

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA**

NATÁLIA CÂMARA LIMA ALVES DE SOUZA PIMENTEL

**Conversando com a mãe e com a terapeuta: o lugar da criança
surda no diálogo**

**Recife
2008**

Natália Câmara Lima Alves de Souza Pimentel

Conversando com a mãe e com a terapeuta: o lugar da criança surda no
diálogo

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em
Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de
Pernambuco para obtenção do título de Mestre em
Psicologia Cognitiva.

Área de Concentração: Psicologia Cognitiva

Orientador: Prof. Dr. Maria C. D. P. Lyra

Recife
2008

Pimentel, Natália Câmara Lima Alves de Souza

Conversando com a mãe e com a terapeuta : o lugar da criança surda no diálogo / Natália Câmara Lima Alves de Souza. -- Recife: O Autor, 2008.

116 folhas : il., fig., gráf., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2008.

Inclui: bibliografia e anexos.

1. Psicologia cognitiva. 2. Comunicação. 3. Diálogo. 4. Crianças deficientes auditivas. 5. Terapia fonoaudiológica. I. Título.

**159.9
150**

**CDU (2. ed.)
CDD (22. ed.)**

**UFPE
BCFCH2009/97**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Natália Câmara Lima Alves de Souza Pimentel

Conversando com a Mãe e com a Terapeuta: o lugar da criança surda no diálogo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Psicologia Cognitiva

Aprovado em: 25 de julho de 2008

Banca Examinadora

Profa. Dra. M^a da Conceição Diniz Pereira de Lya
Instituição: U.F.PE

Assinatura:



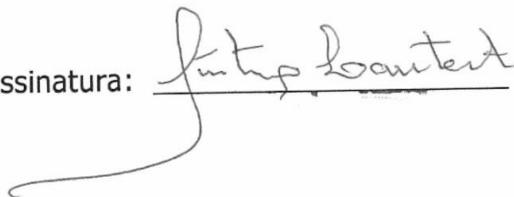
Profa. Dra. Anália Keila Rodrigues Ribeiro
Instituição: CEFET

Assinatura:



Profa. Dra. Síntria Labres Lautert
Instituição: U.F.PE

Assinatura:



“Dedico este trabalho a quem tanto me ensinou e incentivou e que, infelizmente, não pode estar presente, fisicamente, ao meu lado na conclusão de mais esta etapa tão importante da minha vida. A você que tanto amo e que jamais será esquecida. À minha mãe.”

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter iluminado meu caminho para que pudesse concluir mais esta etapa da minha vida, marcando-a com determinação, perseverança e, acima de tudo, com a presença de pessoas que só acrescentaram e torceram para que conseguisse realizar meu objetivo;

Ao meu marido **Leonardo Pimentel** por ter tido a paciência de me agüentar nos dias de aperreio. Pela compreensão em entender meus momentos de ausência. Pelo carinho diário em me incentivar e acreditar em mim acima de tudo. Por me amar, principalmente, em minhas virtudes e defeitos. Amo muito você e essa também é uma conquista sua;

Ao meu pai **José Roberto** por sempre ter estado ao meu lado e nunca ter me deixado desistir dos meus sonhos;

À minha mãe **Maria Adélia** que partiu no momento que eu menos esperava e deixou um vazio enorme. Obrigada por ter me dado o exemplo de determinação e garra para nunca desistir dos meus ideais, por mais difíceis que eles sejam;

Aos meus avós **Câmara Lima** e **Terezinha** por sempre terem me incentivado, pelo carinho diário e por terem me apoiado em tudo. Amo muito vocês;

À minha orientadora **Maninha** que será sempre meu maior exemplo de determinação e força de vontade. Serei eternamente grata pela paciência, pelos

puxões de orelha, pelos inúmeros rabiscos e pelas palavras de incentivo que fizeram com que a vontade de vencer fosse cada vez maior. Muito obrigada pelo aprendizado sobre dedicação, responsabilidade e por sua determinação em buscar sempre o melhor de mim, até mesmo quando nem eu mesma acreditava. Adoro muito você!;

Aos meus **colegas do LabCom** Beto, Let, Mana, Elder, Cibelle, Jaqueline, Clara, Adriana, Ana Claudia, e Carol pelas valiosas discussões nos grupos de estudo;

À minha amiga **Lysia** que foi o melhor presente que ganhei nestes dois anos de curso. Obrigada por ter sido meu anjo da guarda e jamais ter me deixado fraquejar sempre estando ao meu lado quando precisei. Que bom minha irmãzinha que você faz parte da minha vida;

À **Jonia Alves Lucena** pelo carinho e disponibilidade em sempre me ajudar. Obrigado pelo exemplo de amor à Fonoaudiologia que você sempre me deu.

Aos meus **colegas do mestrado** pelas conversas, conselhos, sorrisos e angústias que pudemos dividir juntos ao longo destes dois anos de curso;

Aos professores da **pós-graduação em Psicologia Cognitiva** que sempre estavam dispostos a discutir, tirar dúvidas, aconselhar e que só fizeram acrescentar neste trabalho e na minha vida pessoal;

À **Profa. Dra. Luciane de Conti** pelas valiosas contribuições na qualificação do meu projeto;

Às secretarias e funcionários **Vera Amélia, Vera Lúcia, Elaine, João e Ivo** pela disponibilidade em tirar todas as minhas dúvidas;

Às Fonoaudiólogas **Lílian Dantas e Andréa Coelho** pela ajuda na coleta dos dados;

Aos meus **colegas, professores, supervisores e coordenadores da Residência Multiprofissional do IMIP** pelas orientações e pelo apoio necessário;

Às minhas amigas fonoaudiólogas residentes do IMIP, **Andréia Lira, Jannine Santos e Priscila Nogueira** pela paciência diária em ouvir minhas angústias, pelo incentivo, por ter encoberto minhas faltas e atrasos. Vocês são um presente de Deus em minha Vida;

Às minhas amigas **Sarah, Thais, Tetê, Kel, Rafaela** por ter sido minha base de apoio, incentivo e compreensão. Sou mais feliz por ter vocês junto comigo;

À **minha família, meus avós, irmão, tios, primos, sogros e amigos** pelas palavras carinhosas de coragem e determinação. Por serem tudo pra mim e estarem sempre presente quando preciso;

Às **mães e terapeutas** que participaram desta pesquisa pela vontade e disponibilidade em ajudar;

À Prof. Dra. **Ivana Marková** pela disponibilidade em expandir meus conhecimentos através de livros e artigos enviados;

Ao **CNPq**, pelo apoio recebido através de bolsa que viabilizou a realização da pesquisa.

RESUMO

PIMENTEL, N.C.L.A.S. **Conversando com a mãe e com a terapeuta: o lugar da criança surda no diálogo.** 116f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

Este trabalho analisou, através dos relatos das mães e das terapeutas, o lugar atribuído à criança surda no diálogo. Para tanto, foram analisados os relatos de conversas, de 26 mães de crianças surdas (13 destas crianças estavam freqüentando terapia fonoaudiológica e 13 não estavam) e seis terapeutas (fonoaudiólogas ou estagiárias de fonoaudiologia) destas crianças. Para realizar a coleta dos dados, foi solicitado às participantes que relatassem conversas que tiveram com a criança. Estas conversas poderiam ser com relação a assuntos ou então conversas que surgiram em alguma situação do cotidiano. Os dados foram coletados individualmente e gravados em áudio. Após a transcrição dos dados, os mesmos foram enquadrados em quatro modalidades diferentes no que se referia ao grau de engajamento e negociação que os referidos relatos estavam apresentando com relação às trocas dialógicas dos sujeitos, ou seja, se baseando na perspectiva dialógica de comunicação, na qual os parceiros devem agir como co-autores das ações. No presente estudo, este grau de engajamento e negociação seria uma forma de observarmos se através do que foi relatado pelas participantes, se as mesmas possibilitavam ou não a criança ser co-autora no processo de comunicação. Os recursos para se comunicar com a criança também foram analisados de acordo com as respostas obtidas através do questionário que foi respondido pelas participantes no fim da coleta dos dados. Os resultados demonstram que as mães das crianças surdas que já freqüentavam terapia fonoaudiológica obtiveram melhor desempenho com relação a provável aceitação da criança surda no diálogo. Já as mães de crianças surdas que não freqüentavam terapia fonoaudiológica, obtiveram desempenhos menores com relação às demais mães, porém, algumas mães relataram diálogos com a criança, inferindo-se que, possivelmente, forneceram espaço para as crianças se posicionarem como parceiros na comunicação. Confirmando a tendência que as mães possuem em estabelecer comunicação com seu filho, mesmo ele sendo surdo. Já com relação às terapeutas, de acordo com os dados obtidos, pode-se sugerir que houve um empate com relação à posição da criança no diálogo de acordo com os relatos. Pode-se sugerir que a terapia fonoaudiológica auxilia na comunicação, mas que mesmo sem freqüentar terapia, possivelmente, as mães podem aceitar a criança como capaz de estabelecer diálogo, mesmo com o comprometimento auditivo interferindo nesta comunicação. De acordo com os dados obtidos através da análise das respostas do questionário, pode-se sugerir que as participantes usufruíam de todos os recursos (gestos, LIBRAS e outros) que lhes fossem eficazes para poder se "fazerem entender" e impor significados no outro.

Palavras chave: processo de comunicação; perspectiva dialógica; diálogo; deficiência auditiva; terapia fonoaudiológica.

ABSTRACT

PIMENTEL, N.C.L.A.S. **Talking with the mother and with the therapist: the deaf child's place in the dialogue.** 116f. Master's Dissertation – Postgraduate Program in Cognitive Psychology, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

This dissertation analyzed, through the mother's and therapist's reports, the place attributed to the deaf child in the dialogue. For so much, were analyzed the reports of 26 mothers of deaf children (13 of these children were frequenting speech therapy and 13 were not) and six therapists (speech therapist or trainee) of these children. To accomplish the collection of the data, the participants were requested to count conversations that had with the child. These conversations could be about subjects or some conversations that appeared in some situation of the day. The data were collected individually and engravings in audio. After the transcription of the data, the same ones were framed in four different modalities referred to the engagement and negotiation degree that referred reports were presenting related to the dialogical changes of the subjects, in other words, basing on the dialogical perspective of communication which the partners should act as joint authors of the actions. In the present study, this engagement and negotiation degree would be a form to observed if across the told of the participants, the same ones made possible or no the child to be joint author in the communication process. The resources to communicate with the child were also analyzed in agreement with the answers obtained through the questionnaire that was answered by the participants at the end of collection of the data. The results demonstrates that the deaf children's mothers that frequented speech therapy obtained better performance relating by probable acceptance of deaf children in the dialogue. Already the deaf children's mothers that the children didn't frequent speech therapy obtained smaller acting regarding the other mothers, however, some mothers told dialogues with the children that we can inferred, possibly, that they supplied space for the children had position of partners in the communication. According to the tendency that the mothers have to establishing communication with her child, even her being deaf. Already regarding the therapists, in agreement with the obtained data, can be suggest that had a tie regarding the child's position in the dialogue in agreement with the reports. We can suggest that the speech therapy aids in the communication, but even without frequenting therapy, possibly, the mothers can accept the child as capable to establish dialogue, even with the hearing compromising interfering in this communication. In fact with the data obtained through the analysis of the answers of the questionnaire can be suggested that the participants choose all the resources (gestures, LIBRAS and others) that were effective to understand and to impose meanings in the other.

Keywords: communication process; dialogical perspective; dialogue; hearing deficiency; speech therapy.

LISTA DE FIGURAS

| | Págs. |
|--|--------------|
| Figura 1 – figura exemplificando assunto relacionado à Alimentação / Verdura | 52 |
| Figura 2 - figura exemplificando assunto relacionado à Alimentação Verdura | 52 |
| Figura 3 - figura exemplificando assunto relacionado a dinheiro | 53 |
| Figura 4 – figura exemplificando assunto relacionado a médico..... | 53 |
| Figura 5 – figura exemplificando situação relacionada à ida às compras | 54 |
| Figura 6 – figura exemplificando situação relacionada à brincadeira | 54 |
| Figura 7 - figura exemplificando situação relacionada à hora do almoço | 55 |

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

| | Págs. |
|---|--------------|
| Gráfico 1 - Distribuição do grupo 1 - Mães das crianças surdas que não freqüentam terapia fonoaudiológica (N = 13) | 69 |
| Gráfico 2 - Distribuição do grupo 2 - Mães das crianças surdas que freqüentam terapia fonoaudiológica (N = 13) | 73 |
| Gráfico 3 - Distribuição do grupo 3 - Terapeutas das crianças surdas (N = 13) | 75 |
| Gráfico 4 – Distribuição dos pares de relatos das mães e terapeutas das crianças surdas (N = 13) | 80 |
| Gráfico 5 – Características encontradas no Grupo Discordância (N = 8) | 81 |
| Tabela 1 – Distribuição dos recursos utilizados pra se comunicar com a Criança | 85 |

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| | |
| CAPÍTULO I – COMUNICAÇÃO HUMANA E DIÁLOGO | 18 |
| 1. 1 – Questões básicas sobre a linguagem | 19 |
| 1. 2 – O processo de comunicação..... | 20 |
| 1. 3 – A perspectiva dialógica | 22 |
| | |
| CAPÍTULO II – O DIÁLOGO COM PORTADORES DE COMPROMETIMENTOS NA FALA | 28 |
| | |
| 2. 1 – A comunicação com portadores de comprometimentos..... | 29 |
| 2. 2 – A deficiência auditiva | 34 |
| 2.2.1 – Avaliação audiológica da criança surda | 37 |
| 2.2.2 – A clínica fonoaudiológica..... | 40 |
| | |
| CAPITULO III – METODOLOGIA | 47 |
| 3.1 – Objetivos | 48 |
| 3.2 – Método | 49 |
| 3.2.1 Participantes | 49 |
| 3.2.2 Local da pesquisa..... | 49 |
| 3.2.3 Procedimento de coleta dos dados | 50 |
| | |
| CAPÍTULO IV – RESULTADOS: análises e discussão | 57 |
| 4.1 Primeira etapa da análise dos dados | 58 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2 Construção das modalidades | 59 |
| 4.3 Resultados com relação às modalidades | 68 |
| 4.4 Resultados com relação aos relatos das mães e das terapeutas das crianças surdas | 79 |
| 4.5 Recursos utilizados para se comunicar com a criança | 83 |
| 4.6 Resultados com relação aos recursos utilizados para se comunicar com a criança | 85 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 89 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 93 |
| ANEXOS E APÊNCIDES | 98 |

INTRODUÇÃO

Ao investigar, através dos relatos das mães e terapeutas, o diálogo destas com as crianças surdas, o presente trabalho aborda aspectos do processo de comunicação humana, que abrange as questões do diálogo. O diálogo não é aqui concebido como simples troca de mensagens, mas apresenta-se numa concepção mais ampla, como proposto por Marková (1990, 1997, 2006a, 2006b) e diversos autores da perspectiva dialógica (MURPHY, 2004a, 2004b; OLSSON, 2005; SALGADO, 2006; SALGADO e GONÇALVES, no prelo; NAFSTAD e RODBROE, 1999). De acordo com esta concepção, os participantes do diálogo atuam como co-autores dos seus discursos, ou seja, co-constroem o diálogo, sendo um interdependente do outro. Nesta perspectiva de diálogo, o sujeito deve ser visto como um todo e o parceiro deve aceitá-lo como capaz de se comunicar, independentemente do comprometimento que o mesmo possa apresentar, que neste estudo será o auditivo.

De acordo com Goldfeld (2002), a surdez, também denominada deficiência auditiva, é um distúrbio da audição, uma diminuição da capacidade auditiva em diferentes graus de intensidade, podendo ser de caráter transitório ou definitivo, estacionário ou progressivo. O estudo da comunicação com indivíduos que possuem este déficit é o tema de central interesse deste estudo. É cada vez maior a preocupação dos pesquisadores na direção de encontrar maneiras de minimizar os transtornos enfrentados pelos portadores de deficiência, buscando auxílios mais eficazes para proporcionar melhor qualidade de vida a esta população (BEVILACQUA e FORMIGONI, 1997; ALVES e LEMES, 2005; BALIEIRO e FICKER, 2005; BRAZOROTTO, 2005; GOLDFELD, 2002; NOVAES e BALIEIRO, 2004).

Muitos deficientes auditivos sofrem discriminação por não poderem se comunicar “normalmente”, de acordo com os padrões de comunicação na sociedade da qual fazem parte. A maioria da sociedade ouvinte, apresenta dificuldades em interagir com os surdos por não possuírem domínio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e da linguagem gestuais, que, comumente, são utilizadas por estes indivíduos para se comunicarem. O fonoaudiólogo é o profissional que, através da terapia fonoaudiológica, irá auxiliar o deficiente auditivo no desenvolvimento da linguagem para que a comunicação destes indivíduos na sociedade não seja tão prejudicada. De acordo com Murphy (2004a), o terapeuta não deve se basear na patologia que o sujeito apresenta, mas sim, vê-lo como um todo e aceitá-lo como parceiro na comunicação, embora sejam comuns algumas terapeutas considerarem apenas a patologia ou o comprometimento que o sujeito apresenta e não enxergar esta colaboração.

Como pode ser notada, a questão que inquieta vários autores (BEVILACQUA e FORMIGONI, 1997, REBELO, 2002, NOVAES e BALIEIRO, 2004), diz respeito à comunicação com os surdos, principalmente quando se trata da população infantil. Levando em conta estes interesses de pesquisa este estudo procurou investigar aspectos da comunicação entre a mãe e/ou a terapeuta (fonoaudióloga) e a criança surda no diálogo. Mais precisamente, procurou-se investigar aspectos do lugar atribuído à criança surda no diálogo de acordo com os relatos das terapeutas e das mães.

Partindo das considerações acima elencadas, o capítulo I, teve como foco de atenção o processo de comunicação humana, ponto de fundamental importância para esta pesquisa. Serão abordadas as principais definições de comunicação,

privilegiando a perspectiva dialógica e o conceito de diálogo que foi a teoria que aqui foi concebida.

O capítulo II procurará explicitar estudos referentes à questão da comunicação do ponto de vista dialógico, principalmente, inserindo no diálogo um sujeito com comprometimentos que, possivelmente, influenciará na comunicação. Foram abordados aspectos referentes à deficiência auditiva, ou surdez, que foi o comprometimento que foi abordado neste estudo. Conceitos, tipos e diagnóstico foram exaltados buscando explicitar a razão desta patologia ter sido escolhida. A importância e o papel do fonoaudiólogo também foram enfatizados no processo terapêutico destes sujeitos.

O capítulo III trará aspectos metodológicos do estudo propriamente dito.

No capítulo IV serão trazidos os resultados, englobando a análise e discussão do trabalho. Considerando o item dos resultados, as análises e discussão focalizaram: (1) Construção de Modalidades; (2) Resultados com relação às modalidades encontradas; (3) Resultados com relação aos relatos das mães e das terapeutas das crianças surdas; (4) Recursos utilizados para se comunicar com a criança.

Por fim, serão elaboradas as considerações finais, levantados os questionamentos encontrados e as possíveis sugestões de estudos futuros.

CAPÍTULO I

COMUNICAÇÃO HUMANA E DIÁLOGO

1. 1 – QUESTÕES BÁSICAS SOBRE A LINGUAGEM

A análise dos relatos sobre o diálogo entre a criança surda e sua mãe e/ou terapeuta implica na necessidade de esclarecimentos acerca das concepções de linguagem a que estão subjacentes este estudo. Rego (2003) afirma que devido a linguagem três mudanças são impostas ao psiquismo humano: 1) a linguagem permite lidar com objetos do mundo exterior mesmo quando eles estão ausentes; 2) a linguagem possibilita o processo de abstração e generalização; 3) a linguagem possui a função de comunicação entre os homens. A linguagem exerce um papel fundamental na comunicação entre indivíduos e no estabelecimento de significados compartilhados que permitem interpretações dos objetos, eventos e situações do mundo real.

Para Vygotsky (2001), a linguagem é entendida como um sistema simbólico fundamental em todos os grupos humanos, elaborado no curso da história social, que organiza os signos em estruturas complexas e desempenha um papel imprescindível na formação das características psicológicas humanas. Através da linguagem é possível designar os objetos do mundo exterior, as ações, as qualidades dos objetos e as relações entre eles. Para este autor, a linguagem é uma forma de comunicação distintivamente humana, um meio para transmitir informações, desde mensagens mais simples até outras de maior complexidade.

Para o desenvolvimento da linguagem é essencial a interação entre os homens e entre estes e o mundo. Ainda de acordo com este referido autor, a linguagem apresentaria duas funções. A primeira, talvez mais evidente, engloba a função comunicativa de intercâmbio social, segundo a qual seria impossível conviver em sociedade sem possuir linguagem. A segunda função é a de pensamento

generalizante, na qual a linguagem ordena o real, agrupando todas as ocorrências de uma mesma classe de objetos, acontecimentos e situações sob categorias conceituais.

No que diz respeito à linguagem das crianças surdas, de acordo com Vigotsky (2000), a criança que possui déficit sensorial auditivo não se desenvolve menos que as ouvintes. Desenvolve-se de forma diferente, apropriando-se de alternativas comunicativas a este sentido de uma maneira própria e de acordo com o grau de sua dificuldade. Sendo assim, todas as crianças surdas são capazes de adquirir a linguagem. Os meios desta aquisição ocorrem através de diferentes formas de interação e comunicação. Através dos processos de comunicação, as estruturas de pensamento, os meios de aprendizagem e a participação social tornam-se mais acessíveis à investigação (GÓES, 1999).

Por fim, a concepção de linguagem aqui adotada não consiste meramente na capacidade de falar e entender um enunciado, mas em um processo de transformação da informação que recebemos do meio. A linguagem é desta forma, a principal porta de acesso para o conhecimento do mundo, de si e dos outros.

1. 2 – O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

Fogel (1993) afirmou que quando os indivíduos se comunicam as ações, idéias e sentimentos individuais estão sendo compartilhados pelos outros. Esta comunicação é co-construída entre os participantes e depende da interação entre eles na sociedade. Quando as pessoas se comunicam, as informações ligam as ações realizadas entre os indivíduos. Ainda de acordo com o referido autor, duas

concepções buscam explicar o processo de comunicação. A primeira destas é denominada como o processo discreto e a segunda como o processo contínuo.

A comunicação sendo entendida como um processo discreto engloba a soma das ações de cada parceiro, formando um conjunto de elementos discretos considerados, separadamente, como unidades distintas. Baseando-se nesta concepção, a comunicação se organizaria no emissor, que contém uma mensagem que será transmitida para um receptor que deve interpretá-la e respondê-la. O propósito da comunicação é o de que o emissor altere o comportamento do receptor através das informações transmitidas nas mensagens.

Por sua vez, o processo contínuo abrange a comunicação como um sistema de co-regulações com característica de auto-organização que resulta na criação de novos níveis de organização das trocas comunicativas. Os elementos presentes na comunicação organizam-se de forma interligada e dinâmica. Ou seja, os elementos presentes na comunicação não existem e nem podem ser definidos sem estarem relacionados. As informações, nessa concepção, são relacionais, abertas e não observáveis, exceto nos seus efeitos e ações. (FOGEL, 1993)

Complementando esta idéia e em consonância com os interesses do presente trabalho, a comunicação do ponto de vista dialógico também enfatiza o papel dos parceiros comunicativos como co-autores do diálogo. Nesta perspectiva, a comunicação é interdependente e constitutiva do sujeito, e seus interlocutores / parceiros neste processo comunicativo são chamados de *Alter – Ego* (MARKOVÁ, 1990). Estas considerações serão aprofundadas a seguir.

1. 3 – A PERSPECTIVA DIALÓGICA

Com vistas ao esclarecimento da concepção de diálogo na qual o trabalho em pauta se apóia, Valsiner e Van Der Veer (2000) abordaram o processo de comunicação, considerando-o tema central da perspectiva dialógica que abrange a questão do diálogo enfatizando a noção de oposição, negociação e conflito como sendo elementos construtores do diálogo. O diálogo, como é aqui entendido, abrange uma forma de interação social ligada a um contexto sócio-histórico em que os parceiros dialógicos são considerados como seres dinâmicos, dada a variabilidade de opções fornecidas pela cultura, instituições ou relações de poder a que estão submetidos na sociedade da qual fazem parte (MARKOVA, 1990).

Marková (2006b) afirma que, para que haja diálogo, os participantes devem estar engajados para entender ativamente as mensagens uns dos outros. O que faz com que a comunicação seja não-comunicativa é o não compromisso do mensageiro com o conteúdo da mensagem. A comunicação deve ser direcionada a todos os parceiros. Aprofundando esta noção de diálogo, Lyra (2000) refere que “o diálogo é uma relação dinâmica, histórica e interdependente. Cada troca comunicativa é entendida como pertencente aos parceiros, impossibilitando a separação de um emissor, de um receptor e da própria mensagem”. Seria dinâmica haja vista que existe um movimento que gera mudança entre os indivíduos, ao mesmo tempo em que histórica, devido ao momento sócio-histórico que o indivíduo está inserido.

A idéia de diálogo está também filiada a uma corrente de pensamento em ciências humanas que compreende o sujeito como um ser psicológico (MARKOVÁ, 1990, 1997, 2006a, 2006b). O diálogo apresenta, nesta corrente, um caráter

dinâmico que possibilita abordar as relações entre parceiros como transformadoras, possibilitando criar novas relações a partir das trocas dialógicas. Um diálogo é um processo composto por três estágios: 1) a comunicação inicial de um dos parceiros, 2) a resposta do outro, 3) a resposta do primeiro à resposta do segundo. Estas três etapas conferem um caráter de interdependência entre os parceiros.

O processo de três estágios só pode ser entendido como um todo. Seus elementos estão internamente relacionados e acontecem simultânea e sequencialmente. Desta maneira, a idéia principal deste processo é a de que o diálogo não é uma oscilação de posição entre os participantes, mas sim um processo de co-autoria. A posição seria o lugar, subjetivo, que o indivíduo está ocupando naquele momento. O terceiro estágio neste processo é, ao mesmo tempo, o primeiro estágio do próximo e representa as perspectivas mudadas na mente de ambos os participantes, envolvendo um tipo especial de conhecimento. (MARKOVÁ, 2006b)

Pode-se afirmar que, através do terceiro estágio, o participante se torna um objeto de si mesmo, à medida que faz reflexões de acordo com a sua própria perspectiva e de acordo com a perspectiva que os outros têm a seu respeito. Em outras palavras, o processo de três estágios lidava com o Eu como um objeto de conhecimento. Marková (2006b), ressalta a tríade *Ego-Alter-Objeto* como sendo três componentes do diálogo que seria capaz de lidar, desta forma, com qualquer objeto do conhecimento. Neste modelo, a unidade de análise básica da epistemologia dialógica seria a tríade *Ego-Alter-Objeto*. Marková (2006b) afirma que o processo de conhecer envolve a formação e reprodução das representações mentais coletivas. O indivíduo que detêm o conhecimento em uma teoria dialogicamente baseada de conhecimento é o *Alter- Ego*.

Buhler (1934 *apud* MARKOVÁ, 2006b) formulou a idéia da tríade *Ego- Alter- Objeto* (representação). De uma maneira geral, pode-se dizer que o *Alter* seria o outro, a outra pessoa. O *Ego* seria o Eu, ou seja, a própria pessoa a que se refere. Porém, as posições dos sujeitos não são constantes, ora eles podem ser *Alter*, ora podem ser *Ego*. Já o Objeto compreenderia algo ou algum assunto que está em jogo, sendo negociado, ressaltado. O conhecimento de um objeto é co-construído pelo *Ego* e pelo *Alter*. Esta tríade é a unidade produtora de conhecimento e deve funcionar como um todo. Baseando-se nas idéias deste autor, Marková (2006b), refere que cada situação dialógica envolve tipos diferentes do *Ego* e do *Alter*. Os participantes dialógicos trazem para o diálogo suas experiências presentes e suas tradições passadas, bem como as expectativas sobre seus futuros. Eles podem se orientar em relação aos seus *Alters*.

A tríade *Ego- Alter- Objeto* é a unidade dinâmica do conhecimento social, e as relações dentro desta unidade, semelhante aos três estágios, acontecem de maneira simultânea e sequencialmente dinâmicas. É esta coexistência de relações simultâneas e seqüenciais nos processo de três componentes que definem a mudança social. Para definir suas relações internas, cada individuo possui características específicas que são significantes para sua emergência. Com isso, cria-se uma tensão dialógica dentro do *Ego* e do *Alter*, transformando-se no tópico das suas relações comunicativas, isto é, se torna um objeto.

Para que haja um diálogo não é necessário o outro parceiro estar presente fisicamente. Portanto, é válido ressaltar os diálogos internos e externos, pois neste estudo foi solicitado que as participantes relatassem diálogos que tiveram com a criança, que, obviamente, pelo fato do outro estar presente fisicamente, são externos. Salgado (2006) afirma que quando uma pessoa está se dirigindo

internamente a alguém, este se dirigiu a alguém como sendo alguém mais fácil de dialogar, mas, não deixa de ressaltar que também há terceiros envolvidos. Refere-se, desta forma, aos diálogos internos sendo aqueles em que o outro (parceiro) não está presente fisicamente, mas é aceito como sendo parceiro.

No diálogo estabelecido entre crianças surdas e parceiros também são observados aspectos ressaltados por autores da perspectiva dialógica, como Salgado e Gonçalves (prelo), por exemplo, que sugerem que o dialogismo assume um senso de princípio relacional no qual a pessoa existir isoladamente seria impossível. Por outro lado, tudo o que é dito ou feito sempre tem uma real ou imaginativa intenção, fato que, de alguma maneira, originaria a construção do significado. Como as pessoas estão em diálogo constante com outros (fisicamente presentes ou não), tudo o que é dito, externamente ou interiormente, está sendo endereçado a alguém. Os objetos com os quais o homem se relaciona estão incluídos nas atividades monológicas, visto que não apresentam respostas. Já os seres humanos são essencialmente dialógicos, visto que são claramente responsivos. Desta maneira, o conhecimento humano é, de certo modo, sempre dialógico.

Salgado e Gonçalves (prelo) contribuíram com esta distinção ao postular que quando as interações entre pessoas são monológicas - quer dizer, quando o dialogismo é recusado - só uma posição ou voz é admitida como a única possível posição, fazendo da negociação de significados uma tarefa muito difícil. Por outro lado, a interação dialógica envolve a disponibilidade de uma diversidade de posições, até mesmo quando uma posição particular domina os outros em um ponto no tempo. Considera-se, neste trabalho, que quanto mais a relação entre a criança surda e

terapeuta e/ou mãe se aproximar dos princípios das atividades dialógicas, maior sucesso terá o processo de comunicação e o processo terapêutico.

Neste sentido, Gonçalves e Guilfoyle (2006) apresentaram importantes contribuições das teorias do dialogismo para a interação terapêutica. Afirmaram que, logo de princípio, por ser a interação terapêutica uma relação entre pessoas deve ser obrigatoriamente dialógica. A terapia, por ser um tipo particular de relação entre um cliente e um especialista, principalmente quando o outro possui dificuldades que comprometem a interação e a comunicação, possui em si mesma uma tensão que tenderia à transformação da relação em uma interação monológica. Assim, seria interessante que o profissional terapeuta estivesse sempre atento a estes fatores, com vistas a facilitar a manutenção da relação mais dialógica com seu cliente minimizando as tensões que poderiam transformá-la numa relação monológica.

A interação dialógica protege a multiplicidade de significados e posições, sendo o cliente co-autor do seu processo de mudança. Por outro lado, a interação monológica reduziria a diversidade de posições e localizaria o cliente mais como um coadjuvante do processo de mudança de autoria do terapeuta (NAFSTAD e RODBROE, 1999). Estas colocações são de fundamental importância haja vista que este estudo objetiva analisar se através dos relatos das terapeutas, pode-se inferir que a criança surda é coadjuvante do terapeuta ou co-autor dos seus discursos.

Este capítulo teve como objetivo explicitar as bases teóricas em que o presente estudo se fundamentou. Neste sentido, foi apresentada a concepção de comunicação e diálogo aqui assumida, a qual reconhece os sujeitos como sendo co-autores dos seus discursos. Além disso, o presente capítulo, em linhas gerais, explorou os conceitos propostos pela perspectiva dialógica a qual foi considerada

como quadro teórico conceitual de referência para estudar a comunicação entre os participantes desta pesquisa e a criança surda.

A assunção desta perspectiva apresenta-se como uma tentativa de compreender a comunicação humana com base na idéia de que através dos diálogos, os sujeitos co-constroem seus discursos e podem se posicionar como sujeitos/ parceiros dialógicos. Como este estudo se deterá no diálogo da terapeuta e da mãe com o parceiro que apresenta impedimento na fala, no caso o comprometimento que será encontrado nos sujeitos será a deficiência auditiva, é válido realizar-se algumas considerações sobre a comunicação com sujeitos com comprometimentos de uma maneira geral e, especificamente, realizar uma breve explanação a respeito dos conceitos, categorização e reabilitação dos deficientes auditivos, no capítulo que se segue.

CAPÍTULO II

O DIÁLOGO COM PORTADORES DE COMPROMETIMENTOS NA FALA

2. 1. A COMUNICAÇÃO COM PORTADORES DE COMPROMETIMENTOS

No capítulo anterior foi realizada uma breve explanação com relação aos pressupostos teóricos do processo de comunicação, em particular do diálogo, que fundamentam o presente estudo. O presente capítulo objetiva realizar um aprofundamento nestas questões enfatizando a comunicação com sujeitos que apresentavam comprometimentos/ distúrbios que interferiam na relação com outras pessoas. A seguir serão explicitados alguns conceitos e estudos que se referiram a este tema de fundamental importância para este trabalho, haja vista que se baseia na comunicação com crianças surdas.

Estudos como o de Olsson (2005), Murphy (2004a, 2004b, 2006), Nafstad e Rodbroe (1999) se detiveram na comunicação entre sujeitos com diferentes distúrbios, que de uma maneira ou de outra interferia na comunicação com seus parceiros. Os distúrbios eram: surdo-cegueira, portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica, e distúrbios motores.

Murphy (2004b) analisou as estratégias comunicativas entre indivíduos portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica (em que uma das características dos seus portadores é a perda da fala), e seus parceiros. Segundo este autor, a fala é apenas um dos vários métodos de comunicação. As estratégias não-verbais de comunicação englobam o uso de gestos, expressão facial e contato visual, que criam uma diferença considerável de ajuda na inteligibilidade da comunicação. Este referido autor demonstrou estratégias para auxiliar nas transmissões das mensagens entre os parceiros, como por exemplo, explicando que os mesmos devem sentar em posição onde possa haver contato visual, como também, observar os signos não verbais.

Ainda de acordo com Murphy (2004b), a comunicação é um esforço colaborador entre os parceiros. A terapeuta tem que ter isso em mente e não se concentrar apenas na fala do paciente que possui dificuldades. Qualquer terapia deve considerar sempre o outro como um parceiro capaz de se comunicar. Às vezes os fonoaudiólogos focam sua atenção na patologia da pessoa e procuram maneiras de minimizar a dificuldade, esquecendo da pessoa em si mesmo. Seria mais benéfico para os pacientes, se o terapeuta focasse mais sua atenção na comunicação com aquele indivíduo do que ficasse procurando maneiras de minimizar os sintomas. Essas afirmações são de grande relevância para o estudo em pauta, haja vista que se buscou analisar através do que foi relatado pela terapeuta (fonoaudióloga) se a criança surda estava sendo co-autora no diálogo ou não.

Os estudos do diálogo entre pessoas com dificuldades na fala conversando com seus terapeutas revelam características dialógicas que não são observadas em situações de comunicação livre de problemas na fala. Esta comunicação envolve pessoas se comunicando de maneiras diferentes. Para conseguir transmitir a mensagem, os interlocutores precisam impor seus significados para a outra pessoa.

Estudos como o de Collins e Marková (1995, 1999) e Marková (2006b) buscaram estudar diálogos entre pessoas com paralisia cerebral que apresentavam problemas com a fala e com a comunicação e os seus terapeutas. Neste trabalho, o pesquisador observava e filmava a terapia com estes sujeitos e, posteriormente, buscava analisar se a terapeuta aceitou ou não o indivíduo como sócio na comunicação, ou seja, como co-autor. Isto era identificado através de gestos entre os participantes, de iniciativas de comunicação do indivíduo, identificação do espaço que a terapeuta fornecia para a comunicação fluir, dentre outros.

Marková (2006b) afirma que o parceiro deve ser consistente e inovador quando impuser os próprios significados para o outro, para que a pessoa com problemas na fala consiga transmitir a mensagem. É imprescindível que haja não apenas a transmissão da mensagem, mas que o parceiro que não apresenta problemas na fala veja o outro como capaz de transmitir uma mensagem. Esta consideração para com o outro, não falante, é de extrema importância para os nossos propósitos.

O indivíduo que apresenta dificuldade para se comunicar utiliza qualquer meio disponível como um recurso de comunicação para impor significados ao outro. Um exemplo ilustrativo dos recursos de comunicação é a história do diálogo de Guy (paciente) e Mary (terapeuta/fonoaudióloga).

“Guy é portador de severa paralisia cerebral e está numa cadeira de rodas. Ele não pode falar e usa um sistema de comunicação eletrônico, que ele opera digitando letras e palavras que o sistema transforma em voz. Naquela manhã, Guy e alguns estudantes do colégio estavam escrevendo cartas para informar suas famílias que iriam ao jantar no restaurante italiano Maggios e depois iriam jogar boliche. Estes dois eventos aconteceriam no mesmo dia.”

“No início da conversa, Mary perguntou ao Guy o que ele estava fazendo naquela manhã. Guy tentou explicar que eles estavam escrevendo cartas aos seus familiares, informando-os sobre os dois eventos. Quando construiu sua resposta a Mary, ele usou recursos de comunicação que estavam disponíveis a ele, desde movimentos corporais até sinais, digitando letras ou palavras.”

“...Mary não entende que enquanto digita “eu vivo na Avenida York Longbenton 65”, Guy está dando uma resposta à pergunta dela, sobre o que ele estava fazendo àquela manhã. Do ponto de vista do Guy, apertar um botão que escreve seu endereço pode ser considerado um recurso eficiente de comunicação que está disponível a ele. Ele persiste com sua resposta porque Mary não entende. Ele também olha em torno de si e sobre seus ombros, olha para os papéis e para as cartas que estavam escrevendo, ação que a Mary vê como sendo “intrometida”, ao invés de interpretar seu olhar como uma resposta a sua pergunta. Portanto, ao invés de aceitar este olhar sobre os ombros como um gesto comunicativo, ela interpreta isso como um comportamento, isto é,

sendo “intrrometida”. Guy expressa claramente suas idéias no diálogo, como todos os recursos disponíveis a ele, mas não são considerados como tal por Mary. “

“...À medida que o diálogo se desenrola, Guy digita em seu computador a palavra “boliche”. Mary não entende e pergunta se ele precisa de uma bola de boliche. Guy verbaliza e faz mímica a ação de jogar boliche. A esta altura, ela também desconsidera seu gesto da mímica da ação de jogar boliche. Este gesto Guy usa repetidamente, até o final da conversação.”

“...Guy é sistemático, construindo sobre o que já atingiu interativamente, para poder ajudar Mary a entender sua perspectiva. Finalmente, ele é bem sucedido. Guy constrói a partir do seu entendimento, repetindo novamente “boliche” e gesticulando a ação de jogar boliche. A inventividade de Guy e a rigidez de Mary se deparam num diálogo, pelo fato dela entender seu comportamento e sua comunicação somente no sentido literal.”

(MARKOVA, 2006, 153-154)

Ao utilizar recursos comunicativos que são disponíveis e compartilhados, os participantes do diálogo têm que ser capazes de sincronizar seus significados no tempo e no espaço, para que possam transmiti-los e torná-los parte do conteúdo da mensagem. A sincronização de significados segue através de dois caminhos dialógicos interdependentes. Primeiro, através da perspectiva do outro e segundo através da imposição do próprio significado ao outro.

Marková (2006b), afirma que, no diálogo com pessoas com impedimento na fala, devem-se levar em conta três questões:

- ✓ A co-construção do significado entre os participantes;
- ✓ A co-construção da narrativa;
- ✓ A co-construção dos gestos.

Ressalta que, para se estabelecer este diálogo, devem ser observados os impedimentos que o parceiro apresenta. A interação entre os parceiros ocorre internamente através do engajamento mútuo, ocorrendo uma interdependência na

comunicação entre o *Ego* e o *Alter*. Eles se co-constituem numa dinâmica do tipo figura-fundo onde transformam um ao outro através de partes comunicativas, simbólicas, intenções e ações que são caracterizadas pela tensão e pelas relações multifacetadas e heterogêneas. Ver o outro como capaz de transmitir mensagens é que faz a comunicação ser dialógica.

Com relação à co-construção do significado, os participantes do diálogo têm que agir conjuntamente para se fazerem entender. A mensagem é construída juntamente. Observam-se alguns aspectos no diálogo com relação a estes participantes, são eles: interação dos gestos e vozes, provocação de repetições, adivinhações baseadas no conhecimento social das partes, responsabilidade partilhada, mudança de papéis dos participantes, interação do sorriso, assimetrias, entre outros. (MARKOVÁ, 2006b)

A comunicação entre esses parceiros é formada por gestos verbais e não-verbais que estão integrados e sincronizados. O *Alter* precisa descobrir muitas coisas para identificar o objeto. Ele precisa interpretar a contribuição dialógica do sujeito com dificuldades na fala. Nesses casos, o *Alter* e o *Ego* são co-autores de cada gesto que ocorre, de maneira desordenada e ininterrupta.

Como foi visto, a concepção de comunicação aqui adotada vê os sujeitos como co-autores no processo de comunicação. Foi dada ênfase ao diálogo buscando demonstrar que para que o mesmo ocorra é necessário que os parceiros estejam engajados mutuamente para assumirem a posição de co-autores. Além disso, demonstrou-se que uma atenção maior é necessária quando um dos parceiros apresenta comprometimentos que, possivelmente, interferem na comunicação com outras pessoas. Ao se afirmar estas colocações, ressaltam-se a importância e responsabilidade que o outro sujeito possui nesse processo. Como foi relatado

anteriormente, este estudo buscou analisar através dos relatos das participantes, diálogos que tiveram com a criança que apresentava comprometimento, neste caso, a surdez. A seguir serão abordados conceitos relacionados a esta patologia, como também, aspectos ligados à terapia fonoaudiológica, haja vista que este profissional é enfatizado neste estudo.

2.2. A DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A deficiência auditiva, também denominada de surdez, é definida como sendo:

“É a diferença existente entre a performance do indivíduo e a habilidade normal para a detecção sonora de acordo com os padrões estabelecidos pela American National Standards Institute (ANSI-1989). A audição normal corresponderia à habilidade para a detecção de sons até 20 decibéis (dB) do nível de audição (NA). (TABITH et al, 2003, pg 64)

A surdez pode ser relacionada a duas perspectivas: clinico-patológica ou sócio-antropológica. A primeira destas perspectivas define o surdo como portador de uma incapacidade, no qual o enfoque educacional é o aprendizado de uma língua oral-aural para se comunicar oralmente na sociedade ouvinte. No entanto, de acordo com a perspectiva sócio-antropológica, na surdez não há incapacidade, apenas uma diferença e enfatiza-se o aprendizado da língua de sinais para servir como meio de comunicação com outros indivíduos. (TABITH et al, 2003)

De acordo com Novaes e Balieiro (2004), Russo e Santos (1994), Lopes Filho (2005) as perdas auditivas podem ser classificadas em:

- **Condutivas:** ocorre interferência na transmissão do som desde o conduto auditivo externo até à orelha interna. Podem ser decorrentes de alterações na orelha externa (pavilhão auricular, canal auditivo externo) ou na orelha

média (membrana timpânica, cadeia ossicular, janelas oval ou redonda e tuba auditiva);

- **Sensório- neural:** a interferência está no mecanismo de transformação do impulso neuroelétrico e na sua condução até o neuro-eixo. Encontra-se alteração na qualidade do som por acometimento das células ciliadas da cóclea ou das fibras do nervo auditivo;
- **Mistas:** os dois tipos de perdas relatados anteriormente estão coexistindo. Ocorre em virtude de uma alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial, associada a uma lesão deste órgão ou do nervo auditivo.
- **Central:** são casos não muito freqüentes em que ocorre um distúrbio do processamento auditivo central, mecanismo que permite a utilização do som como meio de informação associado a uma diminuição da audição;
- **Funcional:** há um prejuízo da função auditiva com ausência de lesões do aparelho auditivo periférico ou central, provavelmente, de origem emocional.

Com relação ao grau de severidade das perdas auditivas, Russo e Santos (1994) afirmam que se deve basear nos limiares tonais encontrados nas freqüências de 500,1000 e 2000 Hertz (Hz). São classificadas em cinco categorias:

- **Surdez leve:** perda auditiva entre 25decibéis (db) e 40db.
- **Surdez moderada:** perda auditiva entre 41db e 55db
- **Surdez moderada a severa:** perda auditiva entre 56db e 70db
- **Surdez severa:** perda auditiva entre 71db e 90db
- **Surdez profunda:** perda auditiva acima de 91db

É válido ressaltar que no presente estudo, as participantes foram escolhidas após as crianças terem sido identificadas como portadoras de perdas auditivas sensório-neurais de grau severo ou profundo. Diante disto, serão demonstradas as prováveis causas deste tipo de lesão que acometeram estas crianças.

As perdas auditivas sensório-neurais estão associadas a lesões de orelha interna e/ou nervo auditivo e são enquadradas em três categorias, que seriam pré-natais, perinatais e pós-natais. (TABITH *et al*, 2003)

As causas pré-natais são aquelas que ocorrem antes ao nascimento e podem ser divididas em hereditárias e não hereditárias. A primeira destas é classificada em Síndromicas, Não-sindrômicas (herança monogênica autossômica dominante, herança monogênica autossômica recessiva, herança monogênica dominante ligada ao sexo, herança monogênica recessiva ligada ao sexo) e síndromes causadas por aberrações cromossômicas. Já as causas da perda auditiva não-hereditárias podem ser causadas por complicações na gravidez, como por exemplo: contrair infecções intra-uterinas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus, herpes e outros (a conhecida sigla STORCH). Além destas infecções, o uso de drogas ototóxicas, alcoolismo, toxemia gravídica e irradiações podem ocasionar perdas auditivas sensório-neurais na criança. (RUSSO e SANTOS, 1994)

Já as causas perinatais, que compreendem complicações do e/ou no nascimento podem ser encontradas: prematuridade, baixo peso ao nascimento, depressão grave ao nascimento, hemorragia intracraniana, hiperbilirrubinemia-doença hemolítica do recém-nascido, entre outras. (RUSSO e SANTOS, 1994)

Por fim, as causas pós-natais, que são decorrentes de problemas após o nascimento, são classificadas em genéticas e não genéticas. Quando forem classificadas em genéticas, subtendem-se que alguma herança genética irá

acarretar o surgimento desta patologia ao longo da vida do indivíduo. As causas não-genéticas podem ser devido à infecções, uso de drogas ototóxicas, traumas e perda auditiva induzida por ruído. (FROTA, 2003)

O presente estudo aborda, de uma maneira geral, a comunicação humana. Ao se deparar com dificuldades que possam comprometer este processo, é necessário que a identificação, o diagnóstico e o prognóstico sejam estabelecidos o mais cedo possível para evitar prejuízos no desenvolvimento da linguagem e na interação com esta criança.

De acordo com Goldfeld (2002), crianças que obtiveram seu diagnóstico precocemente apresentaram melhores desempenhos de linguagem receptiva e expressiva, de desenvolvimento social, de vocabulários receptivo-expressivo, enfim, de um melhor desenvolvimento geral.

2.2.1. Avaliação audiológica da criança surda

Para realizar o diagnóstico da deficiência auditiva é necessário a realização de uma série de exames. Alguns deles serão explicados a seguir, haja vista que a deficiência auditiva das crianças, que foram referidas no presente estudo, foi diagnosticada através de exames de padrões internacionais, que são eles, a audiometria, exame de Emissões Otoacústicas e ABR.

De acordo com Russo e Santos (1994), Rabinovich (2005) e Tabith *et al* (2003), existem diversos procedimentos a serem utilizados na avaliação da audição em crianças. Um dos primeiros e mais antigos teste utilizados no diagnóstico é o teste comportamental que através de um estímulo sonoro deverá se obter uma

resposta da criança. Já os testes eletrofisiológicos não dependem da resposta da criança, pois, os potenciais elétricos são captados, sendo desencadeados pelo estímulo sonoro desde a cóclea até o córtex cerebral. O exame da função da orelha média e a pesquisa do reflexo acústico também são procedimentos que são independentes da participação da criança.

Segundo Borges e Sansone (2003), um dos exames mais comuns na prática audiológica é a audiometria tonal. Deve ser realizada em sala acusticamente preparada podendo ser utilizada para crianças de várias idades, preocupando-se, apenas, em modificar a estratégia utilizada. Observa-se o comportamento da criança, utilizando estímulo de voz (onomatopéias, repetições de sílabas, nome da criança) para registrar o nível de intensidade no qual ocorre reação de alerta ao som. Estímulos acústicos calibrados (ruído de banda estreita, contínuo e /ou intermitente, tom puro intermitente e ruído de banda larga) são utilizados para a observação das respostas auditivas.

Outro tipo de audiometria é a chamada audiometria de reforço visual que é muito útil e agradável às crianças, pois utiliza-se de brinquedos. Para reforçar ou premiar as respostas da criança, os brinquedos são iluminados. Outro tipo de audiometria que cativa as crianças, pois também utiliza brinquedos é a audiometria lúdica. Nesta, os limiares auditivos são pesquisados através de respostas lúdicas e jogos de encaixe, sendo o estímulo apresentado por caixas acústicas ou fones.

Ao realizar estes testes relatados acima com crianças, é provável que a mesma não se interesse e se oponha a realização do exame. Como se tratam de testes que precisam da participação da criança, muitas vezes é mais indicado a realização de testes mais subjetivos e que não necessitem da interação com a mesma. Tabith *et al* (2003) afirma que, devido ao avanço da tecnologia, os métodos

eletrofisiológicos se tornaram facilitadores do diagnóstico da deficiência auditiva, sendo eles: as emissões otoacústicas e os potenciais auditivos evocados.

O exame das emissões otoacústicas (EOA), comumente chamado de teste da orelhinha, são sons de baixa intensidade gerados por processos ativos na cóclea, associados às células ciliadas externas, mensuráveis no canal auditivo externo. Podem ser espontâneas ou evocadas por estímulo externo, que neste caso, classificam-se em três tipos: tardia, simultânea e produto de distorção. (COUBE e COSTA FILHO, 2003)

A resposta auditiva evocada do tronco cerebral (ABR) é um importante procedimento na prática clínica, imprescindível a uma série de situações, entre as quais: medida da função de audição em crianças pequenas ou com comprometimentos que dificultam a aplicação de testes comportamentais, identificação da deficiência auditiva e programas de triagem auditiva em neonatos e localização da lesão-cóclea, nervo auditivo ou vias auditivas no tronco cerebral. (FROTA, 2003)

Logo após se diagnosticar a deficiência auditiva da criança é essencial que tenha início o processo terapêutico objetivando minimizar os transtornos gerados por este comprometimento, principalmente no que se refere à comunicação com outras pessoas. Diante disto, ressalta-se a importância do Fonoaudiólogo, que é o profissional habilitado para auxiliar o deficiente auditivo no desenvolvimento da linguagem.

2.2.2. A Clínica Fonoaudiológica

A questão da deficiência auditiva na prática fonoaudiológica é algo bastante discutido e que sempre busca o bem estar dos pacientes no convívio com a sociedade. A clínica fonoaudiológica tem como foco principal não a surdez, mas a linguagem do sujeito surdo. Murphy (2004b) afirmou que a intervenção terapêutica deve privilegiar o sujeito e não apenas a deficiência que o mesmo apresenta. Não objetiva-se a “normalização” do surdo para que este venha a parecer quase ouvinte, mas sim sua constituição como sujeito diferente, buscando aquisição de uma língua, para que haja comunicação com a sociedade. (DANESI, 2001)

Rebelo (2002) ressalta que a criança surda está privada de audição, devido ao fato da criança não ouvir ou quando ouve algum som, não possuir a capacidade de discriminação sonora que lhe possibilita a compreensão. A comunicação receptiva é prejudicada, conseqüentemente, irá influenciar na comunicação expressiva. Esta comunicação pode ser não-verbal (através de gestos, sorrisos, olhares, roupas, etc.) ou verbal, porém, sempre objetiva-se passar uma mensagem.

O foco do trabalho fonoaudiológico concentra-se no ato de falar com a criança. Novaes e Balieiro (2004) relataram que para ter início o trabalho fonoaudiológico deve-se levar em conta aspectos afetivos e emocionais da família e da criança. É fundamental que o adulto possa inserir a criança na linguagem, sendo intérprete da situação discursiva.

Durante muito tempo, a reabilitação das crianças surdas era fundamentada na abordagem Oral, ou seja, tendo a aquisição da linguagem oral, que englobava a fala, como requisito de inserção na sociedade. Atualmente observa-se que é considerado o potencial de cada criança para se comunicar da forma que lhe é mais conveniente.

Os gestos e a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) a cada dia vêm ganhando mais espaço na sociedade. (GÓES, 1999)

De acordo com Balieiro e Ficker (2005), a aquisição da linguagem ocorre na interação com o outro. Os pais devem reconhecer seus filhos como um interlocutor em potencial, como também, o terapeuta deve criar momentos lúdicos, dos quais emerge o diálogo, descobrindo estratégias específicas para cada criança objetivando facilitar a interação com esta criança.

Não é de se assustar ao afirmar que a criança ouvinte possui oportunidades diferentes das crianças surdas. Equiparar estas duas crianças não depende apenas da disponibilidade de recursos tecnológicos e da exposição da criança a uma língua. Um fator que prejudica bastante a comunicação da criança surda é o fato dos adultos não interagirem com a criança. O adulto insere o bebê na estrutura do diálogo desde o nascimento, como também é provável que vão se estabelecendo diálogos no cotidiano entre uma mãe e seu bebê, a criança e o adulto, e até mesmo, entre as próprias crianças. As crianças conversam, participam de conversas, assistem e acompanham filmes, desenhos animados, programas infantis, etc. A diferença de oportunidades faz-se presente no cotidiano da criança surda, seja qual for a modalidade da língua (oral ou de sinais). (GÓLDFELD, 2002)

Como foi colocado acima, se os pais não “aceitarem” que seu filho, mesmo sendo surdo, é capaz de se comunicar e de ser um parceiro dialógico, o processo de comunicação é prejudicado. Esta colocação é de fundamental importância para este trabalho, pois esta não aceitação da criança como co-autor do seu discurso poderá ser observado nos relatos das mães que participaram desta pesquisa.

Segundo Bevilacqua e Formigoni (1997), Balieiro e Ficker (2005), o primeiro aspecto que deve ser levado em conta no trabalho com a criança surda é a

expectativa que se tem em relação à criança. O fonoaudiólogo ao escolher a proposta oral objetiva que a criança adquira linguagem oral (fala). Para isto, o aproveitamento máximo da audição é condição básica que tem norteado as propostas orais para o tratamento da criança deficiente auditiva. A precisão do estabelecimento de limiares auditivos e a correta indicação e adaptação de dispositivos eletrônicos, tais como o Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e o Implante Coclear (IC) são um dos pré-requisitos para o acesso à oralidade. Vale ressaltar que todas as crianças identificadas como deficientes auditivas, no presente estudo, usavam aparelhos de Amplificação Sonora Individual.

A existência da surdez na família interfere na relação mãe e filho, de acordo com os estudos de TAVARES (2001), implicando, portanto, no processo de aquisição de linguagem. O objetivo de seu trabalho foi verificar os efeitos do diagnóstico nos pais da criança surda, por meio da análise dos relatos dos pais de seis crianças surdas, sobretudo quando os pais falam sobre os sinais da surdez ou quando eles falam do percurso desde a suspeita até a confirmação do diagnóstico e dos efeitos deste sobre a família. Como resultados, a autora verificou que o médico é o primeiro a confirmar a surdez. É necessário que ele ofereça à família meios necessários para o entendimento das implicações da surdez, para que essa não se iluda com expectativas acreditando que o AASI irá substituir a falha orgânica. Os pais, no momento do diagnóstico, ficam confusos e acabam por reduzir a criança à audição e anulam sua possibilidade de emergir. Uma das maiores preocupações dos pais, de acordo com a autora, é a de que seu filho seja estigmatizado. Desta forma, o preconceito da deficiência auditiva passa, assim a ser, para os pais um dos principais efeitos do diagnóstico da surdez. O sentido que os pais atribuem à surdez do filho é o de considerá-los como se fossem deficientes, não somente do ponto de

vista auditivo, mas também do ponto de vista de uma provável dificuldade de encontrar seu lugar numa sociedade ouvinte. Após confirmar o diagnóstico, os pais acreditam que a fé possa fazer seu filho falar. Os pais desejam que seu filho surdo fale e escute, por uma via sensorial que esta afetada, o que confirma uma ilusão, na qual a identidade do sujeito surdo é reprimida. A interpretação dos resultados positivos de surdez, pelos pais será baseada nas perspectivas que a equipe tem ao entregar o diagnóstico da criança portadora de surdez e poderá ter efeitos significativos, dependendo da visão que se tenha da criança surda e da surdez.

Um dos objetivos do trabalho de reabilitação, de acordo com HOLZHEIM *et al* (1997), é fazer com que os pais percebam que seu filho surdo é um interlocutor capaz que necessita interagir para poder crescer e se desenvolver. Para os autores, uma das tarefas do fonoaudiólogo é prover a criança e sua família de estratégias para que ocorra uma comunicação efetiva nas situações do cotidiano. Conclui-se que quanto mais engajada as pessoas que convivem com estas crianças estiverem, melhor será a aceitação desta criança como um comunicador capaz, porém, diferente. Pode-se fazer um paralelo com aspectos que foram relatados no início do capítulo e que demonstravam que independentemente do comprometimento que o sujeito apresentar, ele deve ser visto como um parceiro e deve ser aceito como tal, para que o mesmo possa ser co-autor no processo dialógico. O adulto deve buscar estar atento a todas as intenções comunicativas da criança e procurar decifra-las e dar significados as mensagens, não importando se foram repassadas através da fala, gestos, sorriso, enfim. Estes pensamentos são de fundamental importância para o estudo em pauta.

Detendo-nos um pouco mais na relação adulto-criança surda, podemos citar os estudos de Ferro, Picoli e Rey (2002) cujo objetivo era conhecer o relacionamento

familiar entre pais ouvintes e filhos não-ouvintes, observando como as famílias exploram e quais recursos utilizam no dia-a-dia para o desenvolvimento da linguagem, da comunicação oral e habilidade auditiva de seus filhos. As autoras também procuraram observar se as famílias (quatro casais pais de crianças deficientes auditivas) compreendem e colocam em prática as orientações fonoaudiológicas recebidas durante o processo de habilitação auditiva. Como conclusão foi verificado que cada pai apresenta um conhecimento e estabelece uma própria relação com a deficiência auditiva, sob o prisma de sua visão de mundo, apesar de receberem as mesmas informações e orientações. Todos os pais reconhecem que o AASI traz benefícios para seu filho diferenciar os sons. Os pais que recebiam atendimento particular comunicavam-se com seus filhos somente pela fala e participavam efetivamente nos grupos de orientação aos pais. Os pais do atendimento público comunicavam-se com seus filhos utilizando, em conjunto, fala e gestos não convencionais, em função da dificuldade destes se comunicarem e se fazerem entender. As mães estimulavam a linguagem e a fala de seus filhos através de atividades concretas realizadas nas suas tarefas diárias.

Outro estudo que é bastante valioso para esta pesquisa, é o de Lemes, Lemes e Goldfeld (2006) que analisaram a importância da orientação fonoaudiológica no desenvolvimento da linguagem infantil através da brincadeira simbólica entre mãe e filho. Orientações fonoaudiológicas foram embasadas em teorias que privilegiam a interação social para o desenvolvimento de linguagem, levando a mãe a perceber aspectos positivos e negativos em seu papel de interlocutor durante a brincadeira. Após a orientação fonoaudiológica, foi possível constatar que o adulto assumiu um papel efetivo, atuando como fonte geradora de flexibilidade de criar e imaginar situações a partir de suas experiências pessoais, atribuindo sentido à ação lúdica. O

que confirma a importância das orientações fonoaudiológicas no processo terapêutico.

De acordo com a literatura pesquisada, observa-se que ainda existe pouco conhecimento por parte dos pais de crianças surdas em relação à deficiência, embora os mesmos encontrem-se em processo de reabilitação fonoaudiológica. Provavelmente, essa falta de conhecimento resulte numa falha na participação destes no desenvolvimento da linguagem e comunicação da criança. Os profissionais, por sua vez, devem dar suporte à família para que assuma as atitudes de verbalização e comunicação ideal para com seu filho. Desta forma, levando-a a compreender que a troca e a atenção com seu filho deverão ser multiplicadas e, à medida que a criança for acumulando as informações, começará gradativamente a dar sinais que compreendeu e ouviu (ROSLYNG-JENSEN, 2001). Dessa forma, os pais devem assumir seus papéis como membros atuantes e participativos do processo de reabilitação de seu filho, enfatizando que o processo terapêutico será efetivo a partir do estabelecimento do diálogo, da troca de informações e disponibilidade recíproca.

Na terapia, de uma maneira geral, deve-se buscar a interação com o paciente, procurando estabelecer diálogos. Neste, a fala, os gestos, o olhar, os movimentos devem ser interpretados, como foi ressaltado por diversos autores do dialogismo (MARKOVÁ, 2006b; MURPHY, 2004a, 2004b; OLSSON, 2006; NAFSTAD e RODBROE, 1999). O papel do fonoaudiólogo, como de qualquer parceiro interagindo com pessoas que possuem comprometimentos que interferem na comunicação, é identificar as diferenças adaptando e transformando os elementos para uma melhor interpretação.

A situação dialógica cria condições para o desenvolvimento da linguagem. A criança não aprende a falar com outros falantes e sim apreende, na atividade dialógica, os sentidos das palavras, apropriando-se do discurso do outro enquanto constrói o próprio. O papel do fonoaudiólogo não é o de ensinar, e sim criar condições para que a cadeia de sentido possa fluir. Esta independência construída inicialmente em diálogos facilitados pelo adulto é que contribui para que a criança se perceba como falante e possa posicionar-se no diálogo com diferentes interlocutores. (BEVILACQUA e FORMIGONI, 1997; NOVAES, 2005; NOVAES e BALIEIRO, 2004)

Assim, partindo das considerações realizadas nos dois primeiros capítulos deste estudo – questões sobre a comunicação humana sendo entendida do ponto de vista dialógico, e o diálogo com indivíduos que possuem comprometimentos que interfere na fala – o capítulo seguinte tratará de aspectos específicos acerca do presente trabalho, tais como, objetivo do estudo e metodologia utilizada.

CAPÍTULO III
METODOLOGIA

3.1. OBJETIVOS

Objetivo do estudo

Tomando como base teórica a perspectiva dialógica, o presente estudo teve como objetivo geral analisar, através dos relatos das mães e das terapeutas, o lugar atribuído à criança surda no diálogo.

A partir deste objetivo geral acima expresso, foram analisados os relatos das participantes visando especificamente:

- Analisar os relatos das mães das crianças surdas que não freqüentam terapia fonoaudiológica e das que estão freqüentando terapia fonoaudiológica há um ano, buscando identificar se, através dos relatos, permitiram que as crianças ocupem a posição de co-autora no diálogo;
- Analisar os relatos das terapeutas (fonoaudiólogas ou estagiárias de fonoaudiologia) das crianças surdas verificando, através dos relatos, se aceitaram a criança surda como parceiro dialógico.

3.2 MÉTODO

3.2.1. Participantes

Foram participantes deste estudo 26 mães, sendo 13 mães de crianças surdas que não estão em terapia fonoaudiológica e 13 mães de crianças surdas que já iniciaram a terapia fonoaudiológica há, no mínimo, um ano. Além das mães, também foram participantes desta pesquisa, seis terapeutas, fonoaudiólogas ou estagiárias de Fonoaudiologia, destas crianças que já freqüentam terapia fonoaudiológica significando que oito destas crianças eram atendidas pela mesma terapeuta. Essas crianças foram diagnosticadas com perda auditiva de grau severo ou profundo através das normas de avaliação audiológica baseada nos padrões de diagnóstico internacionais, a partir dos seguintes exames: Exames de Emissões Otoacústicas, ABR e Audiometria. Deveriam ter entre quatro e seis anos de idade, de ambos os sexos e de mesmo nível sócio-econômico (classe média baixa). Vale ressaltar que todas as crianças eram protetizadas, ou seja, utilizavam Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).

3.2.2. Local da Pesquisa

Os dados foram coletados em uma sala isolada, geralmente silenciosa, em que ficava apenas a pesquisadora e a participante neste local. Este ambiente estava localizado em hospitais públicos, clínicas-escolas e escolas públicas da cidade do Recife.

3.2.3. Procedimento de coleta dos dados ¹

Inicialmente, foi realizada uma visita aos locais de pesquisa (hospitais, clínicas, clínicas-escolas e escolas públicas). Nesta visita, foi apresentada aos dirigentes da instituição uma *carta de apresentação* (APÊNDICE A) informando sobre os objetivos do estudo, sua importância e solicitando a permissão para a realização da pesquisa.

Após a autorização das Instituições, as quais ofereciam serviço de fonoaudiologia, para realização da coleta de dados, foi realizada uma segunda visita buscando realizar um levantamento das crianças surdas que eram atendidas no local. Ainda nesta visita, as terapeutas e as mães destas crianças foram identificadas. Também foram realizadas visitas às escolas que continham turmas de crianças especiais e identificadas às crianças surdas que nunca tiveram atendimento fonoaudiológico. Uma vez encontradas as crianças, as mães destas foram questionadas se poderiam participar da pesquisa.

Um primeiro contato com os participantes (mães e terapeutas) foi realizado com o intuito de identificação da pesquisadora e explicação do objetivo da pesquisa. Nesta mesma visita, os participantes assinaram o *termo de consentimento livre esclarecido* (APÊNDICE B) que registrou a participação no estudo, sendo garantido o sigilo das informações obtidas.

A coleta dos dados foi efetuada através da solicitação aos participantes que contassem alguma conversa que tiveram com a criança. A coleta foi realizada individualmente, gravada em áudio e depois foi realizada a transcrição dos relatos.

¹ Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco tendo como registro CEP/CCS/UFPE N° 212/07.

Após esta etapa, os participantes responderam um questionário abrangendo perguntas relacionadas ao diálogo da mãe e da terapeuta com a criança buscando complementar os relatos, como também para informar o recurso que elas utilizavam com a criança para poderem se comunicar.

Elaboração dos Relatos

Este estudo buscou realizar a coleta dos dados através da solicitação aos participantes de que relatassem conversas que tiveram com a criança. Através destes relatos, buscou-se analisar se a participante aceitava a criança surda como capaz de se comunicar e fornecia espaço para a mesma ser co-autora no diálogo. Cada relato foi analisado individualmente buscando observar evidências que se destacaram em cada caso. Devido a isto, como serão vários relatos nos detemos nas evidências e características particulares que iam surgindo através da análise de cada caso (relato).

Baseando-se nestas colocações, podemos configurar este estudo como sendo um Estudo de Casos Múltiplos, o qual, não depende da quantidade de relatos que foram coletados, mas, sim, na análise de cada caso separadamente e depois realizado um levantamento e categorização dos dados encontrados. De acordo com Yin (2005), ao se analisar estudos de casos deve-se realizar uma análise de alta qualidade buscando considerar todas evidências, como também, possuir interesse em explorar interpretações alternativas. Os dados devem ser analisados objetivando inferir qualidades e características que não estão evidentes.

Almejando a coleta dos relatos, primeiramente, foi estabelecida uma conversa para estabelecimento do *rapport* entre a pesquisadora e os participantes, com o intuito de ampliar um clima de confiança e intimidade com os indivíduos.

Após esta conversa inicial, a pesquisadora propôs que os indivíduos escolhessem assuntos que costumam conversar com a criança, através da apresentação de três figuras como sugestão de assuntos: alimentação/verdura, médico e dinheiro (FIGURAS 1, 2, 3 e 4). A pesquisadora deixou claro que, caso surgisse um outro assunto mais freqüente nas conversas do participante com a criança, este deveria ser trazido.



Figuras 1 e 2

(Alimentação / Verdura)



(Dinheiro)

Figura 3



(Médico)

Figura 4

Em seguida, foi solicitado às mães e as terapeutas que contassem histórias de conversas que tiveram com a criança sobre o assunto escolhido. Como também, que dessem um exemplo de como acontece essa conversa. E, num terceiro momento, foi solicitado que relatassem a parte dela e da criança nesta conversa (que as mães falem o que a criança diria ou responderia à mãe ou à terapeuta). (ANEXO V)

Dando continuidade à coleta dos dados, mais uma vez foi solicitado pela pesquisadora aos participantes que os mesmos relatassem conversas que tiveram com a criança em algumas situações do cotidiano havendo sugestões através de três figuras que representavam compras, brincadeiras, e hora do almoço (FIGURAS 5, 6 e 7). Outras situações que fossem relatadas pelas participantes também seriam aceitas. (ANEXO VI)



(Ida às compras)

Figura 5



(Brincadeira)

Figura 6



(Hora do Almoço)

Figura 7

Questionário

Como etapa final, as participantes responderam a um questionário (ANEXOS I, II, III), que foi elaborado especificamente para cada grupo, como sendo um meio de obter informações com relação aos recursos que eram utilizados pelas participantes para se comunicarem com a criança (gestos, fala, LIBRAS e outros). Este dado era importante haja vista que a posição que as participantes forneciam à criança ocupar no diálogo através dos relatos poderia ser diferente dependendo do tipo de recurso que estava sendo utilizado. Também esclarecia aspectos que, possivelmente, poderiam ter passado despercebidos, como por exemplo, questões específicas relacionadas à deficiência auditiva da criança. Este questionário possuía o intuito de obter informações com relação à deficiência auditiva da criança e suas possíveis conseqüências na relação com a mãe e com a terapeuta, como também,

para criar mais intimidade com o que é proposto na terapia fonoaudiológica de cada criança.

Os dados foram transcritos e os relatos das participantes foram divididos em 3 grupos, que são eles:

Grupo 1: Mãe das Crianças Surdas que não estão freqüentando terapia fonoaudiológica

Grupo 2: Mãe das Crianças Surdas que estão freqüentando terapia Fonoaudiológica

Grupo 3: Terapeutas das Crianças Surdas

O capítulo a seguir irá explicitar os resultados do presente estudo, abrangendo a análise dos dados e a discussão.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS: análise e discussão

RESULTADOS: análise e discussão

Neste capítulo serão expostos e discutidos os resultados encontrados no presente estudo. Inicialmente, foi realizada a transcrição dos dados de maneira que se obtivesse o relato completo de tudo que foi dito.

4.1 Primeira Etapa da Análise dos dados

Visando atingir o objetivo geral desta pesquisa que é o de analisar, através dos relatos das mães e das terapeutas, o lugar atribuído à criança surda no diálogo realizou-se a análise dos dados nos detendo na qualidade destes relatos. Para isso, nos baseamos no grau de engajamento e negociação que os referidos relatos estavam apresentando com relação às trocas dialógicas dos sujeitos, ou seja, se baseando na perspectiva dialógica de comunicação na qual os parceiros devem agir como co-autores das ações. No presente estudo, este grau de engajamento como também de negociação seria uma forma de observarmos se através do que foi relatado pelas participantes se as mesmas possibilitavam ou não a criança ser co-autora no processo de comunicação. Desta forma, foram observados se assuntos estavam sendo negociados, se apenas ordens estavam sendo obedecidas, se, simplesmente, a participante achava que pelo fato da criança possuir o comprometimento auditivo, a mesma não poderia se comunicar. Como também, se quando a criança era aceita como parceira dialógica e inferia-se que ela ocupava a posição de co-autora, se os relatos abrangiam assuntos banais ou mais complexos e de temas atuais em que se notava que a criança estava realmente contribuindo e participando de forma engajada/ ativa.

Baseando-se nestas colocações, foram formuladas categorias, que chamamos de modalidades, para diferenciar os diversos modos de relatos de diálogo encontrados nas falas das mães e terapeutas das crianças.

4.2 Construção das Modalidades

Como foi relatado anteriormente, surgiram diferenças nos modos de estabelecimento dos diálogos e suposta aceitação da criança como parceira dialógica, que puderam ser inferidas através dos relatos das mesmas. Diante disto, foi realizado um levantamento da qualidade dos dados, nos baseando nas colocações acima relatadas com relação ao engajamento e negociação entre os participantes, e foram construídas quatro Modalidades, sendo elas:

Modalidade 1: nesta modalidade, a participante é enfática e relata que nunca conversou com a criança.

A seguir serão demonstrados exemplos de relatos que demonstram a participante afirmando que não se lembra de nenhuma conversa que teve com a criança.

Exemplo 1:

...

“N: me conte uma conversa...”

P: nunca conversei não.

N: nadinha?

P: não

N: sobre nenhum assunto?

P: não”

Neste exemplo, pode-se notar que a participante é bem enfática ao afirmar que nunca conversou com a criança.

Exemplo 2:

...

“ T: não, ela não fala, não escuta

N: ela não conversa nadinha?

T: não, nadinha.

N: nem pergunta nada?

T: não.

N: mas ela nunca conversou?

T: não. Ela fica balbuciando “bubububu” (neste momento a participante ficou imitando a vocalização da criança)

(a participante já estava ficando constrangida)

N: não se lembra de nenhuma conversa que tenha tido com ela?

T: não, ela não fala.”

Neste segundo exemplo, podemos notar que a participante afirma que se ela não escuta, não pode falar. Reforçando a questão do estigma de que toda pessoa surda, conseqüentemente, não pode falar e que, provavelmente, esta concepção de enxergar o deficiente auditivo como incapaz de se comunicar, sugestivamente, interfere na aceitação dele como co-autor no processo de comunicação. Também

entra aqui a questão do constrangimento que foi observado em diversos relatos das participantes.

Exemplo 3:

...

“N: assim, alguma conversa que você teve com ela sobre algum destes assuntos ou então de outros assuntos que a senhora se lembre de ter tido com ela. Seja, por gestos, por LIBRAS, pela fala, enfim... de qualquer maneira ...

M: não tem não.

N: ela não conversa nadinha?

M: não, nadinha.

N: nem pergunta nada?

M: não.

N: mas ela nunca conversou?

M: não. Ela não fala.”

Neste exemplo, também, pode-se notar a errônea concepção de que se o sujeito é surdo, conseqüentemente, não poderá se comunicar, que no caso, abordam de uma maneira mais ampla, como se o único recurso disponível para estabelecer comunicação com estes sujeitos seja através da fala e que se o mesmo não escuta, não pode falar.

Analisando estes exemplos de uma maneira mais ampla, pode-se notar que mesmo com a insistência da pesquisadora em extrair algum relato de diálogo, a participante relata que nunca conversou com a criança. É bem taxativa, não demonstrando nem tentativas que poderiam ter feito com a criança no intuito de uma

conversa. Podendo-se sugerir que, provavelmente, nestes exemplos, a participante não fornece espaço para a criança compartilhar com ela sobre assuntos, ou seja, assumir a posição de co-autora no diálogo.

Modalidade 2: a participante relata algumas conversas, porém, não se pode afirmar que a criança foi considerada parceiro nestes diálogos, pois nota-se que a criança ao interagir com a participante, não foi inserida no diálogo como co-autora.

Os exemplos a seguir buscam demonstrar as conversas de diferentes participantes com a criança, observando-se que a criança não é um sujeito que esteja construindo um diálogo juntamente com o outro parceiro. O que é mais evidente nestes exemplos é que a criança obedece às ordens que esta sendo fornecida pelas participantes.

Exemplo 1:

...

“A mãe diz:

P: colégio

*C: ai ele foi lá, pegou a lancheira e ficou na porta esperando.”
(participante esta relatando a parte da criança na conversa)*

Exemplo 2:

...

“C: ele diz dormir, amanhã medico. (participante esta relatando a parte da criança na conversa)

P: ai eu digo é.”

Os exemplos acima demonstram a obediência da criança às ordens dada. Não foram evidenciados questionamentos e nem negociação de assuntos pelos parceiros.

O que diferencia esta modalidade da modalidade anterior é o fato da participante que foi aqui enquadrada ter relatado alguma conversa mesmo pequena que teve com a criança. De acordo com estes relatos, nota-se que a criança não é um parceiro dialógico, pois, nestes exemplos, observa-se que, provavelmente, a mesma não é participante ativa, ela apenas obedece às ordens da mãe. Não se considera, nesta categoria, que haja o estabelecimento do diálogo, haja vista que para tanto seria necessário que o outro (a criança, no caso) estivesse inserido na situação dialógica e que as ações entre os parceiros/ participantes fossem interdependentes e construídas entres os parceiros, ou seja, co-construídas mutuamente. (MARKOVÁ, 2006b)

Modalidade 3: De acordo com os relatos, foram identificados diálogos com algum grau de engajamento entre os participantes.

Nos exemplos a seguir, observa-se que a criança questiona e busca construir assuntos com a ajuda do outro.

Exemplo 1:

...
"- *Pede para eu ensinar a tarefa a ela (Participante relatou a ação da criança)*

- *Ai eu digo que não , que e ela quem tem que fazer*

- *Ai ela vai la e pega na minha mão para eu fazer (Participante relatou a ação da criança)*

- *Ai eu digo que ela tem que fazer sozinha. “*

Exemplo 2:

...

“Sobre as tarefas da escola.

- Ai eu digo que é pra ela fazer, explico,.

As vezes não quer ir pra escola.

- ai diz que ta com a cabeça doendo, que ta com a mão doendo para poder não ir pra escola. (Relatou a parte da criança na conversa)”

Exemplo 3:

...

“A: Pra poder fazer a tarefa. Tem vezes que ela faz errado, ai eu digo que ta errado, ai ela vai lá e apaga.

- Ele pergunta se vai pro colégio? (Relatou a parte da criança na conversa)

- Ai eu digo que vai.

As vezes quando não tem aula, ela quer ir pro colegio, ai eu digo que não pode ir porque não tem aula. Sempre vem pedir dinheiro. Ela pergunta muito. São mais perguntas e respostas.”

Detendo-nos na análise dos exemplos acima citados, podemos observar que mesmo quando ordens são dadas à criança, ela questiona e impõe a sua vontade, provavelmente, o outro (participante) esta aceitando a criança na conversa, conseqüentemente, existindo diálogo.

Nesta modalidade estão enquadrados os relatos em que foram observados questionamentos, como também, obediência por parte da criança às ordens

recebidas. Pode-se inferir que, mesmo através de questionamento, a criança se impõe como parte ativa na situação dialógica. A aceitação ou negação da criança pode ser indício de seu posicionamento no diálogo. Porém, como pode ser observado, apesar dos participantes deste diálogo, provavelmente, co-atuarem como parceiros, não se ressalta um objeto (assunto) que seja, suficientemente negociado entre eles. Os participantes não deixam de ser considerados parceiros dialógicos, porém, nesta categoria, através dos relatos pode-se inferir que provavelmente entre os participantes dos diálogos não devem ocorrer diálogos extensos, ou seja, com um grau de engajamento maior.

Modalidade 4: De acordo com os relatos, foram identificados diálogos com maior grau de engajamento entre os participantes.

Os exemplos a seguir, demonstram que os participantes da conversa estão mais engajados e preocupados para que o outro compreenda o que esta sendo negociado.

Exemplo 1:

...

“J: Sobre a escola mesmo. Eu morava no arruda e agora to em Rio Doce. Ela adora estudar sabe. Ai quando a gente foi pegar o ônibus ela perguntou sabe:

*- porque vai pegar outro ônibus? (ela fez em sinal e na fala sabe)
(Relatou a parte da criança na conversa)*

Ai eu disse:

- Porque me mudei de casa.

Ai ela faz:

*- entendi. (Imitou o gesto que a criança utilizou)
(Relatou a parte da criança na conversa)*

Ai ela perguntou:

- *Porque mudou de casa? Porque vai pra outro ônibus?
(Relatou a parte da criança na conversa)*

Porque ela ta na fase do porque agora sabe. Porque escola?

Ai eu expliquei a ela:

- Tive que mudar de casa, mas que ela tinha que continuar naquela escola, porque perto de casa não tem escola especial. E que na escola perto da casa ela não podia estudar porque não era especial.

Ai ela disse:

- Disse que podia, que pode estudar na outra escola, na sala de ouvinte sim. (Relatou a parte da criança na conversa)

Eu disse a ela que ela podia sim.”

No exemplo 1, pode-se notar que a participante possui preocupação com a criança no intuito dela entender porque mudou o caminho de casa. A participante realiza um esforço para que a criança compreenda a mensagem que ela esta querendo transmitir.

Exemplo 2:

...

“L: Rodrigo chegou essa semana me contando com Libras que mãe dele ta grávida.

- Ai eu perguntei a ele se era menino ou menina?

*- Ai ele disse que não sabe, mas que queria um menino.
(Relatou a parte da criança na conversa)*

- Ai eu disse que ia ser uma menina.

- Ai ele disse que ia ser um menino, porque queria um pra brincar com ele quando crescer. (Relatou a parte da criança na conversa)

- Ai eu perguntei se fosse uma menina ele ia gostar.

*- Ai ele disse que não que vai ser um menino p brincar com ele.
(Relatou a parte da criança na conversa)”*

Neste exemplo, observa-se que a participante aceita a criança no diálogo e que, inclusive, busca respostas dele com relação a provocações que ela está fazendo.

Exemplo 3:

...

R: Ela sempre diz assim:

- Ela perguntou pela marca da cesariana. Ai ela perguntou o que foi? (Relatou a parte da criança na conversa)

- Ai eu falei que ela tinha saído dali.

- Ai ela pergunta se a irmãzinha também tinha saído daí, (Relatou a parte da criança na conversa)

- Ai eu disse que também. Ela sabe que o sol é o sol, da biblia que é jesus. Que o céu tem muita estrela. Ela pergunta tudo. Por exemplo, o avião que caiu.

- Ai ela pergunta o q foi? (Relatou a parte da criança na conversa)

- Ai eu disse que foi o avião que bateu.

- Ai ela viu os mortos e disse que tinham muitos. (Relatou a parte da criança na conversa)

- Pergunta para onde vai?

Ai ela disse que:

- Vai para a casa do vovô dela. (Relatou a parte da criança na conversa)

É mais pergunta e resposta. Não paro para conversar com ela. Ela tava passando mal ai eu pergunto:

- O que você tava sentindo? Ta com dor de cabeça?.

- Ai ela diz que não. (Relatou a parte da criança na conversa)”

No exemplo 3, é interessante observar que a criança possui uma curiosidade maior em relação aos outros exemplos. A participante está

engajada com a criança e busca compartilhar os assuntos com a mesma. Inclusive, a participante corresponde ao interesse da mesma ao dialogar com ela com relação a assuntos de parto e temas de grande impacto social como a queda de um avião.

O que diferencia esta modalidade da modalidade 3 é o grau de engajamento e a negociação dos assuntos entre os parceiros, ou seja, a criança esta sendo ativa e os participantes agem conjuntamente negociando um objeto (assunto). Pode-se notar que os diálogos não estão baseados apenas em questionamento ou obediência de ordens pela criança, como foi demonstrado na modalidade anterior. Aqui se enquadram os relatos através dos quais parece ser evidenciada uma maior participação da criança, pois os participantes do estudo referem que tanto a criança tem iniciativa de estabelecer diálogo, como também, os assuntos são mais discutidos entre eles. Assuntos do cotidiano, por exemplo, como escola são discutidos entre os parceiros. Diante disso, pode-se inferir que a criança, provavelmente, nestes casos, ocupa o lugar de co-autora no diálogo e que o parceiro permite que ela se coloque desta forma.

4.3 Resultados com relação às modalidades

A seguir, será apresentada a incidência das modalidades em cada um dos três grupos de participantes do estudo.

GRUPO 1 – Mãe de crianças surdas que não freqüentam terapia fonoaudiológica

No gráfico 1 observa-se a incidência das modalidades que foram encontradas no Grupo 1 de sujeitos que compreende as mães de crianças surdas que não freqüentam terapia fonoaudiológica.

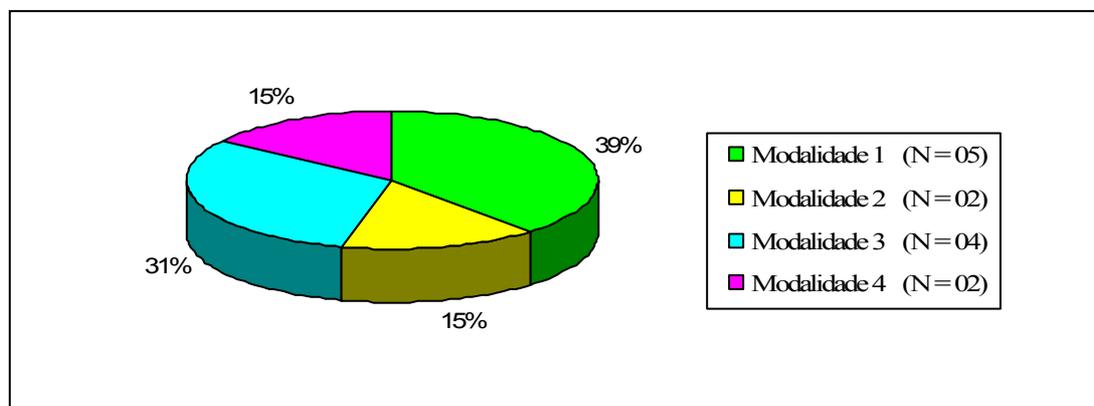


GRÁFICO 1 - Distribuição do grupo 1 - Mães das crianças surdas que não freqüentam terapia fonoaudiológica (N = 13)

Como pode ser observado, a modalidade 1 na qual as participantes afirmam nunca terem conversado com a criança, prevaleceu sobre as demais. Um total de cinco sujeitos (39%) foi enquadrado nessa modalidade. Ao somar este percentual com os dois sujeitos (15%) encontrados na modalidade 2, em que as participantes relataram alguma conversa mas que não foi considerado diálogo, pode-se observar um total de sete mães (54%) que não relataram diálogos com as crianças. Este dado evidencia algo que já era esperado, haja vista que as crianças que não freqüentam terapia fonoaudiológica, provavelmente, podem não ser, e nem seus pais, instruídos com relação à comunicação com seus pares. Um dos objetivos do trabalho fonoaudiológico com deficientes auditivos, de acordo com HOLZHEIM *et al* (1997), é

fazer com que os pais percebam que seu filho surdo é, em primeiro lugar, uma criança que possui capacidade de se comunicar, mesmo que diferente, necessitando da interação para poder crescer e se desenvolver. Para os autores, uma das tarefas do fonoaudiólogo é prover a criança e sua família de estratégias para que ocorra uma comunicação efetiva nas situações do cotidiano. Também vale ressaltar que o comprometimento auditivo da criança não pode ser esquecido e que, sugestivamente, pode interferir na comunicação com a mesma.

Ao se pensar na relação da mãe com seu filho é natural que as mesmas busquem qualquer maneira de estabelecer alguma comunicação com ele. Este fato pôde ser observado, ao se verificar que mesmo sem a instrução, que teoricamente é fornecida pelo fonoaudiólogo, um total de seis mães (46%), supostamente, aceitava a criança como co-autor no diálogo. Ainda, mais especificamente, vale ressaltar que duas mães (15%) foram encontradas na modalidade 4, na qual estavam enquadrados aqueles relatos através dos quais ficaram evidenciados diálogos com um maior grau de engajamento e negociação entre os participantes. Foram evidenciados assuntos nestes diálogos que necessitavam de uma maior colaboração entre os parceiros (engajamento) para serem discutidos e compreendidos. Esses relatos abordavam temas como sexualidade e violência, ou seja, assuntos do cotidiano, que são temas diferenciados pela complexidade que apresentam. Isto pode ser observado nos exemplos a seguir:

Exemplo 1 (Modalidade 4):

...

“A: uma conversa com ele que eu tive e que ele chegou para me contar e que me deixou surpresa foi assim: La onde o pai dele mora, que a gente é separado né, tem um menino que é safado.

- Ai ele chegou lá dizendo que o menino mandou ele baixar o short. (Relatou a parte da criança na conversa)

- Ai ele chegou lá dizendo que ia contar a Alexandre (pai dele). (Relatou a parte da criança na conversa)

Ai ele chegou lá dizendo:

- O menino mandou eu baixar o short. Isso não é feio, não é coisa de bicha? (Relatou a parte da criança na conversa)

- quem falou isso a vc?(Relatou a parte dela na conversa)

- não é coisa de bicha? (Relatou a parte da criança na conversa)

Ai ele ficou querendo que eu dissesse.

- ai eu disse é.

E chamei ele para ir la resolver. E ate hoje eu não sei quem disse isso a ele que fazer isso era coisa de bicha.”

Exemplo 2 (Modalidade 4):

...

“S: Ai la onde a gente mora, são muitas crianças por perto. Ai sábado mesmo ele chegou com um brinquedo la que eu não sabia de quem era. Perguntei para ele:

- de quem era aquele brinquedo, se ele tinha pegado?

- ele disse que não tinha pegado que tinha ganhado (Relatou a parte da criança na conversa)

Ai eu peguei ele e levei na casa do amigo e perguntei se o menino tinha dado aquele brinquedo para ele. So que ele não queria ir, esperneou...

- disse que não pegou. (Relatou a parte da criança na conversa)

Só que o menino disse que não tinha dado para ele não. Ele foi lá dentro pegou, botou no bolso e saiu. Ai eu peguei ele e conversei com ele:

- falei que era feio, que não podia fazer isso. Que não podia mesmo. Que ele já tava grande. Ai eu falei que ia preso.

- Ai ele disse que tinha medo de ir preso, que ia apanhar. Ai disse que não ia fazer mais. (Relatou a parte da criança na conversa)

E realmente ele não fez mais.”

Como pôde ser notado nos relatos acima, a qualidade dos relatos foi melhor, haja vista que os assuntos foram mais negociados e os participantes tiveram um esforço conjunto para compreender o que estava sendo discutido. Além das colocações acima elencadas, através dos questionários respondidos na coleta dos dados, foi verificado que estas duas mães foram as mesmas que afirmaram que possuíam um pouco de domínio de LIBRAS e que utilizavam este recurso para se comunicar com a criança. Pode-se inferir, neste caso, que, possivelmente, a LIBRAS pode ter agido como facilitador da comunicação entre estes sujeitos.

GRUPO 2 – Mãe de crianças surdas que freqüentam terapia fonoaudiológica

O Gráfico abaixo ilustra os resultados encontrados no Grupo 2, no qual foram classificadas as mães das crianças surdas que freqüentam terapia fonoaudiológica, com relação as modalidades.

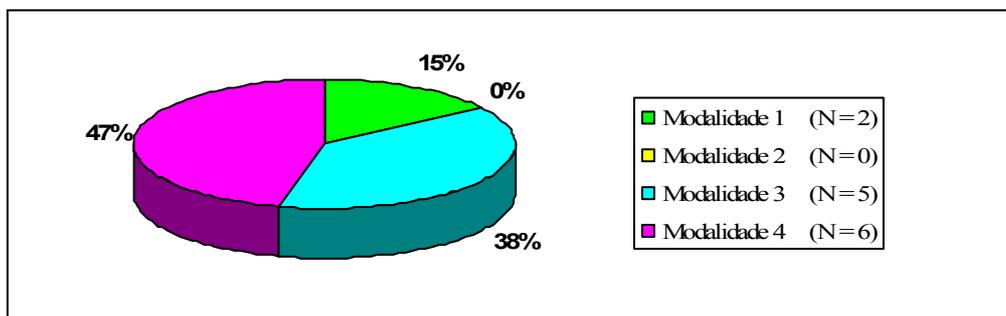


GRÁFICO 2 - Distribuição do grupo 2 - Mães das crianças surdas que freqüentam terapia fonoaudiológica (N = 13)

De acordo com os resultados ilustrados no gráfico 2, pode-se verificar que a modalidade 4 prevaleceu sobre as demais neste grupo, ou seja, seis (47%) das participantes deste grupo relataram diálogos que apresentavam bom engajamento entre os parceiros.

Complementando este pensamento, pode-se observar que a modalidade 3 também foi bastante evidenciada. Inclusive, ao somar o percentual de participantes que foram enquadradas nestas duas modalidades, podemos inferir que 11 (85%) mães de acordo com o que foi relatado, demonstraram o estabelecimento de diálogos que tiveram com a criança, independente de terem sido diálogos com pouco ou com maior grau de engajamentos entre os parceiros. Isto indica que, provavelmente, através do que foi relatado, pode-se inferir que as mães deste grupo aceitam a criança como capaz de estabelecer um diálogo, podendo a criança assumir uma posição de co-autora. Pode-se sugerir que esses resultados eram de ser esperados, haja vista que as orientações da terapia fonoaudiológica podem estar forçando as mães a se lembrarem que seu filho pode se comunicar, desta forma, auxiliando as mães na comunicação com os mesmos.

Por outro lado, mesmo tendo sido relativamente em pouca quantidade, duas mães (15%) não relataram nenhuma conversa que tiveram com a criança e foram enquadradas na modalidade 1. Vale ressaltar que não foram encontradas

participantes na modalidade 2, e isto pode ter ocorrido, provavelmente, devido ao estigma de que se a criança não escuta, ela não fala, que foi exemplificado anteriormente e que gera um pensamento de que não teria porque forçar algum tipo de comunicação com a mesma. Reforçando assim, de acordo com esta quantidade de participantes que foram enquadradas nas modalidades 1 e 2 que as mães oscilaram entre não terem tido conversa com a criança, ou então, relataram conversas nas quais foram encontrados elementos que as caracterizam como diálogos. Estes dados também devem ser salientados e geram questionamentos, visto que mesmo com as instruções que, teoricamente, são fornecidas durante a terapia fonoaudiológica houve mães que afirmaram que não conversam com seu filho, como pode ser observado abaixo:

Exemplo 1 (Modalidade 1):

...

“N: a senhora não se lembra de nenhuma conversa que a senhora tenha tido com ele que eu possa ver o que a senhora falou, o que ele falou (digo fala, mas não apenas oral)... me dê um exemplo dessa conversa.

R: não me lembro não

N: de jeito nenhum?

R: não.”

A seguir serão apresentados os resultados encontrados no Grupo 3, que refere-se às terapeutas das crianças surdas que estavam freqüentando terapia fonoaudiológica.

GRUPO 3 – Terapeutas das crianças surdas

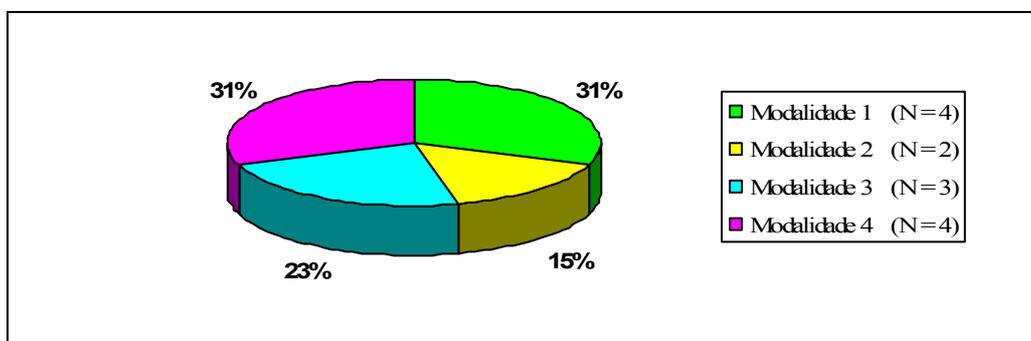


GRÁFICO 3 - Distribuição do grupo 3 - Terapeutas das crianças surdas (N = 13)

Conforme foi relatado no método deste estudo, foram participantes desta pesquisa seis terapeutas tendo em vista o fato de que oito crianças eram atendidas pela mesma profissional. Ao realizar a análise dos dados, observou-se que esta terapeuta – que atendia as oito crianças - foi enquadrada em modalidades diferentes. Dos oito relatos que foram coletados desta participante e que se referiam a cada criança separadamente, três deles foram enquadrados na modalidade 1, nenhum relato foi classificado na modalidade 2, um relato foi enquadrado na modalidade 3 e, por fim, quatro relatos na modalidade 4. Diante disso, não nos detemos na quantidade de terapeutas, mas sim na quantidade de relatos que foram coletados referindo-se a comunicação com cada criança separadamente. Desta forma, chamaremos o número total como sendo o total de relatos que foram coletados, que no caso, foram 13, haja vista que foram 13 crianças surdas que foram identificadas e selecionadas as respectivas mães e terapeutas para poder participar da pesquisa.

Neste grupo das terapeutas, pode-se notar que metade dos relatos (54%) foram classificados nas modalidades 3 e 4, ou seja, sugerem indícios de que fornecem espaço para a criança ser co-autora no diálogo, considerando a criança

como parceiro na comunicação. Este resultado era de ser esperado devido às orientações recebidas pelas fonoaudiólogas durante sua formação acadêmica. São resultados que reforçam as colocações de autores como Murphy (2004a, 2004b) Marková (2006b), Olsson (2005) e Nafstad e Rodbroe (1999) que afirmam que a comunicação é um esforço colaborador entre os parceiros e a terapeuta tem que ter isso em mente, e não se concentrar apenas na fala (oral) do paciente que possui dificuldades. Qualquer terapia deve buscar considerar sempre o paciente como parceiro capaz de contribuir e co-construir na comunicação. Às vezes os fonoaudiólogos focam sua atenção na patologia da pessoa e procuram maneiras de apenas minimizar as dificuldades que o mesmo está apresentando. Tal profissional atuaria mais eficazmente ao centrar atenção na comunicação com aquele indivíduo, haja vista que seria melhor do que ficar apenas procurando maneiras de minimizar os sintomas (BEVILACQUA e FORMIGONI, 2005). Para confirmar estas suposições, será demonstrado o exemplo a seguir em que a terapeuta relata um diálogo que, provavelmente, houve um esforço colaborador entre os parceiros, demonstrando que a criança, supostamente, esta sendo co-autora no diálogo e por isso que foi classificada na modalidade 4.

Exemplo 2:

...

“L: Teve um dia que ela chegou dizendo tia rápido, ai ela disse:

- titia, rápido visse. Titia sabe ne. Neném nasceu, (Relatou a parte da criança na conversa)

- ai eu disse foi nasceu.

- Ai ela disse foi nasceu, indo menino. (Relatou e imitou a parte da criança na conversa)

- *Ai eu perguntei porque tem que ser rápido?*
 - *ai ela disse porque vou na casa dela. (Relatou a parte da criança na conversa)*

- *Ai eu perguntei se tinha comprado presente.*

- *ai ela disse que a mãe tinha comprado o presente. (Relatou a parte da criança na conversa)*

- *Ai ela perguntou se a casa da tia era perto da casa dela (Relatou a parte da criança na conversa)*

- *ai eu disse que não sabia.*

Ai ela repete de novo titia bebe, nasceu nenê. (Relatou a parte da criança na conversa)

- *Qual o nome do bebe?*

- *ai ela disse que não sabe. (Relatou a parte da criança na conversa)*

Tudo que você perguntar ela conversa. “

Neste exemplo, pode-se notar que a criança tem iniciativa de estabelecer uma comunicação com a terapeuta e que a participante fornece esse espaço para a paciente e busca a co-construção de um diálogo entre elas.

No entanto, algo que foi surpreendente deve-se ao fato de, praticamente, metade (46%) dos relatos das participantes deste grupo terem sido enquadrados nas modalidades 1 e 2, ou seja, ou não relataram nenhum diálogo que tiveram com a criança ou, se relataram, não pode ser considerado um diálogo como este é aqui concebido em que os parceiros atuam como co-autores. Desta forma, pode-se inferir que de acordo com os relatos coletados, provavelmente, as terapeutas que participaram deste estudo e foram enquadradas nestas modalidades, não

consideraram a criança como parceira dialógica. A seguir será demonstrado um exemplo que confirma esta colocação.

Exemplo 1 (Modalidade 1):

...

“L: N., ela não conversa nada. Só faz o que é pedido. As vezes quando entra em dupla com J., ai elas duas arengam. Ai começa a rir, porque J. não ta fazendo direito. São poucos momentos que ela tem iniciativa.

N: nada mais?

L: não, nadinha. Ela só faz o que é pedido.

N: nunca trouxe nada?

L: não.”

Vale salientar que fatores como o pouco tempo da sessão de terapia fonoaudiológica (30 minutos) e dificuldades de interação entre terapeuta e paciente podem ter interferido nestes dados. Inclusive, sugestivamente, para estudos posteriores, pode-se buscar analisar o diálogo da fonoaudióloga com a criança surda objetivando esclarecer aspectos na comunicação entre eles e que não foram abordados nesta pesquisa utilizando, por exemplo, a gravação de vídeos da terapia fonoaudiológica em que aspectos não-verbais da comunicação podem ser melhor observados.

4. 4. Resultados com relação aos relatos da mãe e da terapeuta da criança surda

Ao analisar os relatos das mães e das respectivas terapeutas das crianças surdas almejamos verificar se, de acordo com o que foi relatado, havia semelhanças para inferir que elas assumiam e possuíam a mesma compreensão com relação à aceitação da criança como parceiro dialógico. Para isso, nos detemos na etapa da análise anterior procurando analisar de uma forma mais ampla, classificando em dois grupos maiores, que seriam:

- ✓ **Grupo que não relatou diálogo:** abrangia os relatos das participantes que, na etapa anterior da análise, foram classificados nas modalidades 1 e 2, podendo-se inferir que os participantes não aceitaram a criança como co-autora, haja vista que diálogos não foram relatados.

- ✓ **Grupo que relatou diálogo:** abrangia os relatos das participantes que, na etapa anterior da análise, foram classificados nas modalidades 3 e 4, ou seja, relataram diálogos que tiveram com a criança, independente do grau de engajamento dos parceiros, sugerindo que, possivelmente, os participantes aceitam a criança como co-autora no diálogo, haja vista que as ações entre eles são co-construídas e os parceiros agem mutuamente.

É válido ressaltar que cada grupo deste foi classificado, separadamente, os relatos que abrangiam os participantes de cada grupo deste estudo, ou seja, para o

grupo 2 (mães de crianças que freqüentam terapia fonoaudiológica) e grupo 3 (terapeutas das crianças surdas).

Após esta divisão em grupos maiores, objetivou-se realizar uma observação dos relatos da mãe e da terapeuta da criança surda verificando se, de acordo com a descrição acima elaborada, estavam no mesmo grupo ou não, ou seja, inferindo-se que haviam concordado ou discordado com relação à aceitação da criança no diálogo.

Após esta observação, dois grupos foram formulados para classificar as semelhanças e divergências que foram encontradas ao realizar este pareamento. O primeiro grupo será chamado de **Grupo Concordância** que através dos relatos da mãe e da terapeuta, infere-se que elas tiveram a mesma concepção de que a criança é capaz de ser co-autora no diálogo e foram classificados no grupo que relatou diálogo. Já o segundo grupo, será chamado de **Grupo Discordância**, pois houveram divergências com relação a esta concepção. De uma maneira mais geral, esses dois grupos foram elaborados para demonstrar se as participantes concordavam ou não com relação a posição da criança e se seus relatos “chocavam” no que se referia aceitação da criança como co-autora no diálogo. Estes dados serão demonstrados no gráfico a seguir :

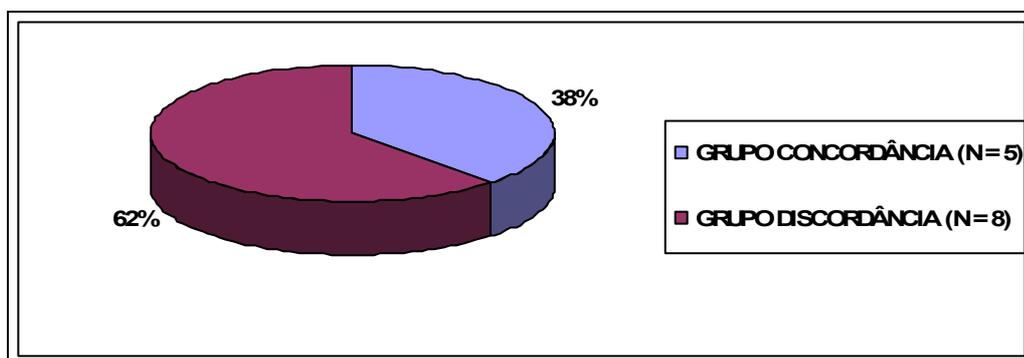


GRÁFICO 4 – Distribuição dos pares de relatos das mães e terapeutas das crianças surdas (N = 13)

De acordo com os dados obtidos, pode-se observar que cinco pares de relatos (38%) foram enquadrados no grupo Concordância, sugerindo, assim, que de acordo com seus relatos elas apresentaram a mesma concepção de que a criança poderia ser um parceiro no diálogo e forneceram lugar para a criança contribuir no processo de comunicação. Isto pode ser inferido, haja vista que as mesmas foram categorizadas no Grupo que relatou diálogo, que abrangia as modalidades 3 e 4, inferindo-se que, de acordo com seus relatos, os parceiros co-constróem um diálogo.

Por outro lado, como pode ser notado, um número ainda maior, oito pares de participantes (62%) foram classificadas no Grupo Discordância. Neste grupo foram enquadradas os pares de relatos das mães e das terapeutas das crianças surdas que divergem com relação à inserção da criança surda no diálogo. Ou seja, ao se comparar o relato da mãe com o da terapeuta, observou-se que estavam inseridos em modalidades diferentes que se inferia que possuíam concepções divergentes sobre o lugar da criança no diálogo. Detendo-nos na análise deste grupo, observou-se que esta divergência não foi uniforme, haja vista que houveram momentos em que a mãe é que foi enquadrada em modalidades que sugeriam que a criança era parceiro dialógico (modalidades 3 e 4) e a terapeuta não, como também, o contrário ocorria, ou seja, a terapeuta havia sido enquadrada nestas modalidades e a mãe não. Para uma melhor compreensão destes dados, será explicado o gráfico a seguir:

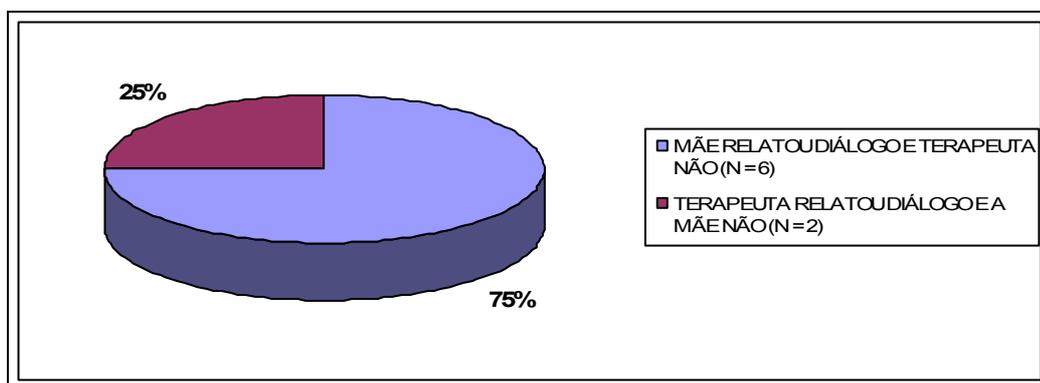


GRÁFICO 5 – Características encontradas no Grupo Discordância (N = 8)

O gráfico acima ilustra as informações observadas no Grupo Discordância, em que os pares de relatos da mãe e da terapeuta, provavelmente, divergiram na sua concepção do local da criança no diálogo. Ao nos determos na análise desses dados, pode-se notar que em 75% das díades que foram enquadradas neste grupo, a mãe relatou algum diálogo que teve com a criança e a terapeuta não relatou. Este dado chamou bastante atenção, pois era de se esperar que as terapeutas obtivessem resultados melhores pela instrução recebida na formação Fonoaudiológica de buscar a comunicação com a criança para desenvolvimento da linguagem. O que se pode supor através dos relatos é que as mães possuem um maior empenho em estabelecer comunicação com a criança, ressaltando o que foi relatado anteriormente a tendência das mães em buscar maneiras de se comunicar com seu filho e que foi demonstrado no gráfico 5. Como também, o tempo de terapia é pouco (30 minutos) e geralmente, apenas 1 vez por semana, ou seja, a mãe passa muito mais tempo com a criança e, sugere-se, que é mais provável que no cotidiano situações de comunicação ocorram. Isto pode ser inferido, haja vista que vários exemplos de diálogos da mãe com a criança foram dados e demonstrados que os assuntos entre eles abrangiam temas, como por exemplo, sexualidade e violência.

Ainda nos detendo na análise deste gráfico, observa-se que em dois pares de relatos (25%) o desempenho da terapeuta foi melhor, ou seja, relatou diálogos em que se pode inferir a aceitação da criança como co-autora no diálogo, em contraste com os relatos das mães que ficou evidenciada a não aceitação da criança como sócia. Este dado está de acordo com Marková (2006b) e Murphy (2004b), que afirmam que as terapeutas devem esforçar-se em buscar a comunicação com a

criança e vê-la como um parceiro na comunicação, co-autor do seu discurso, ou seja, um parceiro dialógico.

4. 5. Recursos utilizados para se comunicar com a criança

Como foi relatado no método deste estudo, as participantes responderam um questionário objetivando esclarecer os recursos que eram utilizados para se comunicar com a criança. Esta questão foi levantada, haja vista que, possivelmente, diferentes recursos utilizados para estabelecer comunicação poderiam surtir efeitos melhores ou piores no diálogo com estas crianças.

Ao se analisar os dados obtidos através dos questionários respondidos pelas participantes, foi notado que haviam divergências com relação a forma de se comunicar com a criança. Diante disto, realizou-se um levantamento dos tipos de recursos que foram exaltados, como também, outras formas de comunicação que foram questionadas, como por exemplo, a fala (oral). A seguir, serão explicadas as formas que foram encontradas nas respostas obtidas.

Gestos: instrumento utilizado pelas participantes para se comunicarem de uma maneira mais informal com a criança. Inventam gestos, mistura-se com algumas noções de LIBRAS. Utilizam uma série de recursos disponíveis para manter uma comunicação efetiva com a criança, utilizando as mãos para alcançar esse objetivo.

LIBRAS: Utiliza como recurso para se comunicar com a criança, a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Este recurso é ensinado nas turmas de

Educação Especial das Escolas da Região Metropolitana do Recife, como também, às mães das crianças surdas que estudam nestes locais.

Oral: o recurso da fala (oral) é utilizado para poderem se comunicar. Este recurso foi questionado pela pesquisadora, mas não foi respondido pelas participantes. Vale ressaltar que não foi respondido pela participante, mas que, na transcrição dos relatos, foi notado que a fala foi evidenciada em algumas participantes. Porém, não foi algo padrão, pois, apresentou-se mais como uma imitação por parte da mãe do que a criança estava tentando dizer para ela naquele momento. Então, como não foi algo constante nos relatos das mesmas, estes dados com relação aos recursos da comunicação, foram baseados nas respostas dos questionários.

Outros: algumas participantes afirmaram que usavam “de tudo um pouco” para poder entender e passar as mensagens para a criança. Então, seria qualquer outra maneira informal diferente das que não foram citadas anteriormente, como por exemplo, leitura labial, bater nas coisas, olhar, sorriso, enfim. A combinação de alguns recursos que foram mencionados acima também foram classificados nesta categoria, como por exemplo, gestos + fala, Gestos + LIBRAS, etc.

4. 6. Resultados com relação aos recursos utilizados para se comunicar com a criança

Como foi demonstrado no tópico acima, foram observados diferentes recursos, que foram evidenciados pelas participantes no que se refere à comunicação com a criança, obtidos através das respostas dos questionários. Diante disso, foi formulada uma tabela apresentando os resultados, que complementam a questão do diálogo com a criança, que será ilustrada a seguir, demonstrando estas colocações relacionando com as modalidades encontradas em cada grupo de participante.

| | | GESTOS | LIBRAS | ORAL | OUTROS |
|----------------|--------------|---------------|---------------|-------------|---------------|
| GRUPO 1 | Modalidade 1 | 4 (31%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (8%) |
| | Modalidade 2 | 1 (8%) | 1 (8%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| | Modalidade 3 | 2 (15%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 2 (15%) |
| | Modalidade 4 | 0 (0%) | 2 (15%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| GRUPO 2 | Modalidade 1 | 2 (15%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| | Modalidade 2 | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| | Modalidade 3 | 2 (15%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 3 (23%) |
| | Modalidade 4 | 1 (8%) | 2 (15%) | 0 (0%) | 3 (23%) |
| GRUPO 3 | Modalidade 1 | 3 (23%) | 1 (8%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| | Modalidade 2 | 1 (8%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (8%) |
| | Modalidade 3 | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 3 (23%) |
| | Modalidade 4 | 1 (8%) | 1 (8%) | 0 (0%) | 2 (15%) |

TABELA 1 – Distribuição dos recursos utilizados pra se comunicar com a criança

De acordo com Murphy (2004b), as estratégias não-verbais de comunicação englobam o uso de gestos, expressão facial e contato visual gerando uma diferença considerável de ajuda na inteligibilidade da comunicação. Neste estudo, as crianças surdas estudam em escolas especiais. Inclusive, nas escolas especiais da Região Metropolitana do Recife, paralelamente ao ensino escolar das crianças, as mães possuem aulas de aprendizado da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Porém, este recurso foi pouco utilizado pelas participantes. Isto pode ter ocorrido pelo fato das participantes ainda não se sentirem seguras de se comunicar com a criança através deste recurso.

Como pode ser notado, no Grupo 1 que referia-se as mães das crianças surdas que não estavam freqüentando terapia fonoaudiológica, o recurso que foi mais exaltado foi “Gestos”. Ou seja, quatro (31%) das participantes afirmaram que utilizam gestos para se comunicar com a criança. Interessante que foram encontradas na modalidade 1 que, de acordo com o que foi relatado pelos sujeitos, não relataram conversa com a criança. Em contraponto, na Modalidade 4, que foram inseridos indivíduos que relataram diálogos com grau de engajamento maior entre a dupla, pode-se observar que só foi encontrada a LIBRAS como sendo o recurso para se comunicar. Este dado chama atenção, pois este recurso pode ter sido facilitador neste processo de comunicação e aceitação da criança como parceira dialógica.

No que se refere ao Grupo 2, mães de crianças que freqüentam terapia fonoaudiológica, um numero maior de tipos de recursos foram respondidos com relação a forma de se comunicar com a criança. Quando foram relatados diálogos em que se infere que a criança assumiu posição de co-autora, ou seja, nas modalidades 3 e 4, pode-se dizer que foi bem dividido. Isto porque três (23%)

participantes responderam que usavam “Gestos” como forma de comunicação, duas (15%) utilizavam LIBRAS e seis (46%) referiram que usavam qualquer forma de comunicação, como também, misturavam vários recursos que fossem disponíveis e não seguiam nada formal. O que se pode inferir que mesmo sabendo da impossibilidade da criança, as participantes utilizavam tudo que estava disponível para se comunicar com as mesmas. O que é um dado valioso, pois demonstra que o adulto quando aceita a criança como parceira na comunicação, procura utilizar quaisquer recursos para poder transmitir e compreender as mensagens. (MARKOVÁ, 2006b)

Por fim, no grupo 3 que correspondiam aos relatos das terapeutas, nota-se que quando foi relatado algum diálogo, o recurso mais utilizado foi “Outros” o que evidencia que, provavelmente, as terapeutas deste estudo não se detêm apenas na abordagem Aurioral (BEVILACQUA e FORMIGONI, 1997), que privilegia o trabalho oral com os surdos, mas sim, buscam a melhor forma de conseguir se comunicar com a criança, e não apenas através da fala. Também, nota-se que quando não foi relatado diálogos, o recurso que foi mais observado foi “Gestos” podendo-se sugerir que mesmo sem seguir um protocolo com relação a forma de se comunicar com a criança, os Gestos, provavelmente, auxiliou na interação com a criança, mesmo não tendo sido relatado diálogo. Este fato pode ter ocorrido devido ao não comprometimento de ambos os participantes na transmissão da mensagem, pois como foi visto, as modalidades em que não foram encontrados diálogos, que foram as modalidades 1 e 2, houve uma diversificação maior de recursos, porém, que, provavelmente, não auxiliou nesta comunicação.

Com relação ao recurso da fala (oral), vale ressaltar que nenhuma participante respondeu no questionário que utilizava este recurso para se comunicar

com a criança. Porém, em alguns relatos foi notado que às vezes a mãe imitava a sua parte conversando com a criança e pôde-se observar que as mesmas utilizavam a fala. Com isto, pode-se inferir que como o questionário é um instrumento de avaliação formal, como também, abrange questões objetivas, este fato pode ter interferido nas respostas das participantes, visto que as mesmas devem compreender que apenas uma resposta tem que ser dada e a mais evidente possível. Com relação a este recurso da fala, nos detivemos apenas nas respostas dos questionários e de acordo com as respostas, este recurso não era utilizado.

Ferro, Picoli e Rey (2002) verificaram que os pais cujas crianças recebiam atendimento particular utilizavam apenas a fala para se comunicar com a criança, em contrapartida, os pais das crianças que recebiam atendimento em serviços públicos comunicavam-se com seus filhos utilizando, em conjunto, fala e gestos não convencionais, em função da dificuldade destes se comunicarem e se fazerem entender. Vale ressaltar que as crianças, cujas mães e terapeutas participaram do estudo em pauta, eram atendidas em serviços públicos confirmando esta tendência, que foi relatada no estudo dos referidos autores, de buscar qualquer maneira de estabelecer comunicação com a criança.

O que era de ser esperado devido ao comprometimento auditivo da criança, pois de acordo com Rebelo (2002), a criança surda está privada de audição e devido ao fato da criança não ouvir ou quando ouve algum som não possuir a capacidade de discriminação sonora que lhe possibilita a compreensão, a comunicação receptiva é prejudicada, conseqüentemente, irá influenciar na comunicação expressiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi visto ao longo deste estudo, a comunicação do ponto de vista dialógico define os parceiros como sendo co-autores no diálogo. Para que isto ocorra é necessário que os parceiros sejam interdependentes e co-atuem mutuamente objetivando negociar algum assunto. O diálogo não foi aqui concebido como troca de posições ou de mensagens, mas, sim, como os parceiros co-construindo seus diálogos, em que um depende do outro para poder compreender o que esta sendo negociado. Ao se pensar esta colocação veio à tona a questão de que se isso poderia ocorrer com pessoas que apresentavam comprometimentos que poderia interferir na visão do outro com relação à capacidade de se comunicar com este sujeito. Diante disto, a deficiência auditiva chamou a atenção, pois se configura como um comprometimento que, impreterivelmente, prejudica a comunicação expressiva. A mesma foi escolhida como, inclusive, uma forma de preocupação, principalmente, quando se pensou em criança. Por isto o estudo em pauta foi realizado buscando responder estas inquietações e questionamentos que surgiram com relação ao diálogo com pessoas com comprometimentos.

Buscando atingir o objetivo geral desta pesquisa que foi o de analisar, através dos relatos das mães e das terapeutas, a posição da criança surda no diálogo, realizou-se a coleta dos dados solicitando que as participantes relatassem conversas que tiveram com a criança. Através destes relatos buscou-se verificar se o espaço para se posicionar como co-autora estava sendo fornecido ou não à criança surda. Além da elaboração dos relatos, as participantes, também responderam um questionário que esclarecia aspectos relacionados à forma (recurso) que estava sendo utilizado para se comunicar com a criança, haja vista

que, pensava-se, a princípio que o recurso poderia influenciar ou não no desempenho da comunicação entre os parceiros. Porém, é válido realizar uma crítica a este questionário, pois à medida que utilizamos este instrumento como forma de coleta, privou-se o participante de expor opiniões próprias, informais, que possuía com relação à forma de se comunicar com a criança, haja vista que o mesmo se configurou como um recurso objetivo.

Ao se pensar em coletar os dados de mães de crianças que freqüentavam ou não terapia fonoaudiológica, foi devido ao fato do fonoaudiólogo ter a formação buscando auxiliar o deficiente auditivo no desenvolvimento da linguagem. Então, poder-se-ia pensar que devido à terapia fonoaudiológica é que o diálogo fluiria. Os resultados demonstraram que as mães das crianças surdas que já freqüentavam terapia fonoaudiológica obtiveram melhor desempenho com relação à aceitação da criança surda no diálogo. Mas, também, houve mães deste grupo que não relataram diálogos com a criança. Possivelmente, a terapia fonoaudiológica pode ter o poder de fazer com que as mães lembrem que seu filho pode se comunicar. Porém, não se pode deixar de levar em consideração o estigma que cerca a deficiência auditiva de que se o surdo não escuta, ele não pode falar. É comum que a sociedade ouvinte, iguale a comunicação com o ato de falar, mas este processo pode existir através de diferentes recursos e que, inclusive, este dado também foi evidenciado neste estudo, ressaltando-se que ao se aplicar o questionário buscando verificar os recursos que eram utilizados, notou-se que as participantes não utilizavam um padrão, mas sim, usufruíam de todos os recursos que lhes fossem eficazes para poder se “fazerem entender” e impor seus significados no outro.

Em contrapartida, era de se esperar e isto foi confirmado que as mães de crianças surdas que não freqüentavam terapia fonoaudiológica, obtivessem menor

desempenho com relação às demais mães. Porém, também foram evidenciados dados relevantes, pois algumas mães relataram diálogos com a criança, fornecendo espaço para as mesmas se posicionarem como parceira na comunicação, mesmo sem, possivelmente, nunca ter recebido a instrução de um fonoaudiólogo. Esta discussão confirma a tendência que as mães, de uma maneira geral, possuem em estabelecer comunicação com seu filho, mesmo ele sendo surdo.

As fonoaudiólogas foram inseridas nesta pesquisa no intuito de observar se durante a terapia fonoaudiológica ocorria o diálogo entre elas e as crianças surdas. De acordo com os dados obtidos, pode-se afirmar que, houve um empate com relação à posição da criança no diálogo de acordo com os relatos. Pode-se sugerir que a terapia fonoaudiológica auxilia na comunicação, mas que mesmo sem freqüentar terapia, as mães podem aceitar a criança como capaz de estabelecer diálogo, mesmo com o comprometimento auditivo interferindo nesta comunicação. Porém, outros fatores podem ter interferido nestes resultados, como por exemplo, dificuldades de interação entre o paciente e a terapeuta, pouco tempo de terapia (30 minutos), como também, só ser atendido uma vez por semana. Inclusive, sugestivamente, para estudos posteriores, pode-se buscar analisar o diálogo da fonoaudióloga com a criança surda objetivando esclarecer aspectos na comunicação entre eles e que não foram abordados nesta pesquisa, inclusive realizando a observação direta do diálogo e gravação da terapia no momento em que os sujeitos estão se comunicando. Desta forma, aspectos não-verbais da comunicação podem ser observados e levados em consideração na análise com relação tanto aos recursos, como também, a aceitação da criança como parceiro dialógico.

Finalizando, gostaríamos de ressaltar que o presente estudo representa mais um passo ao longo de todo um caminho de pesquisas que procuram explicar como

ocorre o processo de comunicação, principalmente quando um indivíduo que possui comprometerimentos que, possivelmente, interfere neste processo. Ressaltando que a perspectiva dialógica, mesmo ainda sendo pouco estudada, representa um grande salto qualitativo para diversas áreas das ciências, como também, para o sujeito se enxergar como capaz, a partir do momento, que o outro o vê e permite que ele se veja desta maneira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. M. V. S.; LEMES, V. A. M. P. O poder da audição na construção da linguagem. In: BEVILACQUA, M. C.; MORET, A. L. M. **Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde**. São José dos Campos: Pulso, 2005.

BALIEIRO, C. R.; FICKER, L. B.; Reabilitação aural: a clínica fonoaudiológica e o deficiente auditivo. In: LOPES FILHO, O. de C. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.

BEVILACQUA, M. C.; FORMIGONI G.M.P. **Audiologia Educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva**. Carapicuíba, SP: Pró-fono, 1997.

BEVILACQUA, M. C.; FORMIGONI G.M.P. O desenvolvimento das habilidades auditivas. In: BEVILACQUA, M. C.; MORET, A. L. M. **Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde**. São José dos Campos: Pulso, 2005.

BORGES, A.C.C.; SANSONE, A.P. Avaliação audiológica em crianças de 0 a 5 anos de idade. In: FROTA, S. **Fundamentos em fonoaudiologia: audiologia**. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003

BRAZOROTTO, J. S. A terapia fonoaudiológica da criança surda. In: BEVILACQUA, M. C.; MORET, A. L. M. **Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde**. São José dos Campos: Pulso, 2005.

COLLINS, S. & MARKOVÁ, I. Complementarity in the construction of a problematic utterance in conversation. In: MARKOVÁ, I.; GRAUMANN, C. & FOPPA, K. **Mutualities in dialogue**. Nova Iorque: Cambridge University Press, p. 238-263.. 1995

_____ Interaction between impaired and unimpaired speakers: intersubjectivity and the interplay of culturally shared and situation specific knowledge. **British Journal of Social Psychology**, 38, p. 339-368. 1999

COUBE, C.Z.V; COSTA FILHO, O.V. Princípios básicos das emissões otoacústicas. In: FROTA, S. **Fundamentos em fonoaudiologia: audiologia**. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003

DANESI, M. C. (org). **O admirável mundo dos surdos: novos olhares do fonoaudiólogo sobre a surdez.** Porto Alegre, EDIPUCRS, 2001.

FERRO, L.; PÍCOLI, R. P.; REY, M.R.E.P.; A construção da Linguagem oral no contexto familiar de crianças não-ouvintes. In: **Revista Fono Atual**, nº 19, 2002.

FOGEL, A. **Developing through relationships.** Chicago: The University of Chicago Press, 1993.

FROTA, S. Avaliação básica da audição. In: FROTA, S. **Fundamentos em fonoaudiologia: audiologia.** 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003

GÓES, M. C. R. **Linguagem, surdez e educação.** 2ed. Campinas, SP: Autores associados. 1999

GOLDFELD, M. **A criança surda.** São Paulo: Plexus, 2002.

GONÇALVES, M.M; GUILFOYLE, M. Dialogism and psychotherapy: therapists' and clients' beliefs supporting monologism. **Journal of Constructivist Psychology**, 19, 251-271, 2006.

HOLZHEIM, D.C.P.M.; LEVY, C.C.A.C.; PATITUCCI, S.P.R.; GIORGI, S.B.; Família e Fonoaudiologia: o aprendizado da Escuta.In: LOPES FILHO, O.; **Tratado de Fonoaudiologia**, Ed. Roca, 1997.

LEMES, J. M. P; LEMES, V.A.M.P.; GOLDFELD, M. Desenvolvimento de linguagem infantil e relação mãe/filho na brincadeira simbólica: a importância da orientação fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação Humana**, São Paulo, SP. 18(1): 85-94, abril, 2006

LOPES FILHO, O. de C. Deficiência auditiva. In: LOPES FILHO, O. de C. **Tratado de Fonoaudiologia.** 2. ed. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.

LYRA, M. C. D. P. Desenvolvimento de um sistema de relações historicamente construído: Contribuições da comunicação no início da vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** 13 (2), 257-268. 2000.

MARKOVÁ, I. A three-step process as a unit of analysis in dialogue. In: MARKOVÁ, I. & FOPPA, K. (eds.). **The dynamics of dialogue**. Nova Iorque/Londres: Harvester Wheatsheaf, p. 129-146. 1990.

_____. Dialogical Models and reference. **Polish Quarterly of Developmental Psychology**. Vol 3. Nº 2. 137-144. 1997.

_____. On 'the inner alter' in dialogue. In: **International Journal for Dialogical Science**. Vol. 1, Nº 1, 125-147. 2006a.

_____. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. Tradução de Hélio Magri Filho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006b.

MURPHY, J. Communication strategies of people with ALS and their partners. In: **ALS and other motor neuron disorders**. 2004a

_____. "I prefer contact this close": perceptions of AAC by people with motor neurone disease and their communication partners. In: **Augmentative and Alternative Communication**. Vol 20 (4), pp. 259-271. University of Stirling, Stirling, UK. 2004b

_____. Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. In: **Health Expectations**, 9, pp. 49-59. Stirling, UK. 2006

NAFSTAD, A.; ROEBROE, I. **Co-creating communication**. Forlaget ; nord-Press, Dronninglund, Denmark. 1999.

NOVAES, B. C. A. C.; BALIEIRO, C. R. Terapia fonoaudiológica da criança surda. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. **Tratado de fonoaudiologia**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2004.

NOVAES, B. C. A. C. A criança deficiente auditiva. In: BEVILACQUA, M. C.; MORET, A. L. M. **Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde**. São José dos Campos: Pulso, 2005.

OLSSON, C. The use of communicative functions among pré-school children with multiple disabilities in two different setting conditions: group versus individual patterns. In: **Augmentative and Alternative Communication**. Vol. 21 (1), pp. 3-18. ALA Research Foundation, Stockholm, Sweden. March, 2005.

RABINOVICH, K. Avaliação da audição na criança. In: LOPES FILHO, O. de C. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.

REBELO, A. Comunicação e locus social da criança surda. **Análise Psicológica**. 3, pp. 379-388, 2002.

REGO, T. C. **Vygotsky**: uma perspectiva histórico- cultural da educação. 15ª ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2003.

ROSLYNG–JENSEN, A.M.A.; O acompanhamento fonoaudiológico de crianças surdas e deficientes auditivas no contexto familiar. In: FONSECA, V.R.J.R.M.; **Surdez e deficiência auditiva**: a trajetória da infância à idade adulta. Casa do psicólogo, São Paulo, 2001.

RUSSO, I. C. P.; SANTOS, T. M. M. **Audiologia infantil**. 4ed. São Paulo: Cortez, 1994.

SALGADO, J. Thought as dialogue: a comment on marková. In: **International Journal for Dialogical Science**. Vol. 1, No. 1, 149-154. 2006

SALGADO, J. & GONÇALVES, M. (*no prelo*). The dialogical self: Social, personal and (un)conscious. In A. Rosa & J. Valsiner (Eds.), **The Cambridge handbook of socio-cultural psychology**. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

TABITH, A. J. *et al.* Surdez. In.: SOUZA, A. M. C. **A criança especial**: temas médicos, educativos e sociais. São Paulo: Roca, 2003.

TAVARES, M. **Os efeitos do diagnóstico nos pais da criança surda**: uma análise discursiva. São Paulo, 2001. [Dissertação de Mestrado – Pontífica Universidade Católica de São Paulo]

VALSINER, J; VAN DER VEER, R. **The social mind: construction of the idea**. Cambridge University Press, 2000.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo, SP, Martins Fontes, 2000.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo, SP, Martins Fontes, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. São Paulo, SP: Bookman, 2005.

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA DE APRESENTAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES ÀS CRIANÇAS SURDAS

À _____

Prezado (a) Sr. (a): _____

Vimos, através desta, solicitar permissão de Vossa Senhoria para que possamos ter acesso às mães e terapeutas de crianças desta instituição diagnosticadas como deficientes auditivas, para participarem de uma pesquisa na área de linguagem.

A pesquisa se propõe a investigar a posição atribuída pela mãe e pela terapeuta à criança surda no diálogo. Deverão ser mães e terapeutas de crianças entre quatro e seis anos de idade, de ambos os sexos, que tenham sido diagnosticadas como deficientes auditivas.

Os resultados serão parte integrante da pesquisa desenvolvida pela mestranda Natália Câmara Lima Alves de Souza, aluna do curso de mestrado em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, sob a orientação da Prof^a Maria C. D. P. Lyra.

Em hipótese alguma, o participante da pesquisa será identificado e fica livre para, a qualquer momento, retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo.

Em oportuno, informamos que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa – cep, parecer nº _____, em ____ de _____ de 2007, da _____.

Agradecemos antecipadamente,

Recife, _____ de _____ de 2007.

Pesquisador(a)

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: *Conversando com a mãe e com a terapeuta: o lugar da criança surda no diálogo.*

EU, _____, ABAIXO ASSINADO, DOU MEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PERMITIR QUE O MENOR _____, QUE ESTÁ SOB MINHA RESPONSABILIDADE, PARTICIPE DO ESTUDO SUPRACITADO, SOB A RESPONSABILIDADE DA PESQUISADORA NATÁLIA CÂMARA LIMA ALVES DE SOUZA.

Assinando este termo de consentimento estou ciente de que:

1. O objetivo geral da pesquisa é: investigar a posição atribuída pela mãe e pela terapeuta à criança surda no diálogo.
2. Durante o estudo, as mães e terapeutas da criança surda, construirão uma narrativa relatando uma conversa com a criança. Como também, responderão à um questionário semi-dirigido. Os dados serão gravados em gravador digital para posterior análise e discussão;
3. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do menor na referida pesquisa;
4. Estou livre para interromper a qualquer momento a participação do mesmo na pesquisa; os dados pessoais da criança serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para atingir o objetivo da pesquisa, exposto acima, incluindo também sua publicação na literatura especializada;
5. Não haverá riscos físicos na realização dos procedimentos desta pesquisa, entretanto os participantes poderão sentir-se envergonhado em participar da pesquisa. Os benefícios consistem na devolutiva aos pais, educadores e/ou fonoaudiólogos responsáveis pelo processo terapêutico da criança envolvida, sobre os resultados identificados na sua avaliação.
6. Poderei contatar o comitê de ética da _____ para apresentar recursos ou queixas em relação à pesquisa para que sejam tomadas as providências necessárias.

Voluntário (a): _____

RG: _____

Pesquisador (a): _____

Recife, ____ de _____ de 2007.

ANEXO I**QUESTIONÁRIO****PARA AS MÃES DOS PACIENTES QUE NÃO ESTÃO FREQUENTANDO
TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA**

1. Como ocorreu a suspeita da deficiência auditiva?

2. Quando foi diagnosticada a deficiência da criança?

3. Como foi a sua reação quando receberam o diagnóstico da deficiência auditiva?

4. Usa aparelho de amplificação sonora (AASI) ou implante coclear (IC)?

5. Qual a sua reação ao ver seu filho usando aparelho auditivo pela primeira vez?

6. Qual a sua expectativa em relação a comunicação do seu filho?

7. Você se comunica com seu filho através de Língua de Sinais, através da Fala, Gestos ou de outra maneira?

8. Você conversa com seu filho?

9. Se sim, como é essa conversa?

10. Você acha que ele entende o que você conversa com ele?

11. O que você gosta de conversar com ele?

12. Outras pessoas conversam com seu filho?

13. Ele gosta quando você conversa com ele?

14. Você sabe o que será trabalhado na terapia fonoaudiológica?

15. Você acha que com o início da terapia fonoaudiológica mudará sua comunicação com seu filho?

16. Quais suas expectativas com em relação a terapia fonoaudiológica?

ANEXO II**QUESTIONÁRIO****PARA AS MÃES DOS PACIENTES COM UM ANO DE TERAPIA**

1. Como ocorreu a suspeita da deficiência auditiva?

2. Quando foi diagnosticada a deficiência da criança?

3. Como foi a sua reação quando receberam o diagnóstico da deficiência auditiva?

4. Usa aparelho de amplificação sonora (AASI) ou implante coclear (IC)?

5. Qual a sua reação ao ver seu filho usando aparelho auditivo pela primeira vez?

6. Qual a sua expectativa em relação a comunicação do seu filho?

7. Você se comunica com seu filho através de Língua de Sinais, através da Fala, Gestos ou de outra maneira?

8. Você conversa com seu filho?

9. Se sim, como é essa conversa?

10. Você acha que ele entende o que você conversa com ele?

11. O que você gosta de conversar com ele?

12. Outras pessoas conversam com seu filho?

13. Ele gosta quando você conversa com ele?

14. Como era sua relação com seu filho antes do mesmo iniciar a terapia fonoaudiológica?

15. Atualmente, é do mesmo jeito ou mudou alguma coisa?

16. Como era a comunicação com seu filho antes do início da terapia fonoaudiológica?

17. Você acha que a terapia fonoaudiológica ajudou a melhorar a comunicação com seu filho?

ANEXO III**QUESTIONÁRIO ÀS TERAPEUTAS**

1. O que é proposto na terapia?

2. Como é planejada?

3. Como deve ser realizada?

4. Você se comunica com a criança através de Língua de Sinais, através da Fala, Gestos ou de outra maneira?

5. Você acha que ele consegue conversar com você?

6. Como você conversa com ele?

7. Como é essa conversa?

8. Você acha que a terapia irá melhorar o diálogo com este paciente?

ANEXO V

PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO DA COM RELAÇÃO AOS ASSUNTOS

- Inicialmente, será estabelecida uma conversa de *raport*.
- Esta coleta será constituída de 3 etapas:

Primeiramente, serão mostradas à mãe e a terapeuta algumas figuras de assuntos do seu cotidiano. Será solicitado que escolha uma.

1. **Primeiro passo:** neste primeiro passo será solicitado aos participantes que contem como conversa com seu filho sobre esse assunto;
2. **Segundo passo:** dê um exemplo de como acontece essa conversa;
3. **Terceiro passo:** conte como seria tanto a sua parte como a parte dele nesta conversa.

ANEXO VI

PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO DA NARRATIVA COM RELAÇÃO ÀS SITUAÇÕES

- Inicialmente, será estabelecida uma conversa de *raport*.
- Esta coleta será constituída de 3 etapas:

Primeiramente, será mostrada à mãe e à terapeuta figuras de situações de conversa. Será solicitado que escolha uma situação que lembre alguma conversa que teve com seu filho.

1. **Primeiro passo:** neste primeiro passo será solicitado aos participantes que contem como foi essa conversa;
2. **Segundo passo:** dê um exemplo de como aconteceu essa conversa;
3. **Terceiro passo:** conte como seria tanto a sua parte como a parte dele nesta conversa.

FIGURAS A

FIGURAS QUE REPRESENTAM OS ASSUNTOS

1. MÉDICO



2. ALIMENTAÇÃO/ VERDURA



3. DINHEIRO



FIGURAS B**FIGURAS QUE REPRESENTAM AS SITUAÇÕES****FIGURA 4****IDA ÀS COMPRAS**

FIGURA 5
BRINCADEIRAS



FIGURA 6
HORA DO ALMOÇO

