

QUESTÕES ATUAIS NA (RE)HABILITAÇÃO DO DEFICIENTE AUDITIVO

Maria Cecília Bevilacqua*
Adriane Lima Mortari Moret**
Leandra Tabanez do Nascimento***

A primeira infância é um período de fundamental importância no desenvolvimento global da criança. Existe uma prontidão fisiológica do organismo que deve coincidir com a ocorrência de experiências externas para que as habilidades perceptuais, cognitivas e sociointeracionais, assim como a linguagem, sejam adquiridas.

Neste período, a deficiência auditiva traz implicações no que se refere à plasticidade neuronal, à aquisição e desenvolvimento de linguagem e fala, à aquisição e desenvolvimento da escrita; ao desempenho acadêmico e o desenvolvimento socioemocional (NORTHERN & DOWNS, 1991).

Estas complicações secundárias à deficiência auditiva podem ser prevenidas pelo diagnóstico e intervenção precoce e pelo acompanhamento da criança em um programa de (re)habilitação adequado às suas necessidades.

A tecnologia avançada surgida recentemente permitiu o aprimoramento das várias técnicas e procedimentos objetivos e comportamentais de diagnóstico (emissões otoacústicas, potenciais evocados auditivos de tronco cerebral, audiometria de reforço visual) e a determinação com maior precisão dos diferentes graus de perdas auditivas em crianças pequenas, incluindo os recém-nascidos e os bebês.

Além disso, na última década, o acesso ao mundo sonoro foi proporcionado a partir da alta tecnologia dos dispositivos eletrônicos: aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) potentes, de tecnologia analógica, híbrida ou digital, implante coclear multicanal (ICM) e sistemas de frequência modulada (FM).

*Profª. Livre Docente e Chefe do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo - Campus Bauru (FOB - USP). Fga. responsável pelo Programa de Implante Coclear do Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (CPA-HRAC/USP).

**Fga. do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (CPA-HRAC/USP) e Doutoranda do Programa em Ciências Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana do HRAC/USP.

***Mestranda do Programa em Ciências Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana do HRAC/USP.

Os aparelhos de amplificação sonora individuais auxiliam a grande maioria dos deficientes auditivos, no entanto, as crianças com perda severa e profunda podem, também, se beneficiar com os implantes cocleares multicanais.

O sistema funciona da seguinte forma: o som é captado pelo microfone retroauricular e transformado em sinal elétrico. Este sinal é enviado ao processador de fala através do fino cabo que os liga. O processador de fala seleciona e codifica os elementos dos sons da fala que são reenviados pelos finos cabos para o transmissor. A antena transmissora (um anel recoberto de plástico, com cerca de 33mm de diâmetro) envia os códigos transcutaneamente para o receptor – estimulador através de rádio-freqüência. O receptor-estimulador contém um “chip”, que converte os códigos em sinais eletrônicos especiais e os envia pelo filamento de eletrodos. Os sinais elétricos são enviados a eletrodos específicos intra-cocleares, programados separadamente para transmitir impulsos elétricos que variam em intensidade e freqüência respeitando o tonotopismo coclear. Estes eletrodos estimulam as fibras nervosas específicas que enviam as mensagens ao cérebro. O cérebro recebe os sinais e os interpreta, experimentando-se, então, uma “sensação de audição”.

O implante coclear multicanal já se encontra na terceira geração de avanço tecnológico e está sendo chamado de “ouvido biônico”. É a primeira vez na história da surdez que existe um recurso tão efetivo.

Os critérios de seleção de crianças para o implante coclear multicanal no Centro de Pesquisas Audiológicas (HRAC – USP) são: idade igual ou superior a 12 meses; deficiência auditiva neurosensorial severa para profunda ou profunda; crianças com deficiência auditiva pré-lingual até 3 anos de idade; crianças pós-linguais com tempo de surdez não superior a 6 anos, sem benefício do uso do AASI; adequação psicológica e motivação da família para o uso do IC; (re)habilitação na cidade de origem.

Embora os avanços tecnológicos no diagnóstico e nos dispositivos eletrônicos para o deficiente auditivo sejam bastante significativos, a área da audiologia em nosso país revela fragilidade no que se refere à formação de recursos humanos. Estados inteiros e algumas regiões do País são carentes de profissionais especializados.

O acesso à formação específica percorre um difícil trajeto, decorrente de dificuldades de naturezas diversas no processo de construção do conhecimento. Diferenciar a informação de qualidade é um desafio para todos.

O diagnóstico precoce ainda é realizado pelos pais e muitas vezes seguido por um discurso de espera, esperar que a criança esteja mais velha para realizar o diagnóstico e iniciar a intervenção; e quando

o diagnóstico é rápido, existe a demora na indicação do AASI e até mesmo no início do processo terapêutico.

Existem vários caminhos pelos quais as crianças deficientes auditivas podem aprender a se comunicar. A combinação da (re)habilitação aos recursos de diagnósticos e aos dispositivos eletrônicos já mencionados, permitem que a meta da linguagem oral fluente possa ser alcançada por mais e mais crianças deficientes auditivas (COLE, 1992).

A abordagem aurioral é uma das propostas de intervenção e prioriza a alteração primária da criança: a audição. O objetivo é auxiliar as crianças a usarem a audição residual e assim crescerem aprendendo a ouvir e a falar de forma tal que possam aumentar seus conhecimentos, suas experiências de vida e se tornarem pessoas integradas e participantes na sociedade em geral. Inicialmente esta integração se dá na família, depois na escola e em grupos comunitários (BEVILACQUA, FORMIGONI, 1997).

A intervenção clínica fonoaudiológica deve ir de encontro às necessidades de cada deficiente auditivo, ser planejada e executada para alcançar a singularidade que lhe é inerente. Não existe na atualidade método ou abordagem únicos, com sustentação científica que possam promover os melhores resultados para a criança surda. Existem opções metodológicas, e os profissionais que atuam na área devem estar aptos e preparados para orientar as famílias de crianças deficientes em encontrarem a melhor solução na habilitação de seu filho, conforme a realidade social e necessidades individuais de cada criança e família.

A competência técnica, sensibilidade e criatividade são os atributos fundamentais de um terapeuta para que ele possa desenvolver um olhar clínico, desde o momento inicial da entrevista com os pais à avaliação clínica da audição, linguagem e interação da criança.

Para o sucesso da (re)habilitação, o terapeuta precisa construir uma relação de cumplicidade com a criança e com os pais, olhar o mundo a partir dos olhos da criança e estar apto para defender os interesses da criança.

No primeiro ano de vida, o relacionamento da criança é centrado nos pais e em seus familiares mais próximos, o terapeuta passa a fazer parte desse círculo íntimo, dos membros mais próximos à criança. O enfoque da (re)habilitação é o aconselhamento familiar.

O desenvolvimento inicial da função auditiva e a construção da linguagem nos primeiros anos de vida ocorrem numa relação um-a-um, de criança e mãe, ou de criança e pessoa que cuida dela. A construção é individualizada e a criança requer experiências diversificadas e significativas para poder se desenvolver plenamente. É recomendada uma abordagem centrada na criança com atendimento individual, mantendo-se a ênfase no trabalho junto aos pais e familiares.

O atendimento em grupo começa a ter relevância aproximadamente a partir dos três anos de idade, no momento em que a criança começa a relacionar-se com outras crianças, outros parceiros, fato que possibilita o desenvolvimento de atividades em grupo que propiciam a aquisição de novos conhecimentos em atividades do dia-a-dia.

Uma estratégia no trabalho junto aos pais são as casas de vivência, espaços físicos nos moldes de uma residência comum, onde a interação entre a criança e seus pais é acompanhada pelo terapeuta. Este conduz naturalmente os pais às atitudes adequadas com a criança, incentivando-a a ouvir e falar durante as atividades de vida diária. No Centro de Pesquisas Audiológicas (HRAC – USP) esse espaço foi organizado e denominado “Casa Caracol”.

Outro aspecto a ser destacado na (re)habilitação da criança deficiente auditiva é o desenvolvimento de condutas que favoreçam e auxiliem a comunicação: articulação precisa, voz com intensidade normal e com entonação, falar próximo ao microfone do AASI ou ICM, diminuir o ruído e a reverberação no ambiente, favorecer a leitura orofacial posicionando-se de frente para o interlocutor e com iluminação adequada da face do falante.

O planejamento terapêutico é um processo dinâmico, o terapeuta deve estar sempre um passo a frente da criança, de modo que possa favorecer o seu desenvolvimento, aumentar ou diminuir a demanda de exigências, de acordo com as suas possibilidades. É um desafio para o terapeuta estar escolhendo diferentes estratégias terapêuticas como contar histórias, cantar algumas músicas, dramatizar alguns eventos, estabelecer regras para determinados jogos, usar o caderno de experiências, entre outras estratégias.

A determinação do objetivo terapêutico exige uma formação do terapeuta aprofundada e cuidadosa na área da Audiologia Educacional.

É necessário avaliar a capacidade da criança para a aprendizagem incidental (aprendizagem natural nas situações do dia-a-dia) e a necessidade de uma instrução didática, ou seja, aprendizagem estruturada (ROBBINS, 2000).

Por outro lado, no processo terapêutico, não é suficiente o aprimoramento das estratégias terapêuticas. É fundamental que o terapeuta avalie periodicamente o desenvolvimento da criança, considerando a evolução sob o prisma de tempo de surdez, do tempo de uso da amplificação e do envolvimento da família nesse processo.

Esta avaliação deve incluir a avaliação médica otorrinolaringológica e os exames audiológicos, possibilitando a confirmação do diagnóstico e o diagnóstico do grau da perda auditiva.

O uso e o funcionamento do dispositivo eletrônico da criança deve ser constantemente averiguado, e, se necessário, ajustados para o aproveitamento máximo das características eletro-acústicas do mesmo.

Desta forma, o papel do terapeuta no processo de habilitação da criança deficiente ultrapassa as atividades que promovem as habilidades da criança, e deve atingir a compreensão da criança no que diz respeito às suas potencialidades e dificuldades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEVILACQUA MC, FORMIGONI GMP. *Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva*. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997.
- COLE EB. *Listening and talking: a guide to promoting spoken language in young hearing-impaired children*. Ohio: University of Cincinnati, 1992.
- NORTHERN J.L.; DOWNS, M.P. *Hearing in Children*. 4ª ed. Baltimore, WILLIAMS & WILKINS, p. 418, 1991
- ROBBINS AM. Language Development. In: WALTZMAN SB, COHEN NL. *Cochlear implants*. New York: Thieme, 2000