



***E QUANDO O CLIENTE É O BEBÊ?  
PARTICULARIDADES DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA  
EM BEBÊS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA***

*Marcia Cristina da Mota Ferreira\**

*Beatriz C. Novaes\*\**

**Introdução e revisão de literatura**

A possibilidade de realizar o diagnóstico da deficiência auditiva em bebês vem fazendo com que estes sejam encaminhados cada vez mais cedo aos fonoaudiólogos para iniciar o processo de intervenção – adaptação de aparelho de amplificação sonora e terapia fonoaudiológica. Novaes (1998) refere que tal fato, associado à sofisticação dos aparelhos de amplificação sonora individuais (AASIs), tem levado o fonoaudiólogo a atuar cada vez mais com bebês e crianças muito pequenas, abrindo um novo campo de trabalho.

---

\* Fonoaudióloga, mestre em Fonoaudiologia, PUC-SP

\*\* Doutora em Distúrbios da Comunicação pela Columbia University; professora titular da PUC-SP.

As recomendações endossam a importância do diagnóstico o mais cedo possível e a intervenção adequada em pacientes portadores de deficiência auditiva (Joint Committee on Infant Hearing, 2000). Além disso, serviços de diagnóstico e intervenção precoce devem ser disponibilizados. Um programa de detecção de perdas auditivas é efetivo quando, no mínimo, 95% das crianças que falharam na triagem auditiva inicial recebem acompanhamento (Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância, 2000). Estudos comprovam a melhora no desenvolvimento de linguagem, associada à intervenção o mais cedo possível, principalmente nas perdas auditivas de grau leve a moderadamente severo (Yoshinaga-Itano, Coufer e Mehl, 1998). Assim, encontramos hoje com um cliente cujas demandas são diferentes de outras crianças, o que cria a necessidade de estudos com essa população.

Perguntamo-nos o que seria particular nesse enquadre terapêutico, tendo em vista a especificidade do paciente em questão. Os bebês encontram-se, de fato, em constante processo de transformação e desenvolvimento de suas capacidades, principalmente no que se refere ao conhecimento e estabelecimento de suas primeiras relações com a família. E será justamente a partir delas que o bebê criará significados para o mundo em que vive.

O atendimento terapêutico dos bebês nos remete a estudos que tratam desde o seu desenvolvimento gestacional, neurológico, motor, intelectual, auditivo, de linguagem, ao estabelecimento de suas primeiras relações familiares, dos significados estabelecidos no seu cotidiano.

Embora nascer seja um acontecimento comum, segundo Miller (1992), cada bebê, assim como cada gestação, é único.

Winnicott (1997) acredita que muito acontece no primeiro ano de vida de uma criança.

Brazelton (1998), em seu estudo sobre o desenvolvimento do apego nas famílias, aponta que, embora o vínculo com o bebê seja instintivo, não é instantâneo nem automático; nessa perspectiva, deve-se visualizar o vínculo como um processo contínuo. O autor sugere que a essência do papel do pai ou da mãe não repousa somente sobre o que se faz pelo bebê, mas, principalmente, pelo intercâmbio, no *feedback* intensamente gratificante que se pode estabelecer entre o bebê e si mesmo.

O que ocorre então é um mútuo processo de conhecimento entre o bebê e o grupo familiar, o que torna complexo o processo terapêutico, pois é nesse universo que se dá o trabalho do fonoaudiólogo.

Nesse contexto, um aspecto importante a ser considerado é que a identificação da deficiência auditiva pode ser identificada de imediato, por meio dos programas de triagem auditiva neonatal, ainda na maternidade (Stredler-Brown, 2001). Os pais recebem a notícia antes mesmo de conhecerem seu bebê, antes que possam levantar qualquer suspeita. Isso exige muito critério e cuidado por parte do profissional fonoaudiólogo na abordagem terapêutica. A família deve ser orientada, portanto, durante todo processo de (re)habilitação, desde o momento em que o bebê falha na triagem auditiva e é encaminhado para diagnóstico. Além disso, gostaríamos de ressaltar a importância de minimizar o intervalo de tempo entre triagem e diagnóstico, antecipando o início do atendimento terapêutico.

Nery e Novaes (2001) referem que o trabalho com as crianças deficientes auditivas tem seu foco na perspectiva da abordagem oral, na aquisição e no desenvolvimento da linguagem, com a utilização máxima da audição residual, pelo uso dos AASIs. Na intervenção terapêutica fonoaudiológica, inicia-se o processo de indicação dos AASIs o que, segundo Dillon (2001), deverá ser providenciado o mais rápido possível.

Como parâmetros iniciais na indicação dos AASIs, temos os dados da avaliação audiológica do paciente: observação comportamental diante de estímulos auditivos calibrados (*warble*, tom puro e fala) e não calibrados (sons instrumentais e fala), audiometria de reforço visual (VRA), pesquisa das emissões otoacústicas (EOAs), potenciais auditivamente evocados de tronco encefálico (PAETE) e imitanciométrica (timpanometria e pesquisa do reflexo do músculo do estribo).

Para Dillon (2001), os parâmetros eletroacústicos dos AASIs serão devidamente ajustados quando os limiares auditivos (de orelhas separadas) da criança forem determinados – dados que serão difíceis de obter nos bebês; além disso, o tamanho do meato acústico externo (MAE) nos bebês é muito pequeno, quando comparado ao dos adultos, o que complica ainda mais as interpretações dos limiares obtidos com AASI.

No que diz respeito aos procedimentos para avaliar o desempenho dos AASIs em bebês e crianças muito pequenas, Seewald et alii (1996) referem que podem ser utilizados: mensuração dos limiares auditivos com AASIs (ganho funcional) e avaliação formal e informal de recepção de fala, além da mensuração do RECD (medida da resposta da orelha para acoplador de 2cc). É recomendado que o paciente seja avaliado pelo audiologista a cada três meses, durante os dois primeiros anos de uso dos AASIs. Além do RECD, o Pediatric Working Group (2000) recomenda a medida de RESR (resposta de saturação da orelha externa).

O bebê, porém, não fornece dados precisos de conforto, de qualidade e de recepção da informação sonora; é difícil, portanto, simplesmente estabelecer comportamentos esperados como respostas que nos auxiliem em modificações dos parâmetros eletroacústicos dos AASIs. Além disso, o bebê está crescendo, e a evidência do aproveitamento do uso dos aparelhos é, muitas vezes, difícil de ser apreendida pela família. De fato, cada cliente é singular, e compreendê-lo como um sujeito em formação, dentro de seu contexto de vida, torna-se, nessa medida, de extrema importância.

Neste estudo, abordamos justamente as particularidades do atendimento terapêutico fonoaudiológico de bebês deficientes auditivos, e também as especificidades da interação com um bebê que usa aparelhos auditivos, as quais são explicitadas a partir do cotidiano com a família.

O *objetivo* deste trabalho é discutir a questão de bebês deficientes auditivos em processo terapêutico, especificamente no que diz respeito ao processo de conhecimento entre eles e suas mães.

### **Método**

A coleta de dados foi realizada em três momentos distintos, quais sejam: 1. relatos das mães de um grupo de bebês de risco para deficiência auditiva; 2. acompanhamento do caso de um bebê deficiente auditivo em processo terapêutico; e 3. entrevistas com fonoaudiólogas com experiência no trabalho com bebês deficientes auditivos.

Todos os sujeitos da pesquisa receberam por escrito um termo de consentimento livre e esclarecido de suas participações; além disso, houve aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética responsável (processo n. 0166-2003), como recomendado pela Resolução CSN 196/96.

*Relatos das mães de um grupo de bebês de risco para deficiência auditiva*

Sujeitos

Todos os sujeitos desse eixo eram mães que recebiam orientação em grupo e cujos bebês passavam por acompanhamento no Programa de Avaliação e Acompanhamento de Bebês de Risco para Deficiência Auditiva da Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Sorocaba (Apadas). As mães serão identificadas, no texto, pelas iniciais de seus nomes e, logo após seu relato, virá a idade do bebê.

Os bebês encaminhados para esse serviço apresentavam algum critério de risco para deficiência auditiva segundo o Joint Committe on Infant Hearing (2000) ou eram bebês nascidos pré-termo. A meta desse programa é a identificação de perdas auditivas antes dos três meses de nascimento, a fim de iniciar a intervenção terapêutica fonoaudiológica antes dos seis meses de vida.

Embora houvesse suspeita de comprometimentos nos bebês (visto que apresentavam algum indicador de risco ou prematuridade), nosso objetivo era delinear as primeiras relações entre as mães e seus filhos nos meses iniciais de vida, descrevendo o processo de conhecimento entre a dupla, sem a intenção de abordar o aspecto auditivo. Pretendíamos apenas conhecer as rotinas das mães e seus bebês.

Nesta pesquisa, o fato de utilizar dados de um grupo de mães de bebês com indicadores de risco nos remete a uma questão que deveria ser exaustivamente discutida: o diagnóstico da deficiência auditiva nos bebês nem sempre ocorre logo ao nascimento, havendo uma lacuna no processo triagem/diagnóstico. O grupo de mães estudado nesta pesquisa encontra-se nessa delicada situação, no acompanhamento dos bebês que deverão ser avaliados e diagnosticados,

deficientes auditivos ou ouvintes. E, até que o diagnóstico se estabeleça, a família estará passando por uma complexa situação, que deve ser discutida entre os profissionais ligados à área e a família muito bem orientada.

Os dados obtidos nesses encontros permitiram, no entanto, um recorte bastante particular em alguns aspectos. Em primeiro lugar, essas mães poderiam ser consideradas “especiais”, já que havia a possibilidade de algum risco para o bebê, no período pré, pós ou perinatal. As mães passavam então por um processo de conhecimento de seus filhos e, talvez, antes mesmo do nascimento deles, algo não tivesse caminhado bem. Era um início de relacionamento diferente, marcado por uma preocupação por parte das famílias. Essa situação foi determinante no modo como era introduzido o tema – o que elas sabiam ou conheciam sobre os seus bebês. Talvez as mães tenham se preocupado excessivamente em querer “acertar”, o que, supostamente, em um grupo de mães de bebês sem indicadores de risco para deficiência auditiva, não seria tão marcante. Chamamos a atenção para esse aspecto, embora, como já dissemos anteriormente, nesse momento nosso intuito fosse o de conhecer as relações das mães com seus bebês, sem levar em consideração a confirmação de qualquer comprometimento.

Foram realizados três encontros com as mães (de três grupos diferentes), no período de novembro a dezembro de 2000, e uma entrevista com uma mãe, individualmente, pois na data marcada, as outras convocadas faltaram. Das 20 que participavam do grupo de orientação da Apadas, 14 mães e 15 bebês fizeram parte desta pesquisa (uma das mães tinha um casal de gêmeos), embora todas tenham sido convidadas a participar. As que não puderam, dependiam da ambulância para ir embora ou tinham retorno com o pediatra no posto de saúde. Todos os encontros foram realizados logo após o grupo de acolhida/orientação.

A idade dos bebês variou de 14 dias a 5 meses de nascimento – três tinham menos de um mês de idade (14, 19 e 24 dias); oito tinham entre 1 mês e 1 dia a 1 mês e 19 dias; dois bebês tinham 2 meses e 18 dias (gêmeos); os dois outros apresentavam 4 meses e 7 dias e 5 meses respectivamente.

Optamos por trabalhar com o grupo disponível naquele momento, não havendo, portanto, uma seleção quanto à idade dos bebês.

## Procedimento

Após os grupos de acolhida/orientação, as mães foram então convidadas a participar do trabalho, sendo informadas verbalmente sobre a pesquisa.

As mães que aceitaram participar das reuniões permaneceram na mesma sala, enquanto o ambiente foi preparado. As participantes foram então dispostas em círculo. No centro havia uma mesa com trocador e fraldas, já que os bebês estavam desde cedo na instituição. Além disso, oferecemos um lanche, que ficava disposto na lateral do círculo. A intenção foi criar um ambiente descontraído.

Inicialmente, agradecemos às mães pela disposição em participar da pesquisa; a seguir, perguntamos se “conheciam seus bebês, se entendiam o que eles queriam (...) se saberiam diferenciar quando estavam com fome ou sono, por exemplo”. As mães, então, começavam a contar com detalhes sobre o dia-a-dia com seus filhos. Para a mãe que foi entrevistada sozinha, a pergunta foi a mesma, e seu relato bastante parecido com as mães dos grupos; nestes, porém, as participantes puderam trocar experiências e comparar os comportamentos de seus filhos.

As reuniões foram gravadas em vídeo e transcritas. A partir das transcrições, os tópicos foram identificados e, posteriormente, compuseram os eixos de discussão.

### *Acompanhamento do caso de um bebê deficiente auditivo em processo terapêutico*

## Sujeito

O bebê desta pesquisa, que chamamos de L., é atendido por uma fonoaudióloga em São Paulo desde os 5 meses e 20 dias de vida, tendo sido encaminhado para o atendimento terapêutico em novembro de 2000, após o diagnóstico da deficiência auditiva na Maternidade São Paulo.

## Procedimento

O contato com a família de L. foi realizado por intermédio da fonoaudióloga. Inicialmente, a pesquisadora compareceu a um atendimento do paciente, quando se apresentou à família, e todos permitiram as visitas domiciliares, que foram agendadas por telefone, em horário conveniente para a mãe.

Foram realizadas três visitas domiciliares no período de abril a maio de 2001, com duração de aproximadamente uma hora cada.

Na primeira visita, o bebê encontrava-se dormindo; portanto, foi realizada uma entrevista aberta com a mãe, na qual obtivemos dados da história do bebê, o diagnóstico da deficiência auditiva, o início do tratamento, as expectativas quanto ao processo terapêutico e do o uso dos AASIs e a rotina diária do bebê.

Na segunda e terceira visitas, a pesquisadora realizou uma observação livre da rotina do bebê e do contexto familiar.

Além disso, foram realizadas entrevistas sobre os atendimentos de L. com a fonoaudióloga responsável pelo caso.

Essas entrevistas e a entrevista com a mãe do bebê foram gravadas e transcritas para posterior análise dos dados. Das observações às visitas domiciliares foram realizados registros corridos, nos quais todas as observações eram anotadas de forma descritiva, além das impressões pessoais sobre os fatos. Os registros da entrevista com a mãe serão identificados no texto por “mãe/L.”.

### *Entrevistas com fonoaudiólogas*

#### Sujeitos

Foi realizado um contato pessoal com duas fonoaudiólogas que atendem bebês portadores de deficiência auditiva, escolhidas a partir dos trabalhos que realizam em suas práticas fonoaudiológicas: diagnóstico e (re)habilitação da deficiência auditiva em bebês.

O critério utilizado na seleção das mesmas ocorreu por estarem vinculadas a programas de identificação de deficiências auditivas em berçários, o que faz com que atendam bebês menores de três meses de idade para sua (re)habilitação. As fonoaudiólogas serão identificadas no texto por Bi e An.

#### Procedimento

Foram realizadas entrevistas abertas sobre as particularidades do atendimento fonoaudiológico de bebês portadores de deficiência auditiva. Buscávamos as especificidades dessa prática clínica, para reflexão.

As entrevistas foram marcadas pessoalmente, em horário conveniente às entrevistadas.

Foi perguntado às fonoaudiólogas: “Como é o trabalho que você realiza com os bebês? Você acha que o trabalho com o bebê tem alguma particularidade em relação aos outros tipos de atendimentos com deficientes auditivos? Qual?”.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, e os tópicos nelas levantados compuseram os dois eixos de discussão.

### **Resultados e discussão**

A coleta dos dados deste trabalho resultou em dois eixos de discussão, orientando a apresentação dos resultados e da discussão. No primeiro eixo são discutidas as “Particularidades do atendimento fonoaudiológico de bebês e a deficiência auditiva” e, no segundo, “O atendimento terapêutico fonoaudiológico” com base na “História de L.”.

#### *Particularidades do atendimento terapêutico fonoaudiológico de bebês e a deficiência auditiva*

O trabalho do fonoaudiólogo com bebês no processo de (re)habilitação da deficiência auditiva implica a compreensão desse paciente como um sujeito em formação, o que determina o estabelecimento de práticas e decisões muito particulares.

De fato, as fonoaudiólogas entrevistadas nesta pesquisa ressaltaram essas especificidades, mas lembraram que a formação profissional não as prepara para a complexidade do desenvolvimento do bebê, principalmente no que diz respeito às relações que estabelecem no primeiro ano de vida.

*O preparo do fonoaudiólogo para receber os bebês e suas famílias deve basear-se no conhecimento do desenvolvimento individual no primeiro ano de vida, no conhecimento da singularidade do bebê e sua família, marcados por uma cultura, e num preparo especial para lidar com a saúde e não com a doença. Ênfase ainda a importância das entrevistas e do acompanhamento da rotina do bebê. (Bi)*

Devemos estar atentos à singularidade que cada bebê apresenta como sujeito em formação. Daí a importância de o clínico fonoaudiólogo se relacionar com a família no processo de desenvolvimento individual do bebê, também para observar a interação da dupla mãe/bebê que, segundo Stork, Ly e Mota (1997), é marcada pela cultura e varia de acordo com a sensibilidade de cada mãe e de cada família.

Além disso, seria necessário um preparo especial para o profissional lidar com a saúde, e não com a doença. Sobre essa questão, Winnicott (1997), em conferência a profissionais de saúde, comentou que, ao lidarmos com pessoas saudáveis, nossa preocupação essencial é a de acompanhar o tempo em que os processos naturais ocorrem; sendo assim, a pressa e o atraso equivaleriam a uma interferência. Segundo o autor, se conseguimos nos ajustar a esses processos naturais, podemos deixar a maioria dos mecanismos mais complexos a cargo da própria natureza, restando a nós apenas observar e aprender, atuando somente no que é necessário, ou seja, naquilo que demanda intervenção por parte dos profissionais.

Precisamos então lidar com processos de formação que são individuais. O desenvolvimento segue, de fato, uma seqüência harmônica de acontecimentos, porém, num campo cuja variabilidade é imensa. Podemos observar como essa grande variabilidade de acontecimentos na vida do bebê determina o enquadre terapêutico nos relatos das fonoaudiólogas entrevistadas.

*Quanto menor o bebê, menos horário ele tem. Ele chega na terapia e está mamando, com cólica, fome, sono, fez cocô e aí tem que trocar... É uma terapia totalmente diferente de uma criança maior do que 6 meses de vida, que já senta em um cadeirão e brinca com coisas, imita... Mas são essas coisas que são significativas para um bebê nos primeiros meses; é isso que acontece na vida dele, este é seu universo. São esses momentos que você tem que aproveitar: a mãe cantar para ele dormir, a forma como ela aconchega e a posição que fala com ele, a troca de fraldas, como acolhe o choro. (An)*

Pudemos também observar esses aspectos nos relatos das mães entrevistadas nos grupos. As duplas mães/bebês vão se conhecendo nos primeiros meses de vida, estabelecendo suas rotinas, as quais, apesar de se mostrarem como acon-

tecimentos comuns entre todas as mães que acabaram de ter um bebê, ocorrem de maneira diferente para cada dupla, de acordo com aspectos singulares, como os culturais.

*Ja: - (...) não, antes das 9 horas eu já tenho que dar banho nele, que é a hora que ele começa a reclamar. Ai ele toma banho, ai depois ele mama e dorme. Ai quando é meio dia ele começa a resmungar, de novo, que tá com fome. Daí eu tenho que trocar ele, limpar, dar de mamar pra ele... Ai vai indo durante o dia, de 3 em 3 horas a mesma coisa. De madrugada a mesma coisa, dá 3 horas da manhã, eu tenho que levantar. (1 mês e 10 dias)*

Se a família está conhecendo o bebê, o fonoaudiólogo, no processo terapêutico, deve apenas acompanhar a relação dos pais com o paciente, principalmente no que se refere ao estabelecimento de vínculos. No atendimento terapêutico do bebê deficiente auditivo, é importante que os profissionais estejam atentos a esses aspectos, para buscar a singularidade do sujeito, aprofundando a constituição de sua linguagem (Souza, 2000).

Nessa medida, não podemos nos restringir ao modelo patológico, o qual propõe intervenções no sentido de minimizar os efeitos da patologia de linguagem decorrentes da deficiência auditiva (Nery e Novaes, 2001). Ao contrário, precisamos nos aprofundar sobre como se dá o desenvolvimento dos bebês.

*O profissional deve ter experiência de observação com bebês ouvintes. Se não entender como a parte cognitiva, motora, visual... se não entender como isso tudo acontece junto, fica complicado observar o que é particular da função auditiva. Se não há o conhecimento de como as funções acontecem isoladamente no início e vão se coordenando, harmonicamente, pode correr o risco de ficar esperando respostas que não seriam possíveis em determinada fase. (An)*

*É importante termos uma linha de base das capacidades deste bebê para podermos interferir quando e se necessário. Para formar esta linha de base, sistematizamos a observação de alguns aspectos do desenvolvimento; o que não significa que na terapia cada aspecto seja considerado isoladamente. O processo deve ocorrer de maneira harmoniosa. (Bi)*

A audição é uma das funções que tem um desenvolvimento particular no contexto geral do desenvolvimento, além da maturação do sistema nervoso cen-

tral, do desenvolvimento motor, cognitivo, emocional, de linguagem e de todas as outras capacidades perceptivas e sensoriais que ocorrem no recém-nascido. Não podemos observar o bebê deficiente auditivo somente em relação às suas capacidades auditivas, até porque, se estamos lidando com bebês menores de seis meses de idade, a função auditiva é ainda muito rudimentar, inicialmente apenas reflexa. O bebê pode virar a cabeça em direção ao som somente entre o terceiro e quatro mês de vida (Costa, 1998), e entre essa idade e os sete meses é que pode localizar a fonte sonora, mas somente para o lado e para estímulos superiores a 50 dBNA (Northern e Downs, 1991).

Para observar “desvios” ou até a evolução do bebê com deficiência auditiva em atendimento terapêutico e indicação de AASIs, é necessário saber o que seria esperado nas diferentes fases de desenvolvimento. Nessa medida, torna-se então importante situar o desenvolvimento do bebê e conhecer as particularidades de cada um, dentro de seu contexto de vida, para poder interpretar suas respostas ao som e possíveis atribuições de sentido aos estímulos em geral, particularizando para audição.

No atendimento terapêutico fonoaudiológico dos bebês deficientes auditivos, qualquer intervenção ocorrerá a partir do que já existe, do que o paciente traz na terapia; para isso precisamos ter conhecimento da linha evolutiva básica.

Nessa perspectiva, ao trabalharmos com esses bebês, estaremos fundamentados no desenvolvimento infantil, buscando uma linha de base para compreender o paciente em atendimento. Devemos, no entanto, ter o cuidado de não buscar uma padronização de características dos pacientes, distanciando-nos de suas particularidades (Souza, 2000).

Encontrarmos, na literatura, estudos que priorizam o diagnóstico o mais cedo possível em bebês (Comitê Brasileiro sobre as Perdas Auditivas na Infância, 2000; Joint Committee on Infant Hearing, 2000), demonstrando bons resultados quanto à aquisição das habilidades de linguagem dos bebês que iniciam a intervenção terapêutica no primeiro semestre de vida (Gordon-Langbein, 1999). Apesar de haver recomendações sobre a época e os resultados positivos desse tipo de intervenção, conhecemos poucos relatos da evolução desse processo.

De fato, os estudos apontam somente os bons resultados. Estes demonstram melhores desempenhos nas habilidades de linguagem de bebês que iniciaram o processo de (re)habilitação e uso dos AASIs antes dos seis meses de vida (Yoshinaga-Itano, Coufer e Mehl, 1998).

No entanto, a indicação do AASI, um dos aspectos mais importantes no trabalho, é bastante difícil, pois, para tanto, precisamos interpretar as respostas do bebê, avaliar o seu desempenho e só então fazer a indicação, utilizando somente respostas comportamentais.

*O adulto consegue opinar sobre o parâmetro do que você está oferecendo no sistema de amplificação. Na criança, é o comportamento que conduz a interpretação do fonoaudiólogo com e sem o uso do AASI (...) a partir do que você vê em termos de interação e linguagem é que o bebê pode dar indícios dos parâmetros que podem ser alterados. (Bi)*

*Sobre os parâmetros para escolha do aparelho, acho que inicialmente deve haver uma criteriosa e extensa avaliação auditiva. Não podemos eliminar a observação comportamental. Não dá para colocar aparelho só com os resultados dos potenciais auditivos de tronco cerebral e das emissões otoacústicas. (An)*

Atualmente, contamos com a evolução da tecnologia dos AASIs, o que ajuda também na segurança da escolha do aparelho que o bebê irá usar, como refere An:

*Antes eu adaptava aparelhos analógicos; daí, quando observei os benefícios da tecnologia digital, eu preferi utilizá-la também com os bebês, pela possibilidade de ajustar a intensidade para sons fracos, médios e sons fortes; isso dá uma segurança muito maior, principalmente de não estar dando uma sobrecarga em uma orelha pequenininha por causa do nível de pressão sonora na saída do aparelho.*

A tecnologia dos AASIs atualmente disponível, de fato, oferece opções para que os usuários se acomodem a diferentes tipos de situações e ambientes. Contamos com aparelhos auditivos digitais que, por funcionarem por bandas de frequência, podem, principalmente no caso de crianças, beneficiar a entrada do

sinal de fala nas altas frequências, o que possibilitaria uma melhor percepção da voz materna e de vozes de outras pessoas importantes, por exemplo (Roslyng-Jensen, 2001).

*Eu sinto que quanto mais cedo você coloca o aparelho, o som é incorporado pela criança; mesmo que seja um pouquinho, esse bebê estará usando audição. E se você conseguir que a mãe fale em uma altura em que você sabe que ele estará recebendo o som com aparelho, este bebê responde para a mãe. A mãe pode perceber o bebê se acalmando pela voz dela. Essas crianças respondem muito melhor para os sons do que crianças mais velhas com perdas auditivas semelhantes. (An)*

Nos primeiros dias de vida, os bebês praticamente apenas mamam e dormem, e o atendimento terapêutico coincidirá com essa fase; talvez na hora de mamar, por exemplo. A família, que ainda está conhecendo e aprendendo a lidar com o bebê, também estará diante de suas dificuldades decorrentes de todo processo de desenvolvimento, incluindo a deficiência na audição.

O bebê requer cuidados e atenção específicos e os pais, por mais inexperientes, parecem estar instintivamente prontos para isto. Apesar disso, não estavam prontos para lidar com a deficiência auditiva do bebê. Como relatam An e a mãe de L., o aparelho parece mostrar a todos a deficiência auditiva que o filho tem.

*Eu acho que o trabalho com bebês tem uma particularidade no contato com os pais ... os pais estão tão fragilizados... agora saem com o bebezinho e todo mundo pergunta do aparelho. Ao invés de falar: – Que lindo o seu bebê!, falam: – Nossa, coitadinho, o que é isso nele (referindo aos AASIs)? (An)*

*Mãe/L.: A gente sai na rua e as pessoas falam: – Nossa, ele tá de aparelhinho?, eu falo: – É, ele tem um grau de perda de audição, mas o resto é tudo normal, graças a Deus... é só uma perda, não é total!*

Segundo Roslyng-Jensen (2001), para os pais, no início, os AASIs parecem ser objetos que estigmatizam seus filhos, tornando a deficiência auditiva visível, especialmente quando são crianças muito pequenas. Porém, a partir do momento em que começam a surgir as primeiras respostas em reação a sons,

junto com o trabalho terapêutico, os pais podem então ver e acreditar que, com ajuda, seus filhos são capazes de responder e perceber o mundo sonoro. E, a partir desse ponto, as próteses são incorporadas à vida e à aparência da criança.

Nos relatos das mães que participaram dos encontros, assim como nos relatos da mãe do L., podemos observar essa disposição da família voltada ao universo do bebê, bem como o processo de conhecimento entre ambos.

*Ja: Logo que ela chegou em casa, eu já peguei assim, o jeitinho dela... como ela gosta de ficar. Ela gosta de ficar assim, em pezinha na gente.*

*P: Como é esse jeitinho?*

*Já: É encostada assim que ela fica comigo (mostra). Pra dormir também... é gostosinho. Pra dormir ela não gosta de ficar de lado, gosta de dormir no peito. Ai eu tenho que colocar um negócio do lado, se não ela não fica. Já tenho arranjado pra essas coisas. (...) E ela não gosta de tomar banho, faz um escândalo, todo mundo ouve e já sabe que ela tá tomando banho. (1 mês e 11 dias)*

*Mãe/L.: A manhã toda ele fica de aparelho, aí ele vai mamar, e eu tiro um lado, deixo só um. Toda vez que ele vai dormir eu tiro o aparelho. Fica então o dia todo de aparelho; agora, quando ele puxa muito o aparelho, eu tiro. Eu deixo um, dou um tempo pra ele esquecer do aparelho, e daí eu ponho de novo. De noite, quando vai chegando a hora de dormir, eu tiro, ele fica meio enjoado, mas ele fica o dia inteiro praticamente, só na hora de mamar que eu revezo, porque se deixa apita, porque encosta a orelha no corpo, então a genie tem que trocar os lados como troca também o lado do peito pra mamar... normal!*

*Os bebês dormem, acordam, choram, dormem outra vez, choram outra vez, acordam outra vez... são muitas variáveis, às quais a mãe pode atribuir significados: Fome? Dor? Susto? Sono? No bebê deficiente auditivo, a mãe tem mais variáveis para descartar: Ouviu? O aparelho incomodou? (Bi)*

Diante desses aspectos, é necessário que o profissional desenvolva um olhar criterioso para a dinâmica familiar. O fonoaudiólogo deverá se ater então à sintonia entre bebê e família, para conhecer o temperamento e a personalidade

do paciente. Nesse contexto, poderá identificar comportamentos que envolvem a audição e salientá-los, visando a modificação de situações interacionais, como referido por Bi:

*O fonoaudiólogo trabalha na transformação de uma situação interacional para possibilitar o processo de aquisição da linguagem oral, que se dá na interação com o outro, porque nós somos seres humanos... a transformação da situação interacional na relação aparelho e linguagem são fatores determinantes na reabilitação auditiva, particularidades de uma terapia de linguagem. (Bi)*

Valorizar os relatos das mães sobre os bebês poderá trazer dados infinitamente ricos, assim como valorizar e/ou criar situações, com a família, de rituais que ganhem sentido com os sons, para que, assim, o bebê atribua significado a algumas brincadeiras, antecipando o que irá acontecer e sentindo prazer nisso.

*O universo do bebê pequeno é menor, portanto, é mais fácil trabalhar com as significações dele; você vai na casa, conhece o espaço em que ele vive, tudo isto é importante. Às vezes, os pais não vêem o que é resposta e você tem que ir pontuando; a voz da mãe ou do pai é mais significativa? Tem que observar e discutir com a família sobre os aspectos do dia-a-dia. (An)*

*O bebê não ouve, então vamos criar situações, estabelecer rituais através da rotina diária, na relação com a família, fazendo com que ocorram ciclos de sentido para os sons: uma música cantada quando o bebê vai comer, uma música para tomar banho, alguma brincadeira na troca de fraldas... montar situações de atribuição de sentidos. (Bi)*

Mãe/L.: *Ele não é muito chegado em televisão, só se é alguma coisa que chama muita atenção. Agora, a fono tá colocando bastante música na terapia, então, quando eu ligo a televisão ele ouve o som e começa a dançar. Rádio eu tenho colocado bastante, ele presta atenção, dança. Na terapia, eu aprendi que ele gosta.*

Para Novaes (1998), é no processo de escuta da família e do comportamento do bebê que a atuação do fonoaudiólogo será delineada, trabalhando junto com os pais as inúmeras possibilidades de atribuição de sentido.

Ma: – *Porque quando meu marido chega, se eu estou dando de mamá pra ele, ele senta, fala com ele. Ele pára de mamar na hora.*

*E quando o cliente é o bebê?*

P: – *Ele reconhece a voz do seu marido?*

Ma: – *Eu acho que sim.*

Ja: – *Ela é apegada ao pai. Coloco em cima dele e ela dorme rapidinho.*

P: – *Você acha que ela é apegada ao pai dela?*

Ja: – *Ela é. Ela fica o dia inteiro chorando porque ele está trabalhando. Quando ele chega do serviço ela fica quietinha...*

Ma (1 mês e 3 dias)

Ja (1 mês e 11 dias)

### *O atendimento terapêutico fonoaudiológico – A história de L.*

L. foi encaminhado para atendimento terapêutico fonoaudiológico em novembro de 2000, após triagem auditiva neonatal realizada por meio de pesquisa das EOAs na Maternidade São Paulo. O diagnóstico da deficiência auditiva foi realizado no mesmo serviço, apresentando os seguintes resultados (informações obtidas pela carta de encaminhamento à fonoaudióloga responsável):

O bebê é o primeiro filho do casal, o qual não apresentava nenhum critério de risco para deficiência auditiva, segundo o Joint Committe on Infant Hearing (2000). Isso demonstra como é importante que os programas de triagem auditiva nas maternidades sejam realizados universalmente, de modo que os bebês portadores de deficiências auditivas congênicas sejam identificados, sem indicador hereditário, pré, peri ou pós natal.

Mãe/L.: *Lá na maternidade, ele fez o exame logo que ele nasceu..*

P: *Tinha que fazer este exame? (EOAs)*

Mãe/L.: *Não, iam no quarto e perguntavam pras mães se queria fazer esse exame. Ai perguntaram pra mim...*

P: *E você?*

Mãe/L.: *Eu fiquei de pensar! Ela voltou no quarto, perguntou se eu queria. Sabe... foi uma coisa assim... que falou pra eu fazer... aí eu fiz. E tinha outra mãe, que o quarto era pra duas pessoas. A outra moça não fez, e aí eu fiz. No outro dia, ela já tinha o resultado do exame, elas falaram: – Olha, o exame não foi bem, vamos fazer outro exame.*

O exame não era obrigatório. A detecção da deficiência auditiva para a família, que não conhecia o exame e nem suspeitava de problemas com o bebê, foi mesmo um susto. O parto não apresentou intercorrências, assim como a gestação.

P: *Quando foram oferecer o exame, você sabia pra que era?*

Mãe/L.: *Nem sabia...*

P: *E por que você fez?*

Mãe/L.: *Porque... sabe, eu pensei: – Vou fazer, porque se der alguma coisa já sabe agora. Mas eu achei que não ia dar nada! Que ia superbem o exame, mas não... daí deu um probleminha de ouvir, entendeu?*

P: *E o que aconteceu quando você saiu da maternidade e foi para sua casa?*

Mãe/L.: *No dia, eu só chorava. Fiquei uns três dias só chorando, chorando... porque já é um probleminha que a criança tem. Você quer um filho normal, mas aí já falou que ele não ouvia, né? Ai, nossa, só chorava...*

P: *E a sua família?*

Mãe/L.: *Também só chorava, todo mundo só chorava. Agora... já acostuma, né? Mas não é assim, porque tem criança que fica... que tem mais problemas. O L. tem problema só de audição, tem criança que não anda... que tem problemas mais sérios, ele não. Graças a Deus, a gente tem que ver isso, porque tem outras crianças piores... ele é uma criança saudável.*

A família acreditava, segundo relato da mãe, que havia sido uma sorte ter feito o exame audiológico e estar em atendimento terapêutico desde cedo, embora não soubesse explicar as vantagens disso. Em seus relatos, é possível notar que ainda havia dificuldade em entender o que estava acontecendo.

O envolvimento da família nesse processo será muito importante, o que ocorrerá a partir da orientação do profissional.

No primeiro dia de visita à casa de L., ele já estava há quatro meses sendo acompanhado pela fonoaudióloga. Apesar de demonstrarem tranqüilidade e investirem nas terapias e no uso dos AASIs, os pais ainda acreditavam que talvez o filho recuperasse a audição, como pode ser observado no trecho a seguir.

*P: Se você não tivesse ficado sabendo na maternidade, em casa, você acha que iriam reparar?*

*Mãe/L.: Não... acho que não. Acho que seria normal, não ia perceber. Só iria perceber depois de um ano, um ano e pouco, que já começa a falar alguma coisa. Ia chamar ele... e acho que não iria responder. Agora, de aparelho, ele atende bem... sem aparelho também, mas demora um pouquinho. De aparelho é mais rápido, acho...*

Essa é uma característica dos bebês que apresentam perdas auditivas de grau leve a moderado. A família não nota no comportamento do bebê a deficiência de audição devido à presença de resíduos auditivos muito melhores do que nas perdas auditivas de grau severo a profundo, em que os pacientes poderão reagir somente aos sons fortes. Além disso, o bebê está crescendo, respondendo aos familiares, fazendo gracejos, começando a engatinhar... Cada dia parece ter uma novidade que chama a atenção da família. O bebê estava em terapia, usando os AASIs e reagindo aos sons; porém, fica nítido que, para a família, era difícil apreender todo o processo pelo qual estavam passando, embora, nesse caso, investissem nas terapias.

*P: O que a fono do hospital disse que você tinha que fazer?*

*Mãe/L.: Ah, falou que ia fazer uns exames e falou que ia me encaminhar para fazer terapia com outra fono. Só que eu não entendia muito bem. Eu pensava: "Se é bom para o L., vamos fazer!". Mas eu não entendia muito bem o quanto de perda ele tinha. Não tinha noção do que estava acontecendo...*

*P: E agora, você tem?*

*Mãe/L.: Eu sei um pouco, mas não muito, sabe?*

A dificuldade que a família mostrava de apreender o processo pelo qual estavam passando pode ser decorrente do impacto da notícia, sem que houvesse alguma suspeita, bem como da falta de compreensão sobre a deficiência, que pode parecer “invisível” no comportamento do bebê recém-nascido, pois, aos olhos dos pais, o filho parecia saudável.

Desde os seis meses de idade, L. fazia uso dos AASIs. Segundo a mãe, ele já havia se adaptado e usava os aparelhos dos dois lados o dia todo.

O aproveitamento do uso dos AASIs deve ser pontuado aos pais, a fim de que eles entendam as respostas e a evolução do bebê, pois a família pode apresentar dificuldades em observar, no dia-a-dia com o bebê, os benefícios desse uso.

*Com o processo iniciado o mais cedo possível, eu observo que o bebê acaba usando mais a audição porque integra com todo o resto do desenvolvimento. E, para os pais, a criança está ouvindo, isto é bom... você tem que ir pontuando para a família as mínimas respostas que são possíveis de serem observadas, pois isso os incentiva no processo. (An)*

P: *É muito diferente ele de aparelho e ele sem aparelho?*

Mãe/L.: *É diferente.*

P: *Faz quatro meses que ele está usando o aparelho. Você gostou ou não?...*

Mãe/L.: *Achei que... parece que incomoda, porque ele tira toda hora. Mas achei que muda bastante quando coloca o aparelho. Mas sem aparelho também está reagindo bem. Atende bem. Mas com o aparelho ele tá de longe, eu chamo e ele atende. Ai atende bem, ele vem às vezes. Agora sem aparelho às vezes ele não vem, não percebe.*

P: *Quanto tempo ele fica de aparelho?*

Mãe/L.: *A manhã toda ele fica... às vezes... Quando vai mamã eu tiro e deixo o outro. Toda vez que vai dormir eu tiro. Agora, quando ele tira muito eu deixo um só. Mas eu tento colocar os dois, mas quando tira muito eu faço isso. (...) Ele faz isso com os dois. Quando vai chegando a hora de dormir ele começa a ficar enjoadinho, aí eu tiro os dois porque eu acho que já deu!*

P: *Então... é diferente com o aparelho...*

Mãe/L.: *Não... não tá assim tãããã diferente. Mas às vezes ele tá sentadinho, aí eu chamo e ele já olha. Se eu grito, bato palma mais alto, forte, ele já olha. Agora, com aparelho eu chamo ele, assim, não pelo nome, porque pelo nome ele ainda não atende, mas qualquer coisa assim, "au-au", aí ele já olha. Também eu acho que agora ele já reconhece a minha voz. Então, eu chamo e ele já me procura.*

Nesse trecho, nota-se a dificuldade em observar as diferenças com e sem aparelho por parte da família. Em algumas situações, mesmo sem o aparelho, a mãe acreditava que L. reagia. Deixamos destacado a expressão *às vezes*, pois nota-se que, no dia-a-dia com o bebê, apesar da rotina, nada é tão preestabelecido; dependendo do estado do bebê, da atenção dele naquele momento, ele pode reagir ou não aos diversos eventos sonoros. O mesmo ocorre na observação do comportamento auditivo, por mais que a situação possa parecer controlada. Na realidade, se ele estiver perto e prestando atenção, terá a possibilidade de reagir. Nesse caso, mesmo sem aparelho, devido ao grau moderadamente severo da perda auditiva.

O bebê, mesmo fazendo o uso de AASIs desde cedo, não irá responder a todos os eventos auditivos que ocorrem no dia-a-dia; e, assim como os bebês ouvintes, irá reagir principalmente quando os sons fizerem sentido, como explica Bi.

*Não é sempre que o L. olha quando você chama. Quando o avô chama ele olha, ele tem uma atenção especial ao avô, pois os dois têm juntos muitas brincadeiras na sua rotina. Quando faz sentido ele olha! Às vezes, na terapia, eu chamo muitas vezes e ele não olha. Agora, eu tenho uma brincadeira em que eu falo mudando o tom de voz: "Eu vou pegar você..." Imediatamente ele olha para mim. (Bi)*

Ao observar a rotina na casa de L., notou-se que a mãe tinha todos os deveres da casa para cuidar. Apesar da atenção especial voltada para o bebê, em muitas ocasiões em que estava engatinhando, encontrava-se distante da fonte, sofrendo interferência dos ruídos ambientais, o que poderia prejudicar a percepção da fala da mãe.

Isso tornava difícil que a mãe notasse, no dia-a-dia, indícios que pudessem ser aproveitados para dar um sentido ou estabelecer alguns rituais que ganhassem significado com o som, quando colocados em um contexto diário. De fato, quando o bebê apresenta algum indício de atribuição de sentido, este deve ser colocado dentro de um contexto para que tenha um significado na relação com o outro.

*O sentido das coisas, no caso para os sons, é construído de alguma maneira na relação com as pessoas. Em algumas famílias, isso acontece mais facilmente e em outras não. Isso pra mim demarca nitidamente o estilo do bebê. A mãe do L. não está tão ligada aos indícios que ele dá e ele está muito mais voltado para a parte motora; é o estilo dessa dupla e temos que estar atentos para isto! Numa família em que todos estão muito voltados para a audição, a interação com o bebê acaba aproveitando esses indícios. Uma família que tem menos rituais, menos atenta para esse tipo de brincadeira, as interações em que o som e a palavra falada adquirem sentido acabam acontecendo sem querer, com menos freqüência. Para o deficiente auditivo, o aumento desse número de oportunidades é determinante do processo de aquisição da linguagem falada. (Bi)*

No caso de L., ele e o avô criaram alguns rituais, os quais muito lhe interessavam; brincadeiras que se tornaram prazerosas, levando ao fechamento de um ciclo, restando um sentido para o bebê, que toda hora buscava repeti-lo. Em outras situações, as pessoas tentavam chamar sua atenção, mas ele não olhava, não procurava, pois talvez estivesse distraído com outra coisa ou à distância, ou com um ruído competitivo atrapalhando, ou ainda esses chamados não o atraíam como as brincadeiras do avô...

As mães conseguem notar esses comportamentos em seus bebês, como já descrito, o que acontece de acordo com os eventos já ocorridos entre a dupla. As reações do bebê e a atribuição de significados aos comportamentos da mãe e dos outros familiares ocorrem, principalmente, em ensaios de tentativa e erro, nos quais as mães acabam praticamente adivinhando o que os bebês estão querendo ou sentindo.

Se a linguagem acontece na interação, é necessário então multiplicar as ocasiões em que essa interação ocorre, devido aos impedimentos reais que a criança surda vive, como o ruído e a distância do falante. Uma criança que já tem uma disponibilidade para o outro, multiplica por si só o número de oportunidades para desenvolver a capacidade de se comunicar. Além disso, quando a criança em atendimento não tem essa característica, como era o caso do L., será uma parte do trabalho desenvolvê-la, a partir de situações em que queira estar em contato com o outro. O bebê sempre mostra um indício de seu desejo; este então deve ser aproveitado para se criar um sentido. O fonoaudiólogo tem de construir isso com a criança.

*A pessoa que usa um aparelho auditivo tem menor número de oportunidades de interação verbal porque escuta através do aparelho, então é um interlocutor diferente. Através do uso do aparelho, tentamos diminuir as dificuldades determinadas por essa condição: melhorar a discriminação em ambientes ruidosos (no que os aparelhos digitais têm nos ajudado muito), temos que fazer truques para que as situações interacionais ocorram no silêncio; eliminar a distância do falante; e propiciar o aprendizado incidental, (informações auditivas que eu teria acesso sem que estivessem falando diretamente comigo, mas que incidentalmente passaram a fazer parte do meu repertório linguístico), dificultado pela deficiência auditiva. (Bi)*

O número de atendimentos por semana com o bebê deficiente auditivo é determinado de acordo com a necessidade de cada caso. No atendimento dos bebês, pode haver a necessidade de mais sessões por semana, principalmente devido à angústia dos pais e à necessidade de indicação dos AASIs.

*No início, às vezes, você precisa de mais atendimentos por semana. Às vezes até três vezes, por causa da angústia inicial dos pais. Na realidade, é mais para atender os pais do que o próprio bebê; para conhecer o bebê e também poder fazer a indicação do aparelho o mais rápido possível. No começo, por exemplo, acho importante ver o bebê mais vezes seguidas. Além disso, as terapias podem ser mais longas, porque o bebê mama, troca a fralda, dorme... Eu acho importante também as visitas domiciliares. O ambiente da casa é que vai ser significativo para o bebê, e eu considero importante ver o que é significativo para ele, como são os cuidados da mãe, seus brinquedos, as brincadeiras comuns e particulares a cada membro da família, sua rotina. (An)*

As visitas domiciliares poderão fornecer dados importantes do contexto familiar, os quais irão permear a compreensão do estilo do bebê, suas reações e preferências, entre outros aspectos.

A relação mãe-bebê, por exemplo, potencializa para o fonoaudiólogo a oportunidade de percepção da constituição humana em uma visão diferenciada; assim, a compreensão desses processos de personificação do bebê pelo fonoaudiólogo lhe possibilita uma atuação mais contextualizada e integrada ao ambiente a que pertence seu cliente, o que, certamente, levará a uma maior eficiência do trabalho especializado (Souza, 2000).

### Considerações finais

A partir dos resultados obtidos, discutidos nos dois eixos distintos, podemos concluir que:

O primeiro ano de vida do bebê demanda um enquadre bastante diferente daquele com crianças mais velhas;

Bebês são complexos e requerem uma capacidade de observação e escuta, por parte do profissional, muito específica e criteriosa. Não podemos nos distanciar das particularidades de cada paciente;

O preparo do profissional envolve, necessariamente, saber lidar com a saúde e não com a doença, atuando somente onde há demanda. Deve-se acompanhar o tempo em que os processos naturais ocorrem, aprofundando o olhar clínico para aquilo que realmente deve ser trabalhado em terapia; onde há necessidade de intervenção fonoaudiológica. Por exemplo, um bebê que tenha somente um *déficit* auditivo, sem outros comprometimentos, deverá ser observado e avaliado nos aspectos relativos aos efeitos trazidos pela deficiência auditiva no desenvolvimento da linguagem *versus* audição e seu AASI, cognição, emocional, familiar; interferindo somente no que não vai bem.

O aprofundamento em áreas de conhecimento que não só a fonoaudiológica, principalmente em estudos sobre o desenvolvimento global e a relação mãe-bebê, tem muito a contribuir para o estabelecimento de uma linha de base em cada bebê. O fonoaudiólogo abarcaria em sua formação não só a observação, mas o conteúdo teórico de estudo e reflexão;

A triagem auditiva nos berçários vem sendo implantada e as recomendações demonstram, no entanto, que a complexidade da intervenção em bebês não tem sido discutida e demonstrada satisfatoriamente;

Também deve ser discutido satisfatoriamente o fato de o diagnóstico nem sempre ser imediato, causando uma lacuna entre triagem e diagnóstico;

A recomendação do uso dos AASIs imediatamente após o diagnóstico da deficiência auditiva requer técnicas específicas, incluindo a avaliação comportamental. O acompanhamento audiológico é parte do processo;

A transformação da situação interacional visando a aquisição da linguagem oral, privilegiando situações no silêncio e próximo do bebê, multiplica o número de oportunidades interacionais orais;

A relação do bebê com a família nesse processo inicial é parte integrante da intervenção fonoaudiológica. A mãe é o principal interlocutor da criança e a escuta que ela faz das orientações e sua tradução nas ações cotidianas é muito importante;

Outros estudos são necessários visando delinear o enquadre fonoaudiológico na intervenção em bebês.

### **Resumo**

*A implantação dos programas de identificação de perdas auditivas nas maternidades faz com que os recém-nascidos sejam diagnosticados e encaminhados para intervenção terapêutica fonoaudiológica logo nos primeiros meses de vida. O fonoaudiólogo vem se deparando com um novo cliente: o bebê. A presente pesquisa tem como objetivo discutir a questão de bebês deficientes auditivos em processo terapêutico, especificamente no que diz respeito ao processo de conhecimento entre eles e suas mães. Através de dados obtidos de grupos de mães de bebês, de entrevista com uma mãe cujo filho é portador de deficiência auditiva e de entrevistas com duas fonoaudiólogas, pudemos delinear algumas particularidades desse novo cliente e de técnicas envolvidas na intervenção terapêutica e na indicação de aparelhos de amplificação sonora. Fica evidente a necessidade de aprofundarmos nosso papel de observadores diante da sutileza dos comportamentos dos bebês, para que possamos não interferir em seu desenvolvimento saudável e natural.*

**Palavras-chave:** bebês; fonoaudiologia; diagnóstico precoce; deficiência auditiva; triagem auditiva.

### **Abstract**

*The implementation of hearing screening at birth, is causing a number of newborn babies to be referred to diagnosis and intervention in the first months of life. As a consequence the phonoaudiologist faces a new client: the baby. The goal*

*of the present study, was to discuss issues involved in the hearing impaired babies therapeutic process, outlining the complexity of development in the first years of life, particularly in the process of mothers and babies getting to know each other. Through data obtained in a group of mothers of babies, the interview of a mother of a hearing impaired baby and the interview of two phonoaudiologists, peculiarities of this new client were described as well as techniques involved in intervention and adaptation of hearing aids. It became clear the need for a better preparation of the professional as observer due to the subtleties of babies behaviors, in an effort not to interfere in healthy and natural development.*

**Key-words:** *babies; phonoaudiology; early diagnosis; hearing impairment, hearing screenig.*

### **Resumen**

*La implantación de los programas de identificación de pérdidas auditivas en las maternidades hace que los recién nacidos sean diagnosticados ya en los primeros meses de vida. Con ello, el fonoaudiólogo empieza a encontrarse con un nuevo tipo de cliente: el bebe. La presente pesquisa, tiene entonces como objetivo estudiar la cuestión de los bebes discapacitados auditivos en proceso terapéutico, específicamente en lo que se refiere al proceso de conocimiento entre ellos y sus madres. A través de datos obtenidos con grupos de madres de bebes, de una entrevista a una madre cuyo hijo es discapacitado auditivo y de entrevistas con fonoaudiólogas, hemos podido matizar algunas particularidades de este nuevo cliente, de técnicas utilizadas en la intervención terapéutica e indicación de aparatos de amplificación sonora. Queda evidente la necesidad de profundizar nuestro papel como observadores ante la sutileza del comportamiento de los bebes, para que podamos no interferir en su sano y natural desarrollo.*

**Palabras claves:** *bebe; fonoaudiologia; diagnóstico prematuro; deficiencia auditiva; tría auditiva.*

## Referências

- BRAZELTON, T. B. (1998). *O desenvolvimento do apego, uma família em formação*. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre, Artes Médicas.
- COMITÊ BRASILEIRO SOBRE AS PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA. (2000). *J. CFF*<sup>a</sup>, 5. Brasília, maio/jun., pp. 3-7.
- COSTA, S. A. (1998). *Avaliação da resposta de movimentação da cabeça em direção ao som, em crianças: evolução no primeiro semestre de vida*. Tese de doutorado. São Paulo, Escola Paulista de Medicina.
- DILLON, H. (2001). *Hearing aids*. Nova York, Stuttgart/Thieme.
- GORDON-LANGBEIN, A. L. (1999). Screening newborns for hearing loss: the time is here! *Volta Voices*, v. 6, n. 4, pp. 7-10.
- JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. (2000). Year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Am. J. Audiol.*, n. 9, pp. 9-29.
- MILLER, L. (1992). *Compreendendo seu bebê*. Tradução de Helena Guedes Pereira. Rio de Janeiro, Imago.
- NERY, D. M. e NOVAES, B. (2001). Identificação de estratégias no processo terapêutico de uma criança deficiente auditiva. *Distúrbios da comunicação*, v. 13, n. 1, pp. 49-67.
- NORTHERN, J. L. e DOWNS, M. P. (1991). *Hearing in children*. 4 ed. Baltimore, Williams & Williams.
- NOVAES, B. C. A. C. (1998). Deficiência auditiva nos primeiros anos de vida: objetividade e subjetividade em processo na clínica fonoaudiológica. CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA E ENCONTRO NACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Anais*. Natal, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
- ROSLYNG-JENSEN A. M. A. (2001). "O acompanhamento fonoaudiológico de crianças surdas e deficientes auditivas no contexto familiar". In: FONSECA, V. R. J. R. M. (org.). *Surdez e deficiência auditiva: a trajetória da infância à idade adulta*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

- SEEWALD, C. R.; MOODIE, K. S.; SINCLAIR, S. T. e CORNELISSE (1996). "Traditional and theoretical approaches to selecting amplification for infants and young children". In: THARPE, B.-G. *Amplification for children with auditory deficits*. Nashville, Bill Wilkerson Center Press.
- SOUZA, L. M. B. (2000). *A importância da relação mãe-bebê para clínica fonoaudiológica*. Dissertação de mestrado. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica.
- STORK, H.; LY, O. e MOTA, G. (1997). "Os bebês falam. Como você os compreende?: uma comparação intercultural". In: BUSNEL, M-C. (dir). *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-lo?*. São Paulo, Escuta.
- STREDLER-BROWN, A. (2001). "Programas de intervenção precoce". In: FONSECA, V. R. J. R. M. (org.). *Surdez e deficiência auditiva: a trajetória da infância à idade adulta*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- THE PEDIATRIC WORKING GROUP (1996). Conference on amplification for children with auditory deficits. *Am J. Audiol.*, v. 5, n. 1, pp. 53-68.
- YOSHINAGA-ITANO, C.; COUFER, D. K. e MEHL, A. (1998). Language of early – and later identified children hearing loss. *Pediatrics*, v. 102, n. 5, pp. 1161-1171.
- WINNICOTT, D. W. (1997). *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo, Martins Fontes.

*Recebido em ago./03; aprovado em dez./03*

**Endereço para correspondência:**

Márcia C. Mota Ferreira  
Rua Mourato Coelho, 1430 – apto 141  
CEP 05417-012  
E-mail: marcinhamota@yahoo.com.br