência de mandos durante o tempo das intervenções. Observa-se ainda um aumento de 30,62% na frequência de mandos por uso de palavras, da primeira sessão em clínica da Intervenção II (sessão 36) para a última sessão realizada em clínica na mesma etapa (sessão 42).

A Tabela 4 ilustra o número e a topografia dos mandos emitidos pelo Participante 2 em cada etapa do estudo realizado.

Tabela 4. Número de mandos emitidos pelo Participante 2 em cada fase do estudo. (A utilização de palavras foi abreviada como “U.P.” e o apontar abreviado como “Ap.”).

Sessão	Linha de Base				Interv.1		Reavaliação 1				Intervenção 2			
	Clínica		Casa				Clínica		Casa		Clínica		Casa	
	Ap.	U.P.	Ap.	U.P.	Ap.	U.P.	Ap.	U.P.	Ap.	U.P.	Ap.	U.P.		
1	11	6												
2	12	6												
3			30	4										
4			30	6										
5	12	5												
6	13	6												
7			26	5										
8			28	7										
9					8	10								
10					6	12								
11					6	13								
12					4	16								
13					1	25								
14					0	30								
15					0	36								
16					0	40								
17					0	40								
18					0	45								
19					0	30								
20					0	43								
21					0	53								
22					0	51								
23					0	54								
24					0	52								
25					0	51								
26					0	53								
27					0	55								
28					0	50								
29					0	57								
30					0	62								
31					0	63								
32					0	63								
33					0	64								
34							0	64						
35									4	30				
36											0	68		
37												1	47	
38											0	73		
39												0	52	
40											0	97		
41												0	64	
42											0	98		

Figura 7. Mandos emitidos no ambiente clínico pelo Participante 2.

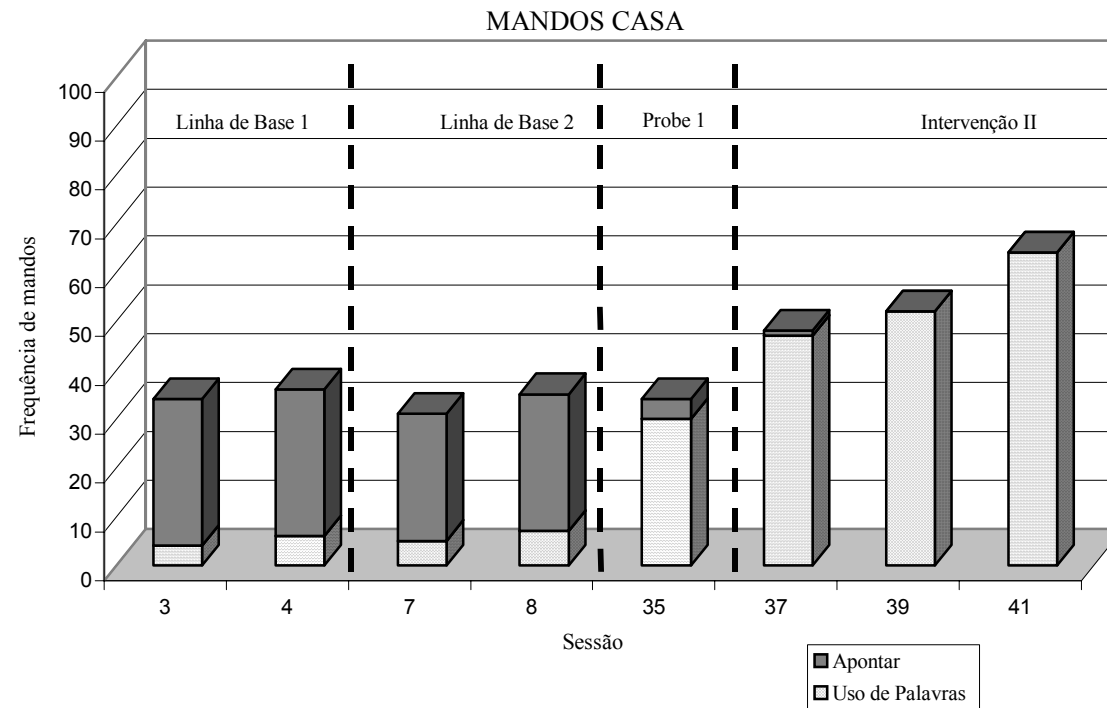


Legenda: LB.1 refere-se aos mandos emitidos na aplicação da Linha de Base 1. LB.2 refere-se aos mandos emitidos durante a aplicação da Linha de Base 2, realizada 30 dias após a LB.1. A Intervenção I refere-se às 25 sessões realizadas somente em clínica. O Probe 1 refere-se aos mandos emitidos em situação de reavaliação em clínica, sem os procedimentos de intervenção. A Intervenção II refere-se às sessões realizadas em clínica, porém com a participação dos responsáveis pelo Participante 2.

A Figura 8 aponta para a frequência na utilização de mandos utilizados na residência do Participante 2. Neste gráfico incluem-se as sessões de Linha de Base 1, Linha de Base 2, Probe 1 e as sessões relativas à Intervenção II que foram realizadas na casa da criança. Verifica-se um aumento importante na utilização de mandos em casa quando se comparam os dados encontrados em L.B.1 e L.B.2 com os resultados do Probe 1. Da mesma forma ocorrida com o Participante 1, os dados registrados do Participante 2 também sugerem generalização das respostas de mandos entre ambientes, já que os mandos com a forma topográfica do uso de palavras foi emitido na Linha de Base 1, 6 vezes em cada sessão, na Linha de Base 2, 5 e 6 vezes respectivamente nas sessões 5 e 6, e mesmo sem o treinamento e as orientações aos familiares da criança sobre como estimulá-la e incentivá-la a emitir mandos em casa, a criança apresentou 64 mandos utilizando-se de palavras no Probe 1 realizado antes do início da Intervenção II. À medida que a Intervenção II prossegue, o Participante 2 aumenta a frequência na utilização de mandos por utilização de palavras.

A utilização do apontar ocorreu apenas na sessão de Probe 1 e na primeira sessão da Intervenção II realizada na residência do participante. Comparando-se o uso do apontar em L.B.1 (30 vezes em cada uma das sessões) e L.B.2 (26 e 28 vezes nas sessões 7 e 8 respectivamente) realizados na residência do Participante 2, com o mesmo uso no Probe 1 (4 ocorrências na sessão 35), também realizado na residência do participante, pode-se verificar a perda da eficácia desta forma topográfica de se alcançar os itens desejados. Nas duas últimas sessões realizadas na residência do Participante 2, o apontar deixou de ser utilizado pela criança.

Figura 8. Mandos emitidos no Ambiente Residencial pelo Participante 2.



Legenda: : T1 refere-se aos mandos emitidos pelo Participante 1 em sua residência na aplicação dos testes de Linha de Base 1. T2 refere-se aos mandos emitidos em situação de reavaliação na casa da criança após 30 dias da realização de T1 sem ter sido realizada qualquer intervenção com a criança. T3 refere-se aos mandos emitidos durante a reavaliação realizada em casa após a Intervenção I. A Intervenção II refere-se às sessões realizadas na casa da criança, com a participação dos responsáveis pelo Participante 2.

A Figura 9 combina em um só gráfico os dados do Participante 1 e do Participante 2 para representar o Delineamento de Linha de Base Múltipla entre Sujeitos no ambiente clínico. Essa figura permite visualizar o ponto em que as Linhas de Base foram sucedidas pelas condições experimentais de intervenção. No Participante 1, ocorreram duas sessões na Linha de Base, enquanto para o Participante 2 ocorreram quatro sessões. Observa-se que na Linha de Base, ambos participantes mostraram uma baixa frequência de Mandos, tanto na forma vocal quanto na de apontar. A frequência máxima de Mandos na forma de uso de palavras e apontar para o Participante 1 nessa fase foi oito. Nas quatro sessões de Linha de Base do Participante 2, o máximo de Mandos emitidos em uma sessão na forma de uso de palavras e apontar foi 19.

Ao final da fase de Intervenção I, a frequência de ocorrência de Mandos para o Participante 1 aumentou para um máximo de 50 em cinco sessões não consecutivas mas indicativas de estabilização de respostas. Para o Participante 2, a Intervenção I foi efetiva em aumentar os Mandos para um máximo de 64 ocorrências em uma sessão. Uma análise da Figura 9 mostra que os ganhos deste participante também estavam estabilizados entre 62 e 64 ocorrências de Mandos antes do Probe e do início da Intervenção II.

Nas sessões de Probe que ocorreram na sessão 30 para o Participante 1 e sessão 34 para o Participante 2, os dados foram obtidos em condições idênticas àquelas usadas na Linha de Base original, isto é sem qualquer treinamento, e portanto funcionam como novas Linhas de Base antecedendo a introdução da Intervenção II. As sessões de Probe do Participante 1 e do Participante 2 mostram que ambos obtiveram o valor máximo alcançado durante a Intervenção I (50 para

o Participante 1 e 64 para o Participante 2) indicando aprendizado daquela habilidade.

Com o início da Intervenção II, observa-se um ganho relativamente rápido para ambos participantes. Em apenas duas sessões o Participante 1 emitiu 70 ocorrências e em apenas três sessões o Participante 2 emitiu 97 ocorrências.

O Probe realizado com o Participante 1 ao final da Intervenção II mostra que a criança foi capaz de emitir 91 Mandos nas mesmas condições da Linha de Base (sem ajuda).

Esses resultados são consistentes com a visão de certos autores que reconhecem a influência do meio no processo de aquisição da linguagem. Skinner (1957) sustenta que a linguagem é adquirida por condicionamento de estímulos e respostas e o indivíduo é capaz de imitar o que o meio lhe apresenta. Enquanto exposta ao meio ambiente, a criança desenvolve suas potencialidades por meio da imitação e do reforço dado às respostas. Esta abordagem reconhece que o ambiente familiar pode influenciar na aquisição, desenvolvimento e abrangência da linguagem. De fato, tanto o Participante 1 quanto o Participante 2, passaram a imitar o modelo que a terapeuta lhes oferecia e eram reforçados por isso. Além do reforçador social foi muito importante o uso do reforçador natural que era a obtenção do item solicitado.

A pesquisa mostra claramente a importância das técnicas implementadas e também do estímulo reforçador. Contudo, no caso do Participante 2, as expressões de surpresa por ser elogiado sugeriam que não era um costume para ele receber esse tipo de estímulo. Ambas as famílias inicialmente apresentaram dificuldades em fornecer os reforçadores sociais após uma resposta adequada dada pela

criança, necessitando da modelação e prompts da terapeuta. É importante ressaltar que neste estudo, o engajamento dos pais não foi deixado ao acaso. A participação dos pais e/ou familiares foi cuidadosamente planejada, incentivada e reforçada socialmente pela terapeuta.

Os fatores ambientais podem ser favoráveis ou desfavoráveis, no que se refere à aquisição e o desenvolvimento da linguagem. São desfavoráveis quando ocorre privação de estímulos e fornecimento de modelos inadequados.

No que se refere aos modelos de fala fornecidos às crianças, tanto os familiares do Participante 1 quanto os familiares do Participante 2 disseram que a criança, na idade em que se encontrava já conseguia obter muito do que precisava ou queria sozinha, não sendo necessário auxiliá-la. Portanto, nem sempre precisavam solicitar algo. Quando o faziam, já era considerado natural que o fizessem por meio do apontar. Sendo assim, os pais não tinham o costume dar o modelo para sua criança.

Não se considera aqui, que os pais sejam os responsáveis pela deficiência de linguagem apresentada pela criança. No entanto, defende-se que quando a criança apresenta uma dificuldade maior do que os seus pares na aquisição da linguagem é necessário que: primeiro, sejam utilizados procedimentos eficazes para que esta aquisição tenha maior possibilidade de ocorrência e, segundo, é necessária a cooperação constante e incansável dos pais no sentido de fornecer modelos adequados para sua criança, bem como a disposição destes na modificação dos hábitos que não contribuem para a aquisição desejada.

Neste estudo ficou evidente que os participantes apresentavam a habilidade de mandos quando necessitavam, mesmo que durante as sessões

iniciais (de Linha de Base) elas o tenham apresentado timidamente. Porém, utilizavam o mando a partir de uma topografia ineficiente, de forma que muitas vezes, de acordo com o relato da mãe do Participante 1 e da tia do Participante 2, apresentavam-se muito nervosos e agressivos por não conseguirem se fazer entender. Acredita-se aqui, que quando os participantes entenderam que utilizando palavras podiam se fazer entender com um esforço menor passaram a utilizar esta nova topografia para obter itens que desejavam, generalizando, dessa forma, os resultados alcançados em clínica para suas residências.

A comparação da frequência de emissão de Mandos do Participante 1 e do Participante 2 em suas residências está representada na Figura 10. Os dados mostram que ambos participantes emitiram mais Mandos durante a Intervenção II do que aqueles emitidos na Linha de Base realizada nas residências dos mesmos.

O Participante 1 emitiu um máximo de 9 Mandos (entre o uso de palavras e o apontar) e na Intervenção II (sessão 43) chegou a emitir 65 Mandos. O Participante 2 emitiu um máximo de 36 Mandos (entre o uso de palavras e o apontar) durante a Linha de Base em sua residência, mas na Intervenção II emitiu um máximo de 64 Mandos na sessão 41.

Os probes realizados antes do início da Intervenção II mostram que ambos participantes generalizaram os conhecimentos obtidos no ambiente clínico para o ambiente residencial.

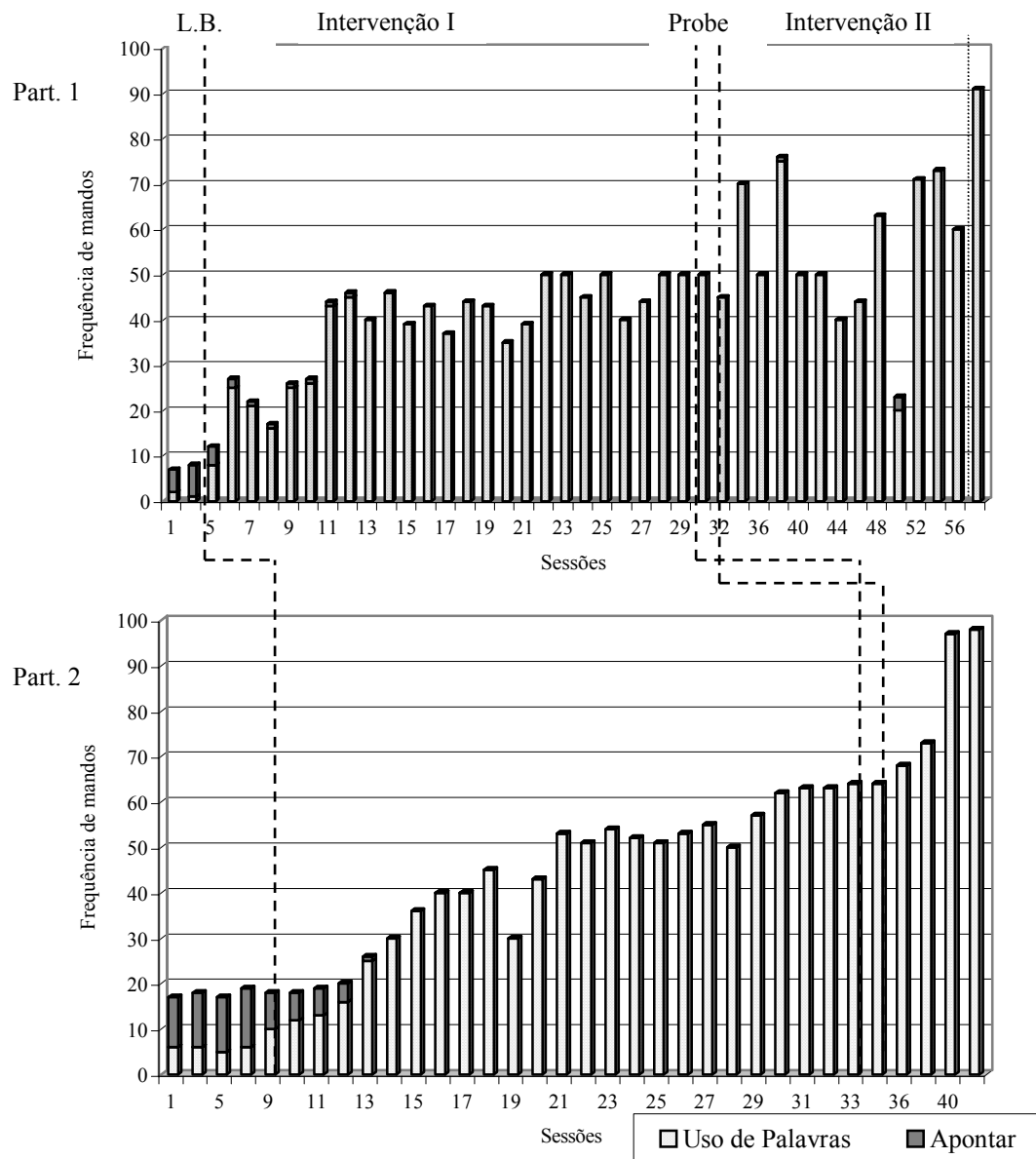
É interessante notar que durante a Intervenção II ambos os participantes emitiram menor frequência de mandos em suas residências do que na clínica. Talvez tenha ocorrido a discriminação por parte das crianças em relação ao ambiente em que deveriam emitir mandos vocais com maior frequência, uma vez

que na clínica os reforçadores recebidos eram sempre contingentes a esta forma topográfica de se emitir os mandos, enquanto em casa, fora dos horários de intervenção, por vezes os reforçadores não eram fornecidos, ou eram também contingentes ao Mando na forma do apontar, como foi relatado pelos pais do Participante 1 e pelos familiares do Participante 2. Os pais foram orientados a permanecerem atentos no sentido de sempre fornecer o modelo adequado de solicitação à criança, emitindo o nome do item desejado por ela e solicitando a aproximação vocal antes de oferecer o item à criança.

Os familiares de ambos os participantes relataram também a não apresentação do estímulo reforçador contingente à solicitação vocal da criança, ou porque os familiares não estavam disponíveis no momento, ou porque não havia aquele item em casa no momento em que a criança o solicitava. Em relação a estas ocorrências, a terapeuta orientou aos pais que elogiassem a criança pelo mando emitido, e que explicassem a impossibilidade de fornecer o item naquele momento específico.

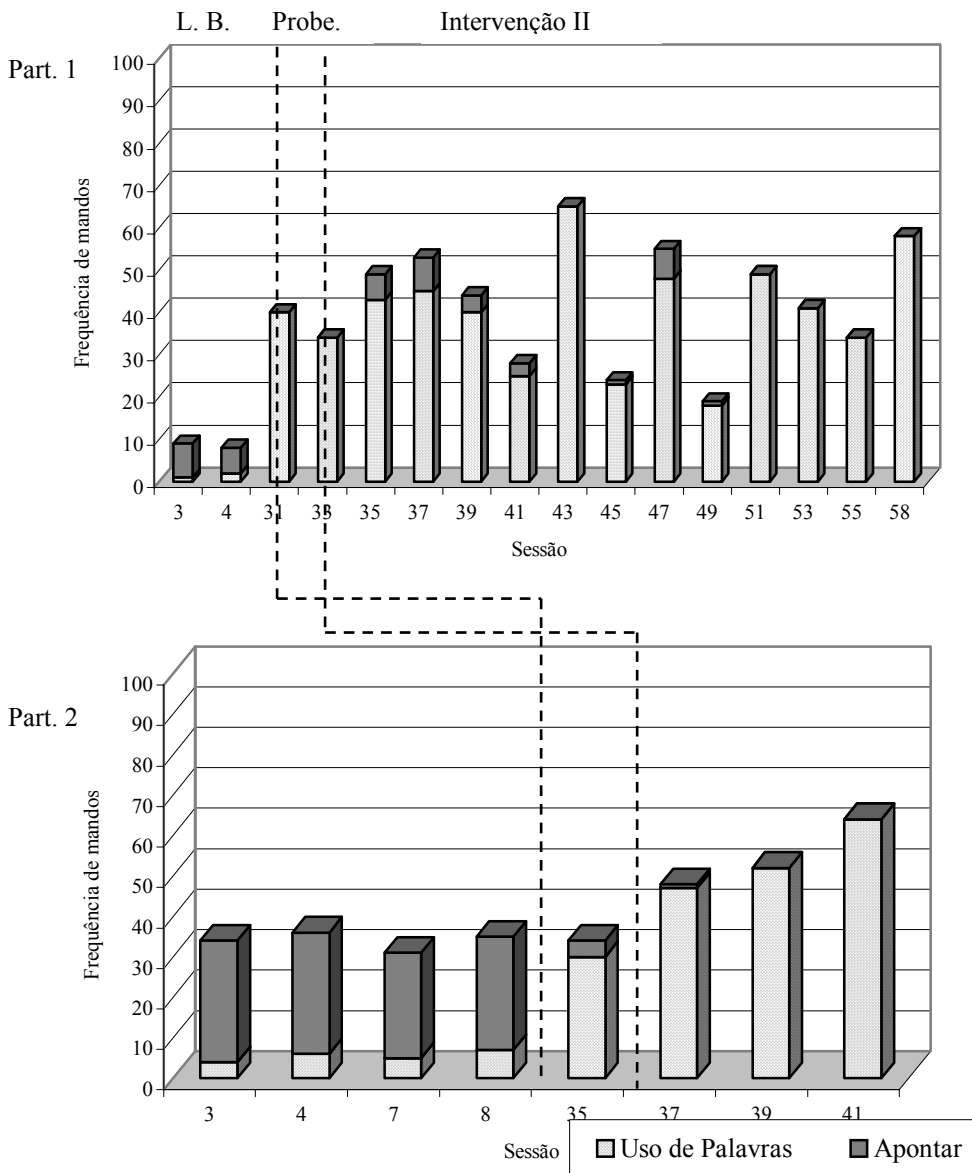
Os resultados encontrados neste estudo são considerados importantes, porém não pretendem ser conclusivos uma vez que apenas duas crianças participaram do mesmo. A aplicação de estudos semelhantes em um número maior de participantes talvez enriqueça e valide os resultados alcançados tanto no que se refere aos procedimentos aplicados quanto à obtenção de cooperação dos pais durante o processo.

Figura 9. Comparação da frequência de emissão de mandos do Participante 1 e Participante 2 em ambiente clínico.



L.B= Linha de Base. Na Intervenção I todas as sessões foram realizadas em consultório clínico. Probe.= Reavaliação realizada em clínica após o término da Intervenção I. Na Intervenção II, as sessões aqui representadas foram realizadas em clínica com a participação dos pais e/ou responsáveis pelos participantes. No caso do Participante 2, somente 4 sessões foram realizadas devido ao desligamento da criança do estudo.

Figura 10. Comparação da freqüência de emissão de mandos do Participante 1 e Participante 2 em ambiente residencial.



L.B= Linha de Base. Probe.= Reavaliação realizada em casa após o término da Intervenção I. As sessões aqui representadas foram realizadas na residência de cada um dos participantes. No caso do Participante 2, somente 3 sessões foram realizadas devido ao desligamento da criança do estudo.

Conclusão

Observou-se que os pais e familiares responsáveis pelos participantes desta pesquisa freqüentemente satisfaziam as necessidades dessas crianças com pouca interação verbal com as mesmas. Essa observação corrobora os relatos de Wulbert, Inglis, Kriegsman e Mills (1975) que dizem que quando as crianças apresentam um déficit no desenvolvimento de linguagem os pais tendem a conversar menos com a criança. Observou-se também que por muitas vezes a mãe do Participante 1 e a tia do Participante 2 não tentavam direcionar o comportamento da criança por meio da fala, como também já foi ressaltado por Law (2001). A pesquisadora observou que a mãe do Participante 1 fazia as coisas por ele sem antes tentar obter cooperação por meio de instruções. Por exemplo, ao invés de chamar a criança pelo nome e solicitar-lhe que sentasse ao seu lado quando a criança estava brincando de tirar pedras do vaso de plantas e jogar pela janela, a mãe do Participante 1 foi até ele, pegou-o pelo braço e colocou-o sentado ao seu lado sem emitir uma única palavra. Da mesma forma, chegado o horário de atendimento do Participante 2, a tia da criança foi até a sala de recepção, onde a criança se encontrava, pegou-a pela mão e conduziu-a até a sala de atendimento sem também lhe dirigir a palavra.

Assim, acredita-se que o meio em que as crianças participantes desta pesquisa viviam era pobre em estimulação e modelos e influenciava no sentido de mantê-las comunicando-se de uma forma mais precária. De acordo com Uzum (1999) a estimulação de linguagem tende a ser mútua. Se a criança é pouco responsiva, isto pode provocar um desinteresse do adulto para continuar esta

estimulação, e se as vocalizações das crianças não forem reforçadas, as tentativas de comunicação de ambas as partes serão afetadas.

Este estudo buscou auxiliar crianças que já haviam ultrapassado a idade considerada ideal para adquirir linguagem, na aquisição de mandos e aumento da frequência de seu uso. Para tanto foi utilizado principalmente o procedimento de Reforçamento Positivo. Especialmente, o uso de reforçadores sociais e reforçadores naturais na forma de obtenção do item solicitado. O que a criança desejava acontecia como uma função da produção correta (Low, Newman & Ravsten, 1989 – citados por Lowe, 1996).

Considera-se importante a utilização da modelação, na qual os pais têm a oportunidade de observar a implementação dos procedimentos e de receber feedback imediato de uma pessoa qualificada. Nesses procedimentos os pais recebem orientações tanto durante, quanto após a prática dos modelos observados (Jones, Wickstrom & Friman, 1997; Moterson & Witt, 1998; Mueller & cols, 2003).

Os resultados aqui apresentados demonstraram a efetividade dos procedimentos utilizados com as crianças participantes do estudo, mesmo quando a família mostrava dificuldades em ministrar os reforçadores de forma contingente. Esses resultados concordam com os estudos de Law (2001), que afirmam que a terapia de linguagem baseada no Modelo Mandatório (apresentação de modelos) melhora os índices de verbalização das crianças com deficiência de linguagem.

É interessante observar que as crianças utilizavam mais frequentemente os mandos quando interagem com a terapeuta. É possível que este fato tenha

ocorrido com ambos participantes porque: (1) as crianças já haviam aprendido a se comunicar de forma funcional com seus familiares por intermédio do apontar ou do “levar a” e os familiares já aceitavam este tipo de comunicação, parecendo ter baixa expectativa em relação à comunicação por parte da criança; (2) durante a fase de intervenção em que sua participação era requerida, os pais e familiares não conseguiram fornecer tantos reforçadores sociais quanto a terapeuta. Frequentemente se esqueciam de fornecer o reforçador social como: “Muito bem!, Isso mesmo!”. Quando o faziam, muitas vezes era sem entusiasmo, sem a entonação de fala que demonstra satisfação pela criança ter conseguido expressar-se de forma adequada. O sucesso alcançado poderia ter sido maior se além de reforçar socialmente as verbalizações das crianças, os pais tivessem sido mais consistentes ao oferecer o item desejado pela criança contingente às verbalizações.

Os resultados do estudo sugerem que os pais e familiares de crianças com distúrbio específico de linguagem necessitam de um tempo maior de treinamento e prática para aprenderem a incluir o reforçamento social em seu repertório verbal e interativo com sua criança, além dos traços prosódicos mais adequados quando forem interagir verbalmente com a mesma. Para tanto, considera-se essencial que os terapeutas conduzam sua intervenção de forma aproximada aos pais e que planejem um sistema de reforçamento positivo da adesão dos pais às recomendações feitas e modelos aprendidos. Concorda-se, portanto, com Sundberg e Partington (1998) que a criança terá maiores chances de adquirir linguagem, e de forma mais rápida, se as pessoas que têm contato direto com a mesma forem treinados nas técnicas instrucionais para a aquisição da linguagem,

as quais incluem palavras de encorajamento e funcionalidade como componentes essenciais.

Referências

- Aimard, P. (1986). A linguagem da criança. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Aimard, P. (1998). O surgimento da linguagem na criança. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Alcázar, A. C. B., de Barreiro, C. M. B., Carvalheira, L. M. L. M., Pinto, L. T. S. T. & Haas, R. (2001). O papel da família num Centro de Estimulação Precoce. In: Infância em movimento: Estudos em Estimulação Precoce. Niterói, Nota Bene Editora.
- Almeida, E. C. & Bevilacqua, M. C. (1987). O trabalho fonoaudiológico com um grupo de pais de crianças deficientes auditivos. Distúrbios da Comunicação, v.2, n.3-4, p.153-9. São Paulo, Cadernos PUC.
- Alonso, G. A. (1997). Atraso da Linguagem. In: Peña-Casanova, J. et al. (1997). Manual de Fonoaudiologia – 2ª edição, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Andrade, C. R. F.; Lopes, D. M. B. & Wertzner, H. F. (1991). Uma reflexão sobre fonoaudiologia preventiva. In: Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 43. Rio de Janeiro, Anais, p. 152-3.
- ASHA (1982). The Prevalence of Communicative Disorders: A Review of the Literature. Rockville, MD.:3 American Speech-Language-Hearing Association.
- Bee, H. (1986). A criança em desenvolvimento. São Paulo, Harbra.
- Befi-Lopes, D. M. (2004). Avaliação, Diagnóstico e Aspectos Terapêuticos nos Distúrbios Específicos de Linguagem. In: Ferreira et al. (2004). Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo, Roca.

- Befi-Lopes, D. M., Cattoni, D. M. & Almeida, R. C. (2000). Avaliação dos aspectos da pragmática em crianças com alteração no desenvolvimento da linguagem. Pró-fono, Barueri (SP), v.12, n.2.
- Befi-Lopes, D. M. & Galea, D. E. S. (2000). Análise do desempenho lexical em crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem. Pró-fono, Barueri (SP), v.12, p.31-38.
- Befi-Lopes, D. M. & Rodrigues, A. (2001). Avaliação do vocabulário nas alterações de desenvolvimento de linguagem. Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia, v.2, n.8, p183-190. Curitiba, Ed. Maio.
- Befi-Lopes, D. M., Rodrigues, A. & Rocha, L. C. (2004). Habilidades lingüístico-pragmáticas em crianças normais e com alterações de desenvolvimento de linguagem. Pró-Fono, Barueri (SP), vol. 16, n.1, p. 57-66.
- Bishop, D. & Mogford, K. (2002). Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias excepcionais. Rio de Janeiro, Revinter.
- Bourret, J., Vollmer, T. R. & Rapp, J. T. (2004). Evaluation of a mand assessment and vocal mand training procedures. Journal of Applied Behavior Analysis, 37, 129-144.
- Brown, R. (1973). A first language: The early stages. Harvard University Press, Cambridge, M.A.
- Capellini, S.A. & Ciasca, S. M. (2000). Avaliação da consciência fonológica em crianças com distúrbio específico de leitura e escrita e distúrbio de aprendizagem. Temas sobre Desenvolvimento, v.8, n. 48, p.17-23. Memnon.
- Carvalho, J. F. & Homem, F. C. B. (2001). A influência do meio na aquisição da linguagem. Fono Atual – Ano 4 – n.17. São Paulo, Pancast Editora.

- Catania, A. C. (1998). Learning. Prentice Hall, New Jersey.
- Chapman, R. S. (1996). Processos e distúrbios na aquisição da linguagem. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Chaves, S. S. & Homem, F. C. B. (2001). Caracterização da linguagem na criança afásica. Fono Atual, ano 4, n. 17. São Paulo, Editora Pancast.
- Chiaratti, P. S., Sprocatti, R. & Piovesana, A. M. S. G. (2001). Crianças de alto risco: evolução dos aspectos lingüísticos e cognitivos. Temas sobre Desenvolvimento, v.1, n.57, p.19-23, São Paulo, Memnom.
- Chomsky, N. (1957). Syntactic structures. The Hague: Mouton and Company.
- Connel, P. (1987). An effect of modeling and imitation teaching procedures on children with and without specific language impairment. Journal Speech Hear Res., vol.30, p. 105-113.
- Connel, P. & Stone, C.A. (1992). Morpheme learning of children with specific language impairment under controlled instructional conditions. Journal Speech Hear Res., vol. 35, p. 844-852.
- Del Rio, M. J. & Vila-Seca, R. (1997). Sobre a aquisição e o desenvolvimento da linguagem. In: Casanova, J.P. et al. Manual de Fonoaudiologia – 2ª edição. Porto Alegre, Artes Médicas.
- DSM IV (1995). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Fernandes, F. D. M. (1998). Os atrasos de aquisição de linguagem. In: Goldfeld, M. Fundamentos em Fonoaudiologia: Linguagem, p. 23-37. Guanabara-Koogan.

- Fernandes, F. D. M. (2000). Investigação de aspectos funcionais da comunicação de crianças autistas: comparações de dois diferentes critérios. Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia, Ano 1, n.5. Curitiba, Editora Maio.
- Ferrioli, B.H.V. M. & Tfouni, L. V. (2000). Como as crianças com retardo de linguagem são representadas no discurso familiar. In: Anais – VIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, Recife – Pe.
- Freire, R. M. (1997). A linguagem como processo terapêutico – sócio-construtivismo: interações eficazes, São Paulo, Plexus.
- Gerber, A. (1996). Problemas de aprendizagem: sua natureza e tratamento. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Guedes, Z. C. F. (1989). Grupo de pais: uma experiência de mútua compreensão. Distúrbios da Comunicação, v.3, n.1, p.49-55. São Paulo. Cadernos PUC.
- Goldfeld, M. (1998). Fundamentos em fonoaudiologia: linguagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gomes, I. C. D. (1998). Família e Fonoaudiologia. In: Marchesan, I. Q. Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da Motricidade Oral, p. 99-105. Guanabara-Koogan.
- Guarinello, A. C. (2000). A influência da família no contexto dos filhos surdos. Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia, n.3. Curitiba: Editora Maio.
- Hage, S. R. V. & Guerreiro, M. M. (2004). Distúrbio específico de linguagem: aspectos lingüísticos e neurobiológicos. In: Ferreira e cols (2004). Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo, Roca.

- Halle, J. W., Baer, D. M. & Spradlin, J. E. (1981). Teacher's generalized use of delay as a stimulus control procedure to increase language use in handicapped children. Journal of Applied Behavior Analysis, 14, 389-409.
- Hart, B. (1985). Naturalistic language training techniques. In: Warren, S.; Rogers-Warren, A (eds.). Teaching functional language. Baltimore: University Park Press.
- Hart, B. & Risley, T. (1978). Promoting productive language through incidental teaching. Education and Urban Society.
- Hoshino, A. C., Andrade, R. V., Perez, V. M. & Limongi, S. C. O. (2001). Mães de crianças portadoras de Síndrome de Down e o trabalho de orientação em Fonoaudiologia. In: Tópicos em Fonoaudiologia. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jakubovicz, R. (2002). Atraso de Linguagem. Diagnóstico pela Média dos Valores da Frase (MVF). Rio de Janeiro, Revinter.
- Jones, K. M., Wickstrom, K. F. & Friman, P. C. (1997). The effects of observational feedback on treatment integrity in school-based behavioral consultation. School Psychology Review, 12, 316-326.
- Kaiser, A., Alpert, K. & Warren, S. (1987). Teaching functional language: strategies for language intervention. In: Snell, M. (ed.). Systematic instruction for persons with severe handicaps. Columbus.
- Larkins, P. (1985). Speech-Language pathology update. Rockyville, Md.: American speech-language-hearing association.
- Law, J. (2001). Identificação precoce dos distúrbios da linguagem na criança. Rio de Janeiro, Revinter.

- Leite, M. T. L. (2001). A participação da família como co-terapeuta: uma experiência inovadora. Infância em movimento: estudos em estimulação precoce. Niterói, Nota Bene Editora.
- Lemos, C. (1992). Sobre o ensinar e o aprender no processo de aquisição de linguagem. Campinas, Cadernos de Estudos Linguísticos.
- Leonard, L. B. (1981). Factors influencing early lexical acquisition: lexical orientation and phonological composition. Child Development, v. 52, p. 882-887.
- Leske, M. C. (1981). Prevalence estimates of communication disorders in the U.S.. Journal of the American Speech and Hearing Association, 23: 229-237.
- Levy, C. C. A. & Medeiros, S. P. (2000). Grupo de pais de deficientes auditivos: uma reflexão sobre a importância deste trabalho. Fono Atual, n.13, São Paulo. Editora Pancast.
- Lima, L. K.; Soncini, F.; Laschuk, E. & Brusamolin, M. E. (2000). Atuação fonoaudiológica com um grupo de pais de crianças surdas. Fono Atual, n. 14, São Paulo. Editora Pancast.
- Lowe, R. J. (1996). Fonologia: avaliação e intervenção: Aplicações na patologia da fala. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Martin, G. L. & Pear, J. J. (1995). Behavior modification: What it is and how to do it. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maurice, C., Green, G. & Luce, S. C. (1996). Behavior interventions for young children with autism. Autism, Texas: Pro Ed.
- Monfort, M. (1997). Disfagia infantil e afasia congênita. In: Casanova, J. P. et. al. (ed) Manual de fonoaudiologia. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Mortenson, B.P. & Witt, J. C. (1998). The use of weekly performance feedback to increase teacher implementation of a prereferral intervention. School Psychology Review, 27, 613-627.
- Mueller, M. M.; Piazza, C. C., Moore, J. W., Kelley, M. E., Bethke, S. A., Pruett, A. E., Oberdorff, A. J. & Layer, S. A. (2003). Training parents to implement pediatric feeding protocols. Journal of Applied Behavior Analysis, 36, 545-562.
- Newcombe, N. (1999). Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen; trad. Cláudia Buchweitz. 8ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Northern, J. L. & Downs, M. J. (1989). Audição em crianças. São Paulo, Manole.
- Nunes, L. R. O. P. (1995). Métodos naturalísticos para o ensino da linguagem funcional em indivíduos com necessidades especiais. In: Alencar, E. S. et. al.: Novas contribuições da psicologia aos processos de ensino aprendizagem. 3ªed. Cortez Editora.
- O'Neill, R. E. (1997). Functional Assessment and Analysis Strategies. A practical handbook. 2ªed.
- Oppenheimer, F., Araújo, A. A., Marques, V. V. & Azevedo, M. F. (2001). Caracterização da emissão oral e da compreensão de ordens verbais em crianças de creches municipais. Temas sobre desenvolvimento, v.10, n.56, p.20-5. Memnon.
- Passos, M. C. (2003). Sintoma da linguagem da criança e contexto familiar. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 15 (1): 83-96, dez.

- Paulovich, A. V. & Moraes-Baldrighi, S. E.Z. (2003). A relação entre a queixa dos pais e o diagnóstico fonoaudiológico em alterações de linguagem. Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia, v.4, n. 17. Ed. Maio.
- Pinker, S. (1994). The language instinct. New York: Willian Morrow & Company.
- Poulson, C., Nunes, L. R. & Warren, S. (1989). Imitation in infancy: A critical review. In: Reese, H. W. (ed.). Advances in child development and behavior. San Diego: Academic Press, pp. 272-298.
- Rescorla, L. (1989). The language development survey: A screening tool for delays language in toddlers. Journal Speech Hearing Disord, v. 54, p. 587-599.
- Rescorla, L., Roberts, J. & Dahlsgaard, K. (1997). Late talkers at 2: outcome at age 3. Journal Speech Hear. Res, v.40, n.3, p. 556-566.
- Rogers- Warren, A. & Warren, S. (1980). Mands for verbalization: Facilitating the display of newly trained language in children. Behavior Modification, 4, pp. 361-382.
- Riper, C. V. & Emerick, L. (1997). Correção da Linguagem. Uma introdução à patologia da fala e à audiologia. 8ª. Edição, p. 118-142, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Rubino, R. B. (1989). Representando o interlocutor no período pré-lingüístico. Dissertação de Mestrado. PUC. São Paulo.
- Sampaio, H. P. & Farias, G. C. (2000). O caderno de linguagem “Caminhando juntos” como veículo facilitador do processo de intervenção precoce. Temas sobre Desenvolvimento, v.8, n.48, p.43-9. Memnom.

- Schwartz, R. G. (1990). Interações entre os componentes da língua no desenvolvimento normal e com desvios. In.: Yavas, M. S. (1990). Desvios Fonológicos em Crianças. Teoria, Pesquisa e Tratamento. Porto Alegre: Mercado Aberto.
- Skinner, B. F. (1957). Verbal behavior. New York; Apletton – Century – Crofts.
- Spinelli, V. P., Massari, I. C., Trenche, M. C. B. (1989). In.: Ferreira & cols (1989). Temas de Fonoaudiologia. São Paulo: Edições Loyola.
- Staats, A. W. (1968). Learning, language, and cognition: Theory, research and method for the study of human behavior and it's development. New York: Holt, Reinhart and Winston.
- Sundberg, M. L. & Partington, J. W. (1998). Teaching language to children with autism or other developmental disabilities. Pleasant Hill: Behavior Analysts, Inc.
- Syder, D. (1997). Introdução aos distúrbios da comunicação. Rio de Janeiro: Revinter.
- Terçariol, D., Delazeri, F. & Schillo, R. (2003). No discurso de estagiários e recém-formados: por que incluir os pais no processo terapêutico fonoaudiológico de seus filhos. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, vol. 15, n. 2, p. 309-334.
- Tessitore, A. (1995). Abordagem mioterápica com estimulação dos pontos motores da face. In: Zorzi, J. L.; Marchesan, I. Q. & Bolaffi, C. et al. Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise.
- Uzum, (1999). Aquisição e desenvolvimento da linguagem. Fono Atual., 7:54-57.
- Wulbert, M., Inglis, S., Kriegsman, C. & Mills, B. (1975). Language delay and associated mother/child interactions. Developmental Psychology, 11, 61-70.

Zorzi, (1993). A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil. Rio de Janeiro: Revinter.

ANEXOS

**AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES
DE COMUNICAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5												
4												
3												
2												
1												

Indique o nível de performance que melhor descreve o comportamento típico da criança.

1-Cooperação com adultos _____

Como é a facilidade para o trabalho com a criança?

1-A criança nunca coopera, foge do trabalho, engaja em comportamentos inadequados.

2-Dá uma resposta rápida e fácil por um reforçador poderoso.

3-Dá 5 respostas sem comportamentos inadequados.

4-Trabalha por 5 minutos sem comportamentos inadequados.

5-Trabalha bem por 10 minutos numa mesa sem comportamentos inadequados.

2-Solicitações (Mandos) _____

Como a criança solicita os reforçadores que precisa ou quer?

1-Não consegue pedir os reforçadores;ou engaja em comportamentos inadequados.

2-Empurra pessoas, aponta, ou fica parado em frente ao item reforçador.

3-Usa 1-5 palavras,sinais, ou gravuras para solicitar por reforçadores

4-Usa 5-10 palavras, sinais ou gravuras para solicitar por reforçadores.

5-Freqüentemente solicita-os usando 10 ou mais palavras, sinais ou gravuras.

3-Imitação Motora _____

A criança imita ações?

1-Não consegue imitar nenhum movimento motor.

2-Imita de 3 a 4 movimentos amplos modelados pelo outro.

3-Imita de 5 a 25 movimentos amplos que tenham sido solicitados.

4- Imita de 5 a 25 movimentos finos e amplos que tenham sido solicitados.

5-Imita facilmente algum movimento fino ou amplo, espontaneamente.

4-Jogo vocal _____

Que sons ou palavra a criança fala espontaneamente?

1-Não produz som algum (mutismo).

2- Produz 3 a 4 sons de fala de forma lenta.

3-Vocaliza freqüentemente com entonação.

4-Vocaliza freqüentemente com entonação variada e diz de 3 a 4 palavras.

5-Vocaliza freqüentemente e diz mais de 25 palavras claras e inteligíveis.

5- Imitação (Ecóico)_____

A criança repete sons ou palavras?

- 1-Não pode repetir sons ou palavras.
- 2-Repete de 3 a 4 sons específicos ou palavras.
- 3-Repete ou aproxima de 5 a 25 sons ou palavras.
- 4-Repete ou aproxima mais 25 palavras diferentes
- 5- Repete claramente de 5 palavras ou alguma frases simples.

6- Escolha de acordo com o modelo _____

A criança mostra alguns objetos ou figuras e desenhos conforme modelo apresentado?

- 1-Não mostre objetos ou figuras conforme o modelo.
- 2-Mostra 1 a 2 objetos ou figuras conforme modelo.
- 3-Mostra de 5 a 10 objetos ou figuras conforme modelo.
- 4-Mostra de 5 a 10 cores, formas, ou desenhos conforme o modelo.
- 5-Pode mostrar a maioria dos itens e mostras de 2 a 4 blocos de desenhos.

7-Linguagem Receptiva _____

A criança entende algumas palavras inteligíveis ou segue instruções?

- 1-Não entende palavra alguma.
- 2-Segue de 3 a 4 instruções relacionadas a rotina diária.
- 3-Segue de 3 a 4 instruções para realizar ações ou tocar itens.
- 4-Segue de 5 a 25 instruções aponta até 25 itens de uma lista.
- 5-Aponta para uma lista de 100 itens, ações, pessoas ou adjetivos

8-Rotulação (tatos) _____

A criança identifica alguns itens ou ações tasteando-os?

- 1-Não identifica itens ou ações.
- 2-Identifica somente de 1 a 5 itens ou ações.
- 3-Identifica de 6 a 15 itens ou ações.
- 4- Identifica de 16 a 50 itens ou ações.
- 5- Identifica 100 ou mais itens ou ações e emite pequenas sentenças.

9-Linguagem receptiva por função, característica e classe _____

A criança identifica itens quando são dadas informações sobre os mesmos?

- 1-Não identifica itens baseando-se em informações em informações sobre os mesmos.
- 2-Identifica de 3 a 4 itens quando são fornecidos sinônimos ou funções comun..
- 3-Identifique 10 itens quando é fornecida 1 de 3 funções ou características.
- 4- Identifique 25 itens quando são fornecidas 4 funções, características ou classes.
- 5- Identifique 100 itens quando são fornecidas 5 funções, características ou classes.

10-Habilidades conversacionais (intraverbais) _____

A criança pode completar lacunas com palavras e responde questões?

- 1-Não pode completar lacunas com palavras ou partes de musica.
- 2- Pode completar lacunas ou emitir sons de animais.

3- Pode completar 10 frases não reforçadas ou responder uma lista de 10 questões simples.

4- Pode completar 20 frases ou responder 20 questões com variação.

5- Pode responder uma lista de 30 questões com variação.

11-Letras e números _____

A criança conhece alguma letra, números ou palavras escritas?

1-Não pode identificar letra, números ou palavras escritas.

2-Pode identificar uma lista de 3 letras ou números.

3- Pode identificar uma lista de 15 letras ou números.

4- Pode ler uma lista de 5 palavras e identifica 5 números.

5- Pode ler uma lista de 25 palavras e identifica 10 números.

12-Interação social _____

A criança inicia e sustenta interação com outros?

1-Não inicia interações com outro.

2-Aproxima fisicamente dos outros para iniciar uma interação.

3- “Prontamente” solicita reforçadores para adultos.

4-Interage verbalmente com colegas por meio de prompts.

5-Regularmente inicia e sustenta interação verbal com colegas.

FORMA DE REGISTRO - ATIVIDADE TERMO

PESQUISADOR: _____

PARTICIPANTE: _____

DATA: __/__/__ INÍCIO: _____ TERMINO: _____

PESSOAS

PRESENTES: _____

 LINHA DE BASE INTERVENÇÃO
 REFORÇADORES

UTILIZADOS: _____

item solicitado	forma de solicitação						nível de ajuda				cpts. indesejáveis	observações
	fixar o olhar	levar a	apontar	sinais e gestos	uso de gravuras	uso de palavras	espontânea	prompt 1	prompt 2	não solicita		

PROCEDIMENTO: COLOCAR À VISTA DA CRIANÇA, MAS NÃO AO SEU ALCANCE OS ITENS A SEREM TESTADOS.
 PERGUNTAR: O QUE VOCÊ QUER?