

12

FORUM

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS



F O R U M

Instituto Nacional de Educação de Surdos

Comissão Editorial

Rua das Laranjeiras, nº 232/3º andar
Rio de Janeiro – RJ – Brasil – CEP: 22240-001
Telefax: (0xx21) 2285-7284/2285-7597 ramal 111
E-mail: ddhct1@ines.org.br
diesp@ines.org.br

F O R U M

ISSN 1518-2509

GOVERNO DO BRASIL
PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Fernando Haddad

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
Claudia Pereira Dutra

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS
Stny Basilio Fernandes dos Santos

DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO
Alexandre Guedes Pereira Xavier

DIVISÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS
Leila de Campos Dantas Maciel

EDIÇÃO
Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES
Rio de Janeiro – Brasil

EDITORAÇÃO
Jorday Editora e Indústria Gráfica Ltda.

IMPRESSÃO
Jorday Editora e Indústria Gráfica Ltda.

TIRAGEM
4.000 exemplares

COMISSÃO EDITORIAL/EXECUTIVA
Alexandre Guedes Pereira Xavier
Marcelo Machado Costa Lima
Marilda Pereira de Oliveira
Mônica Azevedo de Carvalho Campello

Forum
vol.12, (jul/dez) Rio de Janeiro
INES, 2005

Semestral
ISSN 1518-2509
1 – Forum – Instituto Nacional de Educação de Surdos

Índice

| | |
|--|----|
| Editorial _____ | 5 |
| Transtorno de Déficit da Atenção/ Hiperatividade e Impulsividade _____ | 7 |
| <i>Palestra proferida em 22/06/2005</i> Rita Thompson Milton Genes | |
| Linguagem e Constituição Psíquica _____ | 14 |
| <i>Palestra proferida em 06/07/2005</i> Sônia Motta | |
| A Audição no Processo do Envelhecimento Humano – uma Questão de Saúde Pública _____ | 15 |
| <i>Palestra proferida em 10/08/2005</i> Leila Couto Mattos | |
| Distúrbios do Desenvolvimento da Linguagem: Aspectos Foniátricos _____ | 16 |
| <i>Palestra proferida em 27/10/2005</i> Alfredo Tabith Júnior | |
| Sinalizando a Sexualidade _____ | 28 |
| <i>Palestra proferida em 23/11/2005</i> Maria de Fátima Ferrari Regina Célia Nascimento de Almeida | |

Editorial

Na presente edição, FORUM traz até você temas variados, que passam pela importância e funcionamento da linguagem nos processos de estruturação do sujeito humano; pela consideração das necessidades educacionais associadas ao déficit de atenção, à hiperatividade e à impulsividade – e de como se mostra importante a atitude familiar e escolar positiva, que potencialize o desenvolvimento da criança e do aluno; pela discussão da perda auditiva no processo de envelhecimento humano – e da necessidade de medidas que ajudem a assegurar qualidade de vida ao idoso no campo da comunicação; pela discussão do papel e dos modelos da avaliação foniátrica, bem como das formas de intervenção quanto aos distúrbios que podem afetar a comunicação humana. Por fim, a revista debate a saúde e a sexualidade da pessoa surda.

São contribuições de diferentes campos do conhecimento – palestras concorridas, realizadas no auditório do INES, com a presença de professores e profissionais da educação de todo o Estado do Rio de Janeiro, principalmente dos sistemas públicos de ensino.

Nossa expectativa é de, cada vez mais, promover uma sintonia entre as contribuições aos Fóruns de Debates do INES e o propósito de apoiar os sistemas de ensino em seu processo de reflexão e de prática quanto ao acesso de crianças, jovens e adultos surdos à educação e quanto ao seu desenvolvimento escolar com qualidade.

Cataryna Alvez Badaue

Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e impulsividade

Diagnóstico e estratégias de manejo

Rita Thompson*

Milton Genes*

Inúmeras têm sido as preocupações manifestadas por muitos investigadores e por muitos pais e professores sobre as questões do Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade – TDA/H e das dificuldades que o mesmo acarreta, prejudicando, de maneira intensa, o ajustamento da criança nos ambientes familiar, escolar e social. Sua natureza neurobiológica e sua associação com outros distúrbios psiquiátricos o coloca como uma das maiores buscas dos pais por médicos e terapeutas, na tentativa de entenderem o que acontece com seus filhos, causando um impacto enorme na família, considerando-se o custo financeiro para o tratamento, o estresse familiar, bem como os efeitos negativos da baixa auto-estima dessas crianças e adolescentes. Estudos têm demonstrado que crianças com essa síndrome apresentam um risco aumentado de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e idade adulta, incluindo comportamento anti-social, problemas com o uso de drogas ilícitas e transtornos de humor e ansiedade. A incidência é de 4% da população, mais comum em meninos.

Desde os relatos originais de um “distúrbio hipercinético” por Still, em 1902, e Tredgold (*apud* SANDBERG e BARTON, 1996, p.3), o TDA/H tem despertado atenção crescente como uma causa de morbidade na infância e adolescência, e, na mesma proporção, debates acalorados sobre suas causas, terapias eficazes e até mesmo a validade deste diagnóstico.

Diz-se que uma criança apresenta TDA/H quando tem até 9 anos de idade e não é portadora de nenhum distúrbio do desenvolvimento, limitação sensorial, desordem convulsiva/ausência ou retardo mental. Além disso, deve apresentar desatenção, hiperatividade, impulsividade com pelo menos seis meses de duração. Frequentemente, estão associadas alterações motoras, perceptuais e dificuldade no aprendizado.

.....
*Psicomotricista; Psicopedagoga; Mestre em Educação; Docente da Graduação e Pós-Graduação do IBMR; Docente da UNESA; Docente da Pós-Graduação da FAFIC; Supervisora do Serviço de Atendimento a Crianças com TDAH e TID da Santa Casa de Misericórdia – RJ; Sócia Titular da SBP; Membro da ABENEPI.

ritathompson@globo.com

**Neuropediatra; Mestre em Neurologia pela UFF; Chefe do Setor de Neuropediatria do HMSA-RJ; Membro do Comitê de Neurologia da SOPERJ, Vice-presidente da ABENEPI-RJ.

Características das crianças com TDA/H

- Apresentam problemas de concentração, mostram-se distraídas e têm dificuldade de seguir normas.
- Geralmente não terminam o que começam.
- Respondem antes de pensar.
- Necessitam de mais supervisão que as demais; são inquietas em sala.
- Têm dificuldade de aguardar sua vez em jogos e brincadeiras.
- Apresentam esquecimentos freqüentes; mostram-se desorganizadas, desordenadas.
- Brigam por qualquer coisa, não avaliam o perigo, são inoportunas.
- Apresentam comportamento imprevisível, imaturo, inapropriado.
- Geralmente há dificuldade no aprendizado (inteligência normal).
- Desobediência é freqüente.
- Labilidade emocional, menos valia, discriminação social e familiar.
- Geralmente são crianças carinhosas.

O diagnóstico é clínico, não existindo exames especiais para estabelecer o TDA/H. A etiologia pode ser genética, orgânica e emocional.

De acordo com o DSM-IV (2002:80), o TDA/H caracteriza-se por inúmeras manifestações clínicas, segundo os grupos de sintomas principais de desatenção, impulsividade e hiperatividade, assim como outras características associadas. As informações obtidas através do questionário de sintomas devem ser complementadas com uma história clínica completa, incluindo a idade de início e duração dos sintomas, e uma anamnese cuidadosa, que inclua uma avaliação das conseqüências funcionais do comportamento da criança (Brown *et al.*, 2001).

Devemos colher a história do desenvolvimento dessas crianças, pois são crianças que podem ser agitadas desde intra-útero. Deve-se observar se:

- Mexia muito na barriga
- Mostrava-se um bebê irritado
- Correu antes de andar
- Apresentava acesso de birra
- Tinha pouco sono

A anamnese deve ser completa e compreender pelo menos:

- O histórico escolar anterior
- A vida da criança na escola
- A opinião da criança sobre a escola
- A caracterização do rendimento escolar
- A história psicossocial da criança
- A caracterização de escola e da proposta pedagógica

Devemos afastar diagnóstico diferencial com outras doenças ou condições:

- Ansiedade
- Transtorno Obsessivo Compulsivo
- Retardo Mental - X Frágil
- Depressão
- Hipertireoidismo
- Doença Crônica

- Deficiência Visual
- Deficiência Auditiva
- Epilepsia - Ausência
- Efeito colateral do uso de drogas
- Distúrbios de Linguagem
- Transtorno de Personalidade

Segundo os critérios propostos pela Associação Americana de Psiquiatria, por meio do DSM-IV-TR (2002), deve-se observar os itens a seguir:

Os critérios diagnósticos podem ser estabelecidos se

- Seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção, hiperatividade / impulsividade persistem por no mínimo seis meses em um grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.
- Alguns dos sintomas de hiperatividade / impulsividade ou desatenção estavam presentes, causando prejuízo, antes dos 7 anos de idade.
- Algum prejuízo decorrente dos sintomas está presente em dois ou mais locais (escola-casa).
- Clara evidência de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso do Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, e não são melhor explicados por outra doença mental.

Critérios de desatenção

A criança:

- Presta pouca atenção em detalhes e comete erros por falta de atenção.
- Tem dificuldade de ficar concentrada nos deveres e nos jogos.
- Parece estar prestando atenção em outras coisas quando se fala com ele.
- Tem dificuldade em seguir instruções até o fim, ou deixa os deveres sem terminar.
- É desorganizada com deveres e outras atividades do dia-a-dia.
- Evita deveres ou atividades que exijam concentração.
- Perde material da escola ou coisas do dia-a-dia.
- Se distrai com facilidade.
- Esquece de fazer coisas que deveria fazer no dia-a-dia.

Critérios de hiperatividade

A criança:

- Mexe com as mãos e com os pés quando está sentada, ou se mexe muito na cadeira.
- Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações, quando deveria ficar sentada.
- Corre ou trepa nas coisas quando deveria ficar tranqüila.
- Tem dificuldade de ficar em silêncio enquanto brinca.
- Mostra-se “elétrica”, e fica a “mil por hora”.
- Fala demais.

Crítérios de impulsividade

A criança:

- Responde as perguntas antes que os outros terminem de falar.
- Tem dificuldade de esperar sua vez.
- Interrompe os outros.

O TDA/H tem como característica fundamental a incapacidade da criança de inibir reações imediatas ao impulso (BARKLEY, 2002), uma espécie de curto-circuito do ato voluntário, em que predominam as ações psicomotoras sem reflexão, ponderação ou decisão prévias, de tipo instantâneo e explosivo (THOMPSON, 2002). A dificuldade em controlar emoções, em dirigir a atividade psíquica para um determinado fim; o agir impulsivo; a agitação constante; o comportamento por vezes agressivo e a baixa tolerância à frustração são algumas das manifestações que acabam por afetar seu rendimento nas atividades sociais e na escola.

A problemática do TDA/H transcende o espaço familiar, escolar e do consultório médico, para se projetar ao nível de espaços especializados, através da ação de uma equipe interdisciplinar que deverá buscar o alargamento do repertório de competências necessárias da criança. Além da terapêutica medicamentosa, que ajuda a corrigir o desequilíbrio químico dos neurotransmissores, há a necessidade de acompanhamento terapêutico, a fim de ajudar a criança a se entender melhor, organizar-se, ampliando assim suas possibilidades de sucesso. Considerando-se também o estresse e o turbilhão emocional das relações e contendas familiares que se estabelecem por esse comportamento inadaptado, é importante que a família aprenda a assimilar essa criança e a responder às suas necessidades com atitudes bem dosadas. Acreditamos que as atitudes familiares são muitas vezes decisivas para o desenvolvimento dos filhos, pois o relacionamento familiar influencia o processo de individualização da criança. A família é a mestra primária da interação social e da reatividade emocional. Ela ensina mais através de seu meio ambiente e da comunicação não-verbal que pela educação formal. Fica evidente, então, que ambos os pais têm papéis entrelaçados no processo de educar emocionalmente seus filhos.

A criança com TDA/H apresenta distúrbios motores, comportamentais e, por vezes, cognitivos, sendo que os distúrbios motores são um dos principais motivos de queixas de professores e pessoas que lidam com a criança com essa condição. O movimento compreende dois aspectos elementares do comportamento humano: a previsão (fator de antecipação) e a execução (fator de controle); estrutura-se e realiza-se numa conduta intencional. O movimento surge, assim como o resultado, de uma computação de processos cognitivos, de imagens, de simbolizações, que é, simultaneamente, ação e representação. De acordo com Thompson (2002), devido à sua agitação e hiperatividade, a criança com TDA/H apresenta uma sensação de desconforto permanente, um estado de colapso adaptativo, com reverberações físicas e psicológicas. É como se, para se proteger da sensação de angústia que lhe acomete, ela extravasasse seu desconforto por meio de um comportamento inadequado, nem sempre intencional. A falta de domínio corporal acaba por resultar em deficiências percepto-motoras, principalmente em atividades que requeram maior controle corporal.

Em relação aos aspectos cognitivos, a agitação acaba por promover uma atenção escassa, uma distração constante e uma falta de inibição voluntária. Dessa forma, a criança ou o jovem acaba manifestando uma significativa discrepância entre a sua inteligência e os seus resultados escolares.

Se o professor não souber diagnosticar esse comportamento na criança e, conseqüentemente, utilizar uma ação pedagógica que auxilie a neutralizá-lo, poderá, em contrapartida, contribuir para que o comportamento hiperativo se torne cada vez mais evidenciado, impedindo, com isso, o desenvolvimento integral da criança. Infelizmente, as técnicas mais comuns utilizadas são as de coação, de ameaça, e até, em alguns casos, de indiferença total, fazendo com que problemas de ordem sócio-afetiva venham a surgir na relação professor-aluno, interferindo grandemente na formação da auto-imagem e da auto-estima da criança.

A Lei 9.394/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Brasileira, reforça, nos artigos 58 e 59, a importância do atendimento educacional a pessoas com necessidades especiais, ministrado, preferencialmente, em escolas regulares. Estabelece, também, que sejam criados serviços de apoio especializado e assegurados currículos, métodos e técnicas, recursos educativos e organizações específicas para atender às peculiaridades dos alunos. Destaca, ainda, a necessidade de capacitar docentes do ensino regular para o atendimento escolar desses educandos em classes regulares.

No Brasil, os atuais critérios de definição da clientela da educação especial encontram-se elencados no documento Política Nacional de Educação Especial, publicado em 1994 pela Secretaria de Educação Especial – SEESP – do Ministério da Educação e Desporto – MEC.

De acordo com esse documento, tal clientela é constituída por três grandes grupos, cada qual reunindo um numeroso grupo de tipos e graus de excepcionalidade.

- No primeiro grupo encontramos os Portadores de Altas Habilidades – indivíduos que apresentam, de forma isolada ou combinada, elevada potencialidade ou desempenho significativamente acima da média em um ou mais dos seguintes aspectos: intelectualidade, aptidão acadêmica específica, criatividade, produtividade, capacidade de liderança, aptidão para as artes e psicomotricidade.
- No segundo grupo, identificados como Portadores de Condutas Típicas, temos indivíduos que apresentam alterações no comportamento social e /ou emocional, acarretando prejuízo no seu relacionamento com as demais pessoas (neste grupo encontramos também os portadores de TDA/H).
- No terceiro grupo estão os Portadores de Deficiências – indivíduos que apresentam algum comprometimento em um ou mais dos seguintes aspectos: físico (aparelho locomotor ou da fala: deficientes físicos), mental (deficientes mentais) ou sensorial (deficientes visuais ou auditivos). A ocorrência no mesmo indivíduo de dois ou mais desses comprometimentos associados caracteriza o grupo dos chamados deficientes múltiplos.

Reavaliação do manejo nos problemas de comportamento da criança TDA/H

É importante que o professor busque algumas sinalizações que normalmente deflagram comportamentos inadequados. Eis algumas delas:

- Qual o nível de atividade que a criança suporta? – É importante perceber o momento em que a criança necessita sair da sala, beber água, ou alguma outra atividade que diminua o estado de tensão acumulado.
- Com que facilidade se distrai? – A criança que passa rapidamente de uma atividade a outra certamente estará perdendo algum conteúdo solicitado pela professora. É melhor que a tarefa seja segmentada em partes menores, a fim de garantir o término da atividade.
- Qual a intensidade nas emoções? – Existem crianças que protestam diante de novas experiências por medo de não conseguirem realizá-las corretamente. É importante que o professor verifique se entendeu a solicitação da tarefa correspondente.
- Quão persistente ou teimosa é quando quer algo? – Não adianta bater de frente com a criança nesse momento; é importante dar um tempo para o “esfriamento” da irritação, de forma que a criança possa se reorganizar e mudar sua estratégia de ação.
- Qual o seu limiar sensorial? – Existem crianças com uma hipersensibilidade inata ao tato, odores, luz ou ruídos. Quando chegam a seu limiar, normalmente se descontrolam e tornam-se mais agitadas. É necessário tentar diminuir esses estímulos.
- Qual o humor básico? – Existem crianças que se mostram mais deprimidas, com pouca autoconfiança e baixa auto-estima.
- Qual o nível de agressividade? – Normalmente, a criança envolve-se em brigas pela incapacidade de controlar seus impulsos. É importante que o professor verifique a série de incidentes que costumam culminar em brigas. Isto o ajudará a encontrar uma solução. Importante é ser prático e imparcial, combinando, anteriormente, normas de boa convivência.

Dicas gerais para o professor

- Tente descobrir, no seu aluno, qual o sistema sensorial mais desenvolvido.
- Use estratégias educacionais mais flexíveis.
- Dê retorno constante do seu desempenho – automonitoração.
- Utilize regras de funcionamento em sala, que devem ser claras e objetivas.
- Utilize estratégias de motivação.
- Use recursos facilitadores.
- Avalie mais pela qualidade do que pela quantidade.
- Utilize estratégias de ensino participativo.
- Não use textos longos / divida tarefas.
- Reduza os testes cronometrados.
- Ensine seu aluno a esquematizar as informações.
- Estimule a leitura em voz alta.
- Procure inseri-lo em turma pequena.
- Convide-o para ser o monitor da turma.

- Verifique se ele entendeu as ordens antes de iniciar a próxima atividade.
- Combine tarefas de grande interesse com tarefas de baixo interesse.
- Faça seu aluno utilizar o comportamento auto-instrutivo durante o trabalho.
- Administre seu nível de estresse e frustração.
- Permita que os alunos falem e não se limitem a ouvir.
- Mantenha as promessas.
- Diga o que você pretende. Seja transparente.
- É essencial prestar atenção às emoções envolvidas no processo de aprendizagem.
- Propicie uma espécie de válvula de escape, como, por exemplo, sair da sala de aula por alguns instantes.
- Sente a criança perto do professor. Olhe-a sempre nos olhos.

O tratamento deverá ser por reabilitação, técnicas de mudança de comportamento e medicamentosa.

Tratamento medicamentoso

Os psicoestimulantes são a primeira linha de tratamento, podendo ser usados também antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e outros medicamentos que mostram grande melhora.

Tratamentos coadjuvantes

- Terapia cognitiva comportamental
- Psicopedagógico
- Fonoaudiológico
- Psicomotor

Referências Bibliográficas

BARKLEY, R. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BROWN, R. *et al.* Prevalence and assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in primary care settings. **Pediatrics**, v.107, n. 2, p.43, 2001.

DSM-IV-TRTM – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4.ed.revista. Tradução de Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

THOMPSON, R. A ação terapêutica da psicomotricidade na criança com TDA/H. In: FERREIRA, C.; THOMPSON, R.; MOUSINHO, R. (Orgs.). **Psicomotricidade clínica**. São Paulo: Lovise, 2002. p.95-107.

Linguagem e constituição psíquica

Sonia Pereira Pinto da Motta*

O humano estará enlaçado desde sempre nas malhas da linguagem

O humano não pode engendrar-se a si mesmo. A constituição psíquica de um sujeito só se dá mediante a construção de um laço estruturante, que inclui, necessariamente, três elementos: função paterna, função materna e bebê, postos sob a égide do simbólico – campo eminentemente humano, cuja essência é o significante. Assim, consideramos que o ninho humanizante é o simbólico, e que o homem fala porque o simbólico o fez homem. A linguagem está, pois, profundamente enraizada, como instância de subjetivação, na constituição psíquica.

Chamamos mãe àquele que exerce a função de integrar o bebê ao simbólico; porta-voz da língua, inocula-a no *infans*, supondo nele um sujeito falante. A mensagem que faz marca é aquela que transita pela dimensão desejante, afetando toda a sensorialidade do bebê.

Esse acesso ao simbólico, que se dá pela identificação da criança ao discurso da mãe, passa pelo corpo, onde serão inscritos a fogo do desejo do outro materno, os traços do investimento endereçado ao bebê. Estas serão marcas de prazer e farão parte da montagem psíquica do bebê e de seu corpo tornado erógeno.

É pela alternância presença-ausência da mãe, que as operações de alienação e separação, operações fundantes do sujeito no campo do Outro, poderão efetivar as primeiras voltas da estrutura psíquica.

A apropriação do *infans* pela linguagem vai-se dando desde antes do nascimento, com a escolha de um nome e um projeto de filho. A partir do nascimento, desde sinais mínimos do bebê, a mãe em função antecipa-se e interpreta o organismo real do bebê, atribuindo-lhe demandas e intenções. É desse lugar que o bebê “responderá” e poderá fazer sua assunção à posição de sujeito, portador de uma língua.

A musicalidade e a prosódia da voz materna exercem função subjetivante, pela proximidade que esta tem ao inconsciente. Mas o que é determinante na constituição do sujeito, para além da escuta do som humano (embora este exerça enorme pregnância na estruturação psíquica), é a potencialidade significante da voz materna. Esta caracteriza-se pelo endereçamento, pela direção, pela convocação inequívoca ao bebê, para que venha ocupar seu lugar legítimo de filho da linguagem.

O ser humano “é” na linguagem porque não há outro modo de reconhecer o que deseja e manter-se vivo.

*Psicóloga. Psicanalista. Membro efetivo da Associação Brasileira de Neuropediatria Infantil – ABENEPI.
Email: mottasonia@hotmail.com

A Audição no Processo de Envelhecimento Humano – uma questão de saúde pública

Leila Couto Mattos*

Com um total absoluto de 14.512.803 pessoas com 60 ou mais anos de idade, o Brasil hoje é um país com significativo crescimento da população idosa. Espera-se alcançar um total de 28,5 milhões de pessoas, no ano de 2020, com mais de 60 anos de idade. Este fato, sem dúvida, integra o Brasil no panorama mundial de aumento da longevidade humana, que se estende a limites antes impensados. Uma vez que o quantitativo da população idosa vem aumentando, aumenta a prevalência da deficiência auditiva, que freqüentemente acarreta profundos efeitos na qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que interfere diretamente na comunicação. Portanto, torna-se necessário desenvolver ações que busquem melhorar a qualidade de vida, por meio do restabelecimento do processo comunicativo do idoso, no seio da própria família e da sociedade como um todo. Quando um adulto habituado a ouvir normalmente perde sua audição, ou a tem diminuída, o desconforto é imediato. As dificuldades começam em relação à comunicação com as pessoas da própria família, amigos mais próximos, os colegas do trabalho, e depois, nas lojas, na feira e em tantas outras atividades sociais. Os cuidados em relação à amplificação sonora não se restringem apenas aos aspectos tecnológicos. É preciso considerar, também, a reeducação auditiva, a partir do ganho de percepção auditiva possibilitada pelo aparelho de amplificação sonora. Nossa prática tem demonstrado que, quando começam a usar este tipo de aparelho sem a necessária educação auditiva, muitas pessoas sentem-se decepcionadas e recusam-se a usá-lo. Para que haja benefícios com o uso do aparelho, é, portanto, necessário que se estabeleça um programa de educação auditiva. É como reaprender a ouvir. Esse trabalho, sem dúvida, poderá devolver ao idoso com perda auditiva o prazer nas relações sociais e familiares, então perdido.

.....
*Fonoaudióloga e Pedagoga. Mestre em Educação Especial pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ e pelo Instituto Karolinska – KI, Estocolmo, Suécia. Membro da equipe de Audiologia do Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES, Ministério da Educação. E-mail: lcouto@openlink.com.br

Este resumo faz parte da pesquisa de doutoramento “A prevalência da presbiacusia no âmbito da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, no Estado do Rio de Janeiro: um estudo transversal”, desenvolvida por Leila Couto Mattos, sob a orientação de Renato Veras e de Ulf Rosenhall. Conta com o apoio financeiro da CAPES e foi aprovada pelo Comitê de Ética da UnATI/UERJ e pelo Comitê de Ética do IMS/UERJ, em 12/2004. O texto completo encontra-se em: Mattos LC: Presbiacusia e saúde pública. Informativo Técnico Científico do INES, Rio de Janeiro, n° 21, jun, 2004.

Distúrbios do Desenvolvimento da Linguagem: Aspectos Foniátricos

Alfredo Tabith Junior*

Alguns aspectos relacionados ao título deste trabalho merecem consideração, antes de entrarmos no tópico descritivo das patologias que afetam a comunicação humana e que são do interesse da especialidade médica envolvida nesta discussão.

Foniatria é a especialidade médica que se dedica aos distúrbios da audição, da voz e da linguagem. Mantém estreitas relações com outras especialidades médicas que se dedicam, freqüentemente, a patologias que interferem com a linguagem. Entre estas estão a otorrinolaringologia, a neurologia e a psiquiatria. Tem também uma interface com a psicologia, a lingüística e a fonoaudiologia, decorrente do interesse que têm essas disciplinas pela linguagem, em seus aspectos teóricos e clínicos.

Entre seus objetivos está o de fazer ou participar na realização de diagnósticos diferenciais em várias situações em que ocorrem sintomas na linguagem. Incluem-se, aqui, os distúrbios psíquicos, entre os quais estão a psicose e o autismo; as patologias periféricas e centrais dos sistemas auditivo e fonatório; as patologias abrangentes do sistema nervoso central (SNC), tais como a deficiência mental e a paralisia cerebral, e as patologias limitadas do SNC, que geram distúrbios especificamente na linguagem e que são alocadas nos distúrbios específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (DEDFL).

Um outro objetivo da foniatria é realizar ou participar da elaboração de programas terapêuticos e educacionais com enfoque em aspectos médicos, ou, algumas vezes, contribuir com conhecimentos médicos para pautas terapêuticas em outras áreas, principalmente fonoaudiologia e psicologia.

O diagnóstico, objeto fundamental da foniatria, significa uma compreensão, mais aproximada que possível, do estado de um indivíduo, baseada em sua história e na observação de suas *performances*. Muitas vezes, é um procedimento de longa duração, que pode desenvolver-se durante processos terapêuticos. Decisões emanadas do diagnóstico poderão ser modificadas com base na observação das respostas individuais e das características da aprendizagem do sujeito. O diagnóstico pode, algumas vezes, ter um papel terapêutico, ao causar bem-estar e desencadear melhores expectativas, na medida em que o problema está sendo enfrentado ou, pelo menos, é parcialmente conhecido, e a ajuda pode ser oferecida.

*Professor Assistente Mestre da Faculdade de Fonoaudiologia – PUCSP.
Diretor Geral da DERDIC – PUCSP.
derdic@pucsp.br

Avaliação foniátrica refere-se à utilização de métodos e técnicas adequadamente selecionadas para o diagnóstico médico dos distúrbios que afetam a comunicação humana. Visa obter dados que possam contribuir para a compreensão do distúrbio em questão e para a seleção de procedimentos terapêuticos e critérios educacionais bem direcionados e com possibilidades de sucesso.

O diagnóstico é necessário sempre que se tem uma demanda decorrente de um mal-estar ao nível do corpo anátomo-fisiológico, ou então do psiquismo, e nos remete, primordialmente, ao campo dos sintomas. Fortes e Pacheco (1968) consideram o sintoma como o fenômeno ou alteração provocado por doença; é uma mudança no paciente que indica estado corpóreo ou mental patológico. Os autores descrevem o sintoma objetivo como aquele em que o observador pode procurar pelas verificações sensoriais, como, por exemplo, a ausculta do coração, a rinoscopia ou a palpação abdominal; o sintoma subjetivo é aquele acusado pelo paciente, como por exemplo a dor ou a tosse que ele relata; e, finalmente, há o sintoma patognomônico, cuja presença é suficiente para estabelecer o diagnóstico.

A medicina, tradicionalmente, ocupa-se do estudo e do conhecimento dos sintomas, como meio possível de diagnosticar estados orgânicos patológicos, de identificar doenças, com o objetivo de eliminá-las ou reduzir ao máximo suas conseqüências. É importante considerar que os sintomas podem ser olhados e valorizados de diferentes maneiras, conforme o modelo médico adotado.

No modelo médico chamado linear de causa e efeito (KHAMI, 1989), o profissional considera a existência de uma relação linear, unívoca, entre os distúrbios e suas causas. Nesse modelo, faz-se um preciso levantamento dos sintomas, que possibilita o entendimento do mal funcionamento de um órgão ou sistema (patogenia) e, com uma história bem delineada, busca-se a origem do mesmo (etiologia), bem como tendências quanto ao desenvolvimento (prognóstico) e como atacá-lo (tratamento).

Há um outro modelo, descrito pelo mesmo Khami (1989), que avança com a proposta de que os distúrbios resultam da interação de fatores constitucionais e ambientais. Embora privilegie as causas, esse modelo amplia a ação clínica, porque abre espaço para a subjetividade. Chamado de interacionista – porque considera a interação de fatores – nele, os dados são obtidos em entrevistas semi-abertas, e as avaliações – por meio de testes – bem como sua interpretação levam em conta o sujeito e o contexto. Nessa modalidade, o sintoma é bastante relativizado, por ser olhado e interpretado à luz da subjetividade e da contextualização.

Há, ainda, um modelo diametralmente oposto, no qual a importância da causa, embora não seja excluída, é significativamente minimizada. No extremo desse modelo está o seguido por algumas escolas psicanalíticas, no qual se anula completamente a preocupação com as causas. A importância dos sintomas seria ainda mais relativizada, na medida em que a valorização recai sobre a subjetividade e não há, verdadeiramente, uma proposta direta de eliminação dos sintomas, como em um processo de cura da doença.

No grupo de trabalho dos foniátrix da DERDIC/PUCSP, formado e orientado pelo Prof. Dr. Mauro Spinelli, é adotado um modelo de trabalho que não está em nenhum dos extremos antes citados. Nele, há um lugar para as causas e, até certo

ponto, para a relação entre estas e seus efeitos, durante todo o desenvolver do estudo dos casos clínicos. Não devemos levemente esquecer que o aspecto das causas e seus efeitos está sempre presente no imaginário do paciente e no de sua família.

As questões que se coloca são o peso atribuído às causas e como o clínico as considera e as utiliza para o entendimento de cada caso. Não temos uma nômima para esse modelo, mas o importante é que, nele, o foco da atenção é o sujeito. É com o sujeito que o clínico caminha durante todo o processo de diagnóstico, e não com sua doença, com sua patologia. Alguns fazeres sustentam a adoção de tal modelo de atuação clínica.

- O clínico deve estar pronto para escutar o saber que o paciente tem sobre si.
- O clínico atua para favorecer mudanças, mais do que para dirigi-las.
- Ao ter como centro de interesse o sujeito, e não a doença, o clínico estará atento às “falhas de informação” do paciente, não como algo utilizado para obstruir o processo, mas considerando que podem ser reveladoras do sujeito ou de parte dele. Assim sendo, não basta simplesmente ouvir informações; é preciso escutar sentidos não manifestos, é preciso enxergar além daquilo que os olhos podem ver.
- Esse relativo desapego às causas e seus efeitos exige que o clínico possa estabelecer com o paciente uma relação pautada por confiança e segurança, de tal forma que possa ele relatar, no decorrer do processo, experiências e sentimentos aflitivos e difíceis de serem compartilhados.
- É importante a utilização de entrevista semi-aberta, na qual alguns questionamentos são postos, mas com inteira permissão para relatos livres. O tempo usado para o diagnóstico deve ser suficiente para facilitar todas essas ações.
- Testes podem ser utilizados, exames complementares para analisar estrutura e funcionamento de órgãos e sistemas podem e devem ser solicitados, sempre que necessários, mas devem ter seus valores adequadamente relativizados, de tal forma que não conduzam a um apagamento do sujeito.

Para melhor compreensão da patologia foniátrica, no que se refere aos distúrbios do desenvolvimento da linguagem, é importante que consideremos sua conceituação. Linguagem é um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionais, usados de várias maneiras para pensar e comunicar. As visões contemporâneas da linguagem humana levam em consideração vários aspectos. Entre eles, que seu aprendizado e uso são determinados pela interação de fatores biológicos, cognitivos, psicossociais e ambientais. Assim sendo, podemos considerar que o desenvolvimento da linguagem depende de condicionantes biológicos – sistema nervoso, sistema auditivo e sistema estomatognático – e de condicionantes psicossociais – meio ambiente e desenvolvimento do psiquismo. Podemos, portanto, inferir que distúrbios do desenvolvimento da linguagem podem ser decorrentes de comprometimentos de cada um desses condicionantes.

Distúrbios do desenvolvimento da linguagem podem estar presentes em quadros abrangentes de comprometimento do sistema nervoso central – SNC, entre os quais se destacam a deficiência mental e a paralisia cerebral, ou em quadros mais restritos em que a alteração da linguagem é o componente preponderante, e que é denominado distúrbio específico do desenvolvimento da fala e da linguagem.

Deficiência mental

O termo deficiência mental (DM) significa que há uma falha em uma função – a inteligência. Não é uma doença ou uma patologia. Existem casos de deficiência mental associados a síndromes ou doenças conhecidas, e outros em que a etiologia não é definida. O atraso ou distúrbio do desenvolvimento da linguagem faz parte do complexo sintomatológico da deficiência mental, que comporta, também, comprometimentos em outras áreas do desenvolvimento, entre as quais a sociabilidade, o desenvolvimento neuropsicomotor e a aprendizagem.

Boa parte dos deficientes mentais apresenta distúrbios severos da fala e da linguagem, enquanto outros têm distúrbios mais leves. Entre 10% e 45% dos portadores de DM têm algum prejuízo auditivo. Muitas crianças portadoras de síndrome de Down apresentam severo comprometimento da comunicação oral, pela presença de alterações práxicas orais, enquanto outros podem apresentar uma fala bastante próxima do normal.

Do ponto de vista biológico, podemos considerar que há, na deficiência mental, uma alteração no funcionamento do SNC. Mas é muito mais importante, para a proposição de pautas de reabilitação, considerar que se trata de um indivíduo que apresenta distúrbios globais de desenvolvimento na infância, dificuldades de aprendizagem na fase escolar e pobre ajustamento vocacional na vida adulta.

A visão de que as dificuldades de linguagem na DM dependem unicamente do déficit intelectual, ou seja, que ocorrem atrasos uniformes, de acordo com o nível de comprometimento da inteligência, parece-nos equivocada e prejudica o entendimento dessa condição. É preciso considerar a possibilidade de problemas específicos de fala por dispraxias ou dificuldades de evocação de nomes, que são razoavelmente freqüentes, por exemplo, nas síndromes do sítio frágil do X, de Angelman e de Prader-Willi; presença de défices sensoriais de diferentes graus; falhas na interação mãe-criança por não superação do luto por parte dos pais, e pouca valorização da criança e de seu lugar no seio da família. Estes aspectos prejudicam significativamente o desenvolvimento da criança, para além de seu comprometimento intelectual, e devem ser considerados pelos clínicos no estudo interdisciplinar de cada caso, no sentido de possibilitar o estabelecimento de pautas terapêuticas e educacionais com melhores possibilidades de sucesso.

Paralisia Cerebral

Paralisia Cerebral (PC) é a seqüela de uma agressão ao SNC, de etiologia não-progressiva e que ocorre na infância. Caracteriza-se por várias formas e combinações de distúrbios sensorio-motores. Acompanha-se, com freqüência, de distúrbios associados das percepções e da conduta.

Por ocorrer muito cedo, na infância, essa lesão afeta o tono muscular e, ao fazê-lo, dificulta o desenvolvimento do mecanismo reflexo postural normal, que não existe ao nascimento, e se torna cada vez mais complexo e elaborado, impedindo a postura contra a gravidade e a execução de movimentos normais. Por outro lado, por interferir na maturação cerebral, não permite a inibição de respostas motoras do recém-nascido e sua substituição por outras mais elaboradas, e, assim,

prejudica a execução de movimentos seletivos e a perfeição das habilidades de manipulação. Como resultado, teremos graus variáveis de atrasos e distúrbios no desenvolvimento motor.

Os distúrbios da comunicação encontrados na PC são variáveis em tipicidade e grau de severidade. Muitos não conseguem emissões verbais até os 4 ou 5 anos, menor quantidade tem articulação próxima do normal, enquanto outros apresentam alterações articulatórias que comprometem significativamente a inteligibilidade da fala.

Podemos considerar que os distúrbios da comunicação na PC são distintos nos diferentes tipos de envolvimento motor; variam de indivíduo a indivíduo dentro do mesmo tipo; conforme o grau de severidade deste envolvimento, são mais ou menos severos, de acordo com os membros comprometidos; e, ainda, se diferenciam conforme o comprometimento das várias funções envolvidas na aquisição da fala e da linguagem.

Mysak (1971) afirma que tentar descrever a ampla variedade de distúrbios da fala que acompanham as várias condições conhecidas como PC significa não somente a possibilidade de descrever todas as patologias da fala conhecidas, mas também a de especular sobre patologias de fala relativamente desconhecidas.

O complexo sintomático da PC inclui: atrasos e distúrbios no desenvolvimento da linguagem que dependem de vários fatores intercorrentes; dificuldades na articulação dos sons da fala associadas a distúrbios tônico-posturais e na maturação neuromotora dos articuladores periféricos ou distúrbios átricos e práxicos orais; distúrbios vocais decorrentes de alterações funcionais respiratórias, ressonanciais e da laringe; perdas auditivas, principalmente no grupo dos atetóides; e distúrbios de aprendizagem de vários graus de intensidade.

Os critérios diagnósticos, terapêuticos e educacionais em casos de PC exigem uma abordagem interdisciplinar que envolve a participação de profissionais de diferentes formações, em uma relação integrada e desprovida de sentimentos de maior valorização das especialidades envolvidas. Entre estes, estão médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos.

Distúrbio Específico do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem (DEDFL)

É do conhecimento dos profissionais das clínicas foniátrica e fonoaudiológica, desde muito tempo, a existência de pacientes, especialmente crianças, que apresentam alterações na linguagem sem outros comprometimentos ou com leves inabilidades perceptivo-motoras.

Os casos com grandes comprometimentos na linguagem receberam, no passado, denominações diversas, tais como: Audimudez – para crianças que ouviam e não falavam (AJURIAGUERRA *et al.*, 1958); Deficiência de Organização da Linguagem Infantil (QUIROS e GÖTTER, 1964); Disfasia Congênita de Desenvolvimento (COHEN *et al.*, 1989), para crianças com quadros semelhantes aos casos de afasia adquirida; e Distúrbio Específico de Linguagem (INGRAM, 1969). O termo Distúrbio Específico de Linguagem passou a ser mais freqüentemente utilizado por vários autores (SPINELLI, 1973; KHAMI, 1989; TOMBLIN *et al.*, 1998).

A origem desse distúrbio só passou a ser melhor conhecida com o desenvolvimento da semiologia neuropsicológica e com a evolução da tecnologia para o estudo do SNC, tanto em avaliações estruturais por imagem, tomografia computadorizada e imagem por ressonância magnética, quanto funcionais, com tomografia por emissão de foton único (SPECT), ressonância magnética funcional e tomografia por emissão de pósitrons (PET). Esses exames mostraram alterações da normal assimetria cerebral ou alterações funcionais localizadas em áreas corticais relacionadas à linguagem (ROSEMBERGER e HIER, 1980; SIMOS *et al.*, 2002). Por fim, alguns estudos anatômicos em necropsias mostraram alterações em giros cerebrais e alterações microscópicas em áreas específicas do cérebro (COHEN *et al.*, 1989).

A partir desses conhecimentos, o conceito de DEDFL passou a levar em conta não só a ausência de deficiências mentais e sensoriais, fatores ambientais e distúrbios emocionais severos, mas também a presença de alterações do SNC, especificamente nas organizações nervosas envolvidas na compreensão e produção da linguagem no tronco cerebral, no córtex e subcórtex e no cerebelo.

Investigações têm sido realizadas para a compreensão da etiologia do DEDFL. O desenvolvimento da engenharia genética tem demonstrado, cada vez mais, a importância de genes nos distúrbios do desenvolvimento da linguagem oral e escrita. Pesquisas comparando famílias afetadas e grupos-controle, famílias com grande número de afetados e estudos em gêmeos têm trazido importantes informações sobre os mecanismos de herança de distúrbios de linguagem. Parte das alterações cerebrais, congênitas ou adquiridas precocemente, associadas ao DEDFL, tem uma origem genética e a participação de genes localizados em vários cromossomos. A capacidade humana para a aquisição da fala e da linguagem, pelo menos em parte, advém do genoma, afirmam Marcus e Fisher (2003).

O DEDFL tem sido descrito em algumas alterações cromossômicas, principalmente dos cromossomos sexuais, como na síndrome de Klinefelter (47 XXY).

Por fim, fatores mesológicos, que incluem radiações, viroses, álcool, diabetes materno e tabaco, podem interferir nos processos de organização cerebral. Intercorrências perinatais como anoxia e hiperbilirrubinemia podem, também, afetar o funcionamento cerebral e, conseqüentemente, interferir no desenvolvimento da linguagem.

A sintomatologia, já descrita por Ingram, em 1969, é muito variável, e inclui sujeitos com grandes alterações na compreensão e emissão da fala, bem como alguns com dificuldades menores somente na expressão oral, e que se distribuem em quatro grupos. O único critério diagnóstico é que a dificuldade afete, primordialmente, a linguagem, e que esteja relacionada a alterações no funcionamento cerebral.

- Grupo I – Falhas na aquisição fonológica, presença de distúrbios práticos orais, em geral sem dificuldades de alfabetização.
- Grupo II – Falhas na aquisição fonológica, presença de distúrbios práticos orais; falhas em processos auditivos, especialmente atenção e memória; falhas em estruturação gramatical e evocação de vocábulos; dificuldades de alfabetização.

- Grupo III – Além dos sintomas acima referidos, há dificuldades perceptuais auditivas severas, dificuldades de compreensão da fala, agnosia auditiva verbal e dificuldades de alfabetização.
- Grupo IV – Comprometimento lingüístico mais grave, com agnosia verbal e não-verbal; podem ter funcionamento de tipo autista.

Os sujeitos incluídos nos Grupos II, III e IV podem ter dificuldades de alfabetização, dislexia específica de evolução, por falhas em fonologia e em relações fonológico-gráficas.

O diagnóstico de DEDFL baseia-se na investigação clínica, realizada por meio de história médica e do desenvolvimento emocional, exame físico, características da linguagem, provas específicas para avaliar praxias orais e verbais, percepção auditiva e desenvolvimento cognitivo. Exames de neuro-imagem e funcionais do cérebro não são obrigatórios, mas permitem definir a alteração estrutural ou funcional concomitante.

Fonoaudiologia, na grande maioria dos casos, é o principal atendimento. Casos mais complicados podem exigir a participação de médicos, psicoterapeutas, psicopedagogos, os quais devem formar uma equipe que tenha clareza sobre os papéis clínicos e educacionais, atuando em estreita relação com a família e a escola.

Distúrbios do Sistema Auditivo

Os efeitos das lesões do sistema auditivo sobre as funções auditivas e a linguagem variam de acordo com a sua localização. Os comprometimentos da orelha externa têm pouca interferência no desenvolvimento da linguagem, mesmo em casos de síndromes que são acompanhadas de agenesia do pavilhão auricular, como é o caso da disostose mandíbulo-facial. As otites médias com efusão, quando persistentes ou de repetição entre 0 e 3 anos, podem provocar atrasos e distúrbios na aquisição da linguagem, principalmente no sistema fonológico. Têm grande importância porque, freqüentemente assintomáticas, só são percebidas e diagnosticadas no período escolar, quando seus efeitos já se fazem sentir sobre a linguagem. Se persistirem para além dos 3 anos, podem levar a dificuldades de aprendizagem.

Na surdez periférica sensorial, não há prejuízo das capacidades intelectuais e perceptivo-motoras; perdas severas limitam a utilização de pistas acústicas que informam perigos e outras situações não visíveis; a falta ou precariedade de recepção de estímulos auditivos provoca atraso ou não aparecimento das etapas normais do desenvolvimento da compreensão e emissão orais (SPINELLI, 1979). Comprometimentos do nervo auditivo ou das vias auditivas no tronco cerebral, mesmo quando não provocam grandes défices sensoriais, interferem significativamente no processamento da informação auditiva e, conseqüentemente, com o desenvolvimento da linguagem, resultando em quadros bastante complexos e severos.

Com a utilização de avaliações clínicas apuradas e o desenvolvimento dos procedimentos eletrofisiológicos de avaliação da audição, potenciais evocados auditivos do tronco encefálico (PEATE) e emissões otoacústicas (EOA), foi possível um avanço no diagnóstico diferencial topográfico das lesões do sistema auditivo, fato de extrema importância para a elaboração de pautas terapêuticas e educacionais adequadas a cada caso.

Nos casos de surdez coclear, por comprometimento das células ciliadas externas (CCE), podem ser encontrados, na anamnese, dados indicativos de agressão ao sistema auditivo – fatores de risco. As crianças tendem a ser sociáveis, têm grande interesse por comunicação por meio de pistas visuais, mostram falha consistente de reação a sons e têm facilidade para comunicação gestual. No exame clínico, observa-se correlação entre a intensidade do estímulo e a resposta; interesse em leitura orofacial; uso de gestos para comunicação e aprendizagem às custas da audição utilizável. Há coerência entre os limiares auditivos e discriminação-reconhecimento da fala, relação entre limiares e reflexos estapedianos – recrutamento, PEATE com respostas ausentes ou diminuídas em acordo com os limiares e EOA ausentes.

Por outro lado, a literatura aponta, desde muito tempo, pacientes que apresentam ausência de respostas no PEATE e audiogramas normais ou próximos do normal. Em geral, há um comportamento auditivo e aquisição de linguagem incompatíveis com a perda auditiva determinada por avaliações clínicas comportamentais, inconsistência de reação a sons e pobre discriminação auditiva, principalmente em ambientes ruidosos e com reverberação. Estima-se que correspondam a 0.5% a 1.3% da população clínica, e 12% a 14% dos portadores de perdas auditivas profundas. São casos de neuropatia auditiva, e supõe-se que as lesões possam estar localizadas nas células ciliadas internas (CCI), membrana tectória, sinapse entre CCI e nervo auditivo, neurônios do gânglio espiral, fibras do nervo auditivo. A idade média de início do quadro é em torno de 9 anos, mas pode aparecer desde o nascimento até os 60 anos, e a maior parte tem início antes de 2 anos. A história médica e familiar pode ser negativa, ou pode estar presente história familiar de surdez, associação com uma grande variedade de outros sintomas e condições tais como processos infecciosos (parotidite), doenças imunológicas e várias condições genéticas e síndromes (síndrome de Charcot-Marie-Toth, ataxia de Friedreich, déficit enzimático mitocondrial, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Stevens-Johnson). Antecedente de discrasia sangüínea, hemorragia intraventricular e hiperbilirrubinemia são citados (BERLIN *et al.*, 1996).

Vários graus de perda auditiva são encontrados, com variáveis configurações. Podem ocorrer variações bastante significativas em audiogramas realizados em diferentes momentos. Os pacientes comportam-se como ouvintes, em determinados dias, e como surdos, em outros. Pode ocorrer mudança do comportamento auditivo e do audiograma, na vigência de febre. Têm como características: grande dificuldade para compreender a fala, principalmente em ambientes ruidosos e com grande reverberação; perdas auditivas de graus e configurações variáveis; não há coerência entre limiares auditivos, discriminação e reconhecimento da fala; não há indício de recrutamento no teste de imitância acústica (ausência de reflexo acústico); PEATE ausente, mesmo com limiares obtidos em avaliações clínicas e exames suficientes para obtenção de respostas; presença de microfonia coclear; presença de EOA sem supressão eferente.

Comprometimentos das vias auditivas no tronco cerebral determinam alterações do funcionamento auditivo e dificuldades para a aquisição da linguagem, em geral de grau severo. Pode estar normal a audição sensorial, ou pode ocorrer redução da acuidade para ouvir sons, mas, em ambos os casos, com distúrbios do processamento auditivo.

A avaliação clínica pode mostrar a presença de fatores de risco (prematuridade com sinais neurológicos, anóxia neonatal, doença hemolítica do recém-nascido, infecções pré, peri ou pós-natais), comportamentos autísticos com tendência a melhorarem, diferença na resposta para sons verbais e não-verbais, desinteresse e pouca habilidade em leitura orofacial, má localização de sons e lentidão nas respostas auditivas.

Nos testes, ocorrem respostas inconsistentes em momentos e em testes diferentes. Não há coerência entre limiares e discriminação-reconhecimento da fala, não há indícios de recrutamento na imitanciométrica, podem estar presentes alterações do reflexo acústico (ausente de um lado e presente no outro, ipsi-lateral presente e contra-lateral ausente), EOA presentes sem supressão eferente, e no PEATE pode ocorrer presença de ondas I ou I e II, ou presença de todas as ondas com alteração de amplitude e dos intervalos inter-picos.

As abordagens terapêutica e educacional são diferentes nos diversos tipos de perda auditiva descritos. Na surdez sensorial (lesões cocleares) há boa *performance* com aparelhos de amplificação sonora e boas possibilidades de oralização, na dependência do grau de intensidade do comprometimento, do acesso a procedimentos terapêuticos e educacionais e da participação familiar. O uso de equipamentos de amplificação deve ser extremamente cuidadoso nos casos de neuropatia, minimamente enquanto estão presentes as EOA. Muitos profissionais relatam melhora da sensibilidade auditiva, porém sem aproveitamento para sons da fala e desenvolvimento da linguagem. Equipamentos de FM têm sido considerados em alguns casos, e ainda é discutida a vantagem do implante coclear sobre equipamentos de amplificação na neuropatia auditiva. Casos de surdez central oferecem maiores dificuldades nos programas terapêuticos e educacionais, e a amplificação sonora só deve ser usada quando há concomitante redução da acuidade auditiva. A família e os profissionais da escola precisam de constante orientação para compreender as dificuldades da criança e facilitar a comunicação por meio de pistas não-verbais, favorecendo, assim, sua integração. Projetos terapêuticos clínicos e educacionais devem ser elaborados, de acordo com a necessidade de cada caso.

Os distúrbios do desenvolvimento da linguagem relacionados a alterações do sistema estomatognático, como é o caso das anomalias craniofaciais, decorrem, em geral, de comprometimentos associados que nelas estão presentes (perdas auditivas de diferentes naturezas, distúrbios do desenvolvimento intelectual-cognitivo, entre outros) e de desvantagens psicossociais que acompanham essas anomalias. Por afetarem mais freqüente e intensamente a capacidade de articular os sons da fala, não terão maiores considerações neste trabalho.

Distúrbios de Linguagem com Base Emocional

A linguagem é uma função cortical superior bastante complexa, que possibilita uma relação entre os humanos e que está presentificada na atividade dialógica. Assim considerada, para seu desenvolvimento, deve estar presente, desde muito cedo na criança, um interesse em estabelecer relações com o outro. Sinais desse interesse, que aparecem precocemente, são descritos em trabalhos sobre observação de bebês.

São exemplos: as reações do bebê à voz humana; o primeiro sorriso social; o aumento da atividade à aproximação do outro; a sensibilidade aos fenômenos acústicos que identificam o falante e as trocas de turno no jogo não-verbal. Esses comportamentos, que indicam interesse na relação com o outro, aparecem em decorrência da qualidade das primeiras relações entre a mãe e o bebê, e crescem, cada vez mais, na medida em que há desenvolvimento do apego.

No final do período gestacional, as mães sofrem algumas transformações que as preparam para funcionar como um radar capaz de captar as necessidades do bebê. Assim sendo, elas podem assumir a maternidade e proporcionam ao bebê uma contenção para as angústias que são experimentadas nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, até que se observe um ego autônomo.

Segundo Winnicott (1966), essas angústias iniciais podem ser comparadas ao sentimento de pânico experimentado por adultos, e que os levam a atitudes extremas de auto-agressão. Elas decorrem da necessidade de usar ações para a sobrevivência (sucção, deglutição), e são reflexas, mas instauradas pelo próprio bebê, que estava antes totalmente protegido na vida intra-uterina. Além disso, há que enfrentar o desamparo decorrente das primeiras sensações de fome, frio e dor, entre outras.

Ao experimentar a contenção das angústias iniciais, o bebê experimenta uma ilusão de fusão com a mãe e, posteriormente, pode assumir a separação, iniciando-se, então, a formação do *self*. Quando não ocorrem aquelas transformações, em decorrência de vicissitudes do cotidiano materno, não estará a mãe suficientemente preparada para proporcionar o complexo desenvolvimento emocional primitivo do bebê, o qual se fundamenta na integração do eu, na psique que habita o corpo e na relação objetal.

Não sentindo a ilusão de fusão com a mãe, o bebê experimenta as angústias iniciais na forma de aniquilamento, e estabelece defesas que se manifestam pela negação da relação com o meio, o que afetará, entre outras coisas, o desenvolvimento da linguagem.

O nascimento de uma criança com problemas pode afetar o comportamento materno, principalmente quando os problemas são diagnosticados logo ao nascimento. Essa modificação do comportamento materno pode inibir a contenção das angústias iniciais vividas pelo bebê, e conseqüências importantes podem advir.

A perda do filho perfeito idealizado gera, desde logo, um luto, durante o qual são vividos sentimentos de inadequação, de incapacidade, de incerteza, de angústia, de tristeza, entre outros. Logo após, ocorre um sentimento de negação, fase em que vários profissionais são procurados, na expectativa de respostas melhores. A seguir, há um sentimento de raiva, que é dirigida para os profissionais, para a criança e para o mundo. Passam, então, os pais, por uma fase de barganha, na crença de que, se algo excepcional for feito, a criança se normalizará. Ao perceber que isso não é verdadeiro, vem a fase de depressão, que possibilita, a seguir, a reorganização. É nesse período final que conseguem os pais investir verdadeiramente nos procedimentos terapêuticos, com a ajuda dos profissionais.

Além disso, é importante o triângulo social, pai-mãe-criança, que, ao funcionar adequadamente, proporciona à criança sentimentos de segurança e confiança, além de uma boa auto-imagem, condições para desenvolver um ego forte e as possibilidades para a aquisição da linguagem.

Atrasos e distúrbios de linguagem podem se desenvolver a partir de falhas nessas relações, constituindo-se em distúrbios de linguagem decorrentes, predominantemente, de situações ambientais e alterações do desenvolvimento do psiquismo, os quais, na maioria das vezes, necessitam de uma abordagem psicoterapêutica e, eventualmente, fonoaudiológica.

Devemos considerar, ainda, que os distúrbios do desenvolvimento da fala e da linguagem têm, com grande freqüência, origem multifatorial. Em geral, os casos clínicos mostram, em suas bases, a presença de fatores biológicos, de fatores ambientais e distúrbios do psiquismo, que se relacionam em uma interação complexa ao longo da vida da criança, determinando quadros clínicos polimorfos.

Disso resulta que a atenção a esses distúrbios, de origem tão complexa e dinâmica, requer uma intervenção interdisciplinar, ou seja, a participação de profissionais de diferentes formações, atuando como uma equipe. Isso significa, em nosso entendimento, não ocorrer maior valorização de determinado profissional em detrimento dos outros.

Ressaltamos que compete ao clínico, designação que damos a cada um dos profissionais da equipe, o desvendamento das tramas que permeiam a interação multifatorial, para que possa determinar providências terapêuticas e educacionais fundamentadas na compreensão do quadro por inteiro. Isso o colocará no caminho da possibilidade de melhor sucesso terapêutico (TABITH Jr., 2003).

Referências Bibliográficas

AJURIAGUERRA, J.; MAISONNY, S.; NARLIAN, S.; STAMBAK, M. Le group des audimutités. **Psychiatr Infant**, 1:7-62, 1958.

BERLIN, C.; HOOD, L.J.; HURLEY, M. S.; WEN, H. Hearing aids: only for hearing impaired patients with abnormal otoacoustic emissions. In: BERLIN, C. (Ed.). **Hair cells and hearing aids**. London: Singular, 1996, p. 99-112.

COHEN, M.; CAMPBELL, R.; YAGHMAI, F. Neuropathological abnormalities in developmental dysphasia. **Ann Neurol**, 25:567-70, 1989.

FORTES, H.; PACHECO, G. **Dicionário médico**. Rio de Janeiro: Ed. Fabio M. de Mello, [1968].

INGRAM

KHAMI, A. G. Language disorders in children. In: LEAHY, M. M. **Disorders of communication: the science of intervention**. London: Whurr, 1989. p. 69-102.

MARCUS, G. F.; FISHER, S. E. FOXP2 in focus: what can genes tell us about speech and language? **Trends Cogn Sci**, 7(5):257-62, 2003.

MYSAK, E. D. Cerebral palsy syndromes. In: TRAVIS, L. E. **Handbook of speech pathology and audiology**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1971. p. 673-94

QUIROS, J. B.; GÖTTER, R. **El lenguaje en el niño**. Buenos Aires: CEDIFA, 1964.

ROSEMBERGER, P. B.; HIER, D. B. Cerebral asymetry and verbal intellectual deficits. **Ann Neurol**, 8: 300-4, 1980.

SIMOS, O. G.; PAPANICOLAOU, A. C.; CASTILLO, E. M.; BREIER, J. I.; FLETCHER, J. M.; WHELLES, J. W.; MAGIO, W. W.; CONSTANTINOU, J. E. Aproximacion a la funcion cerebral através de la imagen de fuente magnetica: aplicaciones clínicas y experimentales. **Rev Neurol**, 34(9):871-6, 2002.

SPINELLI, M. **Estudo da motricidade:** articulatória e memória auditiva nos distúrbios específicos de linguagem. (Tese). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1973.

_____. **Foniatría.** São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.

TABITH JUNIOR, A.

_____. A relação do orgânico com o subjetivo na origem dos distúrbios da linguagem. In: PAVONE, S.; RAFAELI, Y. **Audição, voz e linguagem:** a clínica e o sujeito. [no prelo].

TOMBLIN, J. B.; SCHEFFNER, H. C.; ZHANG, X. The association of parental tobacco and SLI. **Int J Lang Commun Disord**, 33(4):357-68, 1998.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes; 1966.

Sinalizando a Sexualidade

*Maria de Fátima Ferrari **

*Regina Célia Nascimento de Almeida***

SINALIZANDO A SEXUALIDADE é uma série de filmes didático-informativos sobre saúde sexual e reprodutiva com apresentação bilíngüe – LIBRAS / Língua Portuguesa –, direcionada à comunidade surda. A produção desse material didático é uma das ações, dentre muitas, da proposta pedagógica de intervenção desenvolvida pelo Núcleo de Orientação à Saúde Sexual do Surdo – NOSS, no Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES.

O NOSS é um projeto de Educação em Saúde que tem como objetivo a inclusão social por meio da acessibilidade e equidade nas áreas da Educação e da Saúde, contribuindo, assim, para a cidadania e emancipação da pessoa surda.

Entendemos que o processo de inclusão social da pessoa surda significa dar-lhe visibilidade e condições de participação comunitária por meio do oferecimento de oportunidades, da eliminação de barreiras e do desenvolvimento de competências, valorizando as suas potencialidades.

Esse núcleo desenvolve um trabalho de orientação sexual a adolescentes, jovens e adultos surdos, oferecendo-lhes informações sobre sexualidade e organizando espaços de discussão, reflexão e questionamentos sobre valores, posturas e tabus referentes a relacionamentos e comportamentos sexuais. Dessa forma, desejamos auxiliá-los na construção de uma visão positiva da sexualidade, no desenvolvimento de uma comunicação clara nas relações interpessoais, na elaboração de seus próprios valores a partir de um pensamento crítico e questionador, e na tomada de decisões responsáveis a respeito de sua vida sexual atual e futura.

As ações do NOSS estão fundamentadas na filosofia educacional bilíngüe e na abordagem sócio-interacionista de Vigotsky. Assim os aspectos culturais, lingüísticos, afetivos e identitários norteiam nossas atividades pedagógicas.

Na metodologia de Orientação Sexual, todo o processo de construção e reconstrução do conhecimento é mediado pelo par competente: instrutores surdos, do sexo feminino e masculino. As professoras especializadas na área da surdez, com olhar de pesquisadoras, coordenam e orientam as atividades interventivas, analisando-as, reformulando-as e as reestruturando.

.....
 *Professora de Biologia do INES com Especialização na área da surdez, Pós-graduada em Magistério na área da Surdez pela UFRJ e em Psicomotricidade pela UNESA

**Professora de Biologia do INES com Especialização na área da surdez e Pós-graduada em Magistério na área da Surdez pela UFRJ

Com o propósito de tornar claras as ações e o funcionamento do NOSS, criamos um organograma, que apresentaremos a seguir.



Este projeto tem duas vertentes: uma na área da Educação e a outra na área da Saúde.

Na educação, as ações pedagógicas na temática da sexualidade são desenvolvidas pela OFICINA DE SAÚDE, que tem o objetivo de promover a saúde sexual e reprodutiva, reduzindo os riscos aos quais a população surda encontra-se mais exposta, como gravidez precoce e/ou indesejada, DSTs e as diferentes formas de violência. A vulnerabilidade dessa comunidade é decorrente das barreiras lingüísticas impostas, pois todas as campanhas e informações sobre saúde são veiculadas em Língua Portuguesa e a maioria dos surdos não tem domínio pleno desta língua.

A OFICINA DE SAÚDE atende aos alunos do Colégio de Aplicação do INES, dando prioridade àqueles com idade a partir de 10 anos. Essa faixa etária, segundo o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, caracteriza o início da população jovem. Até o momento, nossas ações estão voltadas aos estudantes da 1ª série do Ensino Fundamental até o Ensino Médio e, no próximo ano, passaremos também a desenvolver atividades com as crianças da Educação Infantil e com os alunos dos cursos profissionalizantes da Divisão de Qualificação e Encaminhamento Profissional - DIEPRO que são oriundos da comunidade.

A OFICINA promove atividades de INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL nos espaços:

- da SALA DE CONVERSA, onde o surdo expõe suas dúvidas e vivências problematizadas para o profissional de sua escolha, recebendo a orientação necessária;
- das DINÂMICAS PARTICIPATIVAS, onde realizamos dinâmicas de grupo, workshops e palestras
- e dos CURSOS DE AGENTES MULTIPLICADORES DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

As situações-problema manifestadas pelos alunos durante as atividades de intervenção são analisadas e, quando necessário, encaminhadas para sócio-diagnóstico e atendimento ambulatorial no hospital ou posto de saúde conveniado.

Além de desenvolvermos as atividades com os alunos surdos, realizamos ainda, reuniões e palestras para os pais e professores com a colaboração da psicóloga Roberta Pinheiro. Também desenvolvemos uma pesquisa de estudo comportamental e realizamos consultorias, assistências técnicas e produção de material didático-informativo especializado.

Na Saúde, a atuação do NOSS é fundamental, em função da precariedade de assistência em serviços que atendam às necessidades especiais do surdo nas questões relativas à saúde reprodutiva (gravidez precoce e planejamento familiar) e práticas sexuais seguras. Constatamos que esses serviços não apresentam profissionais preparados para lidar com a comunidade de surdos que, na grande maioria, não têm domínio da Língua Portuguesa. Em consequência disso, há uma deficiência no atendimento a essa população, comprometendo a saúde e a recuperação dos indivíduos afetados pelas DSTs, em especial pela infecção do HIV.

No momento, estamos em fase final de consolidação de parceria com o Centro Municipal de Saúde Silveira Martins, no Catete. Em 2006, esse Centro vai oferecer atendimento ambulatorial e participação dos adolescentes e jovens surdos nos projetos de prevenção de DSTs e Planejamento familiar. Uma das atividades dessa parceria será a realização de palestras em nossa escola, para alunos, pais e professores.

A atuação do NOSS junto à equipe dos profissionais de saúde desse Centro será através de Assessoria Técnica e acompanhamento dos casos encaminhados.

Também no próximo ano, vamos atuar no Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense, ministrando palestras sobre sexualidade e surdez no componente curricular “Saúde e Sociedade”, a convite da Dra e Prof. Luiza S. M. da Costa.

A visão de saúde do NOSS é sob o prisma do bem-estar físico, emocional e social e, sob esses aspectos, a saúde sexual está inserida num contexto genérico de saúde, perpassando não só a ausência de doença, mas as condições de vida geradas pela desigualdade social, que repercutem na saúde das pessoas. O desemprego, os baixos salários, as dificuldades de acesso ao lazer e à cultura, a má nutrição, a ausência de condições básicas de moradia e higiene e o baixo nível de escolaridade são fatores que interferem no bem-estar do ser humano e podem gerar o estresse, a ansiedade, a insatisfação, a frustração e a baixa auto-estima e, conseqüentemente, podem afetar o pleno funcionamento do organismo, logo, também a sexualidade.

Em face do exposto, o NOSS firmou um acordo de cooperação técnica com o Instituto de Bioquímica Médica/IBqM da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, sob a coordenação da Dra. Vivian M. Rumjanek. Nesse Instituto, existe um Programa de Educação em Ciências, coordenado pelo Prof. Leopoldo Meis, voltado para professores e alunos de Ensino Médio. Em outubro desse ano, iniciamos nossas ações, realizando um Curso Piloto, cujo tema foi “O Sistema Imune na Saúde e na Doença”, para profissionais surdos e ouvintes da equipe do NOSS, ministrado pela Dra Vivian M. Rumjanek e pela doutoranda Sandra R. Mascarenhas.

Essa parceria visa abordar a educação científica para incluir o surdo em uma sociedade mais tecnológica por meio:

- . da criação e implantação de “Cursos de Férias”, numa abordagem experimental para o Ensino de Ciências para alunos surdos do Ensino Médio”,
- . do oferecimento de estágios em laboratórios de pesquisa científica do Instituto de Bioquímica da UFRJ para estudantes surdos, capacitando-os para a rotina do trabalho em laboratório e futura inserção neste mercado;
- . da criação e implantação de um curso para a formação de jovens surdos em Técnico de Laboratório de nível médio;
- . do desenvolvimento de estudo sobre a criação no INES de um campus avançado da UFRJ, com a oferta de um curso universitário para a formação de pesquisadores em Biociências.

Nesse contexto, o Instituto de Bioquímica Médica possui grande experiência no oferecimento do ensino associado à pesquisa. Desta forma, o aluno aprende a buscar a solução de problemas, procurando caminhos e modificando, rapidamente e sempre que necessário, as abordagens empregadas. Este comportamento é importante não só na ciência, mas na sua atitude frente à vida atual.

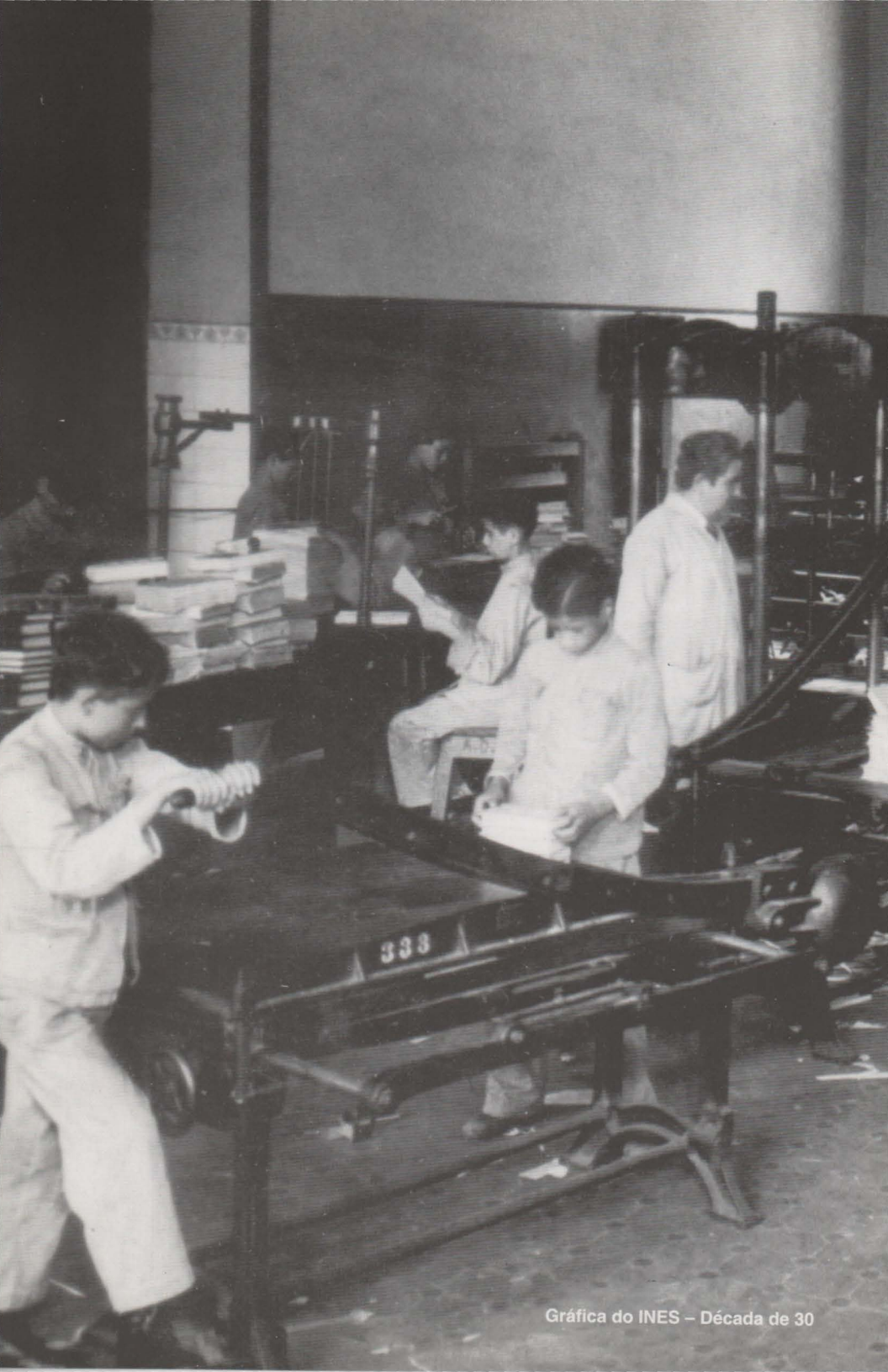
O projeto apresentado visa abordar dois aspectos:

- . o direito à informação e à saúde na área extremamente sensível da sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis e
- . a abordagem informal da educação científica.

Acreditamos que seja necessário ampliarmos os conhecimentos da pessoa surda, para que ela tenha condições de compreender e analisar, em sua complexidade, os acontecimentos do cotidiano e os impactos causados por suas ações em sua vida. Dessa forma, pretende-se contribuir na melhoria da qualidade de vida na dimensão individual e coletiva, e na formação de uma consciência responsável pela construção de uma sociedade saudável. Isso seria possível através de uma maior acessibilidade às informações sobre a saúde sexual e uma inserção da pessoa surda na discussão dos problemas sociais referentes à saúde sexual do surdo, como também na elaboração de ações participativas comunitárias.

No entanto, de nada servirá essa conscientização se não for oferecido, à comunidade surda, acesso ao atendimento especializado nos serviços de saúde, envolvendo intérpretes treinados para esse fim, capazes de inspirar confiança no paciente surdo, para que este possa se abrir, fornecer informações e fazer questionamentos nessa área tão sensível da sexualidade. A desinformação dos surdos e o despreparo da sociedade para lidar com eles têm como consequência o comprometimento da própria saúde, implicando um alto risco de contaminação de DSTs/AIDS e de propagação da epidemia.

No segundo aspecto, oferecemos aos alunos surdos condições de desenvolver o pensamento, o raciocínio, a criatividade e a capacidade de questionar, buscar soluções, de mudança e adaptação, bem como oportunidades para que sejam apresentados à Ciência como um processo e não um produto, para descobrirem novos talentos através dos cursos de férias, e de estágios em laboratórios com cientistas altamente qualificados, acreditando que, melhor qualificados em um campo de atividade em que existe carência em nosso país, esses indivíduos terão maiores possibilidades de inclusão em uma sociedade cada vez mais tecnológica.



Gráfica do INES – Década de 30

Realização

INES

Instituto Nacional de
Educação de Surdos

Secretaria
de Educação
Especial

Ministério
da Educação

