

## PROGRAMA CLÍNICO PARA O DEFICIENTE AUDITIVO EM IDADE PRECOCE: UMA CRÍTICA RETROSPECTIVA

*Maria Cecília Bevilacqua ( \* )*  
*Clay Rienzo Balieiro ( \* \* )*  
*Anna Maria A.S. de Vasconcellos ( \* \* )*  
*Altair Cadrobbi Pupo ( \* )*  
*Angela M.A. Sprenger ( \* )*

### RESUMO

*Este artigo descreve dois momentos do trabalho com a criança deficiente auditiva em São Paulo.*

*A situação que existia antes dos dois momentos descritos era um trabalho clínico tradicional realizado com a criança deficiente auditiva a partir dos 3 anos de idade, no período anterior a 1970.*

*O primeiro momento é a descrição de uma proposta de trabalho para crianças com menos de 3 anos de idade.*

*Comenta-se os seus objetivos e a linha básica de atuação a partir de 1970, culminando com sua sistematização em 1973.*

*O segundo momento é uma revisão crítica, após um período de 10 anos de atuação. Analisa-se as modificações que foram introduzidas ao longo destes anos e as conclusões retiradas desta experiência de trabalho.*

### REVISÃO DO TRABALHO REALIZADO

Em 1970, iniciou em São Paulo um trabalho de "treinamento auditivo" em crianças com menos de 3 anos de idade.

Esse "treinamento auditivo" era realizado, até então, nas crianças com mais de 3 anos de idade, faixa etária considerada mínima naquela época, para iniciar a habilitação do deficiente auditivo.

"Treinamento auditivo" era considerado como uma área fácil de se trabalhar, pois o que tinha que ser feito era treinar os aspectos perceptuais auditivos (estado de alerta do mundo sonoro, atenção, reconhecimento, discriminação, localização e memória), evidenciados nas diferentes combinações das qualidades sonoras (intensidade, frequência e duração). De maneira jocosa até falava-se: "treinamento auditivo" é só tocar apito e tambor.

---

( \* ) Professores Assistente-Mestres do Departamento de Distúrbios da Comunicação — PUCSP.

( \* \* ) Professores do Departamento de Distúrbios da Comunicação — PUCSP.

A fundamentação teórica baseou-se nas publicações de Erick Wedenberg (1954), da Suécia, seguidos logo após pela proposta de Abordagem Acupédica, de Doreen Pollack (1970)

A simples tarefa de "treinamento auditivo" passou a ser então vista como todo um caminho a ser percorrido e chamado de "Audiologia Educacional".

Algumas modificações foram logo realizadas no trabalho que vinha sendo desenvolvido tradicionalmente com o deficiente auditivo:

1.1. O principal objetivo do trabalho tradicional com o deficiente auditivo, era o de "desenvolver uma atitude de comunicação na criança deficiente auditiva". No programa proposto passou a ser: "desenvolver uma atitude auditiva na criança com deficiência de audição", sendo condição fundamental a adaptação binaural do aparelho de amplificação sonora.

1.2. Outra modificação foi referente à forma de executar o trabalho. Tradicionalmente, as sessões de atendimento eram feitas em sala de terapia. No nosso programa o trabalho passou a ser realizado em diferentes locais: parquinho, cozinha, banheiro, etc. As salas de terapia funcionavam apenas para estruturar algumas atividades que necessitavam de um ambiente com pouca estimulação. Isso em nossa opinião era importante, pois a criança deveria ser trabalhada de maneira mais próxima possível do seu cotidiano.

1.3. Outra modificação foi a ênfase no trabalho junto aos pais. Pela própria faixa etária com que estávamos trabalhando (crianças com me-

nos de 3 anos) era impossível o trabalho ficar restrito à terapeuta — criança e contatos esporádicos com os pais.

Foram organizados também grupos de pais possibilitando que houvesse entre eles uma troca de experiências.

Em 1973, este programa foi sistematizado (Bevilacqua e Smith Vasconcellos, 1973), apresentando as seguintes características:

— *Sessões de terapia* — o atendimento era feito de 3 a 4 sessões por semana, com duração de 30 a 45 minutos, visando atender as necessidades imediatas da fase de desenvolvimento da função auditiva em que se encontrava a criança, como também avaliando suas dificuldades. O conteúdo dessas sessões era a apresentação dos sons ambientais os mais corriqueiros e perceptíveis para a criança, levando em consideração a intensidade e freqüência desses sons. Para isto, foram explorados os ambientes da clínica ligados à vida cotidiana da criança. Por exemplo: numa situação de cozinha usávamos os utensílios da mesma, tanto eletro-domésticos, como panela de pressão, martelo de carne, ruído de estourar pipoca, barulho de água da torneira, etc. Além disso, como fontes reais de estimulação, brincávamos também com o ruído do motor do carro, buzina, batida de porta, ver um avião passar, etc. Durante todo o tempo de estimulação, a voz era usada como um reforço das emissões da criança, através da técnica de devolução de um padrão de entoação, altura e timbre corretos. Sempre que possível,

emitia-se próximo ao microfone do aparelho individual de amplificação sonora, para que o som se tornasse mais perceptível.

Emissões vocálicas, onomatopéias e interjeições foram bastante usadas. Elas foram selecionadas para atuarem na recepção e emissão posterior da criança, seguindo sempre que possível, a hierarquia da aquisição do sistema fonológico e morfossintático. Todos os sons ambientais, como também as onomatopéias, deviam fazer parte de um centro de interesse do paciente, acompanhados de um brinquedo ou miniatura, que se assemelhasse ao referente ao qual se estava trabalhando.

— *Orientação aos pais* — antes de ser dada uma orientação aos pais, era feita uma visita à casa da criança com o objetivo de levantar seu mundo sonoro para uma posterior seleção dos sons a serem trabalhados em cada fase do desenvolvimento da função auditiva. Além disso, obtinha-se dados sobre atitudes dos familiares quanto à estimulação auditiva e quanto à linguagem, para posterior orientação.

No início a orientação aos pais era feita uma vez por semana, passando-se, gradativamente, para uma vez por mês.

O conteúdo desta orientação constava de uma explicação do problema da criança, discussão de textos teóricos, visando a compreensão dos pais da necessidade da estimulação correta e constante. Também era importante que os pais conseguissem integrar uma atitude correta com a criança, tanto do ponto de vista da linguagem, quanto da estimulação auditiva. A programação mensal

constava da discussão do trabalho que estava sendo realizado em clínica, para que os pais pudessem reforçar esse conteúdo em casa. Tinha também o objetivo de orientar os pais em relação às dificuldades que encontravam no relacionamento com a criança.

Como controle e evolução do paciente, os pais faziam um diário que servia de roteiro para as discussões durante a orientação.

## 2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROGRAMA CLÍNICO APRESENTADO EM 1973

A fundamentação lingüística nesta época era a teoria inatista de aquisição de linguagem.

Havia a crença de que a partir do uso de amplificação sonora, intensa estimulação auditiva e exposição adequada a padrões de fala e linguagem, a comunicação oral emergiria naturalmente, chegando a criança deficiente auditiva a alcançar, desta forma, pleno domínio da linguagem oral. Tinha-se então como objetivo principal, nessa época, desenvolver na criança uma atitude ouvinte. Dentro da abordagem realizada isto era visto como sendo verdadeiro para qualquer criança deficiente auditiva independentemente do tipo e grau de sua perda.

Realizava-se, então, intenso trabalho a nível auditivo a partir de sons ambientais e sons verbais, levando a criança a passar por todas as etapas de desenvolvimento da função auditiva pelas quais passa a criança ouvinte. Era preciso levar a criança, inicialmente, a detectar a voz e mais do que isso estabelecer ou reestabele-

cer o feed-back acústico articulatório.

Ênfase especial era dada à orientação aos pais, especialmente no que dizia respeito a atitudes de expor a situação de audição e linguagem. Isto advinha de alguns fatores: (1) o trabalho terapêutico em si só seria insuficiente para que a criança se desenvolvesse: não há hora de ouvir, mas a audição é um sentido constante que traz informações sobre o mundo dutante todo o tempo; (2) os pais como primeiro modelo de comunicação; (3) o impacto causado pelo diagnóstico da deficiência auditiva.

As sessões de terapia serviam de modelo para a mãe e esta procurava absorver o padrão da terapeuta: "Aprender a encher a criança de sons", de acordo com Whettnall (1971), falar para a criança e pela criança, verbalizar ações e situações, eram os princípios básicos.

A mãe também atuava com a criança em presença da terapeuta e posteriormente discutia-se a situação observada.

### 3. MODIFICAÇÕES INTRODUZIDAS NO PROGRAMA CLÍNICO

A experiência clínica mostrou necessidade de algumas modificações principalmente no que se referiu às diretrizes para o trabalho de linguagem oral e de orientação aos pais. Isto ocorreu a partir das observações das emissões orais das crianças deficientes auditivas que participaram deste programa e da atitude de comunicação de suas mães, que se caracterizava pela maneira incessante de falar, descrição da situação desvinculada do contexto interacional.

3.1. Modificações introduzidas no trabalho de linguagem. Aos objetivos iniciais do trabalho acrescentou-se uma preocupação com os comportamentos comunicativos não verbais e a ênfase na relação dialógica.

Põe-se observar que havia grande preocupação com o contexto situacional, mas não se criava a situação de diálogo. A criança era apenas um ser passivo que devia extrair informações a partir de um "input" lingüístico que tentava se relacionar com o contexto físico do qual participava.

Parece assim que um dos problemas referia-se ao enfoque dado para a aquisição de linguagem em função da linha teórica inicialmente adotada.

Dentro deste enfoque as crianças desenvolviam uma atitude ouvinte; eram atentas aos sons ocorridos no ambiente e detectavam os sons da fala; no entanto, demoravam algum tempo para que emergissem os primeiros vocábulos significativos. Com isto não está se afirmando que não existia por parte dessas crianças comportamentos com intenção comunicativa.

A partir dessas observações passou a haver uma preocupação com os "comportamentos comunicativos não verbais". Desta forma, passou a haver uma direcionalidade na maneira de abordar a criança. Olhava-se para a criança como um todo e não apenas para um deficiente auditivo.

Incluiu-se aqui uma atenção ao desenvolvimento cognitivo e emocional. A linguagem passou a ser vista de uma forma dinâmica do desenvol-

vimento e não como o déficit fundamental daquele deficiente auditivo.

A preocupação neste novo momento era do terapeuta ser mediador entre a criança e o mundo, facilitando as tarefas pertinentes ao seu nível de desenvolvimento, caso isto ainda não tivesse ocorrido. Levar a criança a se diferenciar em relação aos outros objetos do mundo que a cerca; perceber os diferentes tipos de relação com os adultos; aceitar e propor os diferentes tipos de jogos, imitar movimentos dos mais variados; ficar atenta cada vez mais em uma atividade; olhar para o rosto do falante; perceber que a comunicação verbal existe; iniciar a interação. O silêncio também passou a ser uma forma de comunicação. Prestar atenção para os diversos fenômenos lingüísticos tornou-se uma das metas prioritárias. A imitação verbal passou a ser uma das estratégias de aquisição de linguagem levando a criança a perceber os vários momentos e as diferentes funções da linguagem oral. Assim como outras estratégias foram elaboradas em busca do ato comunicativo.

Além destas modificações, cabe lembrar também, que uma preocupação mais cuidadosa e criteriosa com a qualidade da produção da fala, o mais cedo possível, passou a existir.

Ênfase no desenvolvimento da função auditiva, através das experiências auditivas e a ênfase no feed-back acústico articulatório se manteve durante todo o decorrer da nova proposta.

3.2. Modificações introduzidas no trabalho junto aos pais.

Respeitando o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança,

bem como a visão interacionista da aquisição de linguagem agravou-se a preocupação com a orientação aos pais. À medida que fomos atuando junto aos pais o primeiro impasse foi o da mãe como co-terapeuta.

Uma série de questões foram feitas a partir desse momento: Como não transformar a mãe em terapeuta? Como devolver a ela seu papel de mãe? Em que bases deveria se realizar essa orientação?

A escolha foi a de percorrer um caminho de orientação, onde o papel da terapeuta fosse o de "representar os interesses da criança", Di Loretto (1974, 1979).

Isto exigia do terapeuta a sensibilidade de perceber como se dava o processo de aceitação da deficiência de seu filho. Desta forma, o terapeuta deveria perceber os momentos mais receptivos de cada família a fim de que esta pudesse "escutar" as orientações específicas quanto aos aspectos da audição e linguagem. Com este enfoque a orientação ganhou um cunho menos diretivo e abriu-se espaço para os pais colocarem mais abertamente frente à problemática da deficiência auditiva.

Foram criados momentos que possibilitassem um maior "desabafo" por parte dos pais, acreditando-se que com isto fosse possível haver uma melhor elaboração do seu problema. Cabia ao terapeuta ser o depositário desse "desabafo" sem, no entanto, procurar interpretá-lo ou responder com alternativas do seu próprio referencial de mundo.

À medida que havia um extravasamento por parte dos pais, de seu sentimento carregado de forte emoção, emergiam condições de apro-

veitar o desejo deles de auxiliarem o desenvolvimento de seus filhos. A partir desta conquista orientações específicas tornaram-se viáveis, uma vez que esses pais apresentavam condições reais de colaboração.

Cabe lembrar que este trabalho foi realizado de forma individual ou em grupo dependendo das possibilidades existentes. Em casos específicos, auxílio de profissionais especializados na área de aconselhamento familiar foi solicitado.

## CONCLUSÕES

O programa clínico descrito mostrou-se eficiente para deficientes auditivos leves, moderados e severos. Não se acredita que este programa possa ser aplicado para qualquer tipo e grau de deficiência auditiva. Parte das crianças portadoras de deficiência auditiva profunda, conseguiu acompanhar a proposta apresentada com dificuldades.

Devemos considerar que não podemos fazer afirmações categóricas porque variáveis diversas como ambiente, disponibilidade familiar, características especiais inerentes à própria criança também exerceram papéis determinantes na evolução do processo terapêutico.

Para que se pudesse clarificar esses aspectos, maiores estudos e pesquisas seriam necessários.

## SUMMARY

*This article describes two moments of a work with the hard of hearing child in São Paulo.*

*The situation which existed before the two described moments was of a traditional clinical work realized with the hard of hearing child after three years old, (on an anterior prior to period which preceeded) 1970.*

*The first moment is the description of a proposition of work for children less than three years old.*

*There is a commentary about the new objectives and the basic line of attention after 1970, culminating with the systematization in 1973.*

*The second moment is a critical review after 10 years' work. The changes which were introduced are analysed during these years and conclusions were taken of this experience.*

## BIBLIOGRAFIA

BEVILACQUA, M.C. e SMITH VASCONCELLOS, A.M., *Deficiência Auditiva em crianças de idade precoce. Descrição de um programa de atendimento clínico.* Apresentado no Congresso de Foniatria e Terapia de Linguagem. Lima, Peru, 1973.

DI LORETTO, O.D.M., *Supervisão clínica na área de desenvolvimento infantil e psiquiatria infantil.* De 1974 a 1979.

POLLACK, D., *Educational Audiology for the Limited Hearing Infant*, Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, U.S.A., 1970.

WEDENBERG, E., Auditory Training of Severely Hard of Hearing Pre-School Children, *Acta Otolaryngol.*, Supplement, Stockh, 1954, 94: 1-72.

WHETNALL, E. and FRY, D.B., *The Deaf Child*, Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, 1971.