

COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA: UMA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA POSSÍVEL

Patrícia Gadelha⁷

O QUE FAZ UMA CRIANÇA NÃO FALAR?

Essa questão surgiu em meio à discussão de um caso clínico numa reunião de acompanhamento da clínica do Centro de Referência à Infância – INCERE. Tratava-se de uma criança de três anos, que não tinha questões orgânicas que justificassem a demora no aparecimento da fala. O fonoaudiólogo poderia entender essa pergunta de diversas formas: Deve haver uma questão orgânica que justifique tal ausência. Será de ordem auditiva? Será falta de estímulo? Será de origem neurológica?

Sem desconsiderar causas orgânicas e ambientais que podem estar associadas ao desenvolvimento da linguagem, para nós do INCERE, que temos uma clínica atravessada pela Psicanálise, a principal questão seria: o que de tão profundo poderia cortar ou limitar, de forma tão brutal, a comunicação de uma criança? Mas, para além dessa questão, a atuação fonoaudiológica na clínica dos transtornos graves, que muitas vezes nos põe diante de crianças e jovens que não têm linguagem oral, provoca as perguntas: até onde devemos insistir na oralidade dessa criança? Quando devemos propor o uso de outra forma de comunicação para ela?

⁷ Fonoaudióloga. Membro da equipe do Centro de Referência à Infância (INCERE).

Este artigo se destina a tratar de questões que, como essa, permeiam a clínica dos transtornos de linguagem e o uso da comunicação suplementar e alternativa pela Fonoaudiologia. Inicialmente, apresentamos o conceito e alguns sistemas da Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), para, em seguida, fazermos algumas considerações a partir de recortes da clínica da Fonoaudiologia. Tentamos aqui abrir espaço para a reflexão acerca da prática fonoaudiológica e para a construção de um novo fazer na clínica com as crianças que não falam.

1 COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA

Apontamos uma das definições mais abordadas pelos pesquisadores em CSA, adotada pelo comitê da *American Speech and Hearing Association* (ASHA):

CSA é uma área da prática clínica, de pesquisa e educacional para fonoaudiólogos, que visa compensar e facilitar, temporária ou permanentemente, padrões de prejuízo e inabilidade de indivíduos com severas desordens expressivas e/ou desordens na compreensão de linguagem. A CSA pode ser necessária para indivíduos que demonstrem prejuízos nos modos de comunicação gestual, oral e/ou escrita (ASHA, 1991 *apud* PANNHAN, 2006, p. 104).

A CSA conta com vários sistemas de comunicação gráfico-visuais, formados por símbolos pictográficos e ideográficos, levando em consideração a maior ou menor aproximação da imagem gráfica com a imagem real. Apresentamos, a seguir, os sistemas de comunicação mais utilizados no Brasil: *Blissymbols* (BLISS), *Pictogram Ideogram Communication* (PIC) e *Picture Communication Symbols* (PCS).

O sistema BLISS ou *Blissymbols* foi criado por Charles Bliss, na Austrália, com o objetivo de se tornar uma espécie de língua gráfica universal, capaz de romper barreiras da língua e acabar com o desentendimento entre os povos. Embora não tenha tido êxito em seu objetivo inicial, foi recuperado pelos canadenses nos anos 70, passando a ser utilizado no campo da reabilitação de pacientes com paralisia cerebral e outros distúrbios neuromotores que tinham dificuldades severas na fala.

Historicamente, destacado como o primeiro sistema gráfico utilizado como instrumento de comunicação no campo da educação especial e da reabilitação, o sistema BLISS é bastante lógico e se apoia em elementos gráficos, baseados em ideogramas da escrita chinesa que, recombina- dos, criam novos significados. Os símbolos obedecem a uma ordem sintática nas pranchas de comunicação em que cada grupo sintático possui uma cor específica: pessoas em amarelo, verbos em verde, substantivos em laranja, adjetivos e advérbios em azul, em rosa expressões faciais e pequenas orações e, na cor branca, letras e números, dentre outros.

O PIC - *Pictogram Ideogram Communication* foi criado no Canadá, inicialmente com o objetivo de reduzir as dificuldades de discriminação e percepção visual de figura fun-

do. Daí, as imagens em silhuetas brancas com fundo preto. Já o PCS - *Picture Communication Symbols* foi criado nos EUA com a mesma disposição das cores e divisão sintática do sistema BLISS. É o mais utilizado no Brasil atualmente.



Figura 1 – prancha de comunicação de paciente com PCS.



Figura 2 – prancha de comunicação de paciente com PCS

Panhan (2006) propõe uma nova definição da CSA como:

[...] um conjunto de instrumentos que permitem a “fala” não-oralizada, a “fala” dita no “apontar” dos sinais gráficos. A CSA reúne material gráfico, entre eles, conjunto de sinais gráficos (PCS, BLISS, PIC etc.), desenhos, fotos, palavra escrita, alfabeto e ainda compreende uma série de estratégias na elaboração e acesso aos sinais gráficos dispostos em pranchas de comunicação (p. 105).

Concordamos com a autora quando considera a linguagem como objeto da ação clínica/terapêutica, sendo esta clínica sustentada por um método clínico interpretativo/discursivo que coloca os sinais gráficos da CSA como significantes a serem interpretados no funcionamento do discurso. Acrescentamos aqui a necessidade de se considerar a singularidade do sujeito psíquico, para além das questões orgânicas que este possa apresentar.

1.1 A CLÍNICA DA LINGUAGEM, PARA ALÉM DO ORGÂNICO

A CSA é comumente indicada para pessoas com transtornos orgânicos graves, como paralisia cerebral, afasia, lesão encefálica, dentre outros. Mas, ultimamente, ela tem sido muito indicada para casos de autismo e atrasos de aquisição da linguagem, em que não se tem uma definição do componente orgânico do transtorno.

Se retomarmos a questão inicial “O que faz uma criança não falar?”, parece-nos claro que não são unicamente as questões orgânicas que estão implicadas nos atos de fala, pois eles dizem respeito não só a uma mecânica dos órgãos fonoarticulatórios, mas, principalmente, a uma posição subjetiva que se ocupa na vida e na relação com o outro. Dessa forma, entendemos que para “cuidar” dos transtornos de linguagem é preciso mais do que uma análise das condições orgânicas para a fala.

Na clínica dos transtornos graves, costumeiramente, toma-se a descrição dos sujeitos pela impossibilidade, pela falta, que, na Fonoaudiologia, relaciona-se à linguagem verbal. Temos o posicionamento teórico de que “o falar” pode concretizar-se não só pela oralidade, mas também pela sua ausência ou corporalidade. Para Souza (1999 *apud* NEISSER, 2003),

[...] o corpo mostra-se também como eixo da clínica fonoaudiológica, não apenas porque pode ser suporte de signos, mas porque é máquina produtora, emissora e incorporadora de signos, tanto sensíveis quanto simbólicos, biológicos, lingüísticos, inconscientes etc. Significa que o fonoaudiólogo, ao agir clinicamente sobre o corpo, necessita espreitar e intervir em seus movimentos, em suas dinâmicas e nos modos como afeta, é afetado e reage ao encontro com outros corpos (físicos e simbólicos) (p. 49).

Tomando este encontro de corpos que são afetados, pensamos no *setting* terapêutico da Fonoaudiologia como um espaço que possa ser possibilitador de experiências de alteridade e de novas formas de dizer de si e se experimentar no mundo. Para o fonoaudiólogo, o espaço da terapia também se constitui como um lugar de se experimentar como terapeuta que está diante de um momento singular em que é preciso estar sempre reinventando sua forma de fazer a clínica, afetado pelo que ali se apresenta para ele. Concordamos com Carielo (2000) quando diz que “o terapeuta não fica diante do dizer do paciente, mas ele é interrogado, submetido a esse dizer” (p. 75).

1.2 A CLÍNICA DA FONOAUDIOLOGIA E A CSA

Partindo do que foi dito acima, torna-se interessante pensarmos, para a clínica fonoaudiológica, em um trabalho terapêutico em que o “falante ideal” oralizado não seja tomado como referência. Isto porque o que se busca é o bem-estar do cliente e não um ideal de fala para ele.

Na clínica do INCERE, lidamos com crianças com grandes dificuldades de estabelecer e sustentar uma relação dual, assim como dificuldades extremas de comunicação pela fala, utilizando, muitas vezes, formas outras, tais como: gestos, gritos e choro. Essas formas de comunicação, na maioria das vezes, não são reconhecidas pelos familiares e por muitos fonoaudiólogos, como linguagem, pela qual se deseja expressar algo.

Assim como os pais, os profissionais que deveriam valorizar a relação e as formas mais diversas de comunicação, por tratar-se de crianças com dificuldades sérias de

estabelecer relações, acreditam que naquele grito ou som estranho não existe intenção de se colocar e expressar algo que se sente ou deseja. Chega-se praticamente a supor que ali não existe um sujeito que vive e sente coisas como qualquer um dito “normal”. Parece que, pelo fato de não falar, aquele ser perde o estatuto de sujeito, que tem desejos, alegrias, saudades de alguém que se foi e outros inúmeros sentimentos que experimentamos ao longo das nossas vidas. Dessa perspectiva, torna-se difícil ver que os pulinhos que uma criança dá são sinais de que está feliz e não um mero sintoma do autismo.

Se tomarmos o paciente como alguém que tem sua singularidade e que por algum motivo apresenta uma barreira, seja ela orgânica ou psíquica, para a produção oral, a nossa condução clínica deverá partir do pressuposto de que o seu desejo é imperativo e de que há aquisição de linguagem sim, embora não haja produção articulatória oral sonora. Nessa perspectiva, a construção da prancha de comunicação é feita em conjunto com o paciente e a sua família, no decorrer dos atendimentos. Trata-se de uma construção singular que respeita os interesses e necessidades de cada paciente.

Vasconcellos in Panhan (2006) nos coloca que

A decisão por um ou outro símbolo gráfico decorre de sua articulação a um texto que acontece na situação terapêutica, ou então ele é introduzido a partir de um texto familiar ou escolar, que funciona como disparador do que

será movimentado no espaço clínico. Neste caso, não há propriamente eleição prévia e ou aleatória de um conjunto de símbolos (p. 109).

1.3 RECORTES CLÍNICOS

1. A mãe de um adolescente diz estar emocionada, pois, pela primeira vez, tem a sensação de ouvir o filho falar, quando ele aponta para a gravura “não gosto desse programa” em sua prancha de comunicação, ao assistir na TV um programa escolhido por ela.
2. Numa sessão, um menino de dez anos, ao ser questionado sobre o que tomou no café da manhã, responde apontando para a gravura do leite. Como não encontra a gravura do chocolate em pó, aponta para o símbolo da barra de chocolate.
3. Um rapaz se nega a usar a sua prancha de comunicação, dizendo, através de gestos, que prefere se comunicar dessa forma e não daquela. Quando informado pelas terapeutas de que o uso dos gestos limitaria a comunicação de seus desejos no mundo, ele diz que prefere os gestos, mesmo assim.

Analisando os três recortes descritos acima, podemos pensar sobre algumas questões que a clínica da linguagem e o uso da CSA nos impõem. O primeiro texto nos mostra uma situação comum de uma mãe e um filho diante da

ação de escolher um canal de TV para assistir a um programa. O mais importante sobre essa cena é o fato de a mãe relatar sua emoção na experiência inaugural de “ouvir” o filho já adolescente lhe dizer que não gostava do programa que ela havia escolhido para ele.

É muito comum o fato de, não só a família, mas também nós, terapeutas, acharmos que o paciente não falar/oralizar está diretamente relacionado ao não poder dizer. Assim, comumente, colocamo-nos na posição de falarmos e, conseqüentemente, decidirmos por eles. Chegamos ao ponto de falar deles como se eles não estivessem ali presentes. Fazemos isso sem nos darmos conta do nível de dessubjetivação em que os colocamos.

Falando da família, não poderíamos deixar de expor as desilusões sofridas por ela quando o filho não corresponde à expectativa dos pais no que diz respeito à fala. Há um grande investimento familiar quando trazem um filho pequeno que ainda não fala, para uma terapia fonoaudiológica. É comum ouvirmos a seguinte fala: “Doutora, ele só falta falar. Quando você acha que ele vai falar?”.

Como fonoaudiólogos, somos tentados a atender a essa demanda dos pais e isso pode nos levar ao fracasso do processo terapêutico. É certo que são inúmeras e complexas as questões envolvidas no ato de “não falar”. Reconhecendo a complexidade e singularidade do sujeito, jamais poderemos responder a essa pergunta.

O segundo recorte se trata de uma situação vivida no *setting* da Fonoaudiologia em que terapeuta e paciente conversavam sobre o que haviam comido no café da manhã. O que nos mostra esse diálogo é a riqueza de possibilidades

que o uso da prancha de comunicação pode oferecer ao paciente. Ao apontar a barra de chocolate para significar o achocolatado, o paciente nos mostra a sua posição autor/interlocutor no discurso. Além disso, podemos verificar o deslocamento semântico do sinal gráfico CHOCOLATE EM BARRA para o ACHOCOLATADO EM PÓ, o que nos mostra a possibilidade de criação de inúmeros sentidos a partir dos sinais presentes na prancha.

O terceiro recorte se dá numa conversa entre um paciente adulto e duas terapeutas (fonoaudióloga e terapeuta ocupacional) num atendimento de grupo. Nesse atendimento, era comum que cada componente do grupo se colocasse nas decisões e esse rapaz, embora tivesse uma prancha de comunicação em casa, negava-se a usá-la, fazendo suas escolhas a partir das nossas proposições. Ele usava sempre gestos indicando as suas preferências.

O mais significativo dessa cena é que aqui se põe um limite de até onde pode ir a ação clínica do fonoaudiólogo. Ao dizer da sua escolha de não usar a prancha, o rapaz nos faz compreender que a nossa atuação, como terapeutas, deve partir do interesse do paciente e não de uma sobreposição de nossas ambições ou das demandas da família sobre as do paciente. Devemos nos perguntar: a serviço de quem está a prancha de comunicação?

Isso não quer dizer que devemos ignorar a demanda familiar. Ao contrário, é necessário que estejamos muito atentos a ela e que lhe demos todo cuidado. Muitas vezes, existe um pensamento, por parte da família e de terapeutas em geral, de que o uso da prancha de comunicação acabaria com todas as possibilidades da criança vir a usar a lingua-

gem oral. No senso comum, é como se, ao usar os sinais gráficos, a criança se acomodasse em relação à fala.

Ressaltamos aqui que o ato de se comunicar e ser compreendido, a partir do uso da prancha de comunicação, leva o paciente a partilhar de uma relação discursiva como sujeito do seu discurso. Isso faz com que ele se experimente numa posição onde dificilmente haverá um retrocesso para a posição passiva de ouvinte.

Retomamos a colocação de Panhan (2006): “A CSA surge como uma técnica clínica que permite ‘materializar a fala’ de um sujeito singular que encontra-se ‘aprisionado’ pela interdição da produção articulatória oral” (p. 105). Podemos levantar a seguinte questão: quem está aprisionado na oralidade? O paciente? A família? Nós, terapeutas?

2 UMA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA POSSÍVEL

Podemos concluir, portanto, que:

1. As potencialidades de uma clínica fonoaudiológica são imensas, desde que se proponha a ser um espaço de invenção e de possibilidades de novas formas de expressão, onde os gestos, os sons, as pranchas de comunicação sejam tidas como invenções singulares e inéditas.
2. Para nós fonoaudiólogos, fica o desafio de tentar intermediar a relação entre nossos pacientes e o mundo, reconhecendo suas dificuldades, mas também suas potências de comunicação outras, que lhes permitam ser sujeitos de seu fazer e dizer.

3. Temos que aceitar que estar na clínica sob essa perspectiva não nos traz quietude, nem certezas e sim muita insegurança e dúvidas sobre o nosso fazer terapêutico, embora tenhamos como certo que é preciso sempre reconhecer no outro um sujeito do seu discurso.
4. A clínica da Fonoaudiologia precisa considerar o que não está previsto nos métodos e técnicas, nas classificações diagnósticas e na marca do orgânico.
5. E precisa escutar a *fala* para além da fala.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. R. **Concepções teóricas e práticas clínicas fonoaudiológicas**: o discurso do fonoaudiólogo. São Paulo: Pan-cast, 2000.

BRANDÃO, H.N. **Introdução à análise do discurso**. 2. ed. rev. São Paulo: UNICAMP, 2004.

CUNHA, M. C. **Fonoaudiologia e Psicanálise**: A fronteira como território. São Paulo: Plexus, 1997.

FREIRE, R. Análise da afasia sob uma perspectiva discursiva. In: PASSOS, M.C. – **Fonoaudiologia: recriando seus sentidos - interfaces**. São Paulo: Plexus, 1996.

GILL, N. B. **Comunicação através de símbolos**: abordagem clínica baseada em diversos estudos - Temas sobre desenvolvimento, v. 6, n. 34, p. 34-43, 1997.

LIER-DE VITTO, M. F. (Org). **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. São Paulo: Cortez, 1994.

NEISSER, V. L. G. **Relação corpo-linguagem**: estudo de caso na clínica fonoaudiológica. 2003. 151 f. Dissertação (mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PANHAN, H. Comunicação suplementar e alternativa: Interlocução com a clínica fonoaudiológica. In: PASTORELLO, L.; ROCHA, A.C. (Org). **Fonoaudiologia e linguagem oral**: Os práticos do diálogo. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 103-116.

REILY, L. **Escola inclusiva**: linguagem e mediação. São Paulo: Papirus, 2004.

TASSINARI, M. I. **Objetividade e subjetividade nos processos terapêuticos fonoaudiológicos**. Distúrbios da Comunicação, v. 12, n. 1, p. 75-89, 2000.