

# Estimulação ou Intervenção Precoce? Abordagem Centrada na Família

Fga. Dra. Cristina Simonek\*

## Introdução

A comunicação é parte da existência humana, de tudo o que somos e fazemos. É influenciada por nossa personalidade, experiências, sentimentos e pelas relações e reações das outras pessoas. Muitas sensações são vivenciadas, ainda intra-útero, mas é a partir do nascimento que podemos acompanhar o aprendizado de uma criança.

Os primeiros quatro ou cinco anos de vida são os anos de maior aprendizagem! São anos **imitativos**, de formação de hábitos e **de desenvolvimento da linguagem**. Tudo que é feito com a criança e para a criança contribui para a formação do seu caráter, sua personalidade, seus sentimentos, suas atitudes em relação ao mundo em que vive e sua habilidade para se comunicar.

Portanto, é importante lembrar que as crianças ouvintes ou surdas **não adquirem comunicação efetiva num consultório**. Elas desenvolvem a habilidade de se comunicar interagindo com o mundo. É por meio da brincadeira que a criança estimula sua imaginação, tem oportunidades de conhecer a si própria, de compreender as relações entre as pessoas e de entender a funcionalidade e importância dos objetos, desenvolvendo, dessa forma, a linguagem.

Será que os pais têm a noção da importância da brincadeira no desenvolvimento de seus filhos? Ou será a brincadeira apenas uma forma de manter as crianças entretidas e, conseqüentemente, a tranquilidade dos adultos?

Sabemos que a audição é um canal sensorial de extrema importância para o desenvolvimento da linguagem, pois é por meio dela que a criança **organiza o pensamento**, compreendendo-a e interiorizando-a para, depois disso, iniciar o processo de comunicação verbal. Entretanto, estatísticas demonstram que 2,5 em cada mil crianças nascem com deficiência auditiva. (Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância, 1999) e portanto terão problemas em sua aquisição.

Segundo o último Censo Demográfico realizado no Brasil, em 2000, pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), existem 5.735.099 (cinco milhões e setecentos e trinta e cinco mil e noventa e nove) surdos. Destes, 468.759 (quatrocentos e sessenta e oito mil e setecentos e cinqüenta e nove) estão no Estado do Rio de Janeiro. Levando-se em conta o crescimento anual da população, teríamos a cada ano no Brasil aproximadamente 93.295 (noventa e três mil e duzentos e noventa e cinco) crianças que nascem com surdez! (1:1000)

.....  
\* Doutorado em Fonoaudiologia – Universidade Del Museo Argentino, UMSA, Argentina.  
Fonoaudióloga do Instituto Nacional de Surdos – INES  
E-mail: surdez@surdez.com.br

Para agravar a situação, a maior parte só é diagnosticada em torno dos dois anos de idade, dificultando o desenvolvimento da linguagem (CBPAI, 99).

O início da audição acontece a partir do 5º mês de gestação e se aprimora mais intensamente nos primeiros meses de vida, até sua total maturação no sistema nervoso central por volta dos 14 anos de idade. Após o nascimento, a criança reage de forma comportamental a estímulos sonoros, mas já distingue traços supra segmentares da fala e até o timbre vocal de sua mãe, destacando-a das demais vozes femininas. Com o passar do tempo, ela começa a reconhecer os sons que se repetem e, vagamente, começa a se dar conta de que certas combinações de sons se usam sempre em relação a determinados objetos, pessoas ou situações. Começa a associar determinados sons com o que vê, toca ou sente. Compreende o que as outras pessoas falam e, com o passar do tempo, a criança relaciona o som ao seu significado.

Uma criança ouvinte deve ter assimilado muitos conceitos antes de começar a falar – já experimentou diferentes intensidades, duração e frequência dos estímulos acústicos, em especial a do estímulo fala. Sua primeira palavra é uma que já ouviu muitas vezes e, quase sempre, entende o que ela quer dizer.

A dificuldade na comunicação é o problema básico da surdez, fato que preocupa pais e educadores. Com a dificuldade ou impossibilidade de aquisição da língua por meio da audição, possibilitando a comunicação, a criança surda pode apresentar um comportamento agitado e agressivo ou, ainda pior, torna-se passiva.

Surge, então, a necessidade de uma intervenção “precoce”, com a finalidade de esclarecer à família suas dúvidas a respeito do trato com o seu próprio filho, ensinar-lhe estratégias de comunicação, além de ensinar a própria criança a se comunicar, interagir e participar no seu meio familiar e social (JERUSALINSKY, 2002).

Essa intervenção deve iniciar-se no máximo até os seis (06) meses de idade. Crianças surdas diagnosticadas após essa faixa etária, ainda que até o segundo ano de vida, exibem baixo rendimento lingüístico, quando comparadas ao primeiro grupo (YOSHINAGA-ITANO, 1998).

A fim de comunicar suas necessidades, a criança surda usa gestos indicativos ou condução física do outro, pai ou mãe, até o objeto desejado, já que a deficiência auditiva não permite que a criança adquira, espontaneamente, a nomeação dos objetos trazidos pelo adulto ao seu apontar.

A criança ouvinte, a partir da nomeação, irá evoluir para compreender que a palavra sinaliza o objeto presente e, posteriormente, pode representá-lo na sua ausência. Já a criança surda é capaz de compreender as situações do dia-a-dia, a partir do contexto situacional, porém não consegue adquirir o código lingüístico usado por seu meio para representar essas relações. Podemos perceber, dessa forma, a existência da linguagem, faltando apenas uma língua para que possa organizar o pensamento e assim desenvolver todo o seu processo cognitivo (TRACY, 1985).

A participação da família de forma ativa no processo de intervenção é enfatizada no relato do caso abaixo, a fim de suscitar uma reflexão sobre os resultados do modelo de estimulação “precoce” tradicional – centrado na criança, realizado no âmbito ambulatorial – e um novo modelo, centrado na família.

### **Relato de caso de intervenção centrada na família**

Uma criança de 4,8 anos de idade, do sexo masculino, foi diagnosticada aos 16 meses como portadora de perda auditiva neurossensorial bilateral profunda, com etiologia de rubéola congênita, adquirida pela mãe no primeiro trimestre gestacional, sem diagnóstico durante a gestação, mas com sorologia confirmada na criança no primeiro ano de vida, pós-suspeita de surdez e relato materno de eczema.

A suspeição foi feita pelo pai, que notou uma diferença na produção de fala. Cita que a criança vocalizava bastante, mas não chegou a balbuciar nem a falar nenhuma palavra até a referida idade. A mãe achava, na época, que seu filho era apenas distraído.

**“Note que os pais não perceberam que a criança não escutava, mas que ela não conseguia falar sequer uma palavra” (grifo nosso).**

Foi realizado o exame PAETE (Potencial Auditivo Evocado de Tronco Encefálico) e confirmada a surdez, recebeu protetização bilateral, marca Phonak, modelo PPCLP2 e Terapia Fonoaudiológica semanal numa Clínica Escola Universitária por 12 meses, no município de Petrópolis.

A mãe relata que, por não perceber mudanças significativas do comportamento após a colocação dos aparelhos auditivos, procurou o serviço de intervenção precoce do INES - Instituto Nacional de Educação de Surdos (2,5 anos de idade), no Município do Rio de Janeiro. Refere que, após o contato com a LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais – seu filho passou a apresentar um comportamento muito mais tranqüilo...

“A maioria das crianças surdas no período anterior a intervenção apresentam comportamento motor agitado, algumas por orientação médica, chegam a fazer uso de medicamento, esse comportamento se transforma de forma radical quando descobrem que é possível a comunicação” (SIMONEK, 1996). Cita que até hoje tem dificuldade com os limites.

“Disciplina vem de uma palavra em latim que significa “aprender”, seu verdadeiro significado não tem nada a ver com castigar ou forçar uma criança a obedecer, ela é o meio para orientar o comportamento... as crianças aprendem muito cedo a distinguir quando se lhes fala de forma séria a fim de repreendê-las ou quando se lhes faz um elogio” (TRACY,1985).

**“Entretanto nem todos os pais se utilizam das formas mais adequadas, associando por exemplo, de forma absurda, expressões faciais de riso com um ato motor de repreensão” (grifo nosso).**

A mãe procurou o serviço de Implante Coclear- IC no HRAC/ USP em Bauru, mas a criança havia passado da faixa etária do protocolo do serviço. Procurou o Hospital das Clínicas em São Paulo, onde foi implantada, aos quatro anos e três meses de idade, com equipamento marca Medel, retroauricular, em 12 de julho de 2004.

Após 30 dias da cirurgia, foi realizada a ativação do IC. A mãe relata grande decepção, pois a criança não reagia sequer aos ruídos fortes da rua. (agosto 2004).

Uma semana pós-ativação, relata que a criança passou a detectar o chamado de seu próprio nome em voz alta. Nessa época, a criança apresentava ausência completa de língua oral. Sua emissão limitava-se a gritos guturais, usava somente

gestos indicativos ou condução física da mãe até o objeto desejado, o uso de Libras era rudimentar e só por parte da criança. O atendimento do INES não é integral nessa faixa etária; portanto, o contato com Libras é limitado, apesar de estar em atendimento há 1,5 ano.

Não havia, no período anterior a esse trabalho, uma comunicação efetiva entre mãe e filho – somente o atendimento a necessidades básicas, como comer ou urinar... a criança puxava a mãe o tempo todo pela mão e gritava, com agitação motora excessiva.

Não conseguia parar um só minuto para realizar as atividades propostas, tampouco prestar atenção visual ou auditiva aos estímulos apresentados.

Não havia contato visual entre mãe e filho durante a comunicação. A mãe repetia o ato do filho, puxava-o de um lado para outro, sem explicar ou antecipar as situações.

Em setembro de 2004, procurou orientação da fonoaudióloga Cristina Simonek, pois estava muito preocupada com o desempenho de fala do menor e gostaria de realizar atividades extracurriculares para acelerar o desenvolvimento da criança.

Iniciou sessões de orientação à mãe, com a frequência de uma vez por semana e duração mínima de 60 minutos, com o objetivo de ampliar a comunicação mãe-filho e a emissão oral de forma espontânea, por meio da atividade lúdica, ou seja, brincadeira.

O material utilizado como roteiro foi o livro *Vivenciando as Onomatopéias*, da Fga. Jordelina Montalvão, que apresenta uma sugestão padronizada e bem ilustrada de sons de animais e ambientais, adequada à faixa etária do menor.

Foi solicitada, à mãe, a aquisição dos bonecos representativos dos animais e das figuras do livro, para utilização e exploração de forma concreta durante as brincadeiras, que deveriam acontecer diariamente, em sua própria casa.

Segundo Piaget (1986), o desenvolvimento cognitivo é um processo contínuo e gradual. Do nascimento aos dois anos, encontramos o período **sensório-motor**, em que a brincadeira da criança não é social e consiste na exploração dos objetos. Após essa fase, observa-se o período **pré-operacional**; nele, além dos esquemas sensório-motores, inicia-se a capacidade de formar esquemas simbólicos (2-7anos)".

No caso apresentado, orientamos a mãe nas atividades lúdicas domiciliares sobre a necessidade da brincadeira com os objetos concretos – prévia às figuras – como, por exemplo, no jogo da memória.

Os esquemas simbólicos, no caso, estão presentes, ainda que falte uma língua plenamente desenvolvida para organizá-los. A criança consegue dramatizar, depois de iniciadas as sessões de orientação, o seu dia-a-dia.

Exemplo: orientamos a mãe a colocar uma campainha na casa e, ao toque sonoro, chamar a atenção da criança para o som, recebendo o visitante com a saudação "oi" e o cumprimento de mão. O menor, atualmente, ao chegar ao consultório, diverte-se tocando a campainha e colocando toda a equipe do lado de fora da porta para encenar a situação. Na terceira sessão de orientação, a cena passou a ser acompanhada de emissão.

"Por volta dos três anos, surge a brincadeira do "faz de conta", onde é possível dramatizar o seu dia-a-dia, imitando, colocando sua fantasia em algumas situações reais" (VYGOTSKY, 1988).

Neste relato, a criança surda já consegue reproduzir sua situação de vida diária. Falta-lhe a parte da fantasia, face à pouca experimentação e substrato lingüístico que possibilite o desenvolvimento completo da etapa do “faz de conta”.

Realizamos vivência com a mãe da produção visual, tátil e auditiva dos sons vocálicos e lhe ensinamos como explorá-los durante as brincadeiras, associando-os a cores e à observação da forma bucal.

Esses sons vocálicos são usados nas onomatopéias, que são os sons dos animais com os quais irá desenvolver as brincadeiras.

A mãe foi orientada que toda atividade realizada deve ser prazerosa para ambos. A brincadeira deve acontecer de forma espontânea, mas com o objetivo de desenvolver habilidades de comunicação.

Foi enfatizada, com a mãe, a importância do fluxo aéreo para a produção da fala, e ensinadas diversas brincadeiras que podem ser realizadas com o sopro. Exemplo: fazer gol com bolinhas de papel.

Após dois meses de sessão de orientação materna, visando ao desenvolvimento de habilidades de comunicação, por meio das brincadeiras mãe-filho, foi possível observar na mãe mudanças radicais em suas atitudes:

- . Ela passou a buscar o contato visual para comunicação.
- . Passou a explorar em tempo integral as situações do cotidiano para desenvolvimento de fala e linguagem.
- . Desapareceram o constrangimento e a inibição iniciais para realizar a brincadeira e a estimulação da fala em casa ou em público.
- . Houve substituição do “puxa-puxa” (condução física), para sinalização através de gestos convencionais ou não do início ou término de uma atividade. A orientação com relação aos turnos de comunicação foi reforçada durante as brincadeiras realizadas, com a antecipação de eventos.
- . O semblante da mãe passou de uma expressão pesada e triste, para leve e esperançosa, face à constatação do progresso do filho e da percepção de sua capacidade para estimulá-lo, diminuindo a sensação de impotência diante da surdez.

Com relação ao menor, foi possível observar:

- . Aparecimento das vocalizações.
- . Associação de significado às vocalizações.
- . Compreensão do uso pragmático da língua e dos parâmetros supra segmentares dos sons utilizados. A criança associa expressões faciais e corporais ricas e, atualmente, percebe e modifica a entonação. Exemplo: “ai”, o menor belisca a mãe para que ela diga: ai ! ai !
- . Diminuição significativa da agitação motora.
- . Aceitação de limites.
- . Melhor entendimento das situações vivenciadas.
- . O menor pede todos os dias a mãe para brincar com o seu “kit de brinquedos”.
- . Realiza atividades lúdicas: sensório-motoras, agrupamento, formação de conjuntos (categorização), seqüenciação, funcionalidade com e sem modelo, jogos simbólicos (imitativos), “faz de conta” e jogos com regras.

## Discussão

O trabalho realizado tem como objetivo principal a orientação direta à mãe, que, por sua vez, irá, por meio da brincadeira, estimular a criança, contribuindo no crescimento e desenvolvimento do filho, tornando mais fácil a comunicação.

Vygotsky (2000) deixa claro que, nos primeiros anos de vida, o brincar é uma atividade importante, aprendida no contexto social com os pais, com os profissionais ou com crianças mais velhas como mediadoras. Constitui fonte de desenvolvimento. Numa situação imaginativa, a criança desenvolve iniciativa, internaliza as regras sociais e expressa seus desejos.

Também se faz necessária a realização da terapia fonoaudiológica convencional, cujo objetivo é o trabalho direto com a criança para o desenvolvimento da fala e da linguagem.

O trabalho de orientação realizado num curto período – dois meses – obteve excelentes resultados.

Por meio das orientações, os pais conseguem aceitar a surdez com mais facilidade, compreendendo que sua participação é fundamental para o desenvolvimento do seu filho. Após o diagnóstico, é normal que os pais se sintam perdidos, passando por um período de “luto”, no qual aparecem sentimentos de culpa, ansiedade e um grande questionamento sobre a perda auditiva. É nessa hora que se torna muito importante a orientação, mostrando à família que, apesar da surdez, a criança apresenta um grande potencial a desenvolver.

## Referências Bibliográficas

CBPAI (Comitê Brasileiro de Perdas Auditivas na Infância) Recomendação 01/99. **Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia**. Brasília: CBPAI, maio/junho 2000.p.3-7.

ELKONIN, E. **Psicologia do Jogo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

GOLDFELD, M. **Fundamentos em Fonoaudiologia – Linguagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico Brasileiro 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/>. Acesso em 10 de novembro de 2004.

JERUSALINSK, J. **Enquanto o Futuro não Vem – Psicanálise na Clínica Interdisciplinar do Bebê**. Salvador: Editora Ágalma, 2001.

CORRÊA, J.M. **Surdez – Os Fatores que Compõem o Método Áudio-Visual de Linguagem Oral**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

CORRÊA, J.M. **Vivenciando as Onomatopéias**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.

NORTHERN, J E DOWNS, M. **Audição em Crianças**. São Paulo: Editora Manole, 1989.

PIAGET, J. **A Formação do Símbolo: Imitação, Jogo e Sonho, Imagem e Representação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

TRACY, J. **Curso por Correspondência da Clínica John Tracy Para Pais de Crianças Surdas de 2 a 4 anos**. Caxias do Sul: Ed. Educus, 1985.

ROSSETTI, L. **Communication Intervention – Birth to Three**. London: Singular Publishing Group, Inc., 2000.

SEIFER, CLARK, & SAMEROFF. Apud in ROSSETTI, L. **Communication Intervention – Birth to Three**. Chapter 6. 229-237. London: Singular Publishing Group, Inc., 2000.

YOSHINAGA-ITANO,C.; SEDEY, L.; COULTER, D.K. & MEHL, L. **Language of Early and Later Identified Children with Hearing Loss**. Pediatrics, 102 (5):1161-1171,1998.