

## **ASPECTOS DO DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA COMO BASE PARA A HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO**

*Evaldo J. B. Rodrigues\**

A Educação do Deficiente Auditivo é complexa porque está na dependência de muitos fatores, o que exige, no momento de sua formulação, uma visão mais abrangente de todo o caso clínico. São importantes para o diagnóstico e conduta no tratamento da Deficiência Auditiva, os seguintes aspectos que a seguir serão considerados.

A severidade do comprometimento do ouvido periférico, mesmo sendo o aspecto fundamental da questão e determinante maior do prognóstico clínico (tanto pior quanto mais severa a perda), tem que ser relativizada. Iguais graus de perdas auditivas neuro-sensoriais assumem características clínicas diferentes dependendo da sua etiologia e da associação ou não com outros tipos de problemas; assume importância pela frequência com que ocorre associada à perda auditiva, a deficiência mental determinada por microcefalias frustras presentes em um sem número de Síndromes Genéticas. Igualmente frequentes são os comprometimentos neuro-sensoriais da audição, associados a lesões cerebrais difusas provocadas por vírus e bactérias durante o período pré-natal e as encefalopatias pós-natais, em que a meningite desponta por seu caráter endêmico e pela frequência e gravidade com que lesa o ouvido periférico. São problemas concomitantes, além de outros, que modificam e complicam o quadro clínico da deficiência auditiva que evolui de maneira diferente da sua manifestação isolada.

O segundo aspecto refere-se à idade. Dependendo da idade em que ocorre a lesão do ouvido periférico, há a possibilidade da existência ou não de experiências auditivas prévias, em muitos casos, até com aquisição de fala e linguagem. É o que acontece em deficiências auditivas provocadas por encefalopatias como meningite e ototoxicoses, por exemplo.

Vinculado à idade, e dependente da severidade da perda auditiva e da sua etiologia, o amadurecimento funcional das vias auditivas é outro fator muito

---

\* Médico Foniatra e Professor do Curso de Fonoaudiologia – PUC-CAMP.

importante. Como se sabe da neurofisiologia, só a partir do momento em que ocorre a mielinização das vias nervosas é que se torna possível a atividade funcional, que uma vez iniciada, também se constitui em fator importante para a continuidade e consolidação dessa mielinização. A partir daí, é que se inicia o processo de aumento do número de dendritos das células nervosas localizadas nas áreas do S.N.C. Estas são encarregadas da percepção dos estímulos provenientes da periferia e das células encarregadas, nas diferentes áreas do cérebro, da sua integração e associação. Tudo isto se processa num crescente – tanto mais agilizado e eficiente quanto maior for a atividade funcional.

Da mesma maneira que a partir de um estágio de mielinização mínima é possível o início da atividade funcional que desencadeia todo um autocircuito de amadurecimento, a ausência da atividade funcional, em contra-partida, provoca a degeneração da via nervosa, e conseqüentemente, o comprometimento do processo de dendritização mencionada, com sequelas graves das atividades correspondentes.

São esses fenômenos gerados pela exclusão funcional que em oftalmologia, por exemplo, determina o uso de tampões alternadamente em cada olho nos casos de estrabismo – uma vez que a dupla imagem leva a criança estrábica a excluir funcionalmente uma das vistas provoca, com o correr do tempo (pelo mecanismo acima citado) a cegueira total do olho excluído que era perfeitamente normal.

Ao que parece, em relação ao sistema auditivo, essa regra geral neurofisiológica do amadurecimento das vias nervosas tem uma aplicação muito rigorosa.

Desse modo, é fundamental para a sua estimulação funcional o tempo que medeia o momento da lesão e o do início das práticas de treinamento auditivo, que em síntese se resume no diagnóstico e treinamento o mais precoce possíveis. São tão importantes quanto o papel que desempenha o grau de severidade da perda auditiva, a idade em que se instala (que condiciona maior ou menor atividade funcional prévia do sistema auditivo), a etiologia que determinou a lesão do ouvido periférico e as eventuais associações com possíveis danos ao nível do S.N.C.

Outro aspecto relevante a ser considerado na definição clínica da Educação do Deficiente Auditivo, está no entendimento de que fala e linguagem são resultados últimos de intenso e complicado processo endógeno. Este processo está assentado no aporte contínuo para o S.N.C. de informações sensoriais, que como já foi considerado, viabiliza e estimula os processos perceptuais à integração e às associações, que também são responsáveis pela adaptação do indivíduo ao seu contexto social.

Independente da etapa ou do momento que se queira considerar do desenvolvimento, a comunicação é a mais sofisticada das habilidades que dependem de aprendizado.

De todos os aportes externos que possibilitam a comunicação e o desenvolvimento (aqui sub-entendido como o resultado da interação do ambiente com as estruturas anatômicas que amadurecem com o correr do tempo, e cada uma delas programada na espécie para o desempenho de funções específicas), os estímulos que adentram o S.N.C. através do ouvido periférico são, sem nenhuma dúvida, os aportes externos mais importantes. A lesão ou mal funcionamento, mesmo que seja de severidade equivalente ao do sistema auditivo (ou de qualquer outro sistema funcional encarregado de trabalhar com qualquer tipo de informação que venha do ambiente), não determinam desvios tão graves na comunicação e na adaptação do indivíduo como os que ocorrem quando o sistema auditivo está lesado.

Estão aí os casos clínicos a confirmarem estas afirmações, às vezes até de maneira sutil, mas nem por isso menos gritantes. São incontáveis os casos de crianças ouvintes, na faixa de 5 a 7 anos de idade, com discretas falhas perceptuais auditivas, com alteração da discriminação e da memória (até já sanadas através de atendimento específico) que ocasionaram distúrbios de fala e linguagem e importantes desvios cognitivos porque deixaram de processar de maneira adequada, a estimulação oral do ambiente durante a vigência dessas falhas, que mesmo resolvidas, não compensam nem repõem o que não foi possível processar. São essas falhas cognitivas que se manifestam por defasagens na operação lógica do pensamento que geram, num círculo vicioso, pobreza de conceitos, de vocabulário, da elaboração e da adaptação. Num determinado momento do desenvolvimento, estas características ficam resumidas no que, com muita propriedade, se denominou de falha ou pobreza na capacidade de abstração.

Ao nível de comprometimento auditivo sensorial, a situação é muito mais dramática porque se soma à falha perceptual – muito mais grave que a considerada até agora, por motivos óbvios – a diminuição da possibilidade de aporte de estímulos, levando a gravíssimos comprometimentos da capacidade de abstração, sendo este o grande entrave no quadro clínico do Deficiente Auditivo.

Outro ponto a merecer destaque dentro do juízo clínico é a dinâmica familiar que envolve o deficiente auditivo de qualquer grau de severidade, e que por sua relevância merece algum detalhamento.

Para melhor se entender essa dinâmica, é necessário que se reporte a mais elementar e primeira das relações sociais que é representada pela interação mãe/filho. Com toda certeza, é o ponto de partida para o entendimento de todas as demais relações sociais normais e patológicas.

A Deficiência Auditiva de qualquer intensidade, tanto como patologia, como dentro do enfoque terapêutico de se tentar inserir o indivíduo que a apresenta dentro de contextos sociais (o micro-social representado pela família, e o macro-social que inclui até o mercado de trabalho), é das patologias de comunicação, a que mais capciosa e sutilmente agride o grande projeto da vida de qualquer pai ou mãe, que é o seu filho.

No íntimo de cada pai e de cada mãe, como sentimento inerente à espécie humana, o seu filho será aquele, sem nenhuma dúvida, o mais inteligente, o mais bonito, o mais feliz, o mais respeitado, o mais brilhante, o sábio dos sábios, a garantia da realização de todos seus sonhos até então frustrados, a segurança e o amparo da velhice. Conscientemente não muito percebidos, esses sentimentos são muito mais atuados do que verbalizados.

Não é outro motivo, que não as qualidades acalentadas e cultivadas em relação a esse projeto, que viabiliza a mais desigual das interações da espécie humana que é a do adulto desenvolvido (a mãe) e o recém-nascido, apenas potencialmente pronto. É a serviço e em nome desses sentimentos de qualidade envolvidos nesse projeto, que a mãe coloca praticamente toda sua energia física e psíquica à disposição do seu filho.

Quando nasce uma criança com qualquer tipo de defeito, em que o cotejamento desse projeto não confere com a realidade no desempenho do dia a dia (e na deficiência auditiva isto geralmente ocorre depois de transcorrido algum tempo em que o projeto estava dando certo), são desencadeados vários mecanismos de defesa para salvá-lo. De modo paradoxal, em relação ao filho que apresenta um defeito que ameaça ou compromete o seu desenvolvimento potencial, famílias de pessoas sensatas, e por todos os títulos, adequadas em todas as situações de vida, funcionam dentro de esquemas que revelam atitudes conflitantes: manifestam-se por mal entendidos quanto às indicações feitas, e com expectativas distorcidas e irrealis sobre as propostas de trabalho de habilitação, mesmo a partir de informações que lhe são passadas pelo especialista de maneira suficientemente clara, a ponto de não haver razão plausível para as falhas de interpretação e de atuação que são frequentemente constatadas. Também por conta de mecanismos de defesa, correm soltas a

ansiedade, as racionalizações e as posturas defensivas no relacionamento pais/médico. Esta interação é completamente diferente da que se observa quando os pais procuram o médico para o tratamento de uma amigdalite, de uma fratura, de uma gastroenterite e etc., em que existem apenas a ansiedade e o sofrimento da expectativa, e não um juízo de valor baseado na aceitação social.

São todos esses motivos e circunstâncias que levam os pais de crianças com deficiência auditiva a encararem o aparelho de amplificação sonora, por exemplo, como um estigma que não conseguem tolerar, porque seu uso coloca em evidência o comprometimento auditivo, notoriamente muito limitante, mesmo que racionalmente entendam a sua indicação. Em outras palavras, o 'ego' desses pais aceita o aparelho, mas o seu 'self', que é a consciência que cada um tem do juízo que imagina que os outros fazem dele, não o aceita.

São todos esses motivos que mobilizam os pais a alimentarem uma constante expectativa de uma solução milagrosa, excluindo qualquer tipo de procedimento que deixe em evidência as limitações da sua criança.

São todos esses motivos, que no decorrer dos anos, principalmente nos casos de deficiência auditiva leve/moderada, levam os pais a um grau de exigência cada vez maior em relação ao rendimento que seus filhos venham a ter no processo de habilitação auditiva, até com efeitos nocivos sobre o trabalho, que passa a ser atropelado pela sua ansiedade.

Também é por essa ansiedade que outros tantos pais, também nas deficiências auditivas leves/moderadas, abruptamente interrompem um trabalho de habilitação com bom prognóstico, porque nas atividades de sua vida diária o desempenho de fala da sua criança está satisfatório para os seus parâmetros que excluem os conteúdos linguísticos assentados no desenvolvimento cognitivo.

São todos esses motivos que tornam incompreensíveis para os pais as justificativas de que os mecanismos de leitura e escrita só poderão ser adquiridos pelo deficiente auditivo dentro de esquemas especiais e a partir do momento em que tenha alcançado um mínimo de desenvolvimento das funções básicas para a alfabetização, não vinculado à idade cronológica.

São todos esses motivos que levam os pais a encararem a comunicação total, sem dúvida a técnica de habilitação auditiva que melhor viabiliza o desenvolvimento cognitivo e a linguagem, como um fator de segregação do seu deficiente auditivo muito severo.

É levando em conta todos esses fatores no processo de diagnóstico do deficiente auditivo, que para cada caso deve se considerar uma proposta de trabalho em que o objetivo maior é sempre o de promover o maior aporte possível de informações, em que a via auditiva, mesmo que devendo ser sistematicamente estimulada em todos os casos, nem sempre é aquela que no deficiente auditivo oferece condições de melhor desempenhar esse papel. E quanto pior for essa condição auditiva, mais urgente e necessário se torna que as outras vias sejam intensamente utilizadas, sob risco de grandes prejuízos no desenvolvimento e na adaptação da criança, tanto mais desajustada quanto mais tempo se demorar para supri-la das informações que não chegam pela audição e que são necessárias para que sejam criadas as possibilidades de adquirir conceitos.

O prognóstico da Educação do Deficiente Auditivo será melhor, tanto melhor forem as condições de aporte de informações através da audição e quanto melhor e mais eficiente for o acompanhamento da evolução cognitiva e a correção das suas eventuais defasagens, o que pode até possibilitar um rendimento global praticamente igual ao da criança normal de mesma idade, grau de estimulação e vivências.

A forma, a quantidade e a qualidade da comunicação do deficiente auditivo será a consequência da abordagem resultante de todo esse enfoque, em que a escola, importante fator de sociabilização, até quando for possível e útil a cada criança deficiente auditiva, deverá sempre ser a normal; e a alfabetização ser sempre perseguida em esquema de atividade clínica e no momento oportuno para cada caso: naqueles de perdas auditivas leves/moderadas, para garantir melhor sucesso, uma vez que na atividade clínica se anda um pouco à frente do programa escolar, que mesmo assim, quase sempre não poderá ser seguido no mesmo ritmo normal de criança ouvinte; nos casos de perdas severas, para garantir ao deficiente auditivo, no mínimo, e se possível, os estereótipos de leitura e escrita necessários para a adaptação nas atividades do dia-a-dia.

Dentro dessas considerações o aspecto mais distorcido dos procedimentos de habilitação e reabilitação do deficiente auditivo é o de se perseguir a oralização pela oralização, o que implica em práticas desvinculadas do contexto e sem o suporte da ação vivenciada, que é o esteio do aprendizado que propicia o desenvolvimento.

É a não percepção de todos esses aspectos do quadro clínico do deficiente auditivo por parte de quem os trata, que geralmente pode levar um sem número de casos, até aqueles com possibilidades de bom prognóstico, ao insucesso no seu

processo de habilitação ou reabilitação. Temos aqui duas explicações: a primeira é porque nem teve como fazer a criança usar o aparelho de amplificação sonora como devia (mesmo nas famílias que sempre verbalizaram a disposição, entre aspas, de fazer tudo o que fosse necessário para o bem da criança, não importando com que sacrifício). A segunda, no outro extremo, porque um dos pais, geralmente a mãe (numa rejeição total a qualquer limitação do filho), levou os procedimentos de habilitação ou reabilitação a tal grau de desempenho, em busca até de uma oralização impossível, que destruiu a família porque não sobrou espaço para mais ninguém.

Concluindo, a responsabilidade pelo sucesso na Educação do Deficiente Auditivo está na distinção, a mais precisa possível, entre os casos clínicos em que o compromisso terapêutico é com o êxito, daqueles em que o compromisso terapêutico é com o esforço, mas sempre a serviço do objetivo maior que é o de viabilizar ao deficiente auditivo e à sua família o quinhão de felicidade a que todos, indistintamente, têm direito.