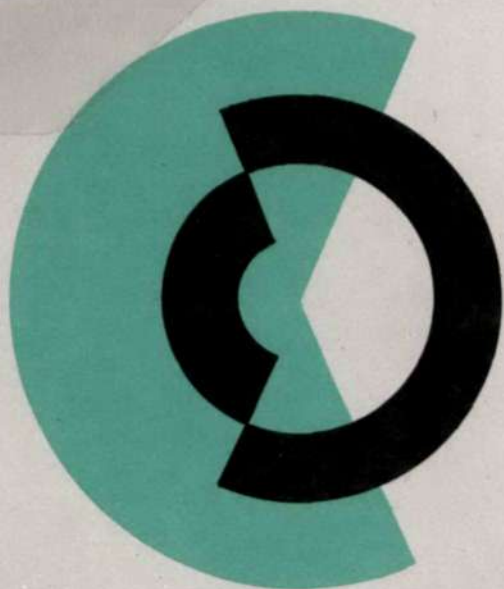


CIBEC/INEP



B0031095

EC • SESPE • INES



1º

**ENCONTRO NACIONAL
INTERDISCIPLINAR
NA ÁREA DA
DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

**POLÍTICA DE
PREVENÇÃO DA SURDEZ**

353 (063)

6p

08

I Encontro Nacional Interdisciplinar na Área da Deficiência Auditiva

Política de Prevenção da Surdez
de 08 a 11 de novembro de 1989

Presidência da República
Fernando Affonso Collor de Mello
Ministério da Educação
Carlos Chiarelli
Secretaria Nacional de Ensino Básico
Ledja Austrilino Silva
Direção-Geral do INES
Lenita de Oliveira Vianna
Departamento de Programas Educacionais
Lia Marques Jordão

Conselho Editorial

Ana Graça Valle Carvalho
Cármem Sílvia Nora Dias Quintieri
Lia Marques Jordão
Maria Auxiliadora Buscado Gonçalves
Maria Bernarda Limeira de Melo
Regina Sampaio Dias
Solange Maria da Rocha
Sônia Maria Sales Cruz
Wilson de Souza Nunes

Ficha Catalográfica (SNEL)

Ministério da Educação
Instituto Nacional de Educação de Surdos
Departamento de Programas Educacionais

I Encontro Nacional Interdisciplinar na
Área de Deficiência Auditiva
Política de Prevenção da Surdez

Rio de Janeiro
Publicação: 1990

Agradecimentos

Apoio:

Coordenação Nacional de Educação Especial

Colaboração:

Oto Bell

Televox

SIEMENS

NESTLÉ — Serviço de Informação Científica

Livraria Psicomedi — Rio de Janeiro

Educarte — Brinquedos Educativos

TV Educativa do Rio de Janeiro

SUMARIO

Apresentação.	9
Introdução.	11
Abertura do Encontro.	13
A Política de Prevenção no Brasil — Formulação de Um Plano de Saúde Para Os Deficientes	
Luís Fellipe de Moreira Lima	15
Aspectos Preventivos na Audição	
Orozimbo Alves Costa Filho	19
Violência do Ruído Sobre o Ser Humano	
Jorge Cláudio da Silva Pinto	25
Prevenção e Assistência Pré-Natal	
Elmo Louro	28
Atuação do Otorrino na Prevenção da Deficiência Auditiva	
Francisco de Paula Amarante Neto	38
Avaliação da Audição — Quadro Atual no Rio de Janeiro — Papel do Pediatra	
Ricardo Nunes Moreira da Silva	44
Aplicação do PMK em Uma Amostra de Surdos	
Regina Sampaio Dias	57
Avaliação e Diagnóstico Precoces da Surdez	
Nilza Pelegrim	75
A Deficiência Auditiva — Diagnóstico e Aparelhos de Amplificação Sonora	
Arnaldo Marcio Costa	81
Interação de Profissionais na Avaliação da Deficiência Auditiva — Atuação do Assistente Social	
Eloysis Godinho de Souza Brandão	83
Interação de Profissionais na Avaliação da Deficiência Auditiva — Atuação do Pedagogo	
Maria Therezinha de Carvalho Machado	86
Interação de Profissionais na Avaliação da Deficiência Auditiva — Atuação do Audiologista	
Maria Cecília Bevilacqua	90
Prevenção dos Distúrbios Oromiofuncionais e Avaliação	
Glória Maria Coriolano Régner	96
A Importância da Organização de Equipes Multidisciplinares	
Paulo César Muniz	103

Projeto Alternativas Educacionais	
Marilda Pereira de Oliveira	Lia Marques Jordão
Therezinha Madruga Carrilho116
A Importância da Audição no Desenvolvimento da Linguagem	
Maria Cristina da Cunha Pereira122
Intervenção Precoce e Orientação a Pais	
Therezinha Verardo Salles133
Política de Atendimentos da LBA	
Celby Rodrigues Vieira dos Santos141
Conclusões144

APRESENTAÇÃO

Lenita de Oliveira Vianna

Esta publicação, respaldada em nossa filosofia, de uma política nacional de prevenção abrangente, e na necessidade de ampliação dos debates ocorridos por ocasião do *I ENCONTRO NACIONAL INTERDISCIPLINAR NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA*, ressalta que somente através da real integração entre órgãos e entidades das áreas de educação e saúde será possível desenvolver projetos de prevenção, detecção e diagnóstico precoces da surdez.

A proposta de trabalho da instituição tem estado voltada para a implementação dos padrões de atendimento, prestado ao deficiente auditivo; não só à clientela da própria instituição, mas também, aos deficientes da audição dos demais Estados da União.

- Através:* — do apoio técnico oferecido a profissionais e Instituições congêneres de todo Brasil;
- do estímulo à pesquisa e desenvolvimento de projetos de alternativas educacionais;
- da formação de recursos humanos (como nosso curso de especialização para professores na área da deficiência auditiva, cujas vagas são oferecidas às secretarias de Educação dos Estados e a Entidades Particulares).
- da capacitação de recursos humanos (com o 1º Curso de Pós-Graduação para técnicos na Área da Deficiência Auditiva, promovido pelo INES em convênio com a PUC/RJ e cujas vagas foram oferecidas aos profissionais de órgãos e entidades que atuam na área da surdez).

A experiência tem evidenciado que quanto mais precocemente for detectada e diagnosticada a deficiência auditiva, conseqüentemente, será possível minimizar as conseqüências deste tipo de deficiência facilitando a integração e, por extensão, melhores oportunidades no mercado de trabalho.

Esta constatação tem-nos mobilizado a tentar junto a outras Instituições a sensibilização para a realização de *campanhas de prevenção* com vistas a esclarecer à comunidade de forma a reduzir os índices de deficiência auditiva.

Finalmente, surgiu a oportunidade de realizarmos este encontro que esperamos, seja o início de um trabalho que será compartilhado por todos os profissionais da área e, esperamos poder contar com os diferentes segmentos da sociedade.

Temos a certeza da importância e qualidade dos expositores e a grata oportunidade de poder acolher todos os profissionais que atenderam ao nosso convite.

INTRODUÇÃO

O I ENCONTRO NACIONAL INTERDISCIPLINAR NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA, realizado de 8 à 11 de novembro de 1989, no prédio histórico do Instituto Nacional de Educação de Surdos, no Rio de Janeiro, proporcionou a discussão de inúmeros problemas nas áreas de prevenção, detecção e diagnóstico precoces da surdez. Contribuiu também para a avaliação das possibilidades de organização e ações propostas pelas equipes interdisciplinares junto à família do deficiente e à comunidade em geral.

Segundo o Plano de Ação Governamental, elaborado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, 1987-1991, *"as ações preventivas resultam em redução nos altos custos de tratamento pois requerem basicamente a articulação de programas e serviços. A prioridade para o atendimento precoce propicia a redução do período de atendimento com mais rápida recuperação ou reabilitação, aumentando a cobertura da clientela assistida"*.

Entre as principais metas e objetivos propostos destacamos:

- Redução dos índices de surdez, através de programas de prevenção;
- Incentivo à organização de equipes especializadas para diagnóstico e atendimento;
- Estímulo à criação de centros de atendimentos precoce nas comunidades;
- Análise das diferentes formas de diagnóstico e/ou avaliação;
- Análises das alternativas e procedimentos que favoreçam a melhoria dos serviços prestados à comunidade de deficientes auditivos no Brasil;
- Discussão do papel das equipes interdisciplinares na elaboração de estratégias e políticas na área da deficiência auditiva.
- Mobilização dos órgãos envolvidos em previdência, assistência, saúde e educação para desenvolvimento de ações conjuntas objetivando a prevenção à deficiência auditiva.

A participação e o apoio técnico-científico de instituições expressivas no desenvolvimento de pesquisas no Brasil, representou um avanço no estabelecimento de um dos principais objetivos do encontro, a mobilização de entidades das áreas de saúde e educação. A menção desses

órgãos faz-se necessárias: *Fundação Instituto Oswaldo Cruz* Dra. Maria Amélia Sayeg Porto e Dra. Dalva Barbosa Becker Meio; *Hospital Servidores do Estado — Serviço de Pediatria* — Dra. Sônia Maria Bastos Lopes; *Universidade Federal do Rio de Janeiro — Hospital Universitário* — Dras. Mareia Frota Borges e Iara Ramos Tavares de Lima; *Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro* — Dra. Nilse Barbosa; *Centro de Tratamento Intensivo Neo-Natal/RJ* — Dr. Ricardo Nunes Moreira da Silva; *Fundação Legião Brasileira de Assistência*.

Destacamos ainda a participação da Secretaria de Educação Especial como promotora do evento.

O envolvimento de todos os departamentos do Instituto Nacional de Educação de Surdos, mobilizados pela discussão da problemática da deficiência auditiva no Brasil, relevou a preocupação da Instituição com os aspectos sócio-econômicos e políticos da educação especial no contexto nacional.

Equipe do Departamento de Programas Educacionais — 1990

ABERTURA DO ENCONTRO

Dr. Rômulo Galvão Bueno

Sr^a Diretora do Instituto Nacional de Educação de Surdos, Prof^a LENITA DE OLIVEIRA VIANNA, demais componentes da mesa, senhoras e senhores participantes deste encontro. A Secretaria de Educação Especial congratula-se com o Instituto Nacional de Educação de Surdos, pela realização deste evento. O INES, instituição centenária, que tem prestado relevante colaboração à educação dos deficientes auditivos no Brasil, ao lado do exercício de suas competências internas, revela com esta Promoção um excelente poder de articulação, conseguindo reunir neste encontro diversas entidades que, direta ou indiretamente, se relacionam com a problemática da educação e da reabilitação do deficiente auditivo no Brasil, dando cumprimento, assim, a um dos princípios do sistema da Educação Especial, que é o da participação e da colaboração.

O Ministério da Educação tem todo interesse em ver cada vez mais fortalecida esta conjugação de esforços, esta comunhão de ideias, de pensamentos e de atividades. Em sua ação, o MEC associa-se ao trabalho de inúmeras outras entidades, de inúmeras organizações, a fim de que se possa desenhar um perfil compósito de todo aquele trabalho que deve ser desenvolvido em benefício do deficiente no Brasil.

A educação é uma parcela, é um componente, um componente em verdade indispensável, um componente absolutamente imprescindível em toda atividade que vise ao aperfeiçoamento do ser humano, no sentido de fixar os rumos metodológicos, de fazer presente a necessária filosofia pedagógica. Mas ela jamais poderá agir sozinha, é preciso que se associe a outros mecanismos, a outras habilidades, para permitir que o verdadeiro perfil da sociedade brasileira seja desenhado. Essa complexidade de agentes e de métodos é particularmente aplicável ao campo da Educação Especial, que o MEC, através da SESPE, procura coordenar, convencido de que, somente através do esforço coletivo, da participação de todos, — dos indivíduos, dos professores, dos alunos, das entidades, da sociedade inteiramente mobilizada, se poderá alcançar o ideal de colocar o Brasil entre aqueles países que realmente podem oferecer um atendimento compensador e satisfatório às pessoas portadoras de necessidades especiais. Alegra-nos o quanto tem sido feito, espe-

cialmente nos últimos anos, quando, felizmente, já se obteve da sociedade brasileira um relativo grau de participação e de sensibilização do poder público em benefício da Educação Especial.

Mas, cada vez que avançamos mais, cada vez que damos mais um passo, verificamos quantos passos ainda temos para dar. É a analogia com aquela pessoa que quanto mais aprende, mais sabe o quanto tem por aprender. É a situação em que nos encontramos no campo da Educação Especial. Se nada estivéssemos fazendo, não teríamos conhecimento dos compromissos enormes que ainda nos restam pela frente, mas se estamos fazendo algo, se estamos progredindo, inclusive nas estatísticas, se estamos progredindo no apoio, na articulação com a sociedade, torna-se evidente a constatação de que muita coisa deverá e poderá ainda ser feita. O que demanda esforço comunitário maior, principalmente pela crescente sensibilização da comunidade interessada. Encontros como este, congregando representantes de vários setores de diferentes segmentos da sociedade brasileira, com certeza terão o seu efeito multiplicador, com certeza farão com que as opiniões, as sensibilizações, os posicionamentos revelados possam exercer lá fora a sua consequência e redundar em mais esforços, em mais trabalho e em mais realizações.

Com certeza, o campo da prevenção, tema central do seminário, é um dos mais importantes para o campo da Educação Especial. Por este motivo, essa área já assumiu as formas de um projeto cristalizado, de um projeto que consta do planejamento regular das atividades da Secretaria de Educação, concebido e executado de forma participativa, com o devido envolvimento intersetorial e interinstitucional das partes interessadas.

Toda a ação da Educação Especial poderá ser constantemente melhorada e aperfeiçoada, mediante a absorção de sugestões e recomendações como as que advirão deste seminário, as quais poderão conduzir a reformulações e adaptações, no processo educativo, para que, cada vez mais, melhores resultados sejam obtidos.

Desejo a todos o maior êxito em seus trabalhos. E, além dos agradecimentos que serão com certeza formulados pelo INES, agradeço, também em nome da Secretaria de Educação Especial, a colaboração de todos, especialmente dos conferencistas que vieram abrilhantar as atividades deste seminário e, com certeza, enriquecer os seus resultados.

A POLÍTICA DE PREVENÇÃO NO BRASIL

Formulação de Um Plano de Saúde para os Deficientes

Dr. Luiz Fellipe Moreira Lima

Um plano visando melhorar a saúde de uma população deve considerar os parâmetros tradicionais de análise da realidade sobre qual deseja influir:

- 1 — características geográficas, ecológicas e econômicas da área;
- 2 — aspectos culturais e históricos dos habitantes;
- 3 — o período analisado do passado e a meta do próximo tempo a ser trabalhado;
- 4 — Características étnicas, morfológicas, fisiológicas e demográficas da população;
- 5 — identificação, incidência, prevalência, letalidade e mortalidade das doenças naquele ambiente;
- 6 — conhecimento dos métodos e instrumentos de intervenção, e sua eficácia, no controle das causas das doenças;
- 7 — capacidade política para intervir e apoio da população.

Os eventos importantes para a saúde da população, uma vez delimitados o tempo e a área, podem ser avaliados segundo um modelo de probabilidades e danos. Para uma dada população, em um determinado período, a incidência e prevalência destes eventos (não necessariamente doenças) deverão ser mensurados e colocados em ordem de importância pela frequência.

Com estas informações é possível aferir o que se pode chamar de condição de saúde da população daquele local naquela época. É necessário, para uma melhor avaliação, se conhecer outras peculiaridades da distribuição dos eventos e suas consequências através de investigações epidemiológicas mais precisas.

Tais são os conhecimentos fundamentais para se iniciar um programa de melhoria das condições de saúde de uma população em um determinado local e tempo.

* Assessor de Ciências da Saúde/MEC

Um evento mensurável é algo conhecido ao menos em seus efeitos, cabendo à investigação epidemiológica o aperfeiçoamento deste conhecimento até suas causas, o que tornará os indicadores cada vez mais precisos. É a qualidade deste conhecimento que permite a identificação das medidas corretivas mais eficazes, buscando-se sempre evitar que os eventos ocorram (prevenção), e ocorrendo, que se evitem danos maiores e não sendo possível, que se corrijam as sequelas.

Algumas perguntas simples e fundamentais sobre a situação dos deficientes físicos no Brasil são quase irrespondíveis:

— *QUAIS AS DEFICIÊNCIAS FÍSICAS MAIS FREQUENTES?*

— *AONDE OCORREM E QUE GRUPOS POPULACIONAIS SÃO MAIS AFETADOS?*

— *QUAIS AS CAUSAS?*

— *QUANTO SE DISPÕE DE RECURSOS PARA COMBATER AS CAUSAS E SEUS EFEITOS?*

Todo programa de melhoria das condições de saúde de uma população deve ter como propósito diminuir a incidência dos eventos indesejáveis (mórbidos) e dos danos consequentes (sequelas).

Melhores serão as informações quanto mais precisa for a delimitação do espaço e da população a ser estudada e trabalhada. Áreas e populações muito grandes, muito dispersas ou díspares serão mais difíceis de serem qualificadas e conhecidas prevendo-se portanto resultados mais modestos no combate às pretendidas.

Um programa de melhoria das condições de saúde da população envolve outros setores além da assistência e prevenção sanitárias. Percebe-se também um despreparo dos profissionais de saúde. Será preciso estudar mais detalhadamente cada uma destas causas, o que significa incluir no programa de melhoria da saúde da população a qualificação de pessoal. Identificados os problemas e definidas as estratégias e metas a serem atingidas, deve-se avaliar a disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos. Ocorre que o desenvolvimento da rede assistencial não se deu de forma harmônica com os problemas, tornando a realidade atual um intrincado complexo de incongruências. Os fatores que aumentam os riscos de doenças na população continuam, em muitos casos, a exercer influência crescente sem serem adequadamente combatidos (as más condições higiênicas, as más condições de trânsito e dos veículos, a violência, a sub-alimentação e outros) enquanto o com-

plexo assistencial (hospitais, clínicas, serviços de toda ordem) vai consumindo recursos enormes tentando minorar problemas evitáveis. Os recursos humanos formados para atender esta demanda são preparados dentro da ótica assistencialista, que embora indispensável, não deveria, no quadro de escassez reinante, monopolizar os programas educacionais. Por força de razões conjunturais da economia e da história o aparato estatal e privado concentra-se no tratamento dos efeitos e menos no combate às causas, criando paralelamente um poder econômico que resistirá às mudanças que se fazem necessárias. Esta circunstância criou uma administração pública para a saúde, fragmentada e descoordenada, na maior parte das vezes incapaz de antecipar e combater problemas de saúde pública. Mantém-se uma tradição preventivista que vem sendo esmagada pela prática médico-assistencial, e que só subsiste por força de combater surtos epidêmicos que ameacem a economia (meningite, dengue, febre amarela, malária, tuberculose e outras).

O necessário equilíbrio que se almeja atingir pressupõe a alteração profunda na forma e nos objetivos do planejamento governamental:

Deve-se estabelecer o volume dos recursos que estarão disponíveis para o programa de melhoria da saúde da população. Isto deve ser feito com indicadores precisos das contas nacionais, divulgados e periodicamente auditados.

Deve-se definir os objetivos e metas que serão perseguidas, fazendo-se previamente a consignação dos recursos disponíveis aos itens discriminados.

Deve-se eliminar o máximo possível a intermediação da máquina burocrática na execução dos programas. Isto é viável desde que se saiba exatamente o que é necessário fazer num local para uma determinada população.

Deve-se divulgar amplamente os aspectos detalhados do programa e seus desdobramentos locais e conseguir o assentimento político diretamente com a população interessada, através de suas representações formais e informais, assinalando claramente que há opções excludentes entre si, como por exemplo: para a disponibilidade de recursos locais o quanto se destina a saúde, e destes quanto vai para cada tipo de ação. Pode-se compor as despesas com assistência e prevenção de várias formas e o que significará em tempo o esforço de cada uma das opções. É fundamental no entanto que haja quem possa discutir tais assuntos com a população do ponto de vista técnico.

Deve-se deixar espaço para as iniciativas individuais e privadas na produção de insumos ao sistema de saúde, exceto aqueles nos quais o aspecto comercial põe em risco a saúde das pessoas como é o caso do sangue e derivados. O controle e fiscalização da produção industrial, da distribuição e das condições de consumo devem ser parte indispensável no programa de melhoria da saúde da população. Deve-se investir prioritariamente na educação e no desenvolvimento dos centros de pesquisa deixando o investimento produtivo por conta das iniciativas privadas. A exigência de um patamar mínimo de qualidade e a eficiência empresarial dará conta de depurar o mercado dos empreendimentos mal planejados e mal conduzidos. Mesmo que aparentemente a auto-suficiência em determinados setores pareça comprometida, o fundamental é que haja uma massa de recursos humanos capaz de entender e fazer o que for necessário quando houver a oportunidade, o interesse a a decisão.

Deve-se valorizar a competência, o talento e a dedicação na execução dos programas de saúde, em sentido amplo, criando formas de identificação, recrutamento e incentivo a estas individualidades.

Deve-se valorizar a ação direta das comunidades na solução de seus problemas, cabendo difundir a informação técnica o máximo possível através de linguagem adequada, e combatendo o tutelamento das comunidades pelo clientelismo político e pela máquina do estado.

Deve-se combater o corporativismo e o mercantilismo através da divulgação permanente dos resultados e dificuldades enfrentadas, bem como dos fracassos, suas causas e consequências buscando compartilhar as responsabilidades e desestimulando o catastrofismo (o colapso da assistência, a debacle do sistema previdenciário, a desnacionalização iminente, o caos social e outros).

Um programa de melhoria da saúde da população pode levar na sua elaboração muito tempo, visto que deve buscar a informação no local e com aquela população procurar produzir o conteúdo do programa.

ASPECTOS PREVENTIVOS NA AUDIÇÃO

Orozimbo Alves Costa Filho*

Eu gostaria de fazer alguns comentários, já que nós temos participantes das áreas da audiologia, otologia, otorrinolaringologia, da fonoaudiologia, etc. Gostaria também de falar sobre a audição, o que levaria a uma privação sensorial, quais seriam as consequências de uma privação sensorial, e sobre os projetos que já há alguns anos, na PUC de SP estão em andamento; principalmente no que tange à otite média secretora em crianças em idade pré-escolar, de creches, ou institucionalizadas; e tecer alguns comentários sobre o problema da rubéola.

Em São Paulo, algumas medidas já estão sendo tomadas há algum tempo; algumas informações, alguns dados estatísticos têm sido pesquisados.

Falarei também sobre a meningite que, em São Paulo, é um problema muito sério e o ruído, que já começa a ter importância, não só em termos do ruído industrial, o ruído urbano, mas também o ruído que pode levar a algumas lesões auditivas na infância. E, por último, eu gostaria de fazer alguns comentários sobre os métodos, os recursos que temos para avaliar a audição e detectar comprometimentos dessa audição o mais precocemente possível.

É importante que nós, ao fazermos uma avaliação auditiva e ao pensarmos em uma deficiência auditiva, tenhamos em mente que existem alguns estágios do processo, do fenômeno auditivo, que devem ser levados em consideração.

Primeiro, seria a *detectabilidade*. Posteriormente um processo que envolve a discriminação, não só a *discriminação* de sons verbais, ruídos, para passar num outro processo mais avançado que seria *identificação ou reconhecimento* desse som. E finalmente, chegar ao nível de *compreensão*.

Seria fundamental, que nós tivéssemos em mente que uma memória auditiva normal é fundamental para que o indivíduo possa ter a audição perfeita..

Atenção auditiva também é um aspecto muito importante.

Ora, eu poderia dar um exemplo, relativamente grosseiro, mas que ilustraria esses vários estágios do processo auditivo e que devem ser levados em consideração sempre.

* *Professor da DERPIC-PUC - São Paulo.*

Na detectabilidade o que está envolvido no processo é o órgão sensorial, isto é, a parte periférica. Assim, se o indivíduo não tem os ossículos do ouvido médio, ou então o conduto auditivo externo, ou se ele tem uma lesão do ouvido interno por exposição excessiva ao ruído ou por medicamentos tóxicos ao ouvido, este indivíduo tem um comprometimento inicial da detectabilidade.

Por exemplo, quando nós estamos num ambiente relativamente silencioso e desperta uma campainha, nós detectamos a presença desse som da campainha.

No processo seguinte que é o da discriminação, nós vamos ter a possibilidade de, tendo memorizado, anteriormente, este som, ou vários do mesmo tipo, discriminar, por exemplo, a campainha de um telefone ou a campainha de uma porta.

A identificação é o reconhecimento. Assim, passa-se não só a identificar o som, mas a correlacioná-lo com a própria fonte do ruído.

Eu ouvi uma campainha. É uma campainha de telefone; eu, imediatamente, associo ao telefone, e, chego ao nível da compreensão de que, provavelmente, alguém quer falar comigo e assim por diante.

Ora, o que vai acontecer quando o indivíduo tem um comprometimento da detectabilidade? É um indivíduo que nasceu e que durante o desenvolvimento embriológico foi vítima da rubéola que a sua mãe contraiu. Ele vai ter uma lesão periférica, podendo ter uma lesão central, também. A detectabilidade está aí comprometida. Assim sendo, todos os aspectos perceptivos que aqui estão mencionados, discriminação, identificação, compreensão, atenção e memória vão estar privados do seu desenvolvimento.

Isso nós podemos chamar de privação sensorial auditiva.

Não sabemos qual vai ser a eficácia dos recursos, mas nós vamos realmente de maneira agressiva, tentar modificar esse quadro.

Analisando uma membrana timpânica normal, do lado direito, sendo que o indivíduo estaria em pé e seria um adulto. O grande problema da otoscopia é a visibilização da membrana timpânica; quando nós lidamos com crianças, há o problema da difícil visibilização. A membrana timpânica na criança, não é tão facilmente visível assim. Ela em vez de estar em uma posição verticalizada, como no adulto, tem formato cônico. Então nós vamos enxergar a membrana timpânica horizontalizada. Isso dificulta a otoscopia. Segundo lugar, os condutos são estreitos, variando demais em termos de idade da criança, raça ou sexo.

Nós temos uma outra dificuldade que é a presença de descamações, cera, pelos. Uma outra dificuldade é que a criança não fica quieta.

E esse movimento da criança faz com que dificulte mais ainda.

Então, sempre, eu costumo avisar aos residentes, já no 1º ano, que otoscopia é uma coisa difícil. Quanto mais experiência a gente tem, mais problemas a gente encontra e que se não enxergou direito a membrana timpânica, deve-se anotar: impossibilidade de visualização da membrana timpânica. Não precisamos ter vergonha e inventar um resultado qualquer porque é muito importante a informação de como está o conduto, a membrana timpânica, quando se avalia uma criança.

Vejamos o caso de uma membrana timpânica extremamente vascularizada, em que o cabo do martelo não está visível perfeitamente; às vezes, há a presença de bolhas por trás da membrana timpânica, mostrando que existe um líquido, uma efusão por trás desta membrana timpânica.

Pois bem: esse quadro, às vezes, não é tão fácil de ser visível, e, principalmente, quando se coloca a criança deitada, o líquido, pode, por ação da gravidade, ir para a parede medial do ouvido médio e não ser visível esse líquido.

Então, eu sempre recomendo que a criança, mesmo pequena, seja observada deitada e sentada.

Toda a nossa preocupação no estudo de otite média, em crianças pequenas, principalmente, é evitar o que acontece neste caso. Nós temos uma ampla perfuração timpânica em que vemos o cabo do martelo, o tendão do estribo, a bigorna até a platina do estribo e a janela redonda. Essa é uma ampla perfuração e nós a encontramos numa porcentagem relativamente alta de nossa população: indivíduos com perfuração timpânica e, às vezes, com processo inflamatório infeccioso crônico.

Analisamos 311 casos de rubéola com deficiência de audição variando desde severa até uma profunda. Em alguns raríssimos casos, uma surdez leve.

A nossa realidade é uma realidade diferente daquela encontrada nos países da Escandinávia. É diferente também da encontrada no Canadá, nos Estados Unidos ou mesmo na Inglaterra, Alemanha etc.

Nós temos aqui um caso de suspeita de rubéola em que, durante a gravidez, a mulher apresentou, principalmente durante os 3,4 primeiros meses, alguns sintomas na pele que foram rotuladas como alergia, ou como, geralmente, uma reação alérgica, sendo mesmo rotulados como uma intoxicação alimentar.

Aqui, no país, devido às péssimas condições de higiene, facilmente a pessoa atribui a uma intoxicação alimentar, certos processos a vírus. Então, nós dividimos esse grupo entre aquelas mulheres que só tinham

tido suspeita de rubéola e que não tinha sido feito o diagnóstico médico sem exame de laboratório e o outro grupo estudado foi aquele que tinha exame de laboratório e diagnóstico médico. Porque o diagnóstico da rubéola só é definitivo e realmente certo quando é feito exame laboratorial e há necessidade, às vezes, de fazer dois exames. Faz-se o primeiro, espera-se alguns dias e repete-se o exame. Em uma determinada situação, nós tivemos 63 crianças do sexo masculino e 50 crianças do sexo feminino, perfazendo o total de 113 crianças em que havia suspeita de rubéola durante a gravidez e foi confirmada deficiência de audição clássica do tipo causada por rubéola; muitos dos casos apresentavam a síndrome rubéolica com problemas de catarata, má formação cardíaca, e assim por diante. O diagnóstico médico, 58 meninos e 58 meninas, dando um grupo relativamente próximo. E, finalmente, a minoria apresentava diagnóstico ambulatorial. Do total, nós tínhamos 311 casos.

Isso é muito importante porque se nós não nos preocupamos em, na anamnese, fazer o interrogatório cuidadoso e, realmente, tentando ver se a mulher teve ou não rubéola, nós não vamos fazer o diagnóstico de rubéola e a rubéola é responsável por cerca de 20 a 25% das deficiências auditivas do tipo congênito.

Então, é um problema muito sério e um problema que tem que ser atacado e a solução para esse problema obviamente é a vacinação da menina. Preocupados com esse problema, nós elaboramos um documento junto com outros profissionais, inclusive, pediatras, que foi encaminhado a autoridades federais e, obviamente, nós recebemos a promessa de que algo seria feito.

Mas o problema, em São Paulo, é o seguinte: nós teríamos que vacinar a menina quando ela está na escola. Por quê? Porque, depois, vai ser difícil encontrar essa criança. Então, na escola, em que ano? No primeiro ano. Porque uma grande parte das crianças é reprovada e não volta à escola. Em São Paulo há um alto índice de evasão escolar na 1ª série. Então, seriam crianças do sexo feminino, ao redor de 7 anos. Seriam aproximadamente 120.000 crianças. Sendo que 42.000 da rede municipal de escolas.

O cálculo é de 35% de evasão, no primeiro ano. Então, por isso, teria que ser feito no primeiro ano. Por outro lado, a vacinação atingiria as mulheres que trabalham em berçários, ou que lidam com crianças que tiveram rubéola durante a gravidez materna; essas crianças, quando nascem, são transmissoras de rubéola. Então, nós teremos todas as mulheres que trabalham na rede de saúde, e em escolas. E nós sabemos que, cerca de 60, 70% do pessoal que trabalha em saúde, educação, são mulheres.

Por outro lado, é necessário vacinar mulheres que estão em idade fértil. Calcula-se que exista cerca de 3.100.000 mulheres entre 15 a 40 anos na Grande São Paulo. Teríamos aí um número proporcional a esses 3.100.000. Depois, teríamos que continuar uma vacinação rotineira das novas crianças que chegavam no outro ano, completavam 7 anos e que iam para a escola, porque haveria uma necessidade, depois, de fazer um reforço da vacinação mais tarde. Porque não se sabe, ainda, ao certo, quanto tempo a vacina para rubéola é eficaz. Isso dá uma ideia em termos numéricos como realmente é um problema sério. Provavelmente dispendioso. Apesar de eu achar, pessoalmente que qualquer vacina é barata. Independente do preço absoluto dela. Porque a prevenção é, realmente, o melhor tratamento para a deficiência de audição.

Com relação, ainda, à rubéola, nós temos que lembrar que, alguns outros aspectos, além da deficiência de audição devem ser levados em consideração. Primeiro: na rubéola, por ser virótica, uma porcentagem alta de mulheres aborta. E, muitas dessas mulheres têm complicações ginecológicas graves, sendo que, algumas, até morrem. Então, isso é um problema muito sério para ser levado em consideração.

Segundo: os gastos de hospitalização dessas mulheres que abortam. Depois, a rubéola não causa somente deficiência de audição. Por exemplo: problemas oculares, cerca de 50%. Deficiência de audição: 76%. Alterações congênitas do coração: 37%. Alterações do sistema nervoso central: 32%. Peso baixo no nascimento: 41%. Alterações esqueléticas: cerca de 66%. Alterações dentárias: 29 a 30%. Alterações dermatológicas: cerca de 44%.

Então, nós vemos o seguinte: um indivíduo que foi vítima da rubéola, ele é, primeiro, um indivíduo que não precisaria mais ter sido vítima da rubéola porque a tecnologia moderna já tem uma solução para o problema: a vacinação.

Então, existe um problema ético envolvido na coisa. Nós estamos deixando nascer gente com uma série de alterações físicas, às vezes, até mentais, quando não haveria necessidade desse problema, existindo também um envolvimento familiar muito grande.

E, se nós computarmos todos esses gastos na reabilitação desse indivíduo que foi vítima de rubéola nós vamos ver que compensa vacinar.

O fundo de olho passa a ser um exame muito importante. Eu, pessoalmente, não tenho experiência com exame de fundo de olho. Oftalmologistas e neurologistas o têm, mas, aparentemente, 50% das embriopatias para vírus dão alterações no fundo de olho com aquela reação sal e pimenta.

A meningite está quase que em escala epidêmica em São Paulo. Os jornais, de vez em quando anunciam que o surto está vindo novamente, e assim por diante.

Então, nós resolvemos estudar alguns casos de meningite e nós temos, aqui, 191 casos com deficiência de audição. E este problema é dramático, porque a maior parte dos pacientes que tiveram meningite têm surdez profunda. Na maioria dos casos, os pais não sabem o agente causador da meningite. Não são informados por médicos, no hospital. E claro que, às vezes, na tentativa de resolver o mais rapidamente possível um quadro de meningite, o médico é obrigado a fazer tratamento antibiótico e depois, às vezes, a cultura dá negativa.

Mas, independentemente disso, a maioria dos pais não sabe a bactéria responsável pela meningite. Dos 191 casos, nós tivemos somente 19 em que o paciente e seus familiares do paciente foram informados que foi por meningite meningocócica; por hemófilos, 39 casos; "bacteriana", que não significa nada, porque meningocóco é também bacteriana, 26 casos; por pneumococos, 4 casos; desconhecidas, a pessoa não tinha informação nenhuma praticamente, 100 casos; a virótica, 3 casos.

Chamamos a atenção para o fato de que a audição estava lesada unilateralmente, somente em 3 casos.

Outro aspecto importante a levar em consideração na meningite é que a deficiência auditiva, não obrigatoriamente, precisa surgir na hospitalização. Ela pode surgir depois da hospitalização e, muitos anos depois, a pessoa que já tem um déficit auditivo pode ter um déficit mais acentuado.

Então, meningite pode dar flutuação de audição e isso tem que ficar na memória dos audiologistas.

Um aspecto importante da meningite e sua privação sensorial, surge, principalmente, por certas particularidades anatômicas do ouvido.

Nós estamos vendo, aqui, a janela redonda e nós temos esse dueto que liga o ouvido interno à parte perilinfática até a cavidade craniana, ao líquido céfalo raquidiano. O líquido céfalo raquidiano entra em contato com o líquido perilinfático dentro do ouvido interno. Então, o que acontece? Há uma contaminação nessa região e o indivíduo pode apresentar deficiência de audição acentuadíssima e, com o tempo, pode levar a uma fibrose e mesmo a ossificação. Suponhamos uma cóclea totalmente ossificada. Isto leva a uma ossificação e, portanto, dificulta, principalmente, naqueles casos que poderiam se beneficiar do implante coclear. Nós temos que lembrar que o indivíduo que teve meningite e sofreu perda profunda é um candidato em potencial a um implante coclear. Por isso a ossificação do ouvido interno tem que ser controlada e, às vezes, o implante tem que ser feito antes da ossificação.

VIOLÊNCIA DO RUÍDO SOBRE O SER HUMANO

** Dr. Jorge Cláudio da Silva Pinto*

Ao se falar de RUÍDO deve se observar todas as causas que afetam ao homem. O ruído tem um estudo bem avançado quanto aos seus danos à audição mas os efeitos sobre o ser humano incluem fatores ainda não bem aprofundados.

O desenvolvimento levou a sociedade a fabricar mais e mais fontes de ruídos sem qualquer controle no início do século. Atualmente o ruído é um dos maiores problemas enfrentados pelo homem em seu ambiente (trabalho, lazer e residência). O ruído afeta o homem, física, psicológica e socialmente.

Apesar das fontes de ruídos atingirem as pessoas de forma igual; existem pessoas que toleram mais do que outras o ruído. Essas pessoas podem ser classificadas como:

- a) pessoas com ouvido de cristal (mais sensíveis);
- b) pessoas com ouvido de pedra (menos sensíveis)

No primeiro caso, essas pessoas são altamente afetadas pelas fontes de ruído, não ocorrendo o mesmo para o segundo caso.

Vítima de seu próprio desenvolvimento, o homem que, durante a sua jornada de trabalho, se expõe a níveis de ruído elevados, quer e necessita colocar-se fora desse campo quando vai para a sua residência.

O apartamento adquirido quando ainda em construção, parecia o lugar ideal para o repouso, longe de todas as fontes de ruído que o afetam durante o trabalho em sua trajetória para a casa. Com o ocupar de todos os apartamentos, esse homem passou a perceber todas as fontes de ruído produzido por seus vizinhos; além do que ao passar dos meses o local se desenvolveu, e a pacata rua passou a ser uma avenida com mais fontes de ruído tais como:

- ruído transmitido por avião;
- ruído transmitido por carro;
- ruído transmitido pela vizinhança;
- etc.

**Doutor em Física do Instituto Nacional de Metrologia Normalização e Qualidade Industrial.
INMETRO*

COMO CONTROLAR O RUÍDO?

Essa pergunta ronda constantemente a todos que se submetem a elevados níveis de ruídos produzidos pelas fontes, diariamente.

Há basicamente, três elementos a serem controlados.

FONTE

TRAJETÓRIA

RECEPTOR

A FONTE

Se classifica a fonte de acordo com a forma de produzir um sinal de ruído dessa fonte.

Pode-se dizer que uma fonte é capaz de produzir ruídos do tipo estacionário, aleatório e impulsivo.

De posse da forma de ruído, se faz uma análise espectral para se saber quais as frequências que deverão ser controladas.

Uma série de fontes colocadas em uma região produzirá, logicamente, muito mais ruídos do que uma única fonte. Para se obter os pontos onde há níveis mais elevados que correspondem a composição do sinal das fontes, é que se determina as curvas isofônicas, isto é, curvas de iguais níveis de ruído.

TRAJETÓRIA

COMO SE PROPAGA O RUÍDO?

O ruído pode se propagar de forma direta e/ou de forma indireta.

A forma direta é quando não existe obstáculos; a forma indireta é a erradiação do sinal quando o obstáculo serve para transmitir o sinal. Assim, quando se imagina em isolar o ruído através de sua trajetória, é sempre bom saber que uma fonte sonora é capaz de irradiar o sinal em todas as direções.

Na palestra apresentamos o estudo de um caso hipotético, onde uma pessoa havia comprado um apartamento em um prédio vazio sem estudar a vizinhança e nem tão pouco o crescimento das novas fontes de ruído externas ali localizadas.

Não se muda a trajetória definitiva de uma fonte, o que se faz é ten-

tar minimizar usando obstáculos apropriados que sejam capazes de reduzir a transmissão. Esse processo é denominado ENCLAUSURAMENTO.

O processo é bastante eficaz, porém muito caro e, poucos empresários investem dessa forma.

RECEPTOR

O método menos eficaz é isolar o HOMEM.

Das técnicas empregadas, o equipamento de proteção individual é o meio mais usado pelos empresários atualmente. O processo é paliativo, porém de grande efeito psicológico.

O usuário é levado a crer que está protegido. O processo é fornecer uma concha ou um plug para que o indivíduo utilize durante a sua jornada de trabalho, protegendo o ouvido do ruído aéreo mas não protegendo o corpo durante todo o tempo.

Se existe área de risco, tem que se reduzir o nível de ruído, fazendo um tratamento da fonte, da trajetória e por fim; caso não exista outra possibilidade, se isola o homem.

O mais próximo ao correto é um programa de saúde do trabalhador que visaria, através de vários profissionais da área, a obter um controle da jornada de trabalho no que tange ao nível de ruído a que fica exposto e o tempo de permanência. É consequência dessa redução da jornada acompanhamento audiométrico e conseqüentemente o uso de protetores em áreas que sejam impossíveis de se fazer qualquer tipo de redução mencionada anteriormente.

É bom frizar que mesmo que se atenda a todas as normas de ensaios sobre a proteção da audição, o corpo do trabalhador receberá uma carga de ruído, caracterizando a violência não sendo controlada.

Prevenção e Assistência Pré-Natal

**Dr. Elmo Louro*

Minhas primeiras palavras são de agradecimento à comissão organizadora por lembrar de um profissional médico, o obstetra, muitas vezes esquecido no contexto da medicina em geral.

Tudo que se fala em termos de prevenção, de fatos ocorridos durante a gravidez e a infância, está intimamente ligado a um nível de assistência pré-natal que é abandonada, esquecida e muitas vezes feita em regime de atendimento de massa, em que cada gestante não recebe mais do que alguns minutos de atenção.

Já mencionamos em outras oportunidades que, talvez, se desse preferência a que profissionais não médicos das área de saúde, como visitantes sociais, enfermeiras e outros, pudessem fazer o nível de atendimento primário, pois que, nessa eventualidade, certamente um número muito maior de pacientes seriam vistas, tratadas e encaminhadas a quem de direito, que seria o médico pré-natalista.

Aqui no Estado do Rio de Janeiro, cerca de 60% das mulheres grávidas não fazem mais do que três consultas durante todo o seu período pré-natal. Se nós imaginarmos que o número de partos ocorridos dentro do Estado é de aproximadamente 100.000, nós saberemos que mais ou menos 60.000 pacientes tem um nível de pré-natal excessivamente baixo e, como tal, todo e qualquer programa de prevenção, não só de surdez como de outras ocorrências, estaria prejudicado, face ao baixo nível de assistência que existe aqui. Não obstante, o Estado do Rio representa, no Brasil, aquele que tem um dos melhores padrões de assistência médica obstétrica, principalmente pré-natal.

É sabido que o Brasil é um país endividado, cheio de entraves. Porém, pode-se mencionar dois fatos bem significativos. O primeiro se refere a países da África negra — Senegal, Gana e Nigéria — que, em face à altíssima prevalência de toxoplasmose entre seus habitantes, foram selecionados para um programa da Organização Mundial de Saúde para a avaliação dessa prevalência de toxoplasmose. Esta doença tem grande significado para nós, visto que se trata de uma das causas frequentes de surdez. Pois bem, em pouco mais de seis meses conseguiram fazer um le-

** Professor adjunto da Clínica Obstetra da UNIRIO, livre docente, em Obstetria, da UFF, ex-chefe da Clínica Unidade Materno Infantil do Hospital de Servidores do Estado.*

vantamento de 27.000 casos nesses três países, a um custo baixíssimo, visto que era programa de campo. Observou-se que 90% das mulheres em idade procriativa eram portadoras de toxoplasmose em forma ativa ou encistada. Do outro lado há o exemplo da Alemanha. Evidentemente a Alemanha é um país do super-mundo em que as pacientes fazem de nove a dez consultas de pré-natal, fazem nove exames de urina, três ultrasonografias e, ao dar entrada na maternidade para ter seus filhos, recebem uma soma de quatrocentos marcos alemães, o equivalente a hum mil cruzados novos, porque isto é um investimento em que eles tem o seu retorno. Isto não é gasto de saúde pública, é investimento.

Dentro da responsabilidade obstétrica na prevenção da surdez temos seis fatos bem definidos e que são muitas vezes de maior ou menor participação do obstetra.

O primeiro diz respeito às alterações celulares cromossômicas do concepto em útero. Nos referimos nitidamente às cromossomopatias.

O segundo se refere às grandes síndromes genéticas. Por exemplo, crianças que nascem sem cérebro, com rim policístico, com alterações de membros, com alterações de sistema nervoso central, como no caso da Síndrome de Meckel que se caracteriza, não por alteração cromossômica e sim por fatores chamados multifatoriais e poligênicos. Esses fatores levam à formação de uma variedade de alterações funcionais do concepto em útero e que, se atinge o sistema nervoso central, são compatíveis, muitas vezes, com deficiências auditivas de perda total ou parcial.

O terceiro, e creio que seja o mais importante, se refere aos problemas das infecções pré-natais. Entre muitas infecções pré-natais, prevalecem, aqui no Brasil, a rubéola, a toxoplasmose, a citomegalia e a sífilis que é de recrudescimento recente.

O quarto fato talvez seja o que mais facilmente possa ser reduzível. Trata-se de algo que parece ainda um tanto ou quanto obscuro, mas a abordagem carece de julgamento, isto é, se se tratar um concepto em útero como réu, nós devemos ir a favor do réu. É a administração de medicamentos que tem nitidamente curso com alterações do sistema auditivo do concepto com excesso de medicalização em um pré-natal. Se assentada nas semanas críticas, de oito a aproximadamente dezesseis semanas, pode resultar em problema desses conceptos tornarem-se caudatários das técnicas dos INES.

Dois fatos são de responsabilidade de assistência médica, mas nos quais pouco se pode interferir, a não ser por ocasiões muito fortuitas.

Um deles é o quadro da criança que nasce com 35 semanas e pesa 1.200 g, que dentro da matriz uterina sofreu um processo de expoliação com nítido consumo de suas reservas nutritivas. É uma criança que não cresce proporcionadamente à idade da gravidez — chama-se a isso "pequeno para a idade gestacional" ou a sigla PIG, é também denominado pós-datismo, pós-maturidade, sofrimento fetal crônico, Síndrome de Cliford e uma dezena de outros nomes que nós não vamos mencionar. Este fenômeno cursa com uma série de alterações e déficits do recém-nascido. O outro fato é o de uma gravidez que vem correndo dentro da normalidade e quando chega na altura da 30^a, 32^a semana é interrompida abruptamente, em função de fatores os mais adversos possíveis. Isto é chamado prematuridade. A prematuridade, pelo alto-risco que representa, principalmente em sistema nervoso do concepto, é compatível com alterações múltiplas, quais sejam edemas, sufusões hemorrágicas, hemorragias e hipoxia. Todos esses quadros isoladamente seriam capazes de ocasionar problemas de déficit auditivo.

Procurando detalhar cada um desses seis aspectos vamos falar tão brevemente sobre alterações cromossômicas, seu curso e o diagnóstico. Nas alterações cromossômicas nós temos principalmente três quadros importantes chamados de trissomia. Sabemos que os cromossomas encontram-se nas células aos pares. Por qualquer problema de reprodução celular, as células, ao invés de receber um par, recebem um par e um cromossoma a mais de uma outra célula germinal. Daí para a frente, o concepto passa a ter 2,4, 8,16, 32 . . . n células formando uma criança que tem fórmula genética errada. A natureza, por si só, se encarrega de eliminar, como no abortamento, muitas destas fórmulas genéticas cromossômicas erradas. Não obstante, três delas persistem. Uma ligada ao cromossoma 13, uma ligada ao cromossoma 18 e outra ligada ao cromossoma 21. São chamadas respectivamente de Síndrome de Patau, Edwards e Síndrome de Down, bastante conhecidas de todos que estão aqui. Essas trissomias cursam com antecedentes bastante significativos, como em mulheres maduras em cerca de 25% dos casos, mas existem 75% de outros que não são mulheres maduras, são mulheres que ainda não tem 35 anos. Na eventualidade de antecedentes familiares, ou se na eventualidade de um exame ultra-sonográfico se detectar essas anormalidades, por exemplo: na Síndrome de Patau, com hidrocefalia, mal-formações de crânio, mal-formações de face, cardiopatias; na Síndrome de Down nós sabemos que 75% das crianças apresentam algum nível

de cardiopatia. Então, a detecção ultra-sonográfica de uma cardiopatia num concepto ainda precoce 12,14,16,20 semanas, ou se essas alterações são internas, igual ao que ocorre na Síndrome de Edwards em que se encontram alterações da parede abdominal, onfalocele, quer dizer, uma herniação através do cordão umbilical, alterações renais, alterações pulmonares, então estas nos autorizam a que se proceda a uma intervenção chamada amniocentese para estudo genético na qual se faz a introdução, a partir de 16 semanas, de uma agulha guiada pela ultra-sonografia, para que se poupe partes nobres do concepto, para que não se transfixe placenta, caindo na bolsa d'água, para colhermos uma quantidade de líquido amniótico rico de células de descamação do feto em útero. Essas células são levadas a métodos especiais, são cultivadas e posteriormente analisadas através de microscópios potentes para que se estude a fórmula genética. A fidelidade desse método é cerca de 97%. Existe risco sim, é um risco calculado em torno de 1 para 500 e que a forma mais comum é a rotura de membranas, e a infecção amniótica.

Muito bem, na eventualidade de não se conseguir uma amniocentese, se a paciente constituir risco elevado, um outro método chamado biópsia vilosa é feita de 8 a 12 semanas, em que, por método invasivo, através do colo do útero ou trans-abdominal, se faz a retirada de umas poucas vilosidades coriais que são vistas quase que diretamente ao microscópio. Então, porque não fazer biópsia vilosa nos casos indicados? Por um motivo muito simples, é que o risco de uma amniocentese é de 1 para 500 e o risco de uma biópsia vilosa é de 1 para 18, quer dizer, são riscos bastante diferenciados e que a causa mais frequente é a infecção da vilosidade corial e o abortamento.

Ainda alguns outros métodos são bastante eficazes, além de amniocentese, ultra-sonografia e biópsia vilosa, num caso de risco pode-se fazer, depois de 18 semanas a punção do cordão umbilical, dirigido por ultra-sonografia e a retirada de 0,5 ml de sangue fetal para exames citogenéticos.

Além do estudo dessas chamadas trissomias (três cromossomas), existe uma série de outras alterações cromossomiais, genéticas, puras, que são chamadas deleções, são partidas de parte dos cromossomas que quando compensadas, quer dizer, aquele cromossomo 1 vai se juntar ao cromossomo 8, são chamadas compensações balanceadas. Muitas vezes elas são compatíveis com o nascimento de crianças absolutamente normais. Não obstante, em cromossoma 18, em cromossoma 13, em

cromossoma 5, em cromossoma 4 ou em cromossomas X ou Y, se essas deleções não são balanceadas, elas são compatíveis com o aparecimento de uma série de doenças. A mais conhecida, pelo menos no meio pediátrico, é aquela deleção ocorrida no cromossoma 5 que é a chamada Síndrome Cri-de-chat (choro de gato). A conduta nesse aspecto é uma, extra-muro. No Brasil, e outra intra-muros, que, como tudo no Brasil, a conduta oficial é uma, mas oficialmente não é isso que ocorre.

Nós sabemos que dentro do Brasil inteiro devem estar ocorrendo cerca de 5 milhões de abortamentos por ano, que são clandestinos, que são feitos às escondidas e se se colocar uma pessoa que tenha Síndrome de Edwards diagnosticada dentro deste caudal de 5 milhões, é um sentimento de culpa dissolvido de 1 para 5.000.000, e, pelo menos nesse caso se encontra uma justificativa. Os países evoluídos do mundo protegem a mãe contra um conceito defeituoso. Aqui, o país dos paradoxos, vocês vão ver o seguinte: existem cinco projetos no Congresso permitindo o abortamento por simples escolha da paciente — mais cedo ou mais tarde, vai passar, isso eu não tenho dúvida e até admitimos, em alguns casos selecionados, com alterações cromossômicas — no entanto, o código penal penaliza quem fizer campanha anti-concepcional. Paradoxo, não é?

Em 1972 já tinham sido catalogadas mais de 2.000 síndromes genéticas. Evidente que a maior parte daquelas síndromes que cursam com alterações de desenvolvimento, amadurecimento de sistema nervoso central, cursa também com alterações sensoriais ou neuro-sensoriais. A título de ilustração nós poderíamos citar, por exemplo, Síndrome de Meckel que cursa com alterações de sistema nervoso central, Síndrome de Fanconi em que existe uma anemia e que frequentemente se encontram alterações auditivas, a Síndrome de Tay-Sacks ou doença de Tay-Sacks que é uma dismetabolia. O que importa dentro dessas síndromes genéticas é que quase nunca existe um fator unilateral, são quase sempre o somatório de efeitos que tem como conclusão ou resultante o aparecimento de mal-formações gravíssimas, algumas delas muito mais graves que alterações cromossômicas. Na eventualidade de síndromes genéticas incompatíveis com a vida extra-uterina nós não temos dúvida, se bem que não praticamos, de aconselhar uma interrupção, ouvindo uma junta médica. Por exemplo, uma Síndrome de Meckel, que é horrível.

No capítulo das infecções peri-natais, talvez o tópico que nos interessa mais, vamos focar somente quatro aspectos: a rubéola, o citomegalovírus, a toxoplasmose e a sífilis.

Rubéola é uma virose que quando assesta no primeiro trimestre de gestação pode produzir danos irreversíveis, danos grosseiros, por vezes multifários, quer dizer, tem múltiplos aspectos do que pode acontecer. Ao lado de alterações do sistema nervoso central, alterações sensoriais, alterações cardiológicas, alterações muitas vezes de crescimento de extremidades. Ela foi descoberta em 1941 por um australiano, Gregg, que, depois de uma epidemia de rubéola na Austrália, detectou que o número de crianças com catarata congênita era muito acentuada. Posteriormente ao diagnóstico de catarata congênita, apareceram então outras lesões compatíveis com a mesma síndrome rubeólica. Num levantamento do CDC de Atlanta, nos Estados Unidos, em 376 pacientes se detectou 252, quer dizer, 70% aproximadamente, de crianças que foram afetadas no seu primeiro trimestre de vida intra-uterina e que apresentaram déficit auditivo isolado ou associado a outros aspectos e que corresponde a uma incidência de déficit auditivo maior do que a própria catarata congênita descrita por Gregg em 41. Sessenta e oito pacientes deste grupo de 376, aproximadamente 20%, apresentaram a surdez como lesão única após uma rubéola no 1^a trimestre. Rubéola não é lesivo somente no 1^a trimestre. Se nós sabemos que ela tem uma afinidade a sistema nervoso central veremos que no desenvolvimento do ouvido, que deve ser citado por colega, nós temos que até quase o final da gravidez existem problemas de aperfeiçoamento do aparelho auditivo. O diagnóstico é feito por antecedentes se a paciente grávida no 1^a trimestre, 2^a trimestre — isto aqui no Rio é chamado doença das professoras — se esteve em contato com crianças em geral de 8 a 12, 13 anos, que é a época em que as crianças pegam e que apareceram com pintas. A gestante deve procurar imediatamente o médico e saber se ela é sensível, se tem risco de exposição à rubéola ou não. Como se detecta este risco de exposição à rubéola? Através de um exame que é a pesquisa de anti-corpos anti-rubéola no sangue circulante. Se faz uma primeira avaliação e de 14 a 21 dias depois se repete a mesma avaliação. O aumento de 3 ou 4 diluições no exame, quer dizer, passar de 1:32 para 1:250 significa que esta paciente está produzindo imunoglobulinas compatíveis com uma viremia — existência do vírus no sangue. Que esse vírus seja mais patogênico ou menos patogênico a ponto de causar lesões cutâneas, ganglionares e outras, isso é uma outra conversa, porque a ação lesiva do vírus não é proporcional à existência da lesão externa. Se na eventualidade de nós termos uma idade da gestação mais evoluída se pode fazer a pesquisa

do vírus através de cultura do líquido amniótico através de amniocentese ou punção do cordão umbilical fetal e a pesquisa de uma das imunoglobulinas chamada IGM que significa a presença de atividade de infecção no concepto em útero. A IGM é uma imunoglobulina com grande peso molecular que não atravessa a placenta. Então, a existência de IGM no sangue de um concepto em útero significa que ele está produzindo esta imunoglobulina autoctonamente. A prevenção de rubéola é a coisa mais fácil. Eu disse que é uma doença das professoras, que quando bate num colégio de crianças, todo mundo tem. Então, o primeiro procedimento é a exposição das crianças onde existir esta epidemia de rubéola. A criança reage muito bem, ela é uma formadora de anti-corpos, então ela tem uma forma muito benigna de rubéola e fica imunizada para o resto da vida. Nós já falamos isto em outros lugares e achamos, em função de uma série de parâmetros, inclusive com a iniciação sexual muito precoce e a possibilidade de gestação logo às primeiras menstruações da menina, principalmente nos meios de alto risco social, que na escola pública primária se deva fazer a imunização.

O segundo aspecto é o da toxoplasmose. Toxoplasmose não é vírus, é um protozoário, *Toxoplasma gondii*, que é encontrado, em geral, em meios de pouca higiene, onde proliferam moscas, onde há animais domésticos —gato, cachorro— onde as moscas pousam nas fezes dos animais e vão pousar nos alimentos das pessoas. Através do contágio de superfícies contaminadas e boca, através da ingestão, muitas vezes de carnes cruas, principalmente daquele galeto mal-passado e do churrasco feito à moda gaúcha. A toxoplasmose dá uma doença aguda que é tratável e que permanece pela presença de anti-corpos no sangue circulante. Não obstante, esse toxoplasma fica contido em dois tipos de reservatórios, os cócitos e os cistos em trofozoítas. Estes cistos de trofozoítas ficam assestados em músculos, no fígado, em uma série de órgãos, combatidos pelas imunoglobulinas, pelos mecanismos imunológicos dos pacientes, sem que, no entanto, ele esteja curado clinicamente e bacteriologicamente. Na eventualidade de uma diminuição de resistência, e o maior exemplo disto no momento é a AIDS que se caracteriza por uma imunodeficiência, faz com que aqueles cistos de toxoplasmose possam explodir, fazendo com que muitas vezes a paciente não venha a sofrer doença pelo AIDS, mas venha pela toxoplasmose. A toxoplasmose,

assestando-se nas crianças, lesa placenta, propiciando o aparecimento de lesões placentárias nítidas, assesta-se também no sistema nervoso do concepto. Quando precoce, é uma causa de abortamento, em que pese alguns autores dizerem que não se trata de uma causa de abortamento.

A toxoplasmose é causa, pelo menos em 25% dos conceptos infectados e com alterações de audição. Felizmente, ela é tratada, no Brasil, com um antibiótico chamado espiramicina, dado em dose de 3 a 4 g diárias durante 30 a 45 dias. O tratamento previne o agravamento de lesões do concepto.

Citomegalovírus, é um vírus também neurotrópico para o concepto e que na maior parte dos adultos não ocasiona lesões de grande monta — muitas vezes um aumento de fígado e aparecimento de uma poucos gânglios. Não obstante, o citomegalovírus em pessoas imunodeprimidas, pode ficar em circulação durante um período prolongado, inclusive sendo eliminado por via urinária. Essa eliminação, por via urinária vai dar ura dos métodos diagnósticos, falho sim, mas talvez de custo mais barato. É a detecção, em cerca de 1/4 das pacientes portadoras de citomegalovírus, de células gigantes com, núcleos também gigantes, chamado citomegalia. Essa citomegalia é quase que exclusiva de doença de inclusão citomegálica ou citomegalovírus. Não existe tratamento específico para o citomegalovírus, ele lesa todo o sistema neuro-sensorial, além de ocasionar outras lesões de concepto. Se faz o diagnóstico através do pedido de imunofluorescência para o citomegalovírus. São alguns dos exames que devem ser feitos de forma pré-natal, e a presença de infecção ativa de citomegalovírus deve desaconselhar a gestação.

Sífilis constitui o quarto item e parece bem conhecido. O diagnóstico é feito através de exame de sangue, é tratado com penicilina de longa duração e se consegue obter uma cura clínica satisfatória. As doses de penicilina-benzatina dadas a uma grávida, para tratamento do concepto, são diferentes das dadas a outro paciente adulto qualquer. Se trata com doses muito maiores pois que a penicilina-benzatina passa muito pouco através da barreira placentária. Então, nós usamos doses de 10.000.000 de UI de penicilinas dadas em 7 a 14 dias.

Queremos agora falar sobre um aspecto que é a administração de drogas e a auto-medicação da grávida. Muita grávida, porque a vizinha, a amiga ou o tio velho está tomando uma substância qualquer, ela vai lá e aproveita o remédio, que é uma forma, evidentemente barata, de ser medicada, da forma mais empírica, mais de-olho-fechado, mais

cega possível. Das drogas que cursam com alterações do concepto em útero, nós citamos: antibióticos; os hipoglicemiantes orais; os diuréticos tiazídicos, tanto faz ser furozemida, como ser clorotiazida, todos eles tem afinidade sobre o sistema auditivo do concepto em útero; drogas que atuam no sistema nervoso central, interferindo no metabolismo da célula nervosa, quer dizer, impedindo o processo de amadurecimento e mesmo de proliferação das células; substâncias que agem sobre noradrenalina, adrenalina, DOPA, sobre a serotonina, sobre 5-HT e uma série de substâncias mediadoras químicas da função nervosa central são passíveis de alterar o concepto em útero. Uma dessas substâncias, pelo menos, tornou-se conhecida, que é a glutetimida, também chamada talidomida.

Dois últimos aspectos gostaríamos de ressaltar. Um é o sofrimento fetal crônico, cuja criança não sofre processo de desenvolvimento "full time", completo, e que ocorrem de duas formas distintas: uma, o crescimento intrauterino retardado, sofrimento fetal crônico assimétrico e aquele outro simétrico. O simétrico é aquele em que a criança já nasce geneticamente inferiorizada em função de que ela é uma desnutrida, o pai é um desnutrido e alcoólatra, a mãe uma alcoólatra, eles não recebem um nível de proteína suficiente, eles sofrem infecções por imunodeficiência, eles tem um aporte calórico excessivamente baixo, eles trabalham excessivamente. Essas crianças nascem inferiorizadas em peso e tem um sofrimento fetal crônico simétrico. E existe outro que é o sofrimento fetal crônico simétrico. E existe outro que é o sofrimento fetal crônico assimétrico que até 28 a 32 semanas a criança tem um nível de crescimento normal, quando subitamente, alguma coisa altera o processo de aporte das substâncias nutritoras dentro do útero então começam a sofrer um processo de regressão ou de horizontalização do seu crescimento e desenvolvimento. Nesse caso nós temos o diabetes, hipertensão, toxemia gravídica e uma centena de outras doenças como nefropatias e outras. Uma vez diagnosticado o sofrimento fetal crônico, através da curva de crescimento ultra-sonográfico, criança que pára de crescer; os dados antropométricos — diâmetro biparietal, ossos longos, diâmetro abdominal e outros — havendo uma reabsorção acentuada de líquido amniótico, a melhor coisa que se pode fazer é interromper essa gestação e deixar que ela do lado de fora tenha uma curva de crescimento normal e com um aporte de substâncias nutritoras suficiente. Existem tentativas de fazer repouso, super-alimentação, substâncias vaso-

dilatadoras que mostraram-se parcialmente eficazes. Não podem ser usados como regra geral.

Como última eventualidade nós queríamos falar sobre prematuridade. Prematuridade é a criança que vem com desenvolvimento normal e em função de acontecimentos no útero, por incompatibilidade entre continente e conteúdo, o conteúdo é expulso prematuramente sendo que aí, o crescimento dela é normal até a época, mas ela nasce com imaturidade de sistemas múltiplos, urinário, respiratório e sistema nervoso. A prematuridade causa déficit auditivo com uma frequência muito grande, principalmente se levarmos em conta que as lesões do recém-nascido, que deve ser citado pelo Dr. Ricardo, cursam com subfusões hemorrágicas de sistema nervoso central, hemorragias e hipoxia com edema.

Finalmente, talvez uma das poucas coisas que se tenha feito em Obstetrícia de forma positiva seja o diagnóstico de déficit auditivo intra-uterino. Nós sabemos que todo feto estimulado externamente por um som reage de duas formas. Uma é acentuando a movimentação ativa, movimentação, muitas vezes, incoordenada e a segunda é propiciando uma movimentação dos olhos chamados movimentos REM. Pois bem, se nós colocarmos uma simples buzina de bicicleta em contato com a parede abdominal da mãe e registrarmos batimentos cardíacos do feto, este feto, ao ser disparada a buzina, entra em movimentação ativa, mostrando que houve um estímulo sonoro e uma condução sólida desse som.

Acreditamos que um pré-natal orientado, mesmo a nível primário, para que se separe aqueles casos de risco dos outros normais, para que se coloquem médicos altamente especializados em manejo da gravidez de risco fazendo pré-natal, para tirar pressão arterial e ver se existe um edema e que a criação de centros especializados de risco constituem o melhor passo para a prevenção da surdez.

A ATUAÇÃO DO OTORRINO NA PREVENÇÃO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

** Dr. Francisco de Paula Amarante Neto*

Inicialmente eu gostaria de agradecer ao Departamento de Programas Educacionais, na pessoa da professora Lia Marques Jordão, o honroso convite que me foi feito para, mais uma vez estar com vocês, aqui, já que muitas de vocês — eu estou olhando aqui na plateia — já passaram em outros cursos no qual eu fui um dos professores.

Depois das palavras do obstetra e do pediatra que abordaram praticamente tudo que a gente devia ter que abordar, no período pré-natal e no período imediato, pós-natal, até um ano de idade, logicamente, nós, otorrinos, recebemos o doente com a queixa praticamente estigmatizada de uma deficiência auditiva.

Eu sempre me bati, em todos os cursos de que faço parte, sobre a necessidade de se praticar uma política de conscientização, não só a nível de governo como a nível populacional, de se fazer um exame pré-natal adequado em todas as parturientes. Isso porque, nos países mais adiantados, o problema do estudo da audição está mais desenvolvido devido a essa política de classificação das gestantes, em grupos de alto risco, na decorrência de qualquer fator durante o período pré-natal, durante o período gestacional e também durante o próprio parto.

Sendo assim, fica muito mais fácil a gente examinar essa gama de crianças que decorrem desse tipo de parto. Quer dizer, são mães que durante o período gestacional, ou apresentam uma alteração cromossômial, ou sofreram acidentes durante o decurso dessa gestação, assunto já ventilado aqui, tais como: deficiências nutricionais, o uso de substâncias químicas, tais como antibióticos, tranquilizantes, o próprio uso do álcool; fatores endócrinos, como o hipotireoidismo; a submissão a determinados tipos de radiografia durante o período gestacional; alterações do tipo infecciosas, como a rubéola, a cachumba e outras; e anemias, causando anoxia para o próprio feto. Temos também alguns traumatismos que a mãe pode sofrer durante o parto, como a prematurida-

** Livre Docente e Professor Titular de Otorrinolaringologia da Escola Médica da PUC/RJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões Chefe de Clínica do Serviço de ORL do Hospital do Carmo.*

de, a hiper maturidade, e os traumatismos do parto em si.

Então, todas estas alterações podem levar à deficiência auditiva associada ou não a outros fatores.

Nós sabemos que as alterações cromossomiais, geralmente, provocam alterações para o aparelho auditivo que podem ser classificadas em três tipos: o primeiro tipo seria a alteração do tipo falha no desenvolvimento, em que o aparelho auditivo vai se desenvolvendo, nos três primeiros meses de gravidez e há uma falha nesse desenvolvimento — essa alteração é chamada do tipo *Michel*; a segunda alteração é a interrupção do desenvolvimento do aparelho auditivo — por um determinado motivo esse desenvolvimento pára e nós não temos a sua complementação — essa alteração é denominada do tipo *Mondini*; em terceiro lugar temos a alteração de deterioração do aparelho auditivo, é a alteração do tipo *Sheib*, que é a mais frequente.

Quando uma criança nasce, ela é vista imediatamente pelo pediatra e esse, de acordo com as necessidades e com as alterações que ele encontrar, vai encaminhá-la a um otorrinolaringologista, pelo menos quando as alterações são, por assim dizer, de grande monta. Por exemplo, uma criança que nasce sem o pavilhão auditivo, uma criança que nasce sem o conduto auditivo externo. Então, nós vamos submeter essa criança a um exame e vamos verificar que ela pode apresentar alterações apenas no aparelho de condução, mas também podem existir alterações associadas com o aparelho sensorio-neural.

Nós sabemos que embriologicamente a origem do aparelho auditivo externo e médio é diferente da origem do ouvido interno. Então, é muito mais comum as alterações virem isoladamente do aparelho de transmissão ou do aparelho neuro-sensorial, mas, em alguns casos, nós podemos encontrar essas alterações associadas.

Nos casos de lesão apenas do aparelho auditivo externo ou médio, isto é, alterações no aparelho de condução, nós temos meios de correção cirúrgica para isso e podemos então reconstruir um pavilhão, podemos reconstruir um meato acústico externo, uma membrana timpânica, uma cadeia ossicular, mas, infelizmente até os nossos dias, não temos ainda condições de atuar sobre o aparelho sensorio-neural. Estamos ainda engatinhando num dos primeiros recursos, mas, ainda, com poucos resultados. Trata-se do implante coclear, mas ainda é a fase inicial do tratamento das disacusias neuro-sensoriais. Assim é que, quando somos procurados por um doente em que não há nenhuma lesão ana-

tômica propriamente dita do conduto externo — ele tem um meato normal, uma membrana timpânica normal — nós somos obrigados a examiná-lo sob o ponto de vista de deficiência auditiva para que se possa iniciar uma política de aprendizado, o mais precoce possível, visando integrar esse pequeno ser na comunidade.

Nós temos que nos basear, inicialmente, na história da criança. No recém-nascido sobretudo quando está dormindo e não acorda com sons intensos, ou fica permanentemente queito no berço ou apresenta, às vezes, choro descontrolado e é uma criança que não se alegra, principalmente na hora da alimentação.

Que recursos nós temos para examinar uma criança em quem nós suspeitamos de uma deficiência auditiva? Os recursos são poucos nessa fase e nós nos baseamos primeiro na pesquisa de reflexos. Através da utilização de sons mais ou menos intensos, nós vamos fazer com que esse estímulo sonoro provoque a presença de alguns reflexos, um deles o reflexo cócleo-palpebral em que, com sons de intensidade de mais ou menos 70 dB, nós conseguimos, se a criança ouve, que ela pisque os olhos. Um dos outros reflexos que nós poderíamos pesquisar seria o reflexo cócleo-pupilar com a presença de sons agudos, a criança tende a ter uma dilatação da pupila. Isso deve ser feito, de uma maneira geral, em um ambiente de luz ténue para evitar que a própria luz ambiental influa no rendimento do teste. E um outro reflexo que pode ainda ser pesquisado é o reflexo de Moro. Sons mais intensos, em torno de 100 dB provocam o reflexo cócleo-muscular, isto é, a criança apresenta uma contração de braços e pernas na presença desses sons.

A ausência desses reflexos não significa a ausência de audição, mas a presença deles significa que a criança escuta. No entanto, devido a vários fatores, nós somos com frequência, solicitados a examinar crianças maiores, já além dos 3 meses, às vezes acima de 1,2 ou 3 anos e eu já examinei uma criança com 9 anos de idade que não tinha tido ainda a oportunidade de ser examinada em nenhum local. Ela era do interior e vinha porque conseguiu meios, através de terceiros, para vir a uma cidade grande ser examinada e ver o que tinha. O que os familiares alegavam era que ela tinha o diabo no corpo, porque não falava, não se comunicava, era uma criança arredia, estúpida e, por incrível que pareça, permaneceu até os nove anos nessa situação.

De forma que nós podemos, ainda no recém-nascido, além dos exames desses reflexos, utilizar alguns métodos que são objetivos. Em pri-

meiro lugar nós podemos utilizar a impedanciometria. O que é impedanciometria? Impedanciometria é o exame do estado da caixa do tímpano, ou seja, do ouvido médio e através da pesquisa do reflexo estapédico em que se observa a contração do músculo do estribo, nós vamos obter um limiar verdadeiro da audição dessa criança. Por que? Porque nós sabemos que a contração do músculo do estribo se dá 70 a 90 dB acima do limiar da audição. Então se eu tenho uma resposta de reflexo estapédico em 120 dB eu posso calcular que essa criança deva ter um limiar em torno de 30 a 50 dB naquela frequência. Então, já é um método objetivo que me permite determinar uma cifra quantitativa. Quer dizer, eu já posso além de dizer que a criança ouve ou não, mais ou menos próximo de quanto ela ouve, que é uma coisa bastante importante.

Um outro método que nós podemos utilizar ainda é a eletrococleografia. A eletrococleografia é um exame que permite o registro da audição. Mas esse registro da audição só indaga o órgão periférico que é a cóclea. Mediante um eletrodo transtimpânico, quer dizer, um microeletrodo que atravessa a membrana timpânica e é fixado no promontório, nós vamos então fazer um estímulo auditivo nesse ouvido por meio de clicks, ou seja, por meio de sons interrompidos, de frequência e intensidade conhecida e vamos obter a resposta, ou seja, o potencial de ação do nervo auditivo e nós vamos saber, então, o limiar de audição dessa criança. Mas nós só indagamos o órgão periférico. Essa criança pode ter no entanto um problema do órgão periférico até os centros corticais da audição e, modernamente, nós podemos lançar mão do BERA que é a audiometria de respostas evocadas e que se indaga desde o órgão periférico até os centros da audição através do estudo da onda V. A audiometria cortical apresenta várias ondas e a onda V é a que representa o potencial de ação do nervo auditivo. Então, através do estudo dessa onda V nós vamos determinar o nível de audição dessa criança.

Quando nós temos uma criança de maior idade, por exemplo, com idade variando entre 1 a 3 anos, nós podemos já lançar mão de outros testes. Esses outros testes seriam mais positivos de que aqueles com os reflexos a que eu me referi inicialmente para o recém-nascido. Então nós poderíamos, nessa época em que a criança já conhece o ambiente que a cerca, já reconhece a voz dos seus familiares, os ruídos da própria casa, o toque da campainha de telefone, o toque da campainha da rua, que já começou a se integrar em seu meio e já começou a

adquirir um pequeno linguajar, determinados sons que são muito familiares, como o bater de uma colher num pires, sons que podem lhe chamar a atenção e nós os utilizamos para ver se a criança identifica, por exemplo, a voz da própria mãe, falando de trás dela. Então, são pequenos testes, mais objetivos, que a gente pode lançar mão, além de testes mais sofisticados como o teste de Suzuki-Yogiba que é aquele em que nós colocamos dois auto-falantes numa câmara audiométrica em posição estratégica e cada auto-falante tem uma figura que se acende quando se emite um som e nós ensinamos a criança que a figura só se acende quando ela escutar o som. Esse teste, em determinadas crianças muito peraltas pode nos dar muito trabalho porque ela tende a ir ao encontro da figura colorida e nós temos de ter um bocado de paciência com ela. Outros jogos que nós podemos lançar mão são, através do condicionamento auditivo, jogos de encaixe onde nós condicionamos a criança que só encaixe uma determinada peça no jogo depois que ela tenha escutado um som, é uma espécie de recompensa depois que ela ouve poder, então, encaixar aquela peça. Nós conseguimos, com estes testes, respostas bem próximas do limiar. São testes que devem começar com sons bastante intensos e vamos diminuindo até chegar a esse limiar.

Nós podemos ainda usar os testes a que eu me referi no próprio recém-nascido que são a impedanciometria, a eletrococleografia e a audiometria tronco-cerebral, mas nestes testes, o inconveniente é a aparelhagem que é muito cara. Não é qualquer serviço, não é qualquer instituição que pode ter, não digo um impedanciômetro — este é mais barato — mas um eletrococleógrafo ou um aparelho de audiometria de tronco-cerebral que são aparelhos caríssimos e que não pode, em nosso meio, se dar ao luxo de ter um aparelho desse em cada serviço que trata de deficiência auditiva. Seria o ideal, mas nós não podemos fazer isso.

De forma que estes testes objetivos são muito eficientes, mas quando temos aparelhagem. Quando não temos, devemos lançar mão desses outros meios como o teste de Suzuki-Yogiba, como testes de encaixe e quando a criança é um pouquinho maior, acima dos 3 anos, já praticamente no começo da idade escolar, em que o seu desenvolvimento neuro-motor já está completamente desenvolvido e a sua linguagem totalmente adquirida, nós podemos então já fazer de outra maneira, como a própria audiometria tonal liminar, a audiometria clássica em que você obtém a colaboração do próprio paciente. Nós podemos fazer já a logoaudiometria, utilizando, nesse caso, a palavra fala-

da. Utilizando palavras balanceadas do vocabulário clássico da criança dessa idade. E pela audiometria tonal liminar, às vezes, não conseguimos numa só sessão bons resultados, mas às vezes em três, quatro ou cinco sessões seguidas nós obtemos uma resposta audiométrica muito próxima do limiar desse doente. E, em caso de falha, nós podemos lançar mão dos testes objetivos. Mas como já disse, são testes que dependem de você ter essa aparelhagem que é bastante cara e bastante difícil de ser conseguida.

Nós não vamos, aqui, entrar em outros detalhes de tratamento cirúrgico das lesões do aparelho de condução porque não é a finalidade do nosso encontro e oferecemos a vocês, como costume fazer, o nosso serviço lá do Hospital do Carmo, onde nós temos uma aparelhagem para a medida objetiva da audição, através da audiometria tronco-cerebral. Nós oferecemos, sempre que possível, a realização desses exames.

Eram as considerações que eu queria fazer e agradeço, mais uma vez, a oportunidade de estar aqui, estando à disposição para qualquer outro esclarecimento.

AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO

Quadro Atual no Rio de Janeiro

Papel do Pediatra

**Ricardo Nunes Moreira da Silva*

Muitas das crianças surdas não são identificadas até que tenham 2, 3, 4 ou até 5 anos, idades em que um tempo valioso já foi perdido, na sua reabilitação médica ou educacional.

Visando levantar dados sobre o perfil das crianças surdas atendidas no setor de avaliação (SEDAP) do INES, revisamos os prontuários daquelas que possuíam a anamnese padrão da instituição preenchida, atendidas nos anos de 1986 e 1987, totalizando 140 crianças. As conclusões preliminares foram³¹:

a) *Primeiras suspeitas: dos pais:*

— a maioria das crianças da pesquisa tiveram a primeira suspeita levantada pelos pais, ou por outros parentes; raramente a suspeita era levantada pelos profissionais de saúde.

b) *Diagnóstico tardio:*

— o tempo decorrido entre a suspeita de surdez e o diagnóstico foi maior que 6 meses em 58% dos casos e maior que 1 ano em 29% dos casos:
— *o diagnóstico foi tardio > 2 anos) em 48% dos casos.*

c) *Orientações inadequadas:*

— 22% das crianças com surdez receberam orientações inadequadas dos profissionais de saúde consultados, frente a suspeita dos pais, alegando: criança muito pequena para realizar o exame, criança distraída/preguiçosa/desligada ou até assegurando a normalidade da criança; dentre os profissionais podemos citar: pediatras, neurologistas, fonoaudiólogas e otorrinolaringologistas;

— 50% dessas crianças faziam parte de algum grupo de alto risco pela anamnese.

— 46% das crianças faziam parte de algum grupo de risco pela anamnese, sendo os mais frequentes: surdez familiar, rubéola, meningite, as-

**Membro do Comitê de Follow-up do Recém-nato de Alto Risco e do Programa de Acompanhamento do Centro de Tratamento de Tratamento Intensivo Neo-Natal — CETRIN. Consultor do "Projeto Detecção Precoce SEDAP/INES.*

fixa e baixo peso ao nascer. Em muitas crianças os dados eram insuficientes.

e) *Resultados das avaliações:*

— verificamos que a grande maioria das crianças apresentavam surdez severa e profunda e portanto necessitavam de escolaridade especial e prótese auditiva e, com o diagnóstico tardio, tendem a apresentar piores resultados em termos de sua reabilitação.

— o número de crianças normais em qualquer método de avaliação é diretamente proporcional à preocupação com a suspeita diagnóstica no meio da população geral. Encontramos o valor de 10%, que é baixo, ainda mais quando verificamos que, destas crianças, a maioria havia sido encaminhada pelo próprio autor ou por hospitais onde havia sido começado um trabalho de divulgação da importância do diagnóstico e tratamento precoces da criança surda.

— é interessante notar o pequeno número (3,4%) de crianças que precisaram ser encaminhadas para a BERA (audiometria de potenciais evocados de tronco cerebral), o que confirma a sua indicação como um exame subsidiário, em crianças de difícil exame, por não exigir a cooperação da criança.

Esses dados vieram a confirmar a impressão dos que trabalham com deficientes de audição: os profissionais de saúde não estão levando em conta a suspeita levantada pelos pais, nem sempre têm ideia dos grupos de risco, idade e métodos que podem ser usados para a detecção precoce de surdez e com isso as crianças estão sendo diagnosticadas e tratadas muito tarde.

Portanto o pediatra deve assumir sua responsabilidade da detecção e tratamento precoces da criança surda, visando modificar o quadro já descrito, incorporando na sua rotina diária os conhecimentos que seguem:

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NO DEFICIENTE AUDITIVO:

A tendência geral entre educadores e fonoaudiólogos é a de começar os processos de reabilitação tão cedo quando possível a fim de desenvolver qualquer grau de audição remanescente e de prevenir, tanto quanto possível, retardo na fala e na linguagem.

Amplificação durante o estágio do balbucio (através de próteses auditivas e da estimulação auditiva), garantindo assim o estabelecimento

precoce da alça de 'feed-back', podendo propiciar o desenvolvimento de linguagem em crianças com surdez severa que se aproxima da de crianças normais (Fry).

Os trabalhos de Elliot e Elliot e Armbruster⁹ em escola para crianças surdas demonstrou que dentre as crianças com surdez severa aquelas que apresentavam problemas no aprendizado da linguagem haviam sido diagnosticadas, receberam prótese auditiva e começaram um programa educacional numa idade mais tardia.

Um atraso nas medidas de intervenção, que se estenda significativamente além dos 2 primeiros anos de vida, raramente será seguido pelo desenvolvimento inteiramente satisfatório da linguagem porque:

- a) existe um período mais crítico, quando o lactente parece estar biologicamente programado para o aprendizado Ótimo da linguagem, que são os 2 primeiros anos de vida;
- b) a plasticidade cerebral diminui a partir da idade de 3 anos;
- c) a maioria das crianças surdas parece ter de seguir a mesma sequência de desenvolvimento da linguagem de uma criança normal (incluindo aí a fase pré-lingüística) não importando para isso a idade de início da fala;
- d) devemos aproveitar a preparação dos órgãos fonoarticulatórios, realizada naturalmente na fase pre-lingüística, pois quando a criança (por ser surda) não chega a aprender a falar nos 2 primeiros anos de vida vai perdendo o uso destes órgãos e, quando começar sua educação especializada, maiores serão as dificuldades que encontrará para aprender a articular, tendo então necessidade de exercícios fono articulatórios para retomar este trabalho.

Por outro lado, as crianças de 2 ou 3 anos que já adquiriram alguma linguagem oral e se tornaram surdas, podem perder muito rapidamente tudo o que aprenderam. Isso acontece por apresentarem uma memória auditiva evocativa pouco desenvolvida, tendo ainda grande necessidade do 'feed-back' auditivo para a manutenção e expansão da linguagem oral. Necessitam também de intervenção imediata.

QUEM EXAMINAR E PORQUÊ:

A incidência de surdez não é alta na população geral:
— 1:1.000 crianças nasce surda;

- 2:1.000 se tomarão surdas durante a infância;
- 2:1.000 sofrerão perda auditiva permanente com repercussões na linguagem⁴.

Os trabalhos de Miller³⁰ e da Academia Americana de Pediatria²⁵ recomendam que o rastreamento seja voltado preferencialmente para as crianças de grupos de risco (onde a incidência de surdez pode ser bem maior do que na população geral), evitando-se assim o grande número de falsos positivos e de falsos negativos que apareceram quando se tentou um rastreamento em massa. Exemplos de população com maior risco:

Apresentarão surdez:

3,2% dos recém-nascidos proveniente de CTI neonatal (em exames consecutivos de 605 crianças)";

- 15 a 9% dos recém-nascidos de baixo peso⁵
- 16.7% das crianças sobreviventes de convulsões neonatais⁵;
- 28.6% das crianças que sobreviveram baixo peso ao nascer e convulsões neonatais⁵;
- 20 a 52.5% das crianças com persistência de circulação fetal²⁴;
- 17% das crianças com riscos múltiplos como peso ao nascer < 1500 g, com asfíxia perinatal e subsequente hipoxemia e estadia hospitalar de 2 meses³⁸;
- 10% das crianças com infecção congênita por CMV";
- 18% das crianças com marcas/proeminência pré-auriculares²⁶;
- 5% dos filhos de um pai surdo e 10% de ambos os pais (risco empírico)³⁷;
- 15% das crianças com paralisia cerebral⁴⁰.

Baseados em relatos mais recentes, entre eles os de Coplan" e Dua-ra e col. recomendando a ampliação dos conceitos de crianças de risco para desenvolverem surdez utilizados até então²⁵, sugerimos a utilização do seguinte:

Registro de Crianças de Alto Risco para Surdez:

1 — *história familiar de déficit auditivo*

Na infância, geneticamente determinado ou antes dos 50 anos de idade (sem causa aparente). A herança pode ocorrer em qualquer padrão mendeliano.

2 — *infecção perinatal congênita* (suspeita ou comprovada): sífilis, rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus.

OBS: Os itens 1 e 2 podem ser causadores de surdez progressiva ou de

aparecimento tardio.

3 — *meningite ou encefalite* (bacteriana ou viral).

4 — *peso ao nascer*

Menor que 1.500 g = todos os RN

Menor que 2.500 g = todos os RN, oriundos de CTI neonatal.

Maior que 2.500 g = todos os RN que apresentaram complicações do tipo: asfixia, convulsões, persistência da circulação fetal, hemorragia intracraniana, ventilação assistida e permanência no CTI 2 meses.

5 — *hiperbilirrubinemia*:

A níveis que podem ser menores do que os indicados para exsanguíneo transfusão (de acordo com o estado clínico).

6 — *asfixia severa*:

RN com APGAR de 0 a 3

RN que não apresentou respiração espontânea aos 10 minutos de vida.

RN com hipotonia persistindo por até 2 horas de vida.

7 — *malformações anatômicas de cabeça e pescoço*, (vide anexo 1).

8 — *anomalias congênitas múltiplas*.

9 — *síndromes frequentemente ou ocasionalmente associada a surdez*.

10 — *consanguinidade*.

11 — *SUSPEITA DOS PAIS DE PERDA AUDITIVA*.

12 — *tratamento pré-natal da mãe ou pós-natal do RN com drogas ototóxicas*.

13 — *atraso no desenvolvimento da linguagem e da fala ou outras anormalidades do desenvolvimento (retardo mental, paralisia cerebral, autismo e deficiência visual)*.

A crítica que pode ser feita em relação ao rastreamento apenas das crianças de risco é que existe uma pequena percentagem de crianças com surdez de etiologia desconhecida ou com infecção congênita (assintomática e sem exames sorológicos) que não serão detectados. Portanto o ideal seria a testagem de todas as crianças entre 6 e 12 meses de idade e novamente entre 3 e 4 anos, o que nem sempre é possível.

anexo 1: EXAME FÍSICO ORIENTADO:

Detectação de anormalidades que possam estar especificamente relacionadas ao desenvolvimento embriológico do aparelho auditivo (26):

1 — *malformações do aparelho auditivo*:

Pavilhão auditivo malformado, de implantação baixa ou ausente; proeminências (pólipos) ou depressões pré-auriculares; estenose e atresia do conduto auditivo externo.

— *hipoplasia mandibular, lábio leporino, atresia coanal e desproporções da calota craniana, feições grosseiras e anomalias de coluna e membros.*

3 — *palato:*

Presença de fenda (patente ou sub-mucosa, nesta um sinal pode ser a presença de úvula bifida ou com incisura longa na margem posterior do palato duro). Palato em ogiva.

4 — *alterações de pigmentação:*

Albinismo, heterocromia de íris, madeira branca, leucodermia, vitiligo.

5 — *anormalidades oculares:*

Nistagmo, paralisia óculo-motora, cório-retinite, colobomas, tumor dermóide sobre o globo ocular e hipertelorismo ocular.

6 — *anormalidades renais.*

O QUE FAZER COM A CRIANÇA DE RISCO:

Toda a criança que se encaixe em um ou mais dos fatores de risco descritos deverá ser avaliada dentro do seguinte esquema:

avaliação pelo pediatra — antes da alta do berçário (ideal) e no 20, 40, 60, 90, 120 e 180 mês através da audiometria comportamental e do acompanhamento do desenvolvimento da linguagem e fala (sendo que esta deverá ser realizada até a idade escolar). Em caso de anormalidades, ou de exame de difícil realização, ou duvidoso, a criança deverá ser reavaliada em 2 ou 3 semanas e, caso persista a anormalidade ou a dúvida, deverá ser então referida para uma avaliação especializada (é importante que o pediatra transmita aos pais a noção da importância da avaliação ser feita o mais precoce possível, evitando-se alarmar a família com a suspeita ainda não confirmada de surdez);

avaliação especializada — a criança deverá ser submetida a avaliação da integridade anatômica e funcional de seu sistema auditivo, devendo receber então orientação adequada (ex.: uso de próteses, aconselhamento genético etc) sendo que aqui o pediatra tem um papel fundamental para reforçar que os pais sigam as orientações recebidas e participem de todo o processo de avaliação, que pode ser prolongado, exigindo exames repetidos.

As crianças que não façam parte do grupo de risco idealmente deveriam também receber uma avaliação pelo menos aos 6 e 18 meses de idade e terem seu desenvolvimento de linguagem acompanhado anualmente.

COMO AVALIAR A AUDIÇÃO:

Usamos a *audiometria comportamental* (ou audiometria de reflexos incondicionados) como um método inicial de triagem de crianças de risco desde o período neonatal até a idade de 18 meses (eventualmente 2 anos) sendo de fácil realização e bastante confiável (após certo treino).

O método envolve a observação do comportamento de uma criança em resposta a um dado estímulo sonoro, cuja a intensidade (dB) varia de acordo com a idade sendo que a natureza desta resposta comportamental depende da idade da criança.

O teste não detecta surdez leve e moderada, surdez unilateral nem surdez parcial (principalmente altas frequências). No entanto, estas crianças desenvolverão linguagem com pequenas dificuldades mas com maior prejuízo na fala: até 2 anos podem se comportar como crianças normais (passando as vezes por desatenta), não necessitando tanto de uma avaliação precoce e poderão ser diagnosticadas, sem prejuízo, através do acompanhamento do desenvolvimento da linguagem e fala até a idade de alfabetização.

Abordaremos apenas o exame de crianças maiores, por ser de mais fácil avaliação pelo pediatra.

TESTE EM CRIANÇAS MAIORES (APÓS O PERÍODO NEONATAL)

— local de exames: deverá ter baixo ruído ambiental (quanto mais velha a criança mais o ruído ambiente influenciará negativamente na resposta da criança);

— deve-se buscar uma boa relação com a criança (ex.: evitar qualquer procedimento invasivo antes do exame);

— deve-se orientar a mãe quanto aos procedimentos do exame (evitando assim que ela se assuste quando for emitido som e conseqüentemente alertando a criança). As crianças com menos de 04 meses devem ser testadas despidas e deitadas, os demais no colo da mãe;

— contra-indicações ao teste: infecções de vias aéreas superiores e otológicas e uso de aspirina;

— escolher a escala de resposta de acordo com a idade da criança (em caso de prematuros usar a idade corrigida):

2 meses:

- movimentação dos olhos em busca da fonte sonora (reflexo cócleo-oculogiro);

3 meses:

- início da movimentação da cabeça em direção ao som (reflexo cócleo-cefalogiro);

4 meses:

- arregala os olhos;
- leve giro da cabeça em direção ao som (reflexo cócleo-cefalogiro);
- aquietar-se, fica em atitude de escuta, atenção;

6 meses: a partir desta idade as respostas questionáveis são menos frequentes

- gira a cabeça em direção ao som mas não necessita localizar a fonte sonora está acima ou abaixo dele;

8 meses:

- gira a cabeça 45 graus ou mais em direção ao som e frequentemente determina se o som está acima ou abaixo dele;

8 a 14 meses:

- o giro completo da cabeça, na tentativa de localizar a fonte sonora é a única resposta satisfatória;

+ *de 14 meses:* (respostas mais sutis)

- volta os olhos em direção ao observador;
- olha para sua mãe;
- cessa momentaneamente sua atividade;
- simplesmente olha para cima;
- gira levemente a cabeça em direção ao som;
- arregala os olhos;
- localiza a fonte sonora.

— emissor sonoro usado para avaliação das crianças nessa faixa etária.

- INSTRUMENTOS MÚSICAIS (fazem parte de bandinha escolar):

frequência:

GRAVE

MÉDIOS

AGUDOS

1º instrumento:

tambor

agogô

triângulo

guizo

2º instrumento:

reco-reco (madeira)

prato (20 cm)

OBS: os instrumentos acima tem um espectro sonoro mais amplo,

quando os classificamos em determinada faixa (ex.: agudos) estamos usando a faixa de predomínio. Utilizamos o segundo instrumento em cada faixa de frequência para podermos ter maiores opções caso a criança não se interesse pelo 1^o som apresentado. A emissão sonora deverá ser feita:

- até 6 meses = 45 cm de distância
- a partir de 9 meses = 90 cm de distância

Devemos também tocar os instrumentos de uma maneira não muito forte, evitando o contato prolongado da vareta com o instrumento. — distrair adequadamente a atenção da criança, evitando-se elementos que prendam em demasia a atenção da criança. Um bom exemplo é um simples bastão colorido;

— o ideal do exame é que seja feito por 2 examinadores independentes, mas com a prática é possível a testagem sem auxílio (principalmente em crianças normais);

— deve-se respeitar:

- ordem de apresentação dos estímulos: começar pelos graves, médios e agudos;
- o intervalo entre a apresentação do estímulo e a resposta deve ser mínimo;
- o intervalo entre as emissões — se o primeiro estímulo não originar resposta este deve ser repetido 2 segundos após (e pode ser novamente repetido mais uma vez), caso continue sem originar resposta deve-se tentar o segundo instrumento da mesma frequência, observando-se um intervalo de no mínimo 1 minuto (este intervalo deverá aumentar proporcionalmente, conforme a criança fica mais velha, até se chegar a 3 minutos). Com a prática e, principalmente, em crianças normais estes intervalos poderão ser menores, sem prejuízo do resultado adequado.
- o ponto de emissão do som (ex: até 6 meses este deve ser ao nível do ouvido um pouco afastado da linha mediana).

— *evitar que sejam fornecidas outras pistas além das sonoras* (ex: usar perfumes, ficar no limite do campo de visão da criança, criar correntes de ar quando produzir os sons).

AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS E MANEJO POSTERIOR

Em casos de crianças com desvios do desenvolvimento, a resposta comportamental obtida poderá estar defasada em relação à idade cro-

nológica, não configurando, no entanto, um prejuízo da audição.

A resposta ao teste será considerada positiva, quando a criança reagir à maioria dos estímulos empregados. Estas crianças, mesmo assim, precisam continuar a serem avaliadas, segundo o calendário recomendado.

A resposta será considerada suspeita, quando a criança só reagir, a metade dos estímulos empregados. Estas crianças deverão ser reavaliadas, de preferência, em 2 semanas. Caso persista o resultado suspeito ou este se torne normal (pouca resposta aos instrumentos), deverão, então, ser referidas para a avaliação especializada.

Toda criança com resultado anormal, ou mesmo aquela com teste de difícil realização, deverá ser encaminhada para avaliação especializada. O pediatra deverá recomendar que essa avaliação seja realizada o mais rapidamente possível, sem, no entanto, alarmar a família, pois esta fase é apenas de suspeita diagnóstica.

AValiação DA Linguagem

O pediatra necessita ter métodos de fácil utilização para a avaliação do desenvolvimento da linguagem e fala nos primeiros anos de vida. Atrasos nesta área podem significar frequentemente anormalidades do desenvolvimento (surdez leve ou moderada, deficiência mental), disartria (que pode acompanhar paralisia cerebral e desordens comunicativas), que poderão ser detectados mais precocemente.

Citamos o uso da ELMScale ("Early Language Milestone Scale")^{12,13,14} como uma escala de avaliação da linguagem apropriada para o uso pelo pediatra geral:

- compreende as áreas auditivo-expressiva, auditivo-receptiva e visual, através de testagem direta da criança e do questionamento aos pais;
- pode ser usada em crianças de 0 a 36 meses de idade;
- seus dados são compatíveis com a escala brasileira de Heloísa Marinho²⁹;
- a presença de anormalidades indica a necessidade de uma avaliação mais completa do desenvolvimento global (ex.: Gesell).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Azevedo, J.P.M.; Kós, A.O.; Portinho, F.; *Pelegrim*, AC/Surdez — Avaliação Au-

ditiva Precoce.

Clínica Pediátrica, 1986; vol. 10 — n? 7:52.

2. Azevedo, J.P.M.; Kós, A.O.; Salaverry, M.A.; *Pelegrim, N.*; Nigri, F.N.: Avaliação Auditiva Precoce no Recém-nascido e Crianças Pequenas.

J.B.M., 1984; 46 (4):81.

3. Bailey, E.N. et al: Screening in Pediatric Practice.

Ped. Clin. N. Amer., 1974; 21:123.

4. Bellmans, S.: Hearing Screening in Infancy.

Arch. Dis. Child, 1986; 61:637.

5. Bergman, I.; Hirsch, R.P.; Fria, T.J.; Shapiro, S.M.; Holman, I.; Pamter, M.J.: Causes for Hearing Loss in the High-Risk Premature Infant.

J. Pediat., 1985; 106 — vol. 1:95.

6. Biesalski, P: Possibilidades y Limjites del Pediatra en la Exploración y Tratamiento de los Niños con Transtornos de la Audición.

Pract. Pediat., 1970; n? 1:120.

7. Bluestone, CD. et al: Controversies in Screening for Middle Ear Disease and Hearing Loss in Children (WORKSHOP).

Pediatrics, 1986; 77:57.

8. Chasin, W.D.E.

Hosp. Pract., 1977; 12:103.

9. Chevie-Muller, C; Review Article: Early Detection of Deafness in Young Children.

Dev. Med. Child. Neurol., 1978; 20:814.

10. Committee on Children with Handicaps, American Academy of Pediatrics: The Physician and the Deaf Child.

Pediatrics, 1973; 51:1100.

11. Coplan, J.: Deafness: Ever Heard of its? Delayed TRecognition of Permanent Hearing Loss.

Pediatrics, 1987; 79:206.

12. Coplan, J.: Evaluation of the Child with Delayed Speech or Language.

Pediatr. Ann., 1985; 14:202.

13. Coplan, J.: ELM Scale: The Early Language Milestone Scale. Tulsa, Modern Education Corporation, 1983.

14. Coplan, J. et al: Validation of an Early Language Milestone Scale in a High-Risk Population.

Pediatrics, 1982; 70:677.

15. Couto, A.F.; Costa, A.M.: Como Compreender o Deficiente Auditivo. Rotary Club do Rio de Janeiro, Comissão de Assistência ao Excepcional: EXPED. Expansão Editorial, 1985.

16. Downs, M.P.; Silver, H.K.: The "A.B.C.K' — Early Identification in Nursery, Office and Clinic of the Infant Who is Deaf.

Clin. Pediat. (Phila), 1972; 11:563.

17. Downs, M.P.; Sterrit, G.M.: A Guide to Newborn and Infant Hearing Acreening Programas.

Arch. Otolaryng., 1967; 85:37.

18. Downs, M.; Northern, J.: Hearing in Children. Baltimore, The Williams and Wilkins, 1974.
19. Eviatar, L.: Evaluation of Hearing in the High-Risk Infant. *Clin. Perinat.*, 1984; **11:153**.
20. Frank, E: El Language en los Ninos con Transtornos Auditivos. *Pract. Pedit*, 1970; n? 4:156.
21. Fria, T.J.: Assessment of Hearing. *Ped. Clin. N. Amer.*, 1981; 28:757.
22. Hardy, J.B.: Auditory Screening of Infants. *Ann. Otol.*, 1962; 71:759.
23. Hardy, J.B. et al: Hearing Responses and Audiologic Screening in Infants. *J. Pediat* 1959; 55:382.
24. Hendricks-Munoz, K.D.; Walton, J.P.: Hearing Loss in Infants With Persistent Fetal Circulation. *Pediatrics*, 1988; 81:650.
25. Joint Committee on Infant Hearing — Position Statement 1982, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 1982; 70:496.
26. Kankkunen, A.; Thiringer, K.: Hearing Impairment in Connection With Preauricular Tags. *Acta Paedtr Scand*, 1987; 76:143.
27. LOwe, A: Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano en los Ninos con Problemas de Audicion. 1982. Editorial Medica Panamericana S.A. Buenos Aires.
28. Lowse, A.: Audiometria en el Nino — Implicaciones Pedagógicas. 1981. Editorial Medica Panamericana S.A. Buenos Aires.
29. Marinho, H.: Escala de Desenvolvimento. SPB — CENESP — MEC. 1977. Gráfica e Editora do Livro Ltda.
30. Muller, H.M.: Neonatal and Infant Auditory Screening Programs — An Evaluation of Their Current Status. *Clin. Pediat. (Phila.)*, 1971; 10:340.
31. Moreira da Silva, R.N.; Pelegrim, N.; Siqueira, T.S.: Perfil das Crianças Atendidas no SEDAP — INES/RJ durante os anos de 1986 e 1987 — Um Alerta a Todos os Profissionais de Saúde. In: Anais do I Encontro de Emergência e Tratamento Intensivo em Pediatria do Rio de Janeiro, março de 1988.
32. Pacheco Russo, IC; Momensohn Santos, TM.: Audiologia Infantil — Princípios e Métodos de Avaliação da Audição na Criança. Ed. Cortez, 1985.
33. Peckham, CS. et al.: Congenital Cytomegalovirus Infection: A Cause of Sensorineural Hearing Loss. *Arch. Dis. Child.*, 1987; 62:1233.
34. Reis Velloso, G.C.C.; *Moreira da Silva, R.N.*; Moura da Silva, A.A.; Lemme de Almeida, J.H.C.; Fritas, R.E.C.; Mello e Souza, S.: Proposta de Screening Pediátrico Para a Deteção Precoce de Surdez do Setor de Higiene Infantil do Hospital dos Servidores do Estado — RJ. IN: Anais do 1. Congresso de Pesquisa da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, março de 1987:48.
35. Rupp, R.R.; Wolski, W.: Hearing Testing in Young Children.

Clin. Pediat. (Phila.), 1969; 8:263.

36. Screening for Hearing Impairment in the Newborn.

The Lancet, 1986; 20/27:1429.

37. Steele, M.W.: Genetics of Congenital Deafness.

Ped. Clin. N. Am., 1981; 28:973.

38. Shahnaz Duara, M.B. et al. Neonatal Screening with Auditory Brainstem Responses — Results of follow-up Audiometry and Risk Factor Evaluation *J. Pediat.*, 1986; 108 — vol. 2:276.

39. Sheridan, M.D. et al: Medical Officer, Ministry of Health: Simple Clinical Hearing Test for Very Young or Mentally Retarded Children.

Brit. Med. J., oct. 25, 1958:99.

40. Vining, E.P.G. et al: Cerebral Palsy — A Pediatric Developmentalist's Overview.

Am J. Dis. Child., 1976; 130:643.

41. Warburton, D. et al: Unexpected Hearing Loss in High-Risk Infants.

Pediatrics, 1986; 78:417.

N.R. — Referência bibliográfica não necessariamente em ordem.

APLICAÇÃO DO PMK EM UMA AMOSTRA DE SURDOS

** Regina Sampaio Dias*

A avaliação psicológica realizada no INES pelo Serviço de Psicologia e Orientação Educacional inclui, entre os seus instrumentos, o Psicodiagnóstico Miocinático, abreviadamente PMK, de autoria do Dr. Emílio Mira y Lopez.

O PMK é uma prova não verbal, de expressão gráfica, que se propõe ao estudo da personalidade mediante a análise das tensões musculares.

A base teórica é a teoria motriz da consciência que postula ser todo o propósito de ação acompanhado de uma modificação do tônus postural.

O PMK completou 50 anos em outubro passado, quando foi realizado o "Simpósio 50 Anos de PMK", em São Paulo.

Colaboramos com a maior autoridade nessa técnica, a psicóloga Alice Mira, tendo sido elaborada a pesquisa "Aplicação do PMK em uma Amostra de Surdos".

- 1 — **Objetivo do trabalho:** possibilidade de utilizar o PMK no diagnóstico da personalidade dos surdos.
- 2 — **Descrição da amostra:** a amostra consiste de 61 casos de surdos, 39 masculinos e 22 femininos (quadro I).

Distribuição da Amostra por Sexo e Idade

IDADE	12-15	16-19	20-23	24-27	28-31	32-35	TOTAIS
SEXO							
MASC	6	6	18	7	1	1	39
FEM.	7	6	8	—	1	—	22
TOTAIS	13	12	26	7	2	1	61
%	21	20	43	11	3	2	100

QUADRO I

(*) *Psicóloga do INES com Mestrado em Educação.*

- 3 — Projetaremos, a seguir, alguns dados quantitativos, ficando à disposição para consulta todas as tabelas referentes ao tratamento estatístico que foi dado à pesquisa (quadros II ao IV).

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO E GRAU DE INSTRUÇÃO

GRAU SEXO	PRÉ	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	TO-TA-IS
MASC	2	2	3	4	4	4	4	7	9	39
FEM.	1	3	3	1	—	—	1	10	3	2
TOTAIS	3	5	6	5	4	4	5	17	12	61
%	5	8	10	8	6,5	6,5	8	28	20	100

QUADRO II

PROCEDÊNCIA DA AMOSTRA

ESTADO/PAÍS	FREQUÊNCIA	%
RIO DE JANEIRO	47	77,0
MINAS GERAIS	4	6,6
CEARÁ	2	3,4
FORTALEZA	1	1,6
SERGIPE	1	1,6
PARAÍBA	1	1,6
RIO GRANDE DO NORTE	1	1,6
AMAZONAS	1	1,6
PORTUGAL	3	5,0
TOTAL	61	100

QUADRO III

**DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO
COM A DOMINÂNCIA LATERAL**

SEXO / DOMINÂNCIA	M	F	TO- TAL	%
	DESTRO	31	19	50
CANHOTO	8	3	11	18
TOTAL	39	22	61	100
%	64	36	100	

QUADRO IV

**MÉDIA E DESVIO PADRÃO DOS DIVERSOS FATORES
MENSURÁVEIS DO PMK EM UMA AMOSTRA
DE 61 CASOS SURDOS**

	I — DADOS QUANTITATIVOS			
	MÃO			
	ESQUERDA		MÃO DIREITA	
	Medida	π	Medida	π
ELEVAÇÃO — DEPRESSÃO				
DPv: Lineogramas	2,5	17,4	9,7	14,8
Escadas	3,9	21,6	3,8	24,5
Círculos	2,2	17,6	6,1	13,3
Cadeias	1,9	26,2	0,2	24,8
UU	6,1	26,3	13,3	25,4

HETERO-AUTO-AGRESSIVIDADE				
DPs: Lineogramas	18,9	13,6	19,1	11,2
Ziguezague	9,6	29,6	5,5	35,0
Cadeias	7,8	31,5	15,4	27,5
Paralelas	9,2	39,1	9,1	38,5
UU	9,9	22,1	11,1	20,5
DSh: Lineogramas	2,8	9,7	2,8	9,7
EXTRA-INTRATENSÃO				
DPh: Lineogramas	2,8	17,0	0,3	17,8
DSs: Lineogramas	3,1	18,5	1,6	14,3
Ziguezague egocífugo	8,6	19,2	7,2	21,5
Ziguezague egocípetó	4,9	16,8	5,2	20,7
Cadeia egocífuga	7,8	34,7	1,3	23,0
Cadeia egocípeta	4,4	35,4	14,5	35,0
Paralela egocífuga	5,1	37,0	35,4	37,6
Paralela esgocípeta	6,9	35,9	18,1	35,1
UU	13,9	26,5	3,7	21,8
EMOTIVIDADE				
DSv: Lineogramas	10,5	8,0	11,4	11,0
Círculos	13,7	11,5	14,1	12,7
Cadeias ascendentes	21,2	16,4	23,8	18,2
Cadeias descendentes	19,0	15,8	20,4	16,3
UU	22,9	19,3	15,6	11,8
EXCITAÇÃO-INIBIÇÃO				
CL.: Lineogramas (média)	37,2	9,7	35,6	9,2
Ziguezague max egocífugo	20,1	6,2	19,8	6,9
Ziguezague min egocífugo	8,1	2,9	8,9	3,5
Ziguezague max egocípeto	20,4	7,0	19,9	6,6
Ziguezague min egocípetó	8,2	3,5	9,2	3,9
Paralela max egocífuga	60,3	13,8	56,4	14,8
Paralela min egocífuga	39,3	10,9	38,9	10,0
Paralela max egocípeta	58,8	15,7	55,0	11,5
Paralela min egocípeta	40,6	10,9	40,4	9,7

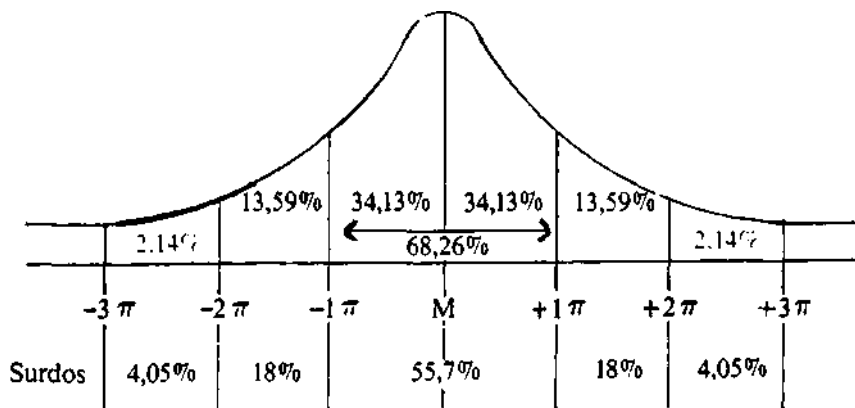
IMPULSIVIDADE-RIGIDEZ				
Dif. CL. max. CL. min.:				
Ziguezague egocífugo	11,8	5,3	11,6	7,0
Ziguezague egocípeto	12,2	5,4	,5	11,7
Paralela egocífuga	21,3	9,4	17,5	9,0
Paralela egocípeta	18,1	8,7	14,6	6,3

QUADRO V

4 — Interpretação qualitativa global:

PMK normal	-bom	= 5	} 34 55,7%
	-normal	= 16	
	-dentro da normalidade	= 13	
PMK limítrofe	-limítrofe	= 12	} 22 36,0%
	c/ traços patológicos	= 10	
PMK patológico		= 5 8,1%

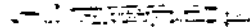
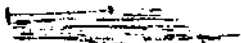
Para uma comparação dos dados qualitativos globais avaliados na nossa amostra, utilizamos dados percentuais da curva normal de probabilidades e percentuais de casos situados nas áreas limitadas pelos respectivos desvios-padrões, conforme figura inserida.

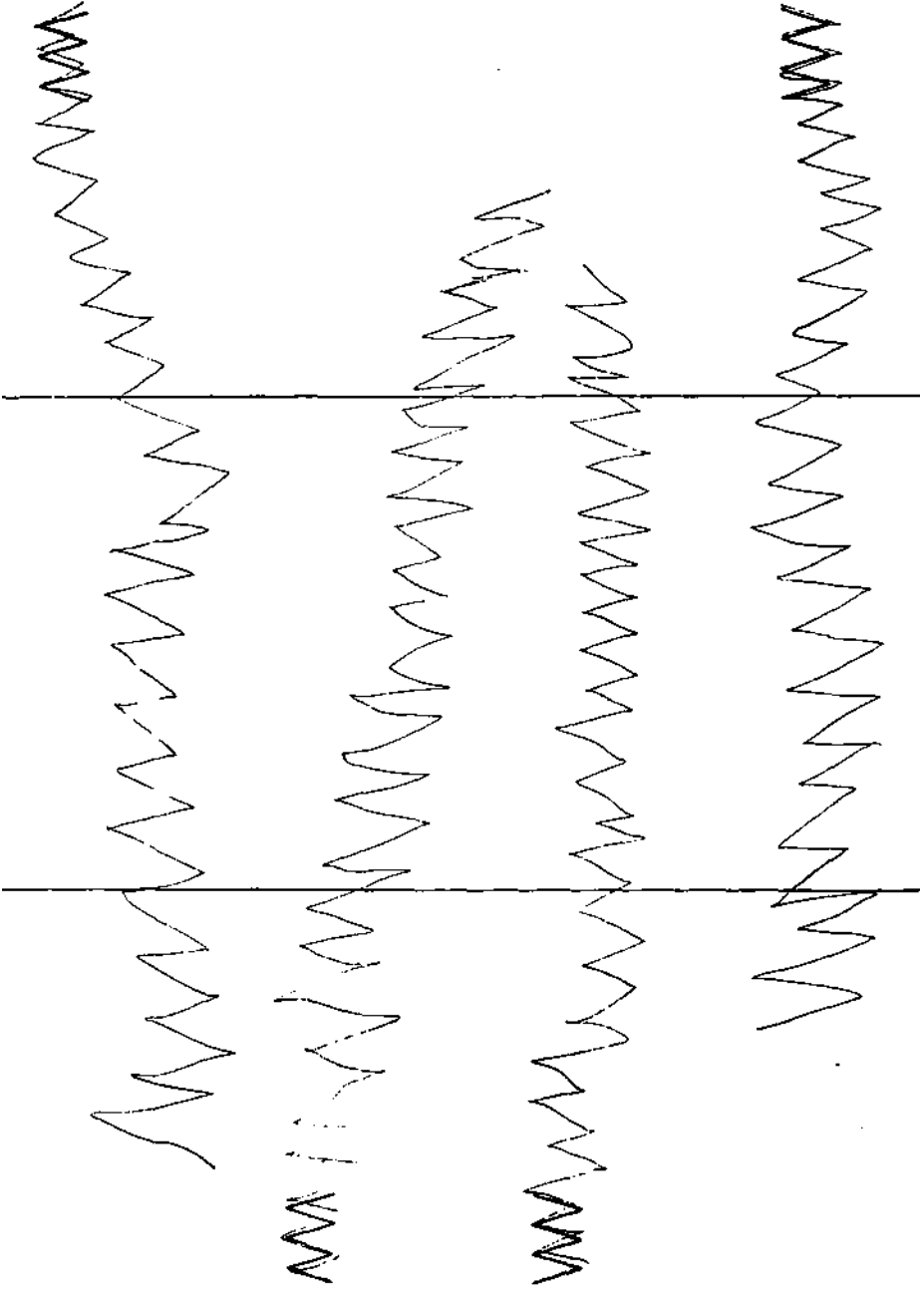


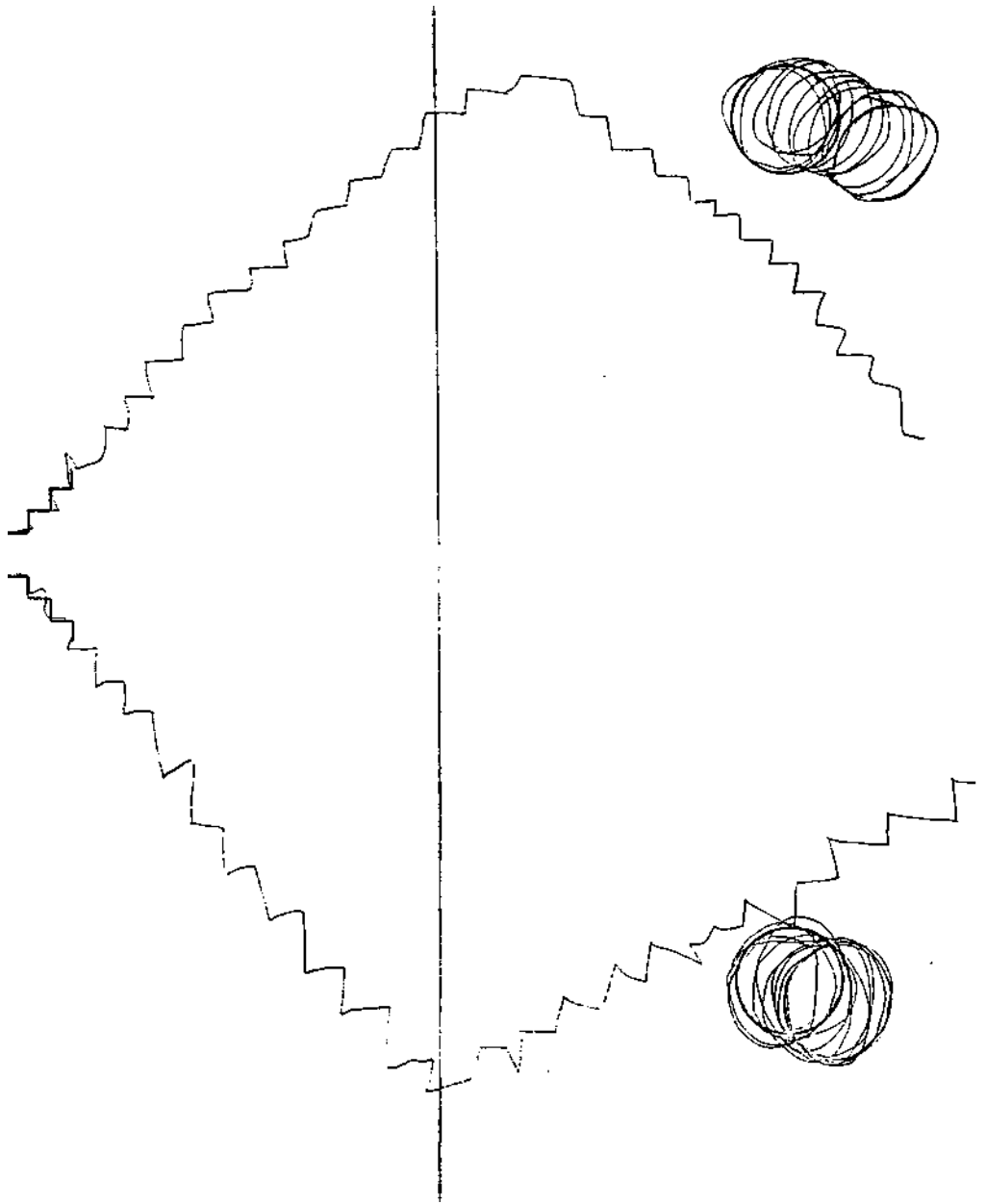
Observamos que, na faixa de normalidade, a diferença entre os percentuais foi 12,5% nas regiões limítrofes foi 8,9% e na patológica foi 3,8%.

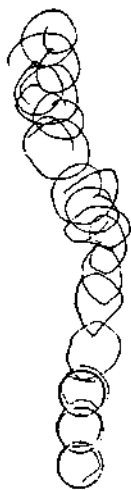
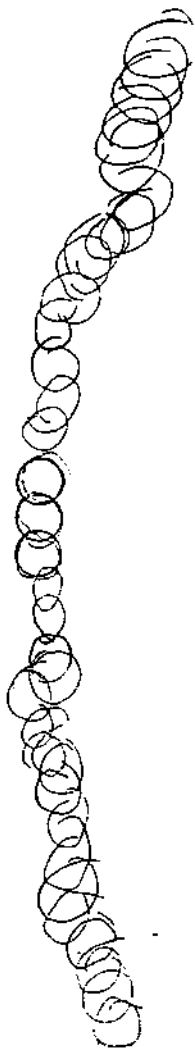
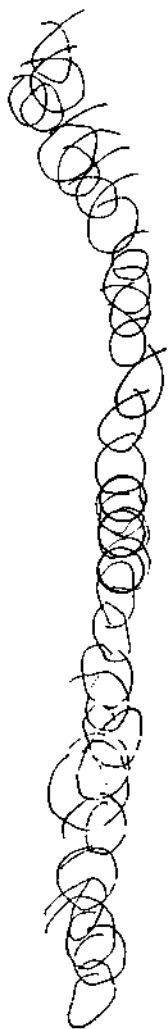
5 — Projetaremos a seguir:

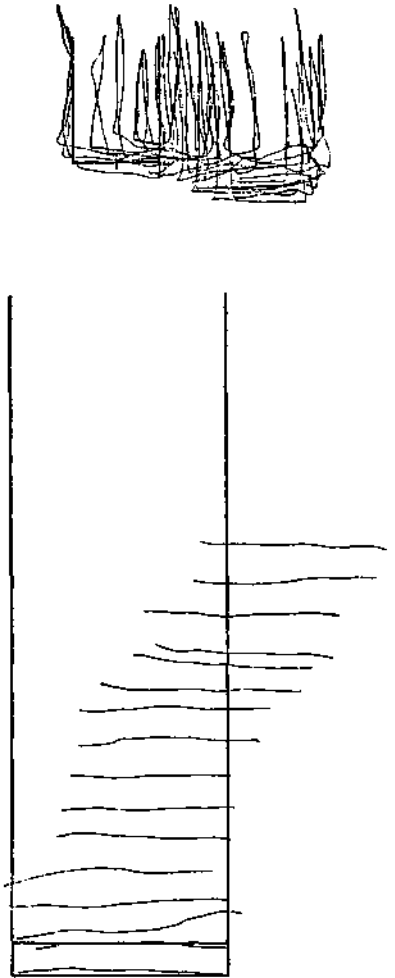
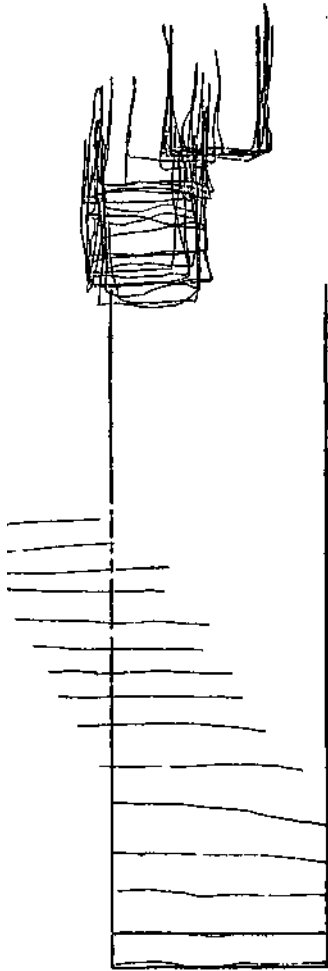
- a) Traços de um caso considerado bom (masc. 12 anos e meio):

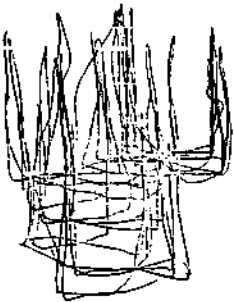
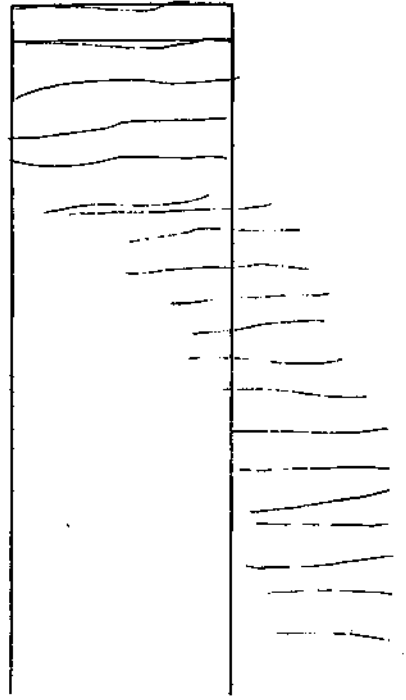
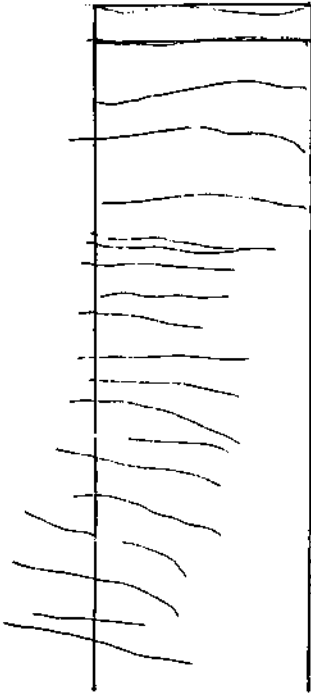






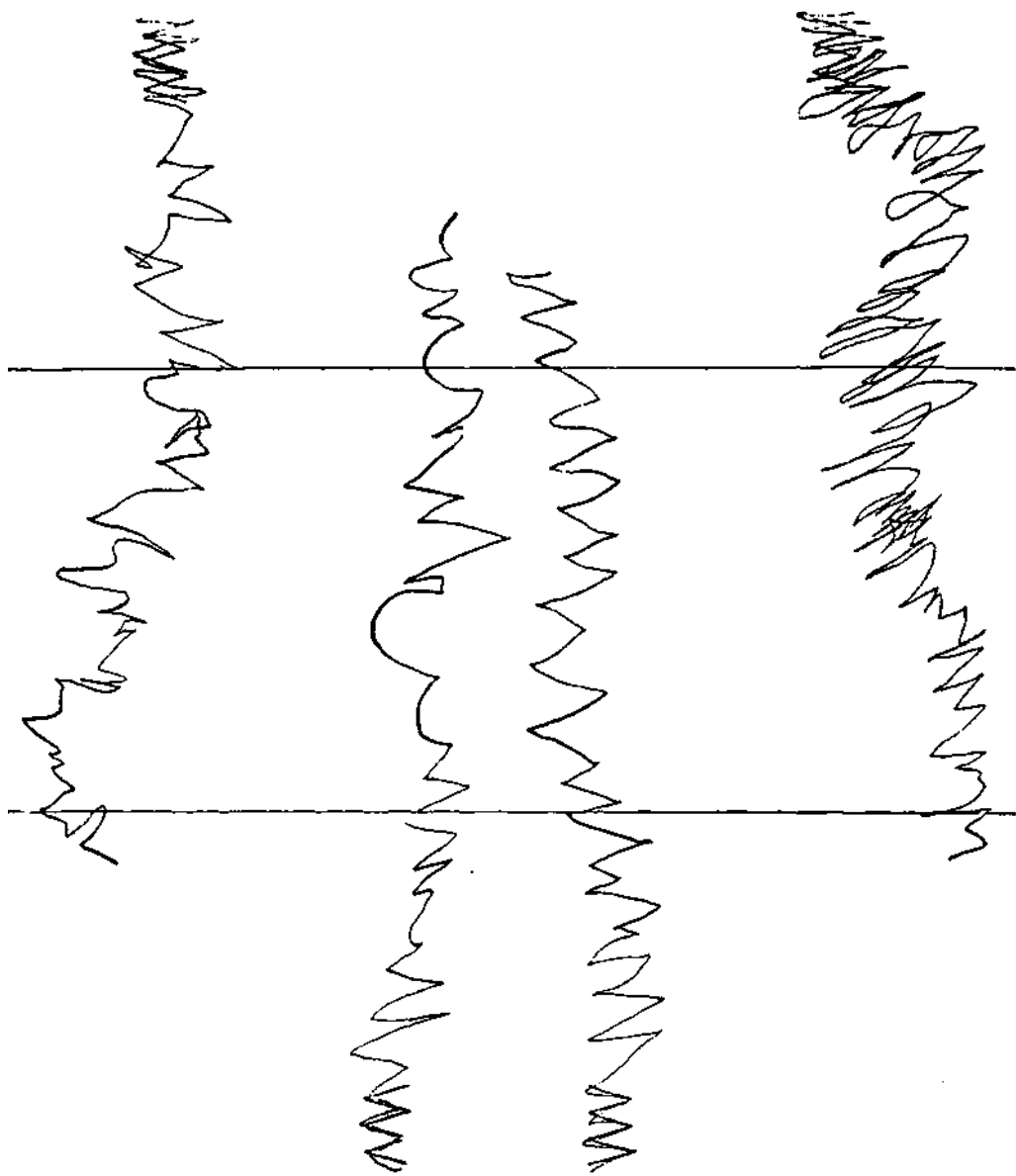


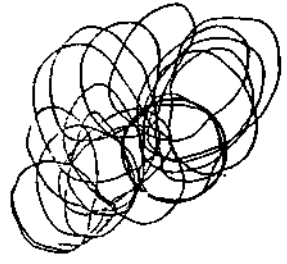
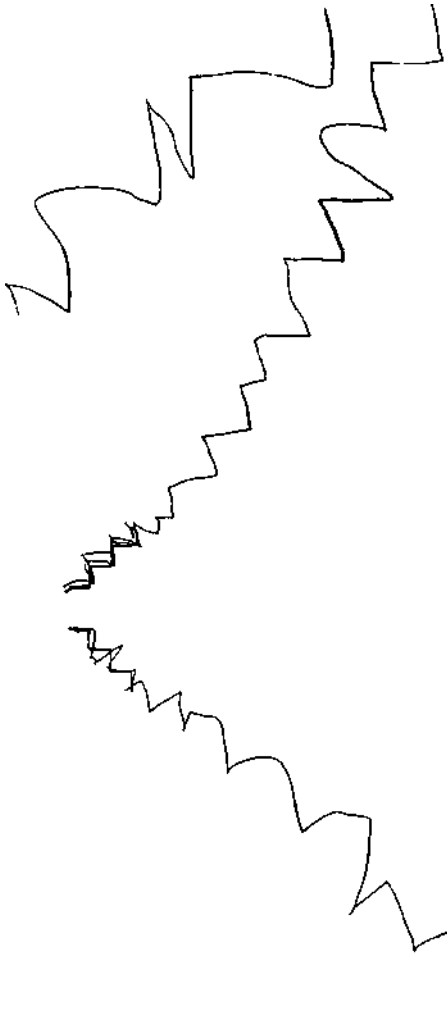


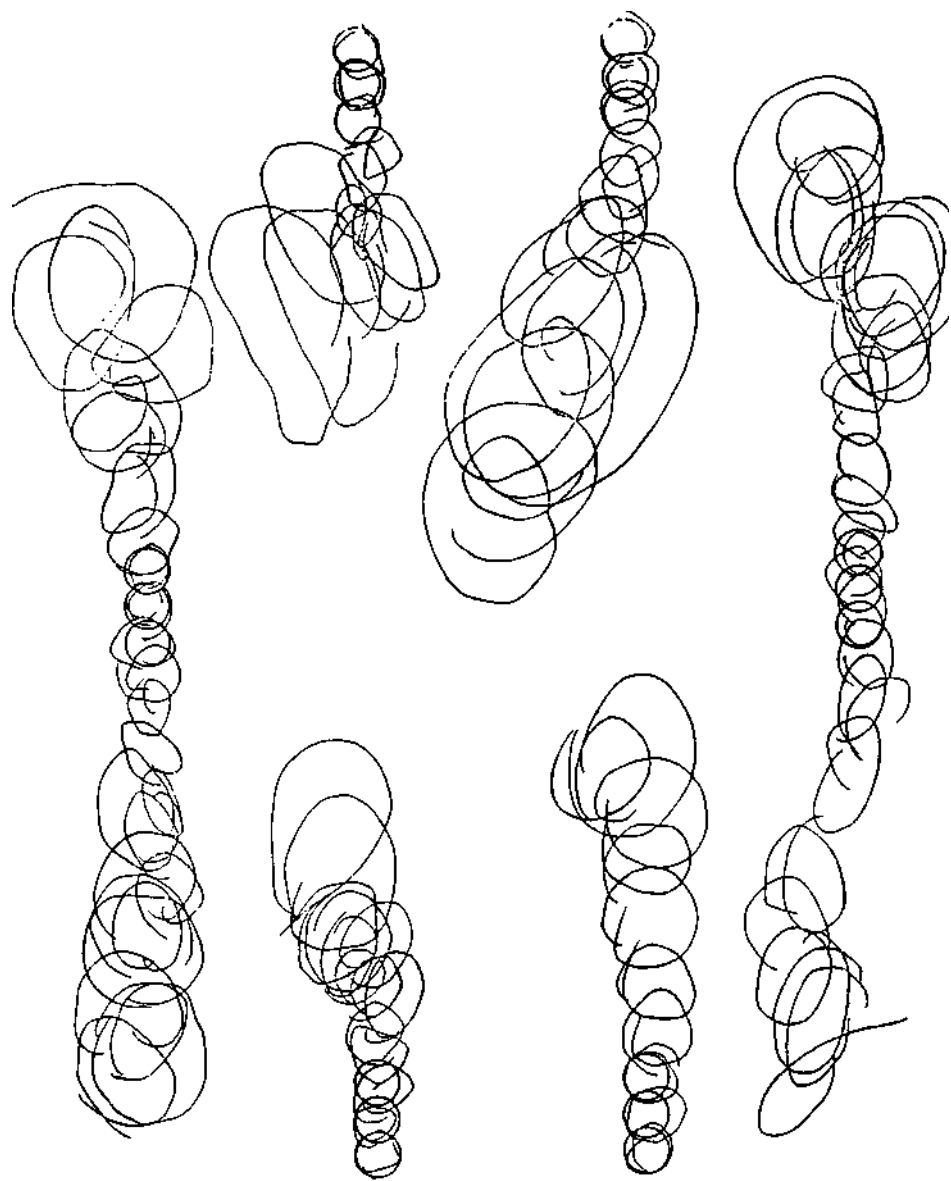


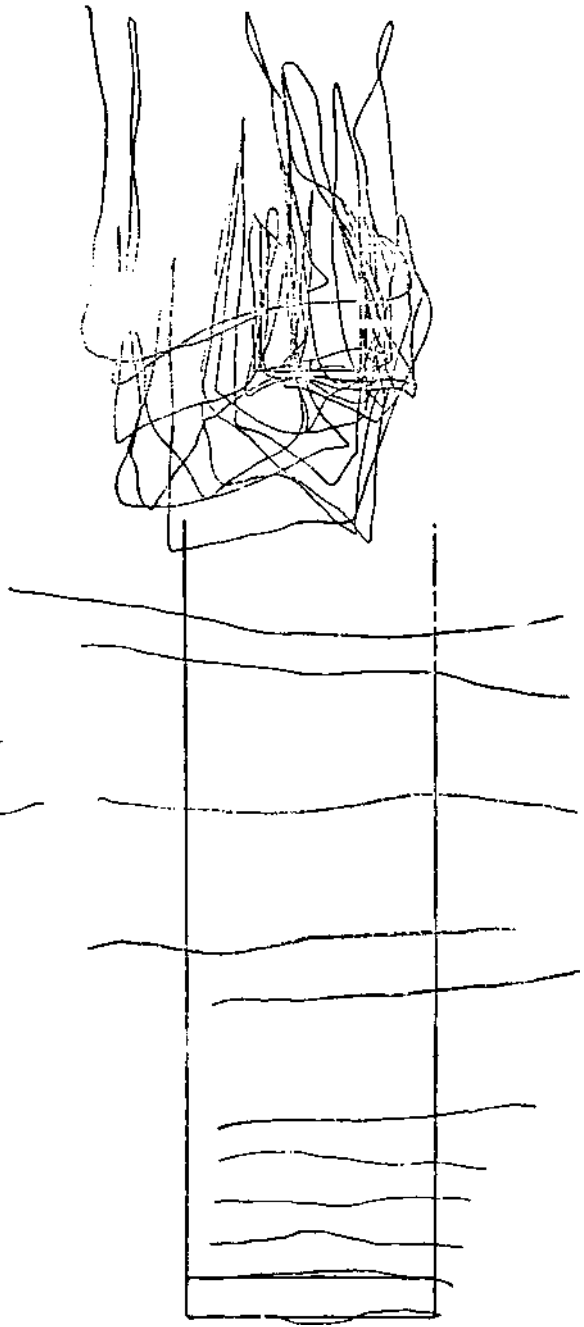
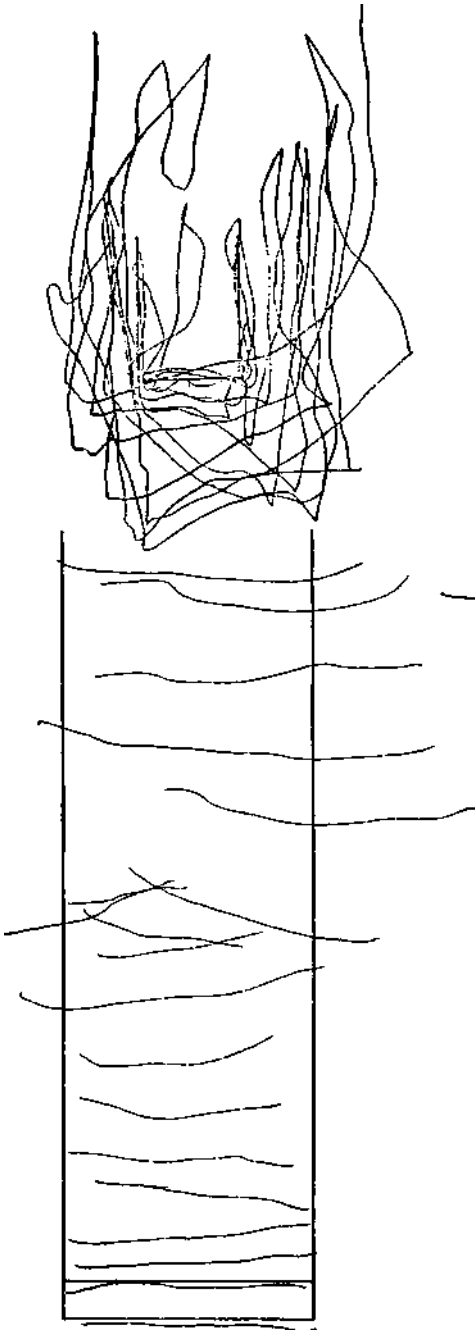
B) Traços de um caso considerado patológico (fem. 14 anos):

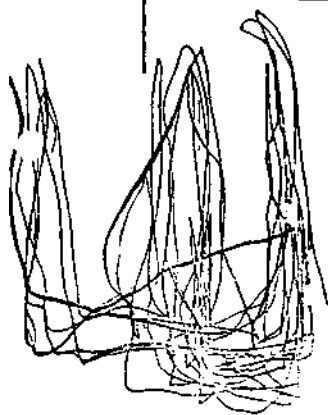
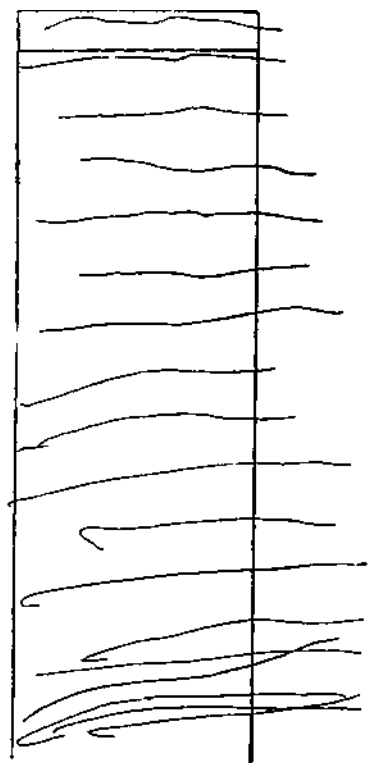
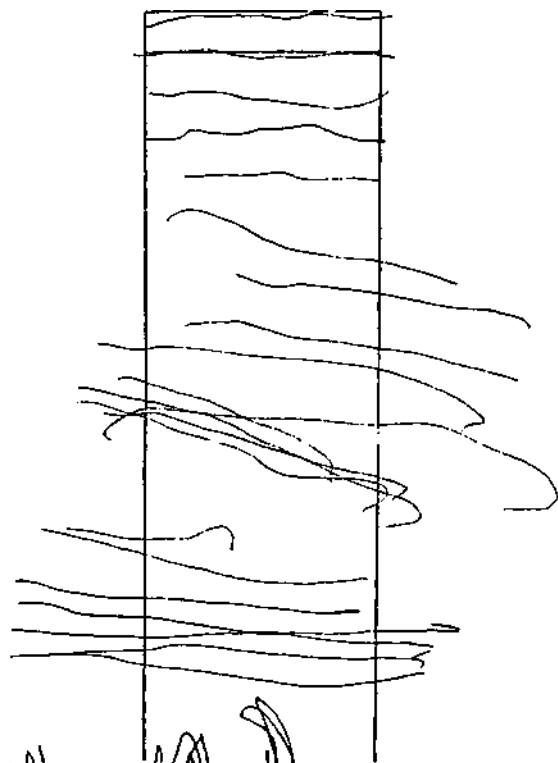












6 — Conclusões

O teste PMK demonstrou grande possibilidade de ser utilizado no diagnóstico da personalidade do surdo.

Sob o ponto de vista quantitativo, os traçados dos surdos podem apresentar, em alguns aspectos, diferenças significativas se comparados com os dos ouvintes; o dado mais expressivo relaciona-se com a marcada excitabilidade endógena bem aumentada reacionalmente. Observa-se, também, acentuada impulsividade que leva a forte ansiedade.

A reação vivencial estaria dentro da normalidade, mas com vários casos extremados, revelando extratensão, provavelmente representativa da necessidade de ajuda externa.

Os resultados qualitativos são consistentes com as características das limitações dos surdos. Revelam, de um lado, uma estrutura básica fraca e imatura, assim como a capacidade mental algo diminuída em relação aos grupos ouvintes; é possível que ambos os aspectos sejam devidos a própria lesão auditiva, que limita o desenvolvimento e a aprendizagem. Por outro lado, também se destaca a marcada sensibilidade do grupo, assim como a vivência de forte ansiedade.

Apesar da amostra pequena, o PMK demonstra ser aplicável ao grupo de surdos.

As diferenças significativas assinalam que a limitação auditiva pode interferir na estrutura da personalidade; seria necessário uma tabela especial para o referido grupo.

A possibilidade de usar o PMK no grupo de deficientes auditivos é um fator auspicioso", pois, levantando as características básicas de personalidade, permite orientação psicológica e educacional aos surdos.

Avaliação e Diagnóstico Precoces de Surdez

**Nilza Pelegrin*

A baixa auditiva na primeira infância deve ser detectada o mais cedo possível e a capacidade, ou restos auditivos, com que ainda se conta, sem se importar quão pequena seja essa capacidade, deve ser determinada com a maior exatidão possível e transformada em potencial útil para o desenvolvimento da linguagem.

Isso vem de encontro com o trabalho que desenvolvemos no SEDAP, que é a detecção precoce, bem como de todos os trabalhos apresentados anteriormente.

Para se desenvolver este trabalho há necessidade de uma equipe, pois a estimulação precoce a nível pedagógico de uma criança com baixa auditiva é impensável sem uma equipe multidisciplinar.

Nossa equipe interage internamente através do INES e simultaneamente com profissionais de outras instituições governamentais do Rio de Janeiro.

Por exemplo: uma pessoa nos procura, é encaminhada à Secretaria (SERCE) para o devido cadastro; em seguida ela retorna ao Serviço de origem (SEDAP), que avaliará a solicitação e fará os devidos encaminhamentos que forem necessários, como por exemplo, o parecer do otorrino, caso não o tenha trazido, pois é um dos pré-requisitos do nosso Serviço.

Quanto aos nossos contatos externos, temos:

— O Hospital São Sebastião, com pacientes acometidos de meningites e que, por não ter qualquer informação de seus pacientes pós-alta, possui um setor ambulatorial, pois as meningites, de uma forma geral, costumam deixar sequelas. Pode-se constatar aí que, dentre as sequelas apresentadas, vinha a deficiência auditiva trazendo um grande transtorno a nível de linguagem oral, e conseqüente necessidade de atendimento especializado imediato.

** Fonoaudióloga, Professora, Chefe do Serviço de Diagnóstico e Adaptação de Próteses INES.*

— O Hospital Universitário, através de habilitação das suas fonoaudiólogas (que trabalham com avaliação de crianças acima de 8 anos e adultos, em avaliação infantil com crianças abaixo de 8 anos, e indicação e adaptação de prótese auditiva em crianças e adultos;

— O Hospital dos Servidores, com o setor de pediatria, com a finalidade da detecção precoce de deficiência de audição de alto risco;

— Instituto Fernandes Filgueiras (FioCruz) e Hospital Estadual Iaserj), também envolvidos no Projeto de Detecção Precoce;

— Legião Brasileira de Assistência (L.B.A.), através de suas psicólogas, assistentes sociais, fonoaudiólogas e médicas obtemos, atualmente uma boa integração a nível de suporte, a fim de dar sequência ao trabalho de avaliação e diagnóstico de perdas auditivas e indicação de próteses auditivas pelo SEDAP, concedendo próteses auditivas que foram indicadas, e fazendo encaminhamentos para outras escolas especializadas;

— Firmas de Próteses auditivas, tais como as que nos concedem as próteses auditivas para testes, bem como aferição e manutenção gratuita dos equipamentos do nosso Serviço (Telex, Siemens, Otobell e outros), com a finalidade de desenvolvermos um bom trabalho junto ao deficiente auditivo, através de uma correta adaptação de prótese e que sem as quais este evento não teria sido realizado, na forma como foi feito.

E, para fechar o pensamento de toda a nossa equipe:

"Nenhum profissional ou grupo de profissionais pode examinar uma criança pequena com problemas auditivos, e dizer, com base a uma breve avaliação clínica, qual tratamento específico deve receber essa criança ou qual será o prognóstico do tratamento!"

Em função do bom relacionamento de equipe dos profissionais do INES, pudemos realizar esta pesquisa segundo informações colhidas sem qualquer comprovação laboratorial.

Os dados obtidos são relativos aos graus e tipos de perdas auditivas, com suas respectivas faixas etárias, sexo e provável diagnóstico.

Segue abaixo tabela que se refere ao grau de perda auditiva.

GRAU DE PERDA	PERCENTUAL
leve	2%
moderada	2%
acentuada	6%
severa	19%
profunda	55%
assimétrica	16%

Podemos constatar através do seu histograma, que o maior índice de perda auditiva é de surdez profunda, o que confere com a pesquisa do Dr. Orozimbo Alves Costa Filho (Diretor do DERDIC de São Paulo).

PROFUNDA LEVE MODERADA ACENTUADA SEVERA
 ASSIMÉTRICA 55% 2% 2% 6% 19% 16%

FREQUÊNCIA IDADE 180 150 120 90 60 30 0 -0.5 0.5 1.5 2.5 3.5 4.5
 300 250 200 150 100 50 0 -0.5 0.5 1.5 SEXO FREQUÊNCIA
 HEREDITÁRIA CONGÊNITA ADQUIRIDA IGNORADA 4% 23%
 42% 31% 37% 13% 23% 7% 20% MENINGITE PREMATURIDADE
 OTOTÓXICO SARAMPO OUTROS

RUBÉOLA
 CONGÊNITA
 64%

OUTRAS
 26%

FREQUÊNCIA AUDIÇÃO 400 300 200 100 0 -0.5 0.5 1.5

Quanto à faixa etária, temos:

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAL
0 a 2 anos	26%
3 a 7 anos	35%
7 a 10 anos	17%
11 a 21 anos	14%
21 anos	8%

O que de mais importante podemos citar em relação a esta tabela é que após uma conscientização realizada junto à comunidade do Rio de Janeiro, as crianças com suspeita de baixa auditiva foram encaminhadas a este Serviço na faixa etária de 0 a 6 anos, o que não acontecia anteriormente.

Quanto ao sexo, emos:

SEXO	PERCENTUAL
Feminino	43%
Masculino	57%

Observamos que o sexo masculino é o mais afetado, o que coincide com a pesquisa realizada em São Paulo.

Quanto à etiologia:

ETIOLOGIA	PERCENTUAL
hereditária	4%
congênita	23%
adquirida	42%
ignorada	31%

A tabela acima mostra que a causa adquirida é a de maior incidência, seguida da causa ignorada (não separamos a ignorada congênita da ignorada pós-natal).

Dentre as causas adquiridas, destaca-se a meningite, fato este atribuído ao trabalho que desenvolvemos junto à equipe do Hospital São Sebastião.

ETIOLOGIAS ADQUIRIDAS	PERCENTUAL
meningite	37%
prematividade	13%
ototóxico	23%
sarampo	7%
outros	20%

Dentre as causas congênitas determinadas, destacamos a rubéola, com um percentual de 74%.

Em nosso país pouca importância se tem dado a esta síndrome, no sentido de erradicá-la, impedindo que um considerável número de crianças nasçam com esta síndrome, que além da surdez associa-se a outras patologias.

CONGÊNITAS DETERMINADAS	PERCENTUAL
Rubéola congênita	74%
outras	26%

Neste gráfico apresentamos o trabalho realizado no SEDAR. Destacamos que 73% das pessoas que nos procuraram para uma avaliação apresentaram um determinado grau de surdez, e que 27% tinham perfil audiométrico na faixa da normalidade, porém apresentavam outros tipos de comprometimentos.

AUDIÇÃO

ATENDIMENTO	PERCENTUAL
audição normal	27%
hipoacusia	73%

CONCLUSÃO

Como vimos anteriormente, várias são as causas da surdez, mas é em relação à rubéola congênita que se tem o melhor exemplo de possibilidade de uma profilaxia efetiva. Desde 1969, uma série de medidas foram introduzidas na Europa e nos Estados Unidos, obtendo uma significativa diminuição de sua incidência.

Esta pesquisa tem por objetivo erradicar a rubéola de nosso país mas para que isto aconteça, é preciso que os profissionais da área tenham cons-

ciência dos prejuízos que esta síndrome traz para o ser humano. Existindo a possibilidade de erradicá-la, por que não fazê-lo? Temos uma imensa esperança que a partir desse encontro possamos iniciar um trabalho de conscientização das autoridades, dos profissionais da área e da população em geral, mostrando a todos a importância da prevenção e da economia que isto representaria para o Estado, uma vez que a equipe envolvida no trabalho com deficiente é muito grande e os equipamentos para a reabilitação, bem como as próteses auditivas, são caríssimos. Atualmente um par de próteses auditivas para uma criança surda por rubéola fica em torno de NCz\$ 30.000,00 e uma vacina aplicada custa aproximadamente NCz\$ 200,00. Só com os custos de um par de próteses poderíamos aplicar 1.500 vacinas, deixando os custos operacionais pelos custos envolvidos com os profissionais. Acreditamos que todos sairíamos ganhando, principalmente as crianças, que nasceriam saudáveis.

A Deficiência Auditiva

Diagnóstico e Aparelhos de Amplificação Sonora

**Arnaldo Mareio Costa*

O papel do Otorrinolaringologista na equipe de diagnóstico e atuação se prende a alguns aspectos básicos, como:

- Estabelecimento de relações precisas com o diagnóstico;
- indicação de aparelhos de amplificação sonora;
- verificação das condições otológicas dos pacientes;
- participar de programas de prevenção e tratamento da deficiência auditiva;
- estabelecer programas de conservação e utilização adequada dos aparelhos de amplificação sonora.

Um dos aspectos mais importantes é o diagnóstico, pois representa o ponto de partida de todas as etapas futuras.

Quanto mais precocemente for realizado, melhor será o desempenho do paciente.

Existem métodos mais indicados de acordo com a faixa etária do paciente. Por exemplo: numa criança de três meses a audiometria subjetiva cede lugar ao estudo de reflexo.

A experiência do examinador é o ponto básico. Somos inteiramente partidários à simplicidade do diagnóstico e ao "quebrar" situações escritas. Cada examinador deverá colocar, dentro da sua experiência, o sistema diagnóstico mais apropriado.

Um outro grande perigo é o desejo excessivo pelos processos ultra sofisticados e que ainda não existem em muitas regiões.

Em nosso serviço. Hospital da Ordem III^a do Carmo, em que dirigimos o Departamento de Audiologia, possuímos aparelhos sofisticados como a audiometria de tronco cerebral mas. selecionamos criteriosamente os pacientes para escolha deste método.

Recomendamos, de forma geral, para avaliação da criança o seguinte roteiro:

- anamnese;

- pesquisa de reações da criança em seu meio social;
- estudo do comportamento auditivo, com jogos sonoros;
- avaliação audiológica condicionada;
- impedanciometria;
- caso necessário, avaliação por métodos especiais como a audiometria de tronco cerebral.

A criança deficiente de audição apresenta necessidade extrema do uso do aparelho de amplificação sonora individual.

A base do bom desempenho vem dos exames para indicação do aparelho e de programas de adaptação, de treinamento e conservação dos mesmos.

Não adianta o melhor aparelho do mundo se o paciente é o primeiro a rejeitá-lo.

Assim indicamos como exames básicos:

- audiometria tonal ou avaliação equivalente;
- pesquisa do delinear do desconforto;
- pesquisa longoaudiométrica do limiar mais confortável;
- teste de localização de fonte sonora;
- estudo do ganho funcional ou de inserção do aparelho;

Os programas de adaptação e treinamento conduzem a uma harmoniosa relação paciente e aparelho, que só trazem benefícios ao próprio paciente.

Interação de Profissionais na Avaliação da Deficiência Auditiva

Atuação da Assistente Social

**Prof^a Eloysia Godinho de Souza Brandão*

O tema proposto para nosso painel aqui hoje, comporta, por sua natureza, uma dupla abordagem. A primeira, seria a visão profissional de cada um dos participantes sobre a matéria enfocada, o que corresponderia a um depoimento pessoal sobre o que cada qual entenderia sobre a "interação de profissionais na avaliação da deficiência auditiva" ou seja, uma simples divagação teórica e unilateral sobre o tema. A outra, mais condizente com a forma de apresentação do tipo "painel", propiciaria uma verdadeira interação profissional dos especialistas aqui presentes. Cada qual opinando sobre o lema, dentro da dinâmica de uma equipe interdisciplinar e de cujas conclusões se evidenciariam os critérios de avaliação da deficiência auditiva. Parece-me ser esta última a abordagem do assunto a mais interessante e da qual me proponho a tratar.

Como convidada a participar deste painel e na condição de assistente social com larga experiência no trato dos problemas oriundos da deficiência auditiva, no campo teórico e prático, tendo trabalhado por cerca de 15 anos no Instituto N.S. de Lourdes, instituição como todos sabem de diversificada clientela, quero ressaltar alguns aspectos que me parecem de suma importância para uma interação profissional ideal, adentro de uma equipe interdisciplinar. O mais relevante desses aspectos é o da conscientização dos membros da equipe quanto a responsabilidade transprofissional em relação ao cliente, o que implica numa homogeneidade operacional.

Isto porque, sabido que o ser humano é uma unidade biopsico-social, e que a divisão terapêutica por áreas de especialização atende apenas a necessidade de compartimentar o vasto conhecimento científico para estudo e compreensão, a equipe tem que se resguardar da tendência de encarar o cliente de forma fragmentária como se tratasse de uma psique desencarnada (área da psicologia), um corpo robótico (área da medicina), um auto-falante emudecido (área de fonoaudiologia), ou mesmo um ser

**Assistente Social e Professora da Pontifícia Universidade Católica/RJ.*

solitário de outro planeta (área do serviço social).

Para a necessária avaliação da problemática do DA, através da apreciação de suas limitações e suas potencialidades, isto é, para a formulação correta de um diagnóstico e de um prognóstico que fundamentará o tratamento adequado, é indispensável uma visão clínica abrangente, globalizante, da equipe interdisciplinar, como se cada um dos profissionais envolvidos colocasse uma peça de contorno singular (conclusões de sua área de especialização) num quebra cabeças, que seria o quadro clínico da problemática do paciente.

Delineado o quadro clínico, a equipe, a partir daí, transcende ou transpõe os compartimentos especializados de cada um de seus membros (transprofissionalização) e passa a agir como um todo, nas interpretações, investigações, discussões e troca de experiência.

Conjuntamente, os membros de equipe participam da apreciação da situação do paciente, da análise das variáveis clínicas do diagnóstico, do prognóstico, da tomada de decisão e do tratamento indicado em cada área profissional, assuntos que devem ser discutidos pela equipe como um todo, para a decisão final relativa as medidas globais necessárias ao tratamento do cliente. Para esta funcionalidade ideal, a equipe, consoante, como o próprio nome sugere, tem que agir coordenadamente, ajudando-se mutuamente a eliminar preconceitos e divergências, através da análise da dinâmica de sua atuação em face de seus objetivos e valores, como também administrando os eventuais conflitos que interfiram na coesão e cooperação de seus membros.

Além disso, a unidade de propósitos da equipe interdisciplinar exige uma metodologia de trabalhos que traduza em ação as normas, valores e as diretrizes uniformemente traçadas de comum acordo para seu desempenho, realçando-se a aceitação recíproca, a comunicação e a cooperação em todas as fases do trabalho, o que de certa forma prefigura a atuação individual de seus membros, no momento do atendimento específico de sua área, para, de sua parte, corresponder à expectativa da equipe quanto ao cruzamento de informações referentes a cada uma das especialidades, cujos dados irão formar parte importante no todo harmonioso do quadro clínico global do paciente.

No caso de uma equipe interdisciplinar com o objetivo de avaliação e tratamento da deficiência auditiva, dada a complexidade do assunto, pressupõe-se um conhecimento básico, por parte de seus membros, da surdez e de suas peculiaridades, noção indispensável para que se possa

estabelecer uma interação autêntica entre os componentes.

A ação profissional conjunta só é possível em torno de um trabalho específico, comum a todas as profissões envolvidas, o que importa num conhecimento apriorístico das características essenciais do objeto da interação interdisciplinar, para possibilitar uma comunicação produtiva que só se realiza quando se compartilha do significado das palavras. Como a interação compreende a influência recíproca de pessoas ou grupos de pessoas que, de modo geral, através da comunicação, direcionam ou modificam o comportamento uns aos outros, uma interação de profissionais só é possível se existir um denominador comum entre eles.

É dentro desta perspectiva operacional que o A.S. executa a importante função de elaborar sua partitura relativa ao ser-no-mundo, isto é, a vida de relação do deficiente, desde seus primórdios até o momento considerado, pesquisando e interpretando o relacionamento social dos grupos primários (família consanguínea e família extensiva), dos grupos secundários (vizinhanças, escolas, igrejas, grupo esportivo etc), para surpreender as injunções existenciais desfavoráveis à plenitude do desenvolvimento do deficiente auditivo, em relação as suas potencialidades sinalizadas pela natureza.

Os dados, reflexões e sugestões decorrentes do trabalho individual, devem ser levados como hipótese de trabalho do A.S. à equipe interdisciplinar e discutidos por todos, no contexto global da realidade do cliente, sob os diversos prismas das observações oferecidas, em sua área, por cada um dos especialistas, coordenadamente e dentro da dinâmica própria estabelecida pela equipe.

Decidida pela equipe uma diretriz operacional abrangente, ressalvadas as peculiaridades de cada área, o A.S. servindo de elo entre a equipe o cliente e a família, bem como as pessoas que são importantes para o deficiente auditivo, ou que ele considera sua família extensiva, envidará esforços no sentido de, através da orientação aos familiares, professores e técnicos da profissionalização envolvidos na educação do D.A., promover as mudanças necessárias nas circunstâncias adversas ao desenvolvimento e a integração social do educando deficiente: na FAMÍLIA, na ESCOLA e no GRUPO profissional e, num referencial mais amplo, no contexto social em que ele vive, através da mobilização dos segmentos sociais e institucionais significativos para criança deficiente e seu tratamento.

INTERAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Atuação do Pedagogo

**Maria Therezinha de Carvalho Machado*

Ao se originar uma equipe de profissionais visando a avaliação da pessoa portadora de deficiência auditiva, uma questão fundamental deve permear as preocupações básicas dos membros dessa equipe: o que fundamenta sua ação?

De acordo com determinada abordagem, privilegia-se alguns aspectos característicos dessa abordagem. Não é possível uma equipe em que um de seus membros trabalha num enfoque humanista, um outro num enfoque comportamental e um terceiro, por exemplo, numa proposta cognitivista, pois no primeiro enfatiza-se a relação interpessoal, no segundo a dimensão técnica e na última, prioriza-se o desenvolvimento da inteligência.

Assim, deve haver uma unidade de pensamento dos profissionais da equipe, a fim de que o diagnóstico possa refletir, com precisão, o perfil do portador de deficiência auditiva, visando a um atendimento eficaz dessa pessoa.

A maneira como cada um vê o Mundo, o Homem, a Sociedade, a Educação, a Escola, o Ensino-Aprendizagem, a forma como se processa o conhecimento, o relacionamento Professor-Aluno e a Avaliação, irá influenciar no processo diagnóstico, e no resultado desse processo. Outro aspecto a ser considerado é o que se relaciona às expectativas da equipe em relação aos portadores de deficiência auditiva, pois elas irão influenciar também no diagnóstico, através da formação de estereótipos, quase sempre surgidos pela desinformação sobre estas pessoas. É o que chamamos "profecia auto-realizadora" — generalizamos esta ou aquela característica, formando um estereótipo e expectativas sombrias em relação a elas. Relativamente à desinformação, consideramos isto muito importante pois, se não conhecemos a pessoa a quem vamos atender, poderemos fatalmente elaborar diagnósticos e prognósticos muito falhos. É preciso, portanto, que a equipe transdisciplinar, que envolve os pro-

**Professora e Pedagoga da Pontifícia Universidade Católica/RJ.*

fissionais, a família e a comunidade escolar, estejam preparados e conheçam, realmente, aqueles que irão avaliar. Sem o que, não acreditamos que se possa chegar a um diagnóstico preciso.

Sabe-se, que os níveis de abordagem da excepcionalidade, no que se relaciona às equipes multiprofissionais, passaram por uma evolução que vai desde uma abordagem monodisciplinar, centrada na medicina, passando por uma abordagem pluridisciplinar, ainda centrada nas especializações médicas, chegando à abordagem interdisciplinar que envolvia diferentes profissionais, e em nossos dias, já se fala em abordagem transdisciplinar que engloba não só a equipe multiprofissional, mas também a família e a comunidade escolar, conforme citamos acima.

Muniz (1981) revela os seguintes requisitos básicos, para a integração das equipes:

- a) o estabelecimento da forma de comunicação;
- b) definição clara dos fins, objetivos e papéis e
- c) atitudes investigatórias.

Diz o autor, que para se manter abertos os canais de comunicação, é preciso que se permita livre expressão dos membros da equipe, sem distinção do nível profissional ou educacional dos mesmos: todos têm direito de opinar, sendo cumpridas as decisões da maioria. Portanto, um clima de liberdade deve ser mantido. Outro aspecto enfatizado é o estabelecimento dos fins e objetivos que movem a equipe para aquele trabalho. Com que finalidade estamos juntos? Qual o objetivo da avaliação que fazemos? Ela será aproveitada pelo professor, ou está inteiramente alienada do trabalho que será realizado na sala de aula? Diagnosticamos, apenas para rotular? Sabe-se, através de pesquisas recentes, que o rótulo influencia a equipe nas decisões em relação aos portadores de deficiência em geral e, por isso, são prejudiciais à criança. Ainda neste item, não esqueçamos de definir os papéis de cada um, dentro da equipe, a fim de que não haja superposição dos mesmos, provocando choques ou perdas de tempo, pela repetição de tarefas.

Quanto ao terceiro aspecto — atitudes investigatórias — podemos dizer que devem ser feitos registros de todas as reuniões da equipe e que não se faça avaliação, apenas da pessoa portadora de deficiência auditiva, mas também da Instituição na sua estrutura democrática de funcionamento, da Instituição como um todo. Muitas vezes, a falta de uma filosofia e de uma política institucional pode gerar reflexos que chegam até a equipe de profissionais que tratam da avaliação, pois eles não

sabem bem para que estão avaliando — para matricular mais um portador de deficiência auditiva? Para atender aos pais? Da filosofia e da política determina-se "para que" avaliar e "como" avaliar. Sabe-se, entretanto, que "trabalho interdisciplinar", conforme mostra o diagrama a seguir, envolve entrosamento, compreensão, aceitação, solidariedade e fraternidade. Acrescenta-se ainda, "que o que deve unir os profissionais é o desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência auditiva, e não um trabalho compartimentalizado, cada um vendo sua parte, sem se importar com o todo (Lima, et alii, 1989)". Ainda dentro deste item, é imprescindível que os membros da equipe atualizem-se frequentemente, a fim de que não fiquem defasados em relação às novas técnicas de avaliação do portador de deficiência auditiva, bem como conheçam pesquisas relativas ao assunto, para que possam usar seus resultados em seu trabalho.

Fonoau-
diólogo

Psicólo-
go

Aluno
DA

Médico Assistente Social Pedagogo

A visão da equipe deve ser convergente e o surdo precisa ser estudado sob os pontos de vista cognitivo, afetivo, social e perceptivo-motor, além do médico. Ele deve participar também de todas as etapas do trabalho, embora precise de nossa ajuda, para que possamos ter uma visão de sua realidade.

Uma vez que a equipe de profissionais envolve pessoas, seu êxito depende, em grande parte, da interação dessas pessoas. No entanto, bom relacionamento não significa conformismo por parte de qualquer membro, mas coordenação de ideias. Dizemos "coordenação de ideias", no sentido de que se pode discordar um do outro, discutir, compreendendo a razão da ideia discordante, encontrando-se a verdade, chegando-se a um consenso.

"O espírito aberto e a confiança levam à aceitação, que é um bom

nível de relações humanas (Peres, 1977)". Através do espírito aberto, procura-se continuamente o porquê das coisas e, através da confiança, aceita-se o que o outro propõe, sem necessidade de provas, porque se acredita nas pessoas.

Outro ponto importante a considerar, é o que se relaciona à ética. Esta implica, entre outras coisas, em respeitar quem está falando, em controlar suas reações agressivas, em evitar tomar as responsabilidades que sejam atribuições de outros, evitar passar "por cima" de seu coordenador, sem preveni-lo e, ainda não revelar qualquer assunto sigiloso discutido pela equipe, em relação a qualquer pessoa atendida.

Boas relações humanas envolvem o conhecimento de cada membro da equipe, entre si, pois o desconhecimento dos mesmos, provoca a indiferença e a sua desintegração.

A estrutura de poder também proporciona influências no relacionamento dos membros da equipe. Só podemos desenvolver ao máximo nosso potencial, quando as pessoas que exercem o poder conseguem criar um ambiente que permita segurança, confiança e liberdade aos demais. "A dinâmica do grupo e a capacidade de tomar decisões também são fatores que influenciam o relacionamento humano (Peres, 1977)".

É imprescindível que cada membro da equipe, considere-se um elemento necessário, sinta que seu trabalho é importante, que suas opiniões são respeitadas, embora nem sempre prevaleçam, se sinta motivado para o tipo de trabalho que desempenha e se sinta capaz de realizá-lo porque tem conhecimentos para tal.

Interação de Profissionais na Avaliação da Deficiência Auditiva — Atuação do Audiologista

*Dra. Maria Cecília Bevilacqua**

Agradeço ao Instituto Nacional de Educação de Surdos a oportunidade de estar aqui discutindo e debatendo sobre política de prevenção da surdez, sabendo ser este o momento exato para conscientização deste tema.

No início da década de 1970, mais precisamente, foi levantada no Brasil a bandeira do diagnóstico precoce e da prevenção à surdez. No entanto, nesses vinte anos, efetivamente, muito pouca coisa tem acontecido. Tudo isto faz parte de um contexto político-social que o Brasil percorre e não está exclusivamente vinculado à área da surdez. Nós participamos da sociedade brasileira e temos que respeitar o movimento que esta sociedade percorre.

Sendo assim, acreditando neste país, acho que podemos acreditar também que a década de 1990 possa ser adepta da prevenção e do diagnóstico precoce.

Assistimos nas apresentações de hoje a Dra. Nilza Pelegrim, do INES, enfatizar o movimento e o trabalho em se detectar a surdez em maternidades e hospitais. Esse movimento, que é o programa de conservação da audição em bebês, ganha corpo pelo menos nas principais cidades brasileiras. É estimulante vir até o Rio de Janeiro e encontrar um ambiente tão propício para tais mudanças.

Agora veremos o trabalho que estamos desenvolvendo no interior do estado de São Paulo, com as prioridades já mencionadas.

Trabalho na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, na área de Pós-Graduação, no programa de mestrado em distúrbios da comunicação. No início do ano passado, 1988, passamos a atuar no interior do estado, no Hospital de Reabilitação e Pesquisa da Universidade de São Paulo, USP, Bauru.

A perspectiva de trabalho no interior tem sido fascinante: não esbarramos em problemas que cidades como São Paulo oferecem, sobretudo no que se refere à vigilância epidemiológica. Nosso trabalho é de ir ao encontro da população como um todo, estudando seu desenvolvimento em seus primeiros estágios.

** Professora e fonoaudióloga da Pontifícia Universidade Católica RJ — Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação.*

O Dr. Orozimbo Alves Costa Filho apresentou-se ontem. Ele faz parte da nossa equipe como assessor na área otorrinolaringológica. O trabalho que temos desenvolvido, em relação a vacinação contra a rubéola, é um projeto de vacinação em massa com a participação e colaboração de pediatras que trabalham na área da epidemiologia. O enfoque e a atuação são obviamente interdisciplinares. Não podemos mais discutir distúrbios de comunicação sem um contexto interdisciplinar.

Nossa equipe está organizada em Bauru no Hospital de Reabilitação USP, onde desenvolvemos o projeto, numa ação de delineamento epidemiológico. Ou seja, nós saímos do hospital, da instituição, e vamos trabalhar diretamente com a população.

O primeiro momento é o berçário. Nós fomos muito resistentes em iniciar o trabalho com bebês, principalmente recém-nascidos. Primeiro, porque nós priorizamos nos primeiros seis meses de vida a relação mãe-bebê. É através desta relação que se dá a atribuição do significado, junto com o que a mãe pode estabelecer com aquele bebê. Em nossa opinião essa relação é mais importante do que o diagnóstico imediato da surdez, que pode quebrar esse vínculo e trazer também o que chamamos de um handicap secundário. A partir do diagnóstico, a mãe passa por um estado de choque devido ao confronto do "filho ideal" com o "filho real" que é portador de uma deficiência. Este choque nos primeiros meses pode ter uma significância muito grande em todo o desenvolvimento de sua vida futura. Então, é necessário que a equipe que vai atuar com o recém-nascido, seja realmente uma equipe de formação inter-disciplinar, onde exista muito cuidado com o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

A nossa busca, nosso objetivo e população alvo, são os bebês de alto risco e não um trabalho e busca indiferenciada da surdez.

Os bebês de alto risco, por si só, já levam a mãe a uma apreensão do que pode acontecer. Se o bebê tem um apgar rebaixado, com nota inferior a 05, se ele teve hiperbilirrubinidade, se a mãe teve rubéola, ela já fica na expectativa de que poderia acontecer alguma coisa com o bebê. Nesse momento, sim, nós vamos e trabalhamos com os bebês de alto risco.

A Dra. Nilza Pelegrim enfatizou bastante o trabalho junto aos pediatras e acho que o mesmo deve ser desenvolvido intensamente.

Num pequeno levantamento na região paulista do ABC, com pediatras de bom nível e boa formação, verificou-se que 70% destes pediatras não sabiam o que era "alto risco" para problemas de audição.

Quando nosso aluno de pós-graduação aplicou um formulário pesqui-

sando quais eram os "indicadores de alto risco" de uma deficiência auditiva, estes mesmos pediatras não souberam responder.

Assim, o trabalho com bebês em maternidades tem que ser bastante cuidadoso, em todos os aspectos, levando em consideração uma equipe necessariamente interdisciplinar.

Em busca da população, além da maternidade, nós vamos no período de vacinação dos bebês aos postos de saúde. Temos sugerido que para os bebês de alto risco seja colocado um alerta de audição na própria ficha de vacinação da criança, pois o controle é o único que efetivamente funciona no desenvolvimento infantil. Se nós conseguirmos alertar mostrando que o bebê é de alto risco para a audição, ele deverá ser acompanhado em seu primeiro ano de vida, nos postos de saúde que a população frequenta.

Em relação à alimentação, observamos que várias mães vão aos postos de saúde em busca de leite. Estes momentos, o da vacinação e da busca do leite, são muito importantes para o trabalho de acompanhamento no primeiro ano de vida.

Procedimentos de observação e testagem auditiva comportamental têm sido estudados em nosso programa de mestrado. Desenvolvemos um procedimento da Dra. Doris Lewis, que já esteve várias vezes no Brasil a nosso convite. O procedimento consta de sons vocálicos "a", "u", das consoantes "s", "eh" repetidas várias vezes: "um molho de chaves", "uma colherinha no copo". Todos esses estímulos foram pesquisados em laboratório acústico para se ver a banda de frequência que se está testando.

O estímulo é dado à distância de 1 metro do ouvido da criança. A batida de palmas é utilizada para a pesquisa do reflexo cócleo-palpebral. Como medida complementar, também aplicamos a impedanciometria, que é realizada no posto de saúde.

Vocês podem observar que é um ambiente natural, não é ambiente de cabine acústica. Esses testes são precisos dos seis meses até um ano e meio.

No início do trabalho, nossa preocupação é sempre em relação mãe-criança-terapeuta. Através desta tríade é que vamos buscar o diagnóstico precoce da deficiência auditiva, tendo sempre em mente os primeiros estágios do desenvolvimento infantil. Isto evidencia a necessidade do terapeuta que atua com surdez possuir formação mais ampla, uma visão global do desenvolvimento infantil.

É muito importante à nível de especialização, de supervisão, de assessoramento, que haja uma boa visão audiológica, fonoaudiológica, e uma

boa formação com conhecimentos do desenvolvimento emocional da criança, na relação familiar, e de como a mãe vai desenvolver o seu padrão de relação com a criança, funcionando o terapeuta como modelo. devido ao fato de existirem muitas mães que precisam de um modelo. O seu modelo intuitivo não é suficiente. Às vezes, após o diagnóstico da surdez, eu costumo brincar, ela desenvolve uma linguagem tupi-guarani com a criança, apontando coisas e falando bola. luz. papai e mamãe. apresentando uma linguagem totalmente desassociada do contexto da relação.

Em muitas situações, o terapeuta vai ter que retornar ao handicap secundário a partir de um diagnóstico de surdez, devendo ter muita habilidade ao apresentar um padrão.

O enfoque no trabalho não deveria estar centrado na mãe. mas sim na família, na estrutura social brasileira: os homens presentes aqui que me perdoem, acho o papel masculino importante na educação do filho, mas temos observado que a educação de uma criança com deficiência auditiva é feita pela mulher. Então, o trabalho centrado na mãe é a nossa opção metodológica nos primeiros anos de vida. podendo variar e ser conduzido de diversas formas. Podemos usar a casa da família. ter uma casa ou sala de demonstração em clínicas ou escolas, variando a frequência de acordo com a necessidade individual de cada criança.

Em Bauru, no Hospital de Reabilitação, possuímos um programa de 0 a 2 anos. que é desenvolvido com a mãe dentro de um local de trabalho. O centro educacional é um tipo de casa de demonstração. Futuramente espero ser convidada pelo INES para falar sobre alojamento integral, ou seja a mãe e a criança ficarem uma semana morando junto conosco, na própria casa de demonstração. Para desenvolver esta proposta de trabalho é de fundamental importância a sensibilidade do terapeuta. sua capacidade de atuação e seu conhecimento da área.

O conhecimento teórico está bastante desenvolvido atualmente, mas se o terapeuta não for sensível e não tiver ideia da complexidade do seu trabalho, pouco eficiente vai ser sua proposta metodológica, por melhor que seja. No momento da prática ela se destrói se não houver sensibilidade. O terapeuta tem que conviver com a mãe e a criança em novo espaço intersubjetivo.

A possibilidade de indicação de um aparelho de amplificação sonora nos primeiros meses de vida. sendo esta indicação feita para enfatizar a importância dos primeiros estágios da interação pre-verbal: estes primeiros estágios de interação, vão se constituir na base do desenvolvimento da linguagem. Reitero a importância no primeiro ano de vida.

O percentual apresentado pela Dra. Nilza Pelegrim coincide também com o nosso. É mais comum atendermos a crianças deficientes da audição depois de 03 anos de idade, o que consideramos muito tarde para o início do atendimento.

Se pudermos ter um encontro deste tipo no final de 1990, e informar que conseguimos atender mais precocemente, isto é, a criança inicia seu processo educacional mais cedo, estamos colocando em prática uma política de modificação do momento educacional de intervenção.

A etiologia, a audiometria de respostas elétricas, a impedanciometria, a avaliação do comportamento reflexo e a avaliação comportamental são estratégias que nos permitem este diagnóstico, a partir das informações da psico-linguística, da psicologia e da própria audiologia temos condição de atuar adequadamente, efetuando o diagnóstico o mais cedo possível.

Temos observado que a sensibilidade e a capacidade são pré-requisitos para um bom terapeuta, devendo sua formação ser interdisciplinar. Isto se dá devido ao fato das estratégias linguísticas de interação determinarem a díade mãe-criança. Não depende de nível sócio-econômico, não depende de culturas diferentes; ela vai ser única e temos que seguir aquela estratégia, daquela mãe, com aquela criança em questão, dependendo de como a criança solicita as respostas do adulto. Podemos exemplificar da seguinte forma: muitas vezes com uma mãe passiva e uma criança ativa, temos uma excelente qualidade de díade. Agora se a criança é passiva e mãe passiva, temos uma díade muito comprometida; se a criança é passiva, mas a mãe é ativa, podemos compensar esta relação também nos primeiros anos. Cada momento vai ser diferente, não adianta fazermos algumas suposições de uma determinada etapa: a cada encontro e a cada momento nós vamos ter que ter a sensibilidade e a capacidade teórica de poder estar descobrindo junto com cada mãe, com cada família, com aquela criança em particular, como vamos percorrer esse novo caminho.

Esses estilos de interação vão variar de mãe para mãe, de criança para criança de terapeuta para terapeuta, independentemente de cultura, nível sócio-econômico, apresentando sempre estilos totalmente diferentes.

Vários estudos têm se preocupado com o fato do terapeuta pertencer a uma classe social média ou média alta e a maior parte da nossa população surda, como a população brasileira, é de nível sócio-econômico baixo.

Existem algumas hipóteses sobre a dificuldade do terapeuta em conseguir através dos seus valores um bom nível de relação com mães que têm nível sócio-econômico baixo. Isto é verdadeiro principalmente para

o jovem profissional que está começando a sua carreira, quando a mãe chega e descreve sua vida, quantos maridos já teve e aquela criança que nasceu surda etc, o jovem profissional quase desmonta, porque não está preparado para ter noção da realidade — esta é a vida.

Ele frequentou a faculdade que o pai pagou e não está em condições de escutar a realidade nacional. Então é necessário uma modificação nos próprios cursos de formação do professor e do terapeuta, pois não basta adquirir técnicas e procedimentos mas, simplesmente, colocar esse profissional em contato com sua própria realidade. É por isso que defendemos a necessidade de uma política de prevenção da surdez; uma política de conscientização do profissional da realidade do seu próprio trabalho. Ele deve ser um conhecedor do seu país, um conhecedor de si mesmo, e conhecedor do caminho que a população brasileira percorre. O surdo faz parte desta população como um todo.

Tem sido esta a nossa proposta de trabalho, num programa de conservação da audição, que vai desde o diagnóstico imediato, em maternidade, em postos de saúde para possibilitar o processo educacional do deficiente auditivo. Se a etapa anterior não acontecer, eu acho que muito pouca coisa nós vamos construir no campo da estimulação precoce ou no campo do diagnóstico precoce.

Prevenção dos Distúrbios Oromiofuncionais e Avaliação

**Glória Maria Coriolano Régnier*

INTRODUÇÃO

Através das avaliações fonoaudiológicas poderemos traçar uma linha de base para o início do tratamento do paciente para realizar, se necessário, triagens para encaminhamentos a outros profissionais, tais como: ortopedista, neurologista, psicólogo, otorrino, etc.

Neste trabalho serão enfocadas as avaliações fonoaudiológicas, ressaltando a avaliação oromiofuncional e seu aspecto preventivo.

AVALIAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS

Inicialmente realizamos uma anamnese com a mãe ou responsável pela criança no intuito de coletar dados sobre os períodos pre-peri-pós-parto e outras informações sobre o desenvolvimento global da criança, que nos servirão de guia para estabelecimento de uma impressão diagnóstica. Em seguida, aplicamos uma bateria de testes com a finalidade de verificar a tonicidade, o equilíbrio, a lateralização, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal, a praxia global e fina, os fonemas que a criança é capaz de repetir ou evocar e quais estão distorcidos ou omitidos, a respiração (tipo, capacidade), a estruturação rítmica, os sons discriminados e percebidos quanto a: instrumentos musicais, ambientais, voz humana, avaliação dos órgãos fonoarticulatórios (tonicidade-função-mobilidade).

** Professora Especializada de Deficientes Auditivos do Instituto Nacional de Educação de Surdos — INES
Fonoaudióloga Clínica — CRF^a 4137.
Pós-graduada na Metodologia Audiofonatória — Universidade do Estado do Rio de Janeiro
— UERJ.
Chefe do Serviço de Fonoaudiologia do Instituto Nacional de Educação de Surdos — INES.*

PREVENÇÃO OROMIOFUNCIONAL

A análise anátomo-fisiológica e os desvios eventuais apresentados no D.A., devem ser alvo de especial atenção, buscando cada vez mais a visão global do indivíduo dentro da sociedade e não permitindo que seus problemas sociopsicopedagógicos sejam agravados.

O avanço da medicina e os progressos da computação, levarão cada vez mais à detecção precoce da surdez, atingindo a fase intra-uterina, preparando-se a mãe para o nascimento de uma criança deficiente auditiva, diminuindo assim o índice de rejeição.

Importa ressaltar que um recém-nascido rejeitado ou mal alimentado terá dificuldade em transformar as emoções primárias em sentimentos positivos em relação ao mundo externo e, como decorrência, as aprendizagens precoces, que são verdadeiros degraus para o desenvolvimento das habilidades básicas aprendidas também estarão prejudicadas.

Como vemos, a criança surda já começa a experimentar sensações de medo e rejeição desde o nascimento, quando a mãe descobre que ela não corresponde aos nove meses de gravidez.

As mães de uma maneira geral, mas principalmente as dos deficientes auditivos, deveriam receber informações sobre: alimentação natural e artificial, padrões alimentares, mastigação correta, higiene bucal, hábitos viciosos, respiração predominantemente bucal, posturas inadequadas, pois estes fatores influenciam negativamente no crescimento e desenvolvimento motor oral, podendo favorecer problemas de fala.

Alimentação Natural

O primeiro aparelho ortodôntico do homem, diz a Dra. Elvira Camarella, é a "mama". Quando o bebê suga o seio da mãe, sua língua é posicionada corretamente na cavidade oral. A amamentação equilibra toda a função neuromuscular oral, sem contar os inúmeros benefícios transmitidos à criança pela mãe, tais como: equilíbrio emocional, imunoproteção transmitida pelos anticorpos da mãe através do leite, etc

A boca representa um papel muito importante para o ser humano, por isso entende-se que sua maturação seja anterior às regiões dos membros, pois está ligada desde as funções de sobrevivência (sucção, respiração, deglutição) até as mais refinadas exigidas pela fonação.

Repito aqui as palavras do Dr. Dirceu Bellizzi:

"Os animais usam a boca para atenderem seus instintos. O homem usa essa tarefa para se tornar homem!"

As nossas primeiras informações do mundo exterior relativas a: tamanho, forma, temperatura, textura, vem através da boca e não é de admirar que ela registre também as nossas tensões. As situações de ansiedade geram contração da musculatura orofacial.

Desta maneira, podemos imaginar o número imenso de problemas emocionais incidentes sobre o desenvolvimento dentofacial.

A mãe durante a amamentação deve observar a troca de posição, ora oferecendo um seio, ora outro, evitar ambientes ruidosos e excesso de iluminação, as roupas do bebê devem ser confortáveis e adequadas à temperatura ambiente, devendo a mãe ainda aconchegá-lo, dizendo-lhe palavras carinhosas ou cantar, não só durante a amamentação como também na hora do banho, na troca das roupas etc, segurando-o sempre de uma maneira que mantenha livre a movimentação dos seus membros superiores e inferiores.

O ato da amamentação estimula as atividades sensoriperceptivas do bebê, tais como: táteis, térmicas, gustativas, olfativas e auditivas.

Alimentação Artificial

Deve-se observar todos os procedimentos adotados na alimentação natural incluindo o alerta para que o furo da mamadeira não seja aumentado. Desse modo, virando-a ao contrário, permitirá apenas o gotejamento do líquido. Mediante estas precauções, evitaremos engasgos, vômitos, ingestão de ar, passagem de líquido pela trompa de Eustáquio para o ouvido médio, favorecendo otites médias, formação de padrões inadequados de deglutição e prejuízos quanto ao sono.

A temperatura do leite deverá ser observada, assemelhando-se a do seio.

O bebê deve ser retirado do berço na hora da alimentação, observando-se as mesmas trocas de posição da alimentação natural.

Quando a postura é sempre a mesma, poderá resultar em aumento de massa muscular do lado solicitado, desestimulando a musculatura contralateral facial.

Padrões Alimentares

Os alimentos oferecidos à criança deverão ser variados, estimulando o olfato e a gustação.

Desde que a criança tenha condições de utilizar um padrão alimentar sólido não deverá utilizar mais o pastoso.

Seus músculos mastigatórios precisam ser exercitados, assegurando um crescimento e desenvolvimento orofacial harmonioso.

Mastigação

Quando a mastigação não é utilizada corretamente dos dois lados da cavidade oral, tornando-se unilateral, o alinhamento das arcadas dentárias é modificado e, como resultado, teremos um crescimento maior do lado solicitado. O músculo aumentado interfere no equilíbrio neuromuscular da face, podendo provocar luxação da articulação temporomandibular (ATM) trazendo como consequência dores de cabeça.

A movimentação inadequada da língua é a grande responsável pela maioria das maloclusões devido a poderosa pressão desta estrutura praticamente muscular (dezessete músculos) exercida sobre os dentes.

Enfocando a classificação de Angle, considerando-se as mordidas abertas, profundas e cruzadas, assinalaremos alguns problemas de articulação de fonemas.

Denomina-se mordida aberta a ausência de oclusão, podendo ocorrer na parte anterior, unilateral e bilateral da boca.

Mordida profunda é o excesso de trespasse vertical dos incisos.

Mordida cruzada é quando a relação lábio dental dos dentes é anormal.

Classe I

A lábio versão dos incisos pode prejudicar a emissão das vogais e dos fonemas bilaterais. Nos fonemas linguo-dentais teremos a protrusão e os fonemas alveolares poderão apresentar distorções auditivas.

Classe II

Uma **pequena** protrusão mandibular não **ocasionará** problemas ar-

ticulatórios se a língua e os lábios estiverem exercendo função adequada.

Uma protrusão excessiva poderá gerar, além das alterações mencionadas na Classe I, alterações no timbre da voz.

Muitas vezes encontram-se problemas articulatórios nos portadores da Classe III, quando a língua apresenta aspecto hipotônico, prejudicando os fonemas alveolares e palatais.

Numa acentuada Classe III os fonemas fricativos poderão apresentar uma inversão na sua emissão, o lábio superior em contato com a borda dos dentes inferiores.

Lembramos que a deglutição atípica, na maioria das vezes, está ligada à função muscular inadequada e pesquisas mostram que as práticas da deglutição são as mesmas da fala. Conclui-se que se a Língua possui posturas inadequadas, favorecerá a deglutição atípica e, consequentemente, problemas articulatórios.

Higiene Bucal

Após as mamadas, a higiene bucal deverá ser observada, pois o açúcar ingerido nelas é o agente causador das famosas "cáries de mamadeira", capazes de comprometer todos os dentes.

Dentistas já estão detectando as cáries em bebês de seis meses.

Basta a perda de um dente, para que a oclusão dentária seja alterada. A oclusão normal é aquela onde a linha média dos dentes superiores coincide com a dos dentes inferiores.

Hábitos Viciosos

A pressão inadequada e contínua da língua, a sucção da língua, chupeta e sucção digital, a respiração predominantemente bucal, os objetos introduzidos na boca (lápiz, caneta, borracha, régua, etc.) alteram a oclusão dentária.

Nos locais onde existe compressão dos dentes, haverá alterações das arcadas dentárias e, com o correr do tempo, dependendo da direção, duração e intensidade teremos como decorrência as maloclusões, facilitando os problemas da fala.

Respiração Predominantemente Bucal

Esta disfunção respiratória, ocasionada na maioria das vezes por problemas no trato respiratório, estão relacionadas a uma série de alterações, tais como: posturas anormais corpóreas e orofaciais, alterações da estrutura facial (fácies adenóides), estreitamento da arcada superior, do palato, estreitamento das narinas, lábio superior com aspecto hipotônico, olfato prejudicado e gustação diminuída, implicando em perda de apetite, gengiva hipertrófica, hiperplasia dos tecidos linfóides, obstruindo a trompa de Eustáquio, os processos infecciosos exudativos das vias respiratórias superiores podem repercutir nas cavidades do ouvido, nas paranasais e vias aéreas inferiores.

Esta respiração bucal de suplência reduz a expansão torácica e, sendo permanente, determina modificações no desenvolvimento da caixa torácica (diminuição da ventilação pulmonar). A insuficiência pulmonar conduz a uma redução do oxigênio inspirado e da expulsão de gás carbônico levando a astenia e cansaço mental, gerando baixa aprendizagem.

Desta forma reforçamos a necessidade da investigação das causas • responsáveis pela respiração predominantemente bucal, no sentido de serem combatidas, eliminadas se possível, ou minimizadas.

Posturas Corpóreas Inadequadas

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), através do seu Departamento de Ciências Biológicas Aplicadas à Educação Física desenvolveu pesquisa sobre a avaliação postural, verificando que 50 crianças das 200 estudadas apresentam alterações de postura.

O excesso de material transportado em mochilas ou bolsa a tiracolo pelas crianças é considerado um dos grandes fatores responsáveis pelos problemas de coluna. As repressões que as crianças sofrem o tempo todo, além do uso de calçados inadequados também contribuem para isso.

Ressaltamos que o maior índice de aposentadoria no Brasil e no exterior é ocasionado pelos problemas de coluna.

Desta maneira, uma seleção do material escolar e orientação adequada dos pais, auxiliarão na prevenção do problema. É importante a atenção para as posturas que as crianças assumem ao sentar, ao escrever, ao comer, ao assistir televisão, ao falar ao telefone, etc.

Importa lembrar aqui que as más posturas corpóreas estão relacionadas às más posturas orofaciais.

Conclusão

Diante do exposto acreditamos que a prevenção é o remédio mais barato, combatendo as causas, para que não tomem consequências mais sérias, necessitando da intervenção de uma série de profissionais. Concluindo: existem casos de maloclusão onde não ocorrem distúrbios da fala, porém as funções de mastigação, deglutição estão alteradas quando esta se faz presente.

As funções reflexo-vegetativas, quando exercidas adequadamente, beneficiam o contorno das arcadas dentárias.

BIBLIOGRAFIA

1. Barrett, H. Richard — Oral Myofunctional Disorders, the C. V. Mosby Company: Saint Louis; 1974; 308p.
2. Flehmig, Inge — "Desenvolvimento Normal e Seus Desvios no Lactente, Diagnóstico e Tratamento Precoce do Nascimento até o 18^o Mês"; 1^a ed.; Rio de Janeiro; Editora Atheneu; 1987; 316p.
3. Glaber, T.M. — Ortodontia, Teoria y Practica; 3^a ed.; Nueva Editorial Interamericana S.A.; México.
4. Mysak, Edward — Patologias dos Sistemas da Fala. Identificação dos Distúrbio da Fala, Princípios de Exame e Tratamento; 2^a ed.; Rio de Janeiro; Ed. Atheneu 1988; 311p.
5. Moyers Robert — Ortodontia; Guanabara Koogan; 3^a ed.; 688p.
6. Psillakis, Jorge Miguel et alu — Cirurgia Craniomaxilofacial Osteotomia Estética da Face; 2^a ed.; Rio de Janeiro; Editora Médica Científica; 1987; 653p.

A Importância da Organização de Equipes Multidisciplinares

*Dr. Paulo César Muniz

Eu vou falar com vocês a respeito do processo de organização de equipes multidisciplinares. É lógico que não haveria necessidade de ficarmos aqui defendendo a importância de uma equipe multidisciplinar. Porém se todo mundo fala nisso, como se a equipe multidisciplinar fosse a grande solução para tudo, é preciso não esquecer o poder altamente destrutivo que também representa um grupo. Se há uma coisa que assusta o indivíduo, é um grupo. Mais do que um grupo organizado, assusta mais ainda, um grupo tipo multidão, massa, um grupo sem liderança ou com liderança que possa surgir do acaso, das emoções. Quando andamos na rua, enquanto as pessoas estão separadas uma das outras, tudo bem; mas quando nos aproximamos de um grupo há uma certa ansiedade. Quando se está num determinado local, participando de uma série de atividades e, de repente, se percebe um grupo que começa a se juntar e a se comunicar mais entre si, imediatamente começamos a sentir um certo receio, um certo temor.

A tendência é de nos afastarmos daquele grupo, ou então tentarmos fazer parte dele; mergulhar no anonimato desse grupo. Grupo é um negócio muito sério

Se vamos falar em grupo, vamos ter que falar também em Instituições. Um fato inegável, é que a multidão desperta medo. Interessaria saber o porquê disso, pois nós podemos também pegar a ideia oposta e imaginar que tudo aquilo que a humanidade construiu até hoje, o fez graças às coletividades, graças aos grupos. E aí, como sair desse tipo de impasse? É melhor o grupo pela possibilidade de divisão de tarefas, de união de forças, ou o indivíduo fora do grupo, imaginando o seu poder na individualidade? Será que o grupo nivela as pessoas? São muitas as questões. E por que a instituição apresenta ambivalência muito grande diante de qualquer grupo que se organize dentro dela? Na obra de Freud, existe um trabalho muito interessante, chamado Psicologia das Massas e Análise do Ego. É uma incursão que Freud faz no campo da Antro-

*Médico especializado em Psiquiatria, Fisiatria e Administração Hospitalar. Diretor do Centro de Psicologia e Neuropsiquiatria Infantil.

pologia. É ele, tentando discutir o que é que nasceu primeiro: a psicologia do indivíduo, ou a psicologia do grupo? Nós somos o fruto do grupo, ou a Psicologia individual é que deu origem ao grupo? Essa é uma pergunta que merece reflexão. É um trabalho muito interessante porque um dos pontos que ele chama mais atenção é o que é que mantém um grupo unido. Esta é a grande questão. O que é que faz com que as pessoas se unam, se juntem. E, ao mesmo tempo, porque é que elas se unem? Qual é o grande objetivo? Porque é que uma pessoa tão cordata, tão adequada, de um bom senso tão grande, num dado momento, pertencendo a um grupo, ela se torna altamente destrutiva. Parte para um quebra-quebra dentro de uma instituição, na rua, dentro do ônibus e assim por diante. Por que o líder é procurado em qualquer grupo e porque ao mesmo tempo ele é tão atacado, tão invejado. São questões que a gente tem que considerar, já que nosso objetivo é discutir o problema das equipes multidisciplinares.

Freud faz uso de um mito científico para poder abordar esse tema. É muito importante perceber que o mito aparece numa fase do desenvolvimento do pensamento humano, que nós identificamos com facilidade na Grécia antiga, mais precisamente na obra de Homero, onde temos as referências a respeito do pensamento mítico. Lá o pensamento era instantâneo, no qual as coisas num determinado momento passavam a existir, por uma causa enigmática porém sentida e representada no concreto. Um deus ou uma deusa eram responsáveis por um determinado acontecer. As coisas estavam ali, então, porque havia agentes divinos que as criavam. Neste momento o que prevalecia era o pensamento mítico. Com Platão passa a predominar a ordem da razão, de alguma coisa constante. Começamos a compreender que o mito se baseia em determinadas semelhanças; o mito é um fenômeno de linguagem, uma construção simbólica que dá conta de experiências originais. Hoje em dia, na mídia, vemos exemplos de mitos como o mito sexual, o mito da importância da propaganda, etc Esta é uma palavra muito empregada atualmente. O mito engana, à medida em que ele se vale de semelhanças apenas. Nós não detectamos no mito as causas mas sim uma certa semelhança que dá certeza e validade ao mito e que dispensa provas de certeza. E mais ainda, o mito permite que compreendamos algo que ocorra no nosso íntimo e que não tenhamos palavras para expressá-lo. Existe um momento primordial onde alguma coisa precisava se tornar palavra e que a forma que temos de tornar aquilo lingua-

gem, é através do mito. Vamos então fazer uso desse mecanismo de compreensão. Então o que é que Freud imaginou? Imaginou que na pré-história os homens viviam em bandos de pilhagem, predadores. Provavelmente dentro desse bando existia um chefe. Ora, é até muito fácil de se ter uma ideia de como seria o chefe desse bando, se nós observarmos bandos de primatas, que não o homem, e outros mamíferos. O chefe desse bando conseguia de toda e qualquer maneira aquilo que desejava; o que ele pensasse em fazer, ele fazia. Porém estava vedado a todos os outros membros do grupo, fazerem o mesmo. Ele dominava o bando e usufruía das fêmeas, não podendo os outros machos fazerem a mesma coisa, pelo risco de serem mortos ou castrados. Em muitos filmes que mostram bandos marginais, se vê exatamente esta situação: a existência de um chefe extremamente agressivo, mas que aparentemente distribui "certa justiça". Ele é o primeiro a satisfazer seus desejos; depois é que o resto do bando pode se satisfazer. Qualquer coisa que alguém do bando consiga, é dele, a não ser que ele deixe para outra pessoa. São os bandos atuais, mas possivelmente o bando primitivo não era assim. Em algum momento, essa história, esses filhos, esses outros membros do grupo, se reuniram e mataram esse chefe. Uma vez morto, um problema estava criado, pois perdeu-se uma lei e aí deve ter sido uma carnificina geral dentro desse grupo; e isso deve ter assustado muito. Muito sangue foi derramado pela disputa, pela partilha dos restos desse bando. O próprio grupo chegou a conclusão que haveria necessidade de um novo chefe para manter essa ordem. E agora quem iria querer ser chefe? Quem iria querer correr aquele risco? Provavelmente a coisa foi resolvida colocando no lugar algo que designasse aquele bando: um nome, em memória daquele chefe. Esse não poderia ser destruído, esse deveria ser protegido. Um totem: algo, animal ou planta, que representava naquele momento aquele bando. Mas acontece que não se poderia viver com essa imagem apenas, que dava nome e identidade a esse grupo, sem leis que o protegessem. Provavelmente duas leis surgiram: a primeira, é que não poderia haver derramamento de sangue dentro desse grupo, para prevenir possíveis massacres; e a segunda para evitar a inveja, é que não poderia haver relações sexuais entre os membros do grupo. Proibido o derramamento de sangue e as relações sexuais entre os membros do grupo, este grupo poderia perdurar. E assim surgiu o primeiro clã, a primeira família.

Trabalho com grupos de crianças e logo que um grupo começa, dis-

cutimos o estabelecimento de leis para reger as relações internas no grupo. E as duas leis que infalivelmente os grupos estabelecem é: um não pode "comer" o outro e não pode haver ferimentos, repetindo o que provavelmente aconteceu na horda primitiva. E claro que pelo meu interesse, eu acrescento uma terceira lei que é a de não poder destruir o material da sala. E assim a gente formaliza o grupo.

Observem então que dentro desse esquema, nós podemos compreender o nascimento da família, e podemos compreender o nascimento da religião. O primeiro deus, representado pelo totem, e que por sua vez representava o grupo, deveria ser respeitado e não poderia ser destruído. Em relação ao nascimento da família, eles resolveram isso de uma forma muito singela: proibindo as relações sexuais dentro do grupo, ou seja, entre as pessoas que pertencessem ao mesmo totem. Só poderia haver acasalamento com mulheres de outro totem. Todos os homens que chegassem à idade de casar buscariam uma mulher de outro totem, e assim a lei não era transgredida. Desta forma começou a raça humana e sua epopéia civilizatória.

Esse mito científico, dá a todo mundo, eu acredito, uma sensação de familiaridade enorme. É como se as pessoas dissessem: eu já ouvi esta história antes; não sei de onde, mas sei que é assim. Ela é verdadeira. Essa é a magia do mito. Quando nós citamos qualquer mito, a pessoa se encanta porque já ouviu aquilo antes; é uma verdade. O mito é uma palavra, é uma história, que aprende algo que não pode ser expresso, mas que passa a ser naquele momento. Como pertencemos a mesma raça humana, ao mesmo agrupamento, provavelmente temos a mesma estrutura mental, herdamos o mesmo acervo genético e portanto as mesmas coisas ocorridas na história.

Então agora nós já podemos falar em instituições e seus problemas. Se a primeira instituição foi esse bando, essa orda primitiva que se organiza num clã e inicia o processo civilizatório, a gente compreende imediatamente que toda e qualquer lei aparece em função de desejos. O desejo de matar, para obter coisas, se vingar, etc, é tão grande, que surge a necessidade de bloquear isto, em função da sobrevivência do grupo. Cria-se assim uma lei oposta e diz-se que a lei é muito boa e que a sua desobediência é que é ruim. E é assim que a humanidade constrói o seu acervo de "valores; sempre com o oposto que é desejado instintivamente pelo homem.

Há pouco tempo passou no cinema o filme Jornada nas Estrelas V.

Todo mundo conhece a saga da Jornada nas Estrelas, a Interprise, o capitão Kink, o senhor Spock, etc Acho que é uma coisa que é dessa geração. Neste último filme, eles teriam que encontrar um planeta que ficava no centro da Galáxia; um planeta mítico, aonde eles sabiam que Deus estava. Nessa história havia um sujeito que tinha o poder de ao chegar perto de alguém, fazia com que essa pessoa revivesse, lembrasse, a sua maior dor. A pessoa, diante daquilo que lhe causou tanto sofrimento, que lhe marcou tão profundamente e que lhe fez modificar-se para defender-se, transforma-se agora, diante dele, naquilo que deveria ter sido caso não tivesse sentido aquela dor. O tal sujeito era um psicanalista mítico. Só de chegar perto, o outro lembrava dessa parte esquecida e com isso deixava de ser o que chegou a ser e passava ao que deveria ter sido se nenhum problema tivesse ocorrido com ele. Era então, a Uberdade, a felicidade total. Pois bem, é esse sujeito que consegue controlar a Innterprise e chegar até o planeta mítico. Acontece que esse planeta, onde eles sabiam que deus estava, no centro da Galáxia, era protegido por uma barreira intransponível; só aquela nave conseguiria ultrapassá-la. Lá, então, eles têm um encontro com aquilo que eles supunham ser deus. Só que esse deus que aparece, é um ser extremamente agressivo, egoísta, violento e desejoso; querendo submeter a todos e pegar astronave para transpor a barreira. Aí eles entram em pânico Se ele é deus para quê precisa de uma nave e porque é tão violento. E aí, é que compreendem, dão um jeito e escapam do planeta. Há então uma paz total entre a raça humana e outra inimiga e tudo termina no mundo em paz e festa.

Pois bem, essa história se assemelha à história da orda primitiva, pois essa visão de um deus que eles colocam, representa tudo que há de primitivo no homem, aquilo que o homem era no início. Quando nós analisamos a horda primitiva e a descrição de Deus do filme, vimos que no início ele era extremamente violento, agressivo e egoísta, tinha os mesmos sentimentos humanos, desejava as mesmas coisas. Gradativamente ele foi melhorando à medida que a raça humana foi melhorando também. Se acompanharmos Javé ao longo da história, ele mudou muito, ficou muito bom. Trata-se de uma concepção de Deus que se aproxima muito daquilo que temos de mais primitivo dentro de nós. Trata-se, portanto, desse cérebro primitivo, o rinencefalo, a sede do instinto, dos impulsos. O cortex cerebral humano, a última porção, a mais recente, não é nada comparado com o cérebro primitivo que é a sede de toda sabe-

doria para sobrevivência, para instalação do homem no real. E esse cérebro recente, o neo-cortex, exerce um certo controle, mas não todo controle. O controle absoluto está lá dentro. É preciso modificar a engrenagem para que se controle essa coisa interna. Coisa interna essa, que vem à tona nos sonhos, nos estados emocionais, nos estados de enamoramento, na loucura. Bom, eu estou falando tudo isso que é para provocar; é como se a gente fosse aqui, convocar um demônio, mobilizar alguma coisa para que possamos pensar, possamos ter a ideia de que o grupo é uma desgraça e, ao mesmo tempo, o grupo é a salvação. Esse par de opostos, é que parece nortear todo o pensamento humano, inclusive a linguagem do computador: zero e zero e um, presença de sinal, ausência de sinal. Nós não conseguimos pensar que algo exista fora do sistema binário: bem, mal; certo, errado; bonito, feio; amor, ódio. O grande salto humano é quando partimos para dialética. Esse salto, essa outra coisa, a partir dos dois, é que é a saída. Não é à toa que o filho é a salvação. Todo grupo sonha com alguém que venha resolver os problemas do grupo. Qual o grupo que não sonha com isso? Todo grupo pensa em acasalamento. Do grupo terá que surgir uma ideia que permita a todos compreender as outras ideias. Da mesma maneira existe uma outra forma primitiva de estar num grupo que é o desejo de dependência: eu pertenço a este grupo para receber isso, receber aquilo, ter aonde me esconder, ter aonde colocar minhas angústias etc. A 3ª forma de se posicionar dentro do grupo é a de ataque e defesa. Atacar e fugir, atacar e fugir, o tempo todo. Sempre vemos numa dessas três situações que são momentos mais primitivos de um grupo; momentos estes em que o grupo não cresce, fica parado, estagnado. Mas existe uma forma de escapar: se cair na quarta posição que é a do grupo de trabalho. Este é aquele grupo que tem que se juntar, esquecer as diferenças, ou melhor, utilizar estas diferenças em proveito próprio, para criar realmente alguma coisa nova por parte de todos. É muito difícil um grupo se instalar nessa posição de grupo de trabalho, porque ele tende a cair continuamente na posição de dependência, de ataque e fuga ou de acasalamento. No acasalamento, ninguém faz nada, fica todo mundo esperando o Messias, a vinda daquele que vai resolver tudo. Podemos ver que a própria humanidade vive continuamente esses momentos de dependência: luta e pregação dentro da comunidade à espera de um Messias um salvador, um político, um chefe, um líder. O Brasil atualmente está vivendo uma situação desse tipo. A 1ª conclusão a que se chega, é que somos de uma

mesmice e uma previsibilidade terríveis. Mas isso é um engano, porque isso só acontece na doença. Se vocês pegarem um livro de psicanálise do Japão, outro da China, outro da Turquia e um outro dos EUA, verão a coisa mais interessante: que as doenças são iguais. O neurótico obsessivo é igual em qualquer parte do mundo; a história idem, o fóbico, etc. Só existe um indivíduo diferente de um lugar para o outro: é o normal. Esse é diferente, é criativo. Em geral o neurótico é que é altamente previsível; pode-se até escrever um livro sobre ele. Já quando se escreve sobre indivíduos normais, é uma aventura, uma grande aventura

Bom, vamos voltar à instituição. Observem que agora a instituição já não é só mais um nome. A instituição agora é uma entidade viva. Ela nasce no momento em que precisamos exercer melhor um trabalho, e para podermos exercer melhor esse trabalho, precisamos também nos garantirmos e garantir e preservar a instituição. Prioritariamente exercer melhor um trabalho e secundariamente se preservar, são as funções da instituição. Mas vejam o drama do ser humano: a manutenção do poder institucional, a sua preservação a qualquer custo, tornam-se prioritários, degolando qualquer tentativa de reforma. Estamos vendo isto o tempo todo. Quantas instituições são criadas e precisam ser mantidas de qualquer jeito. Quando se pergunta, mas o que ela faz? Nós nem sabemos bem ainda o que é que ela faz, porque ela está empenhada numa luta de sobrevivência, de permanência. Portanto tanto a Instituição quanto a equipe multidisciplinar, foram criadas para exercer melhor um tipo de trabalho, porém, na verdade, passam o tempo todo preocupadas em permanecerem com o poder, um poder que permita a perpetuação. Então, mais uma vez, começamos a perceber como a coisa é realmente muito difícil. Em geral, diante de uma ameaça, vem um mecanismo defensivo de ataque e fuga. Por isso, se diz que todo grupo está sempre se unindo contra alguém. O grupo existe contra alguém, não tem por onde. Qualquer ditador quando se sente ameaçado por desavenças internas, ele arranja um inimigo externo e com isso ele junta todo o grupo. Todo mundo sabe que a única maneira de vencer, é dividir o inimigo. E o inimigo, lógico, apela, dizendo que estão tentando dividi-los e que precisam se unir contra o adversário. É a luta de sempre.

Quando se fala que a instituição visa exercer melhor um determinado trabalho, observem as nossas instituições. Elas, por exemplo, passam a existir para proteger a sociedade de pessoas indesejáveis, violentas ou involuntariamente perigosas: seriam assim as prisões e os hospi-

tais de doenças infecto-contagiosas. Outras instituições são criadas para proteger incapazes e desvalidos, como os asilos. Outras são criadas para que um trabalho possa ser exercido melhor: Igreja, Exército, e ainda aquelas criadas para que se consiga um refúgio como os mosteiros, os conventos. Poderíamos citar uma infinidade de Instituições que foram criadas para exercer melhor uma determinada função, porém todas elas têm um sério problema que é o de garantir a sua existência. É daí que decorre todo o problema porque isso vai existir tanto ao nível da instituição quanto ao nível de qualquer grupo organizado dentro dela.

Tenho a impressão que vocês todos devem conhecer este livro (Educação Especial: Atuais desafios). Nele está um trabalho sobre o processo de organização e interação de equipes multidisciplinares. Nesse trabalho coloco uma experiência em relação a grupos dentro de instituições. Trabalhei em várias instituições, vivi em comunidades terapêuticas, participei do início e do fim das comunidades, enfim, o suficiente para ter um temor terrível de grupos e ao mesmo tempo a fé absoluta que o melhor tratamento psicoterápico é o de grupo. O grupo é de uma riqueza e de uma possibilidade imensa, por isso eu me tornei terapeuta de grupos. Bom, uma coisa interessante e que todos que aqui estão conhecem, é o que acontece com o indivíduo institucionalizado. Todos aqui devem viver dentro de alguma instituição. Vamos imaginar uma instituição que preste um serviço a um grupo social. A primeira coisa que detectamos é que esses indivíduos que ficam sob a guarda desta Instituição estão como que limitados, como se houvesse um conluio para acabar com a individualidade de cada um. Parece que fica incompatível ter um indivíduo livre e a instituição se manter. Parece que há uma luta, que essas duas coisas são totalmente incompatíveis; incrível isso, mas é que o que se observa na maioria das Instituições. Olhem só a controvérsia: ordem e progresso. Para haver progresso tem que haver ordem e para haver ordem o indivíduo tem que abdicar de uma série de coisas. Será que é isso? Ou será essa uma interpretação errônea? Pois é porque a palavra tem esse problema. Nós estamos voltando à era dos sofistas. Os sofistas achavam que os nomes aparecem ao acaso, então não importa, eles podem ser usados de qualquer maneira, depende da circunstância. Nós estamos voltando a isso outra vez. Nós podemos "pegar" uma palavra e ver em qual acepção nós vamos colocá-la. Se um homem disser para uma moça que gostaria muito de conhecê-la e ela perguntar se é no sentido bíblico ou no sentido corrente, ele vai levar um susto, não

é mesmo? Sem falar muito a palavra pode provocar um "pipocar" no cérebro da gente, na mente humana. Que poder a palavra tem

Então, esse problema da instituição é muito sério, pois é preciso detectar o que ela está fazendo num dado momento. Porque ela pode mudar. Ela pode começar com a melhor das boas intenções, como a maioria das instituições, e no final se tornar uma prisão. Como impedir que isso ocorra? Seria esse um dos nossos objetivos de discussão aqui. Um aspecto interessante nas instituições, que eu já havia chamado atenção anteriormente, é o institucionalismo que tira a identidade do indivíduo: ele recebe um número, um nome de guerra, olhem que coisa interessante Parece até que vai se travar uma batalha terrível ali dentro da instituição, e é. Ele passa a ser conhecido por uma alcunha, apelido, por um título. O que se quer dentro da instituição é tirar a individualidade, uniformizar, tornar todo mundo igual, tornar a coisa comum. Portanto, qualquer manifestação de genialidade tem que ser imediatamente destruída, porque se constitui uma ameaça ao cargo institucional. Essas coisas são verdadeiras e ao mesmo tempo não são verdadeiras. Depende da experiência de cada um, depende da Instituição, depende do momento, depende do que se queira acreditar num determinado instante.

Um outro detalhe interessante também, é que o corpo técnico de qualquer instituição, toma um cuidado tremendo para não se misturar com o paciente. Nós preferimos sempre trabalhar com pessoas que sejam radicalmente diferente da gente, para garantir a certeza de que nós não somos aquilo. É interessante, porque eu já trabalhei muito com deficientes mentais e deficientes físicos. Agora difícil é trabalhar com toxicômanos, pois eu tinha certeza absoluta que não era deficiente mental e tinha certeza absoluta que não era deficiente físico. Agora eu não tenho certeza, em relação àquele indivíduo que funciona igual a mim; aquilo causa uma angustia terrível. Aquelas coisas que ele sente, que ele fala, que ele atua, que estimulam o desejo, a vontade, isso é terrível Nós, então, tentamos manter uma certa distância, ou então acabar com ele, inutilizar o sistema de pensar e pronto Como "O Estranho no Ninho", seccionando-se o seu cérebro o silenciemos para sempre. Essas coisas ocorrem dentro das instituições e ocorrem por esses motivos que nós estamos tentando levantar aqui. Então a primeira coisa que uma equipe técnica faz é tentar se separar radicalmente dos pacientes; colocar barreiras ao contato, de forma a dificultar bastante o acesso. Podem ver que o gabinete do diretor é o lugar mais protegido da instituição. Claro, o

maior poder vai ter que representar o que todo mundo deseja O mais distante para guardar a devida distância Agora, coitado daquele funcionário que está abaixo na escala, que se mistura com o outro para o qual a instituição está voltada. É sobre essa pessoa que vai recair toda a culpa. Quando não se põe a culpa no paciente, ela recai sobre aquele funcionário que está em contato direto com ele. Se é uma escola, é a servente ou a professora, não tem por onde. Quem fica a salvo é a coordenadora, e vamos constatar que num hospital, por exemplo, a culpa sempre recai sobre a enfermeira, a atendente etc Tem uma hierarquia para "pagar o pato". Isto parece que é necessário, senão a instituição vai ter uma dificuldade muito grande de sobreviver. É aí que nós temos que ficar atentos, porque é isso que aliena a Instituição.

Outro detalhe interessante é a submissão Parece que a grande lei institucional é que a boa marcha institucional se revela pela não existência de tumultos, pela ordem e pela disciplina. Se consultarmos aqueles textos antigos dos nossos livros de leitura, veremos que eles falam muito nisso. Como que as crianças tem que ser boazinha, quietinhas, não responder etc Parece-nos então, que o grande problema é esse: institucionalizar a submissão. Onde vemos isso melhor é o sistema militar: tudo lá é regulado. E observem quantas instituições ditas civis, usam a mesmíssima organização militar. Agora, pior do que a organização militar é a religiosa, porque tem um vigilante que não se vê e um castigo que não se pode detectar, o que é muito pior. Essas coisas, eu torno a dizer, elas são verdadeiras e não são verdadeiras.

Um detalhe interessante é que todas as vezes que uma instituição fala em abrir a comunicação, provoca uma euforia enorme em todo mundo, mas ao mesmo tempo preocupa as pessoas. A participação de todos na estrutura democrática de funcionamento, seria excelente mas não pode ser verdade não é mesmo? Vejam que, diante de uma confusão na instituição, já se quer logo um ditador para garantir o controle, um interventor, ou qualquer coisa do gênero.

Bom, chegamos a um ponto de poder pensar assim: o que é uma equipe? Observem todas essas forças que estão atuando no momento que pessoas se reúnem. Em primeiro lugar, uma equipe é formada por mais de uma pessoa; mais de um já é uma equipe Em segundo lugar, este grupo tem que ter uma proposta comum de trabalho: mais de uma pessoa com um objetivo comum. Um terceiro elemento para caracterizar uma equipe, é que haja uma garantia de comunicação constante. Se não hou-

ver comunicação constante, não é uma equipe. Precisamos garantir a comunicação constante porque vai haver necessidade de maior compreensão das situações que apareçam; complementação e realimentação do trabalho que está sendo desenvolvido; tudo isso, em nome da clientela. E qual é a clientela de uma Instituição, o paciente ou o profissional que trabalha nela? Esta é uma questão que nós ainda não levantamos. Quando alguém de uma instituição diz para alguém que a sua função é atender o cliente, a pessoa fica logo desconfiada. Quer dizer, é e não é. A pessoa vai se situar aonde quiser.

Fizemos um levantamento com duas equipes técnicas para descobrir o que poderia manter uma equipe funcionando dentro de uma instituição. A primeira condição para sua existência seria a manutenção de um canal de comunicação aberto constantemente. A segunda condição, seria uma definição clara, precisa, dos papéis e das funções das pessoas e a terceira seria a existência de uma atitude investigatória: produção de saber.

Uma coisa interessante é a estrutura. É uma palavra que diz que quando eu vou definir qualquer coisa, eu tenho o mínimo de elementos que caracterizam aquela coisa; se eu tirar um elemento, aquilo deixa de ser o que é. Por exemplo, para caracterizar uma roda, tenho que ter três elementos: um aro, um orifício no meio e uma ligação entre o aro e orifício, quer por raios ou por uma coisa maciça. A roda implica num objeto maciço, arredondado e com orifício no meio. Qualquer coisa que tenha essas características é uma roda. Eu desafio alguém que encontre alguma coisa assim que não possa chamar de roda. Agora, para se ter uma equipe eu preciso de três coisas: estabelecimento da forma de comunicação, definição clara dos papéis e funções e atitude investigatória. Se vocês estiverem trabalhando em qualquer lugar se dizendo parte de uma equipe, e se não existir por escrito uma definição clara das funções de cada um, uma garantia de comunicação constante entre as pessoas e um mecanismo de investigação e produção constante dessa equipe, isto não é equipe. Esta é a única forma de uma equipe existir, evoluindo e progredindo, caso contrário, ela irá se fechar e estagnar e vai tender a desaparecer.

Olhem que coisa interessante é o problema da forma de comunicação. Dizemos que toda vez que projetamos realizar alguma coisa, precisaremos de um indicador para acompanhar o desempenho. Um indicador é algo concreto que garante a existência de alguma coisa. Aquilo

só poderá existir se tiver um indicador preciso|para isso. Quando se tem uma equipe, o melhor indicador para ela é o livro de atas. Não é aquele livro de atas formal e burocrático. Ata é um registro de uma produção, registro de ideias. Sabemos bem que para escrever no livro de atas é um inferno, ninguém quer. A pessoa tem que ser ameaçada, ganhar para isso, ser sorteado, não é mesmo? Se faltar no dia, será o próximo ou terá que redigir duas. Quer dizer, é um terror. Esta equipe está usando o mais precioso dos instrumentos, que é o registro da sua evolução histórica e tentando denegri-lo para que não haja testemunho, para se poder assim imergir no desconhecido, nas trevas e aí poder executar aqueles poderes que ficam além da barreira. Esse é o grande objetivo de toda equipe: destruir tudo aquilo que está fazendo, ou se vocês preferirem, ao contrário, é sair disso, ir para a luz, ir para a vida. A direção que queiram tomar fica de acordo com o freguês. Uma outra coisa interessante que as equipes estabeleceram é o seguinte: para o estabelecimento da forma de comunicação, haveria necessidade de garantir a livre expressão das pessoas. Outra coisa necessária: clima de liberdade, respeito e responsabilidade. Responsabilidade vem de RESPONDERE, é dar resposta. Outra condição é o trabalho operativo: é se discutir algo em todos os níveis. E que haja registro e anotações sistemáticas daquilo que é feito, com objetivo investigatório. Não é um registro para dizer quem compareceu ao trabalho. Muita instituição age assim: você tem que escrever no prontuário para provar que você veio naquele dia; escreve qualquer coisa mas tem que escrever. Em outras instituições não, você escreve porque aquilo vai ser todo, valorizado, e porque aquilo vai servir de fundamento para um trabalho científico. É isso que separa uma instituição de outra. A instituição que produz saber, é aquela que registra com esse fim.

Bom, em relação à definição de funções e papéis, eu só queria dizer o seguinte: nós temos uma dificuldade muito grande em aceitar as funções e os papéis; nós aceitamos o status que aquele papel dá, mas as responsabilidades não. E a coisa mais difícil dentro da instituição é a distribuição desses papéis. Há uma luta enorme pelo poder, mas quando chega na hora da produção ...

Só para podermos encerrar essa parte, vamos falar sobre as formas de resistência ao trabalho em equipe. Como uma experiência, cada um vai pensar em sua instituição para ter uma ideia se resiste ou não ao trabalho. A primeira coisa: negamos ou distorcemos as situações reais que estão acontecendo (mas não foi bem assim, foi de outro jeito). Outra

coisa é a ansiedade, a irritação ou o medo que aparece continuamente dentro da instituição. Isso é um sinal de resistência ao trabalho. Qualquer tentativa de modificar, de inovar, o indivíduo reage imediatamente com irritação, tensão, medo, ansiedade e assim por diante. A conduta agressiva é outra forma de resistência que vai desde a hostilidade direta até aquele comentário malicioso, feito no cafezinho. Outra coisa que derruba qualquer trabalho de equipe: a negligência ao trabalho. Uma forma de negligência é a alteração de mensagens. Por exemplo, se alguém nos pergunta o que é que aconteceu numa reunião de pais da qual acabamos de participar e nós respondemos: "aquelas besteiras de sempre; foi rotina". A falta à reunião de equipe também é uma negligência. Pior ainda é aquele comentário destrutivo, intimidador, malicioso. Tem sempre uma pessoa que senta no fundo, afunda, cruza os braços e fala alguma coisinha que os que ouvem se agitam. Mas quando se pergunta à pessoa o que foi que ela disse, a resposta é sempre "nada não". Quem não conhece?

O maior drama ainda dentro de uma instituição é o ciúme profissional, sabem porque? Pensem na situação dos membros da horda primitiva que olhavam para o chefe que tinha direito a tudo, realizava todos os desejos: o grande desejo deles era matar esse chefe, destruí-lo, tomar suas prerrogativas. Isso ainda perdura até hoje. É só uma situação se configurar desse jeito que o piloto automático é acionado. Haja barreira para deter este impulso e transformá-lo no oposto: amor pelo grande chefe. Em todo lugar é assim. Por isso que podemos dizer com pouca margem de erro, que aquilo que a gente mais ama, é aquilo que a gente mais odeia. Irmãos: não existe amor mais puro que amor de irmãos. A Bíblia começa com Caim matando Abel. O que mostra que do ponto de vista mítico, a coisa é muito séria. Porém, muito mais séria que essa rivalidade com o irmão é o conhecimento. Esse talvez seja o maior problema, dos grupos. O grupo tem horror a conhecer. Trata-se de uma dessas verdades humanas, porque logo de saída alguém é expulso do paraíso porque desejou conhecer. Esse conhecer é no sentido bíblico mesmo; o conhecimento e a sexualidade: essas duas coisas estão emaranhadas. O grande instinto da curiosidade é o instinto sexual. É o grande desejo de conhecer a sexualidade que leva a criança ao caminho da curiosidade científica e a descobrir o mundo. Tudo fica em função de onde a gente vai se colocar. E é exatamente todo esse paradoxo que cria o problema dos grupos.

Projeto de Pesquisa "Alternativas Educacionais Aplicadas à Educação do Deficiente Auditivo — PAE"

**Lia Marques Jordão*

***Marilda Pereira de Oliveira*

****Therezinha Madruga Carrilho*

O Serviço de Estudos e Pesquisas — SEEP, do Departamento de Programas Educacionais do INES, vem desenvolvendo vários projetos e estudos na área específica da deficiência auditiva:

— Ciranda da Ciência, com o apoio da Fundação Roberto Marinho e da Hoechst do Brasil. O projeto vem sendo aplicado em alunos deficientes auditivos, através de um estudo experimental objetivando a elaboração de livros didáticos de ciências, contendo linguagem filtrada, acessível a alunos com necessidades especiais.

— Prevenção da Deficiência Auditiva, pesquisa de campo com base em levantamento de dados, visando o estudo e análise das causas das deficiências, com o intuito de oferecer subsídios à organização de campanhas de prevenção e detecção precoce.

— Pesquisa alternativas Educacionais Aplicadas à Educação do Deficiente Auditivo — PAE.

O projeto PAE é o resultado de discussões sobre as dificuldades encontradas pelos especialistas da área na adequação dos meios do processo ensino-aprendizagem de alunos portadores de deficiência auditiva. Entre estas dificuldades, encontram-se:

— diagnóstico tardio e conseqüente não atendimento pedagógico especializado, interferindo substancialmente no desenvolvimento global do indivíduo, na aquisição de linguagem e, por extensão, na comunicação;

— ausência de estudos relativos à adequação de alternativas metodológicas, conforme clientela e realidade regional.

"Professora especializada, psicóloga e Diretora do DEPE/INES.

** "Professora especializada, fonoaudióloga e Chefe do Serviço de Estudos e Pesquisas do DEPE/INES.*

*** "Psicóloga, mestre em Educação Especial e Supervisora-geral do Projeto PAE/DEPE/INES.*

— necessidade de uma abordagem científica referente às metodologias utilizadas no processo educacional do deficiente auditivo, levando-se em conta a polêmica entre os métodos oralistas e mistos.

— carência de registro e divulgação de projetos e experiências desenvolvidas na área.

O estudo destas situações-problema inspiraram a elaboração do projeto, que surgiu da intenção de abrir espaços para novas propostas, respaldadas pelo conhecimento científico, estimulando o diálogo, buscando respostas, sem estabelecer choques ou contendas com as alternativas. Respeitando a tradição e assumindo o compromisso com a renovação e experimentação da praxis didática com a realidade, vinculando a comunidade nacional sem estabelecer modelos.

Fundamentada nestes aspectos e na preocupação dos professores com o processo educacional do deficiente auditivo, optou-se, na elaboração do projeto, por duas alternativas — a metodologia Audiofonatória e a filosofia da Comunicação da Total, tendo como parâmetro para estudo comparativo um grupo-controle que utiliza a metodologia tradicional da instituição, com uma abordagem multisensorial.

Este estudo, conduzido segundo modelo experimental, de caráter longitudinal, com duração prevista para cinco anos, foi iniciado em 1988. Participam da pesquisa 84 informantes de ambos os sexos, regularmente matriculados no Pré-Escolar, distribuídos nos seguintes segmentos: Educação Precoce, Maternal I e II e Jardim I e II.

O propósito do presente estudo é analisar, mediante pesquisa-ação, a aplicação de diferentes alternativas educacionais na educação de crianças portadoras de deficiência auditiva, avaliando o desenvolvimento global e o ganho protético e comparando os resultados obtidos com crianças do grupo-controle.

Organização da Equipe

Foram constituídas para a execução da pesquisa as seguintes equipes: de Coordenadoria, de consultoria, de atendimento.

Três consultores encarregaram-se da seleção e aperfeiçoamento das equipes de atendimento, sendo realizados cursos para o corpo docente da instituição na metodologia Audiofonatório e na filosofia da Comunicação Total.

O aperfeiçoamento desta equipe tem sido constante, através de cen-

tros de estudos, cursos, reuniões de supervisão e consultoria, evidenciando a importância do trabalho de supervisão e consultoria a que foram submetidos professores, técnicos e coordenadores.

A partir da implementação do projeto, até o presente momento, o percentual de desistência desta equipe é de 2%, considerado inexpressivo.

Caracterização da clientela

A partir da hipótese de que existe diferença significativa quanto ao nível de desenvolvimento global de crianças portadoras de deficiência auditiva, de acordo com as alternativas educacionais adotadas, em relação ao grupo controle, observamos as seguintes variáveis:

- sexo
- época em que se instalou a deficiência
- época em que se iniciou o atendimento anterior ao do INES
- época em que se iniciou o atendimento no INES
- grau de surdez
- nível sócio-econômico
- número de anos em que foi atendido na alternativa

Os critérios para inclusão do aluno no projeto obedecem aos seguintes pontos:

- ser portador de surdez severa ou profunda;
- ser protetizado;
- não apresentar indícios de grandes comprometimentos neurológicos, visuais e/ou intelectuais.

Avaliação

São realizadas avaliações de rotina para ingresso na instituição, tais como: avaliação clínica; audiológica; audiométrica; fonoaudiológica; social e psicológica. No decorrer da pesquisa acrescentou-se à avaliação pedagógica, a avaliação psico-pedagógica.

A avaliação de linguagem é realizada por uma fonoaudióloga. A atual equipe de avaliação é formada pelos seguintes profissionais:

- 1 psicólogo
- 3 professores-pedagogos
- 1 fonoaudiólogo

Equipe do Serviço de Diagnóstico e Adaptação de Prótese —SEDAP
As avaliações são realizadas semestralmente.

Atendimento

Na Educação Precoce, o atendimento é realizado três vezes por semana, em sessões de 40 minutos, sempre com a presença da mãe ou responsável, para que haja uma continuidade do trabalho.

Nas turmas de Maternal I e II e Jardim I e II, o atendimento é coletivo, com duração de 4 horas diárias, recebendo o aluno atendimento individual com o fonoaudiólogo 3 vezes durante a semana.

Os atendimentos complementares de educação física, psicomotricidade e educação musical são realizados de uma a duas vezes semanalmente, com o acompanhamento do professor do atendimento coletivo.

Orientação Familiar

A organização das turmas leva em consideração a opção dos pais após palestras elucidativas sobre as alternativas educacionais envolvidas no projeto.

A orientação aos pais ocorre semanalmente, abordando temas sugeridos pelo grupo. Estas reuniões são feitas com as consultoras para cada alternativa e com o psicólogo atuante no projeto.

Aos pais de alunos do grupo da filosofia da Comunicação Total são oferecidas aulas de linguagem sinalizada.

Protetização

A partir de projeto de cooperação com a Fundação Legião Brasileira de Assistência, visando a implantação de um banco de próteses, o nível de protetização do projeto alcança

O aluno é avaliado pela equipe do SEDAP e, após a indicação da prótese adequada a ele, é encaminhado à LBA para a aquisição do aparelho. Qualquer alteração na prótese, o responsável leva a criança ao SEDAP que providencia a restauração do aparelho.

Conclusão

Ainda que dificuldades como escassez de profissionais e de recursos financeiros persistam, o desenvolvimento do projeto está garantido, devendo o estudo comparativo ser realizado durante o ano de 1990, deixando-nos apontar algumas contribuições do projeto PAE:

- a importância da avaliação pedagógica;
- o envolvimento da família no processo ensino-aprendizagem;
- o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos no projeto;
- a divulgação e o reconhecimento da importância do projeto PAE por instituições brasileiras e internacionais.

QUADROS DE SUJEITOS-INFORMANTES DA PAE

Nº de Informantes	ALTERNATIVAS		
	AF	C.T.	G.C.
ED. PRECOCE	05	04	05
MATERNAL I	06	07	06
MATERNAL II	06	06	05
JARDIM I	05	05	06
JARDIM II	06	06	06

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENDIMENTO

- 15 professores de atendimento coletivo
- 03 professores de Educação Precoce
- 03 professores de Educação Física
- 01 professor de Educação Musical
- 07 fonoaudiólogos
- 01 psicólogo

A IMPORTÂNCIA DA AUDIÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

** Maria Cristina da Cunha Pereira*

A falta de audição tem sido apontada como a maior responsável pelo não desenvolvimento da linguagem oral por parte dos deficientes auditivos. No entanto, cabem algumas ressalvas em relação a como é concebida a linguagem na literatura.

Nos estudos linguísticos, o foco de atenção tem sido sempre a linguagem oral, vista, na maior parte das vezes, pela ótica da escrita.

Mesmo os foneticistas, que se preocuparam com a materialidade da linguagem, continuaram a privilegiar a linguagem oral, tratando a linguagem não-verbal como acompanhamento da fala, não analisável segundo os mesmos princípios aplicados à análise da linguagem oral e, portanto, paralinguística em relação à linguagem oral.

A não consideração da linguagem não verbal, em particular os gestos, como fenômeno linguístico parece estar ligada a uma questão mais profunda que envolve a dualidade mente e corpo.

Na verdade, nos estudos sobre a linguagem, de modo geral, o corpo parece ser abstraído e, assim, os estudos enfatizam os aspectos acústicos ou, no máximo, os articulatórios.

Foi somente quando o corpo passou a ser considerado como expressão da materialidade da linguagem por alguns estudiosos, como McNeill (1985) e Kendon (1986), é que os gestos passaram a ser vistos não como opostos mas integrados à fala, numa espécie de matriz de produção de significação. Como parte de uma matriz de produção de significação, tanto os gestos como a fala podem ser usados como forma de comunicação.

No entanto, apesar desta posição representar um avanço nos estudos sobre a linguagem, os estudos se detiveram principalmente na relação que os gestos mantêm com a fala.

Na psicologia, foi com os estudiosos que se preocuparam com as raízes sociais da mente, mais precisamente com os adeptos da filosofia materialista dialética, que finalmente os gestos se tornaram objeto de estudo.

Contra a visão mecanicista, que deriva o conhecimento exclusivamente a partir das impressões dos sentidos, e contra uma psicologia individualista, na qual o processo social é visto como pressuposto e como sendo produto da mente, os materialistas dialéticos propõem que

** Doutora em Linguística e pesquisadora da DERPIC-PUC - SP.*

o conhecimento das coisas seja adquirido apenas através da interação prática com as mesmas. Para tais estudiosos o movimento do corpo é que está na origem dos processos simbólicos que vão explicar os processos mentais. E através da interação social que o movimento vai sofrer transformações qualitativas do corpo para os processos mentais.

Nos estudos sobre desenvolvimento da linguagem as ideias dos materialistas dialéticos parecem fundamentar o sócio-interacionismo-constructivista, representado principalmente pelos trabalhos de Lemos (1981, 1982) e muitos outros investigadores (Perroni, 1983; Lier, 1983; Scarpa, 1984; Figueira, 1985; Campos, 1985).

De acordo com o sócio-interacionismo-constructivista, é na interação com um interlocutor privilegiado, geralmente a mãe, que vai se dar a construção da linguagem pela criança. Em relação à interação criança deficiente auditiva-adulto ouvinte, a aceitação e a interpretação dos comportamentos comunicativos da criança e o uso de fala e de gestos pelo adulto serão suficientes para que a criança desenvolva linguagem.

De acordo com esta concepção de linguagem, a falta de audição não é vista como impedindo o desenvolvimento da linguagem mas como determinando uma forma diferente de desenvolvimento.

Partindo da visão de linguagem como comportamento simbólico, do qual fazem parte gesto e fala, é objetivo deste trabalho mostrar como, na interação com um adulto, particularmente a mãe, a criança deficiente auditiva desenvolve um comportamento simbólico que pode ser expresso tanto através dos gestos como da fala.

Das quatro crianças deficientes auditivas que compõem a amostra sobre a qual tenho desenvolvido os meus trabalhos sobre a linguagem de crianças deficientes auditivas, de pais ouvintes, selecionei duas, um menino — Márcio — e uma menina — Vanessa, que desenvolveram linguagem através de modalidades diferentes de comunicação.

As duas crianças-sujeito foram selecionadas entre as que estavam ingressando no ensino pré-escolar da DERDIC/PUCSP e antes de serem admitidas passaram por uma equipe de diagnóstico que atestou que elas eram portadoras de deficiência auditiva neuro-sensorial congênita, com perda severa nas frequências da fala e que não apresentavam outros comprometimentos aparentes além da deficiência auditiva.

As crianças foram gravadas com equipamento de Vídeo-Tape durante três anos, em sessões bimensais inicialmente e depois mensais, enquanto interagiam com suas mães ouvintes numa sala de aula da escola. Eu estava presente operando o equipamento de Vídeo-Tape.

ANÁLISE DOS DADOS

Quando iniciei as gravações, tanto a interação de Vanessa como a de Márcio se caracterizava por atividades práticas sobre os objetos em que as crianças pareciam muito ocupadas em explorar os objetos na sala de gravação.

As atividades conjuntas consistiam de ações sobre os objetos, como empurrar carrinhos, empilhar cubos, por exemplo, a linguagem era observada na forma de gestos de apontar e vocalizações, que as crianças usavam principalmente para regular a participação do parceiro na interação, mesma função que pareciam ter os gestos e a fala das mães nesse momento.

(1) Vanessa (3; 1.1) e mãe brincam com jogo de encaixe de bolas:

V. —aponta bolas e aponta o jogo
ah! ah!

Mãe — (aponta as, bolas)
O! Senta aí.
Mãe vai buscar, viu?

Vanessa senta e começa a encaixar as bolas. Mãe vai trazendo outras e Vanessa vai encaixando-as.

(2) Márcio (3;11.22) e mãe brincam com jogo de encaixe. Márcio guarda o jogo e mãe observa-o.

M. —braços em X, em frente ao corpo.
palmas para o ouvinte e movimento
de separar as mãos, abrindo os braços
(int. como *acabar*)

(aponta lousa)
ah!

gesto de mão aberta, palma
voltada para a mãe (int.
como *esperar*)

(aponta novamente a lousa)
ah!

Márcio vai para a lousa

Mãe — Escrever?

Embora predominassem as atividades práticas sobre os objetos, as crianças apresentavam uma variedade de esquemas interpretativos em relação aos mesmos. Por exemplo, um anel de acrílico, além de ser encaixado, podia ser usado como pulseira ou como binóculo (cruzamento de esquemas). Por outro lado, tanto uma argola de Dôndolo como uma metade de ovo podiam servir como volante de um carro (cruzamento de objetos).

Além de esquemas interacionais centrados na atividade prática sobre os objetos, eram observados esquemas interacionais mais complexos, como ver figuras em livros, que envolvem a linguagem. Nestes esquemas, a mãe apontava as figuras ou solicitava a nomeação das mesmas, o que era feito inicialmente através de gestos, que as mães interpretavam.

Na atividade de nomear figuras, tanto Vanessa como Márcio começaram a apresentar as duas modalidades de comunicação:

(3) Vanessa (3;9.14) e mãe brincam com blocos de construção. Vanessa faz uma igreja com blocos de construção. Chama a mãe, sacudindo a mão em sua direção. Mãe olha.

V. — aponta a igreja que fez
(faz o sinal da cruz)
(aponta a igreja)

Mãe — Ah! A igreja? É assim
(faz o sinal da cruz)
Pai, Filho, Espírito Santo.

V. — (meneio afirmativo com a cabeça)

No exemplo, Vanessa faz gesto para se referir à igreja que construiu e a mãe interpreta os seus gestos através de uma "tradução oral".

(4) Vanessa (3;9.14) e mãe vêem figuras em livros.

Mãe — (aponta figura)
É esse aqui?

V. — boi.

Mãe — boi?

V. — boi.

Já, no exemplo acima, a nomeação da figura é feita oralmente e

novamente a mãe verbaliza, expressando, assim, a sua aceitação em relação ao comportamento comunicativo-lingüístico da filha (Palladino, 1982).

(5) Márcio (4;5.8) desenha e mãe observa. Márcio olha para a mãe.

Mãe — gesto de mão aberta, palma para cima e movimento de virar a palma da mão para cima (int. como *pergunta*)
O que é isso? O que é?

M. — gesto de mãos abertas, dedos em garra voltados para o interlocutor e expressão facial de bravo (int. como *bicho*)

Mãe — (repete o gesto de Márcio)
Bicho.

A mãe de Márcio, como a de Vanessa parece aceitar os gestos do filho, repetindo-os e, assim atribuindo aos mesmos estatuto comunicativo. Na comunicação da mãe de Márcio, como na da mãe de Vanessa, o gesto é usado concomitante à fala.

Como Vanessa, também Márcio apresenta nomeações orais. No entanto, diferentemente da menina, nesse momento, elas consistem de incorporação de parte do enunciado oral da mãe, como se pode observar no exemplo:

(6) Márcio (4;5.8) desenha boneco na lousa e faz a boca.

Mãe — (cutuca Márcio)
Márcio!

(aponta a orelha)
E a orelha?

(aponta novamente a sua orelha)
gesto de virar a palma da mão aberta para cima (int. como *pergunta*)
Cadê?

M.—(aponta, no desenho, o lugar da orelha)
aoe.
(desenha a orelha)

Mãe — gesto de mão fechada, palma para a esquerda e polegar esticado para cima (int. como *positivo*)
Bom! Orelha?

Mais adiante, a linguagem parecia estar se desprendendo da ação sobre os objetos e, de dirigida pela ação, passava a dirigi-la, no sentido de que através da linguagem as crianças pareciam planejar as ações futuras:

(7) Márcio (4:6.13) e mãe brincam com cubos. Márcio tira cubos da caixa e os arruma numa plataforma. Empurra cubos para a mãe.

M — gesto de mão aberta, palma para baixo. dedos para a esquerda e movimento de subir a mão em patamares: sobe, pára, sobe. pára (int. como *fazer camadas*)

gesto de mão aberta, palma para baixo, braço esticado a certa distância do chão (int. como *alto*)

Mãe — Ah!

gesto de mão aberta, palma para baixo, braço esticado a certa distância do chão (int. como *alto*)
Alto assim?

Márcio tira todos os cubos da caixa e empurra-os para a mãe.

M. — (repete gesto int. como *fazer camadas*)
(repete gesto int. como *alto*)

Mãe — meneio afirmativo com a cabeça

No exemplo acima, os gestos de Márcio precedem a ação de empilhar os cubos, consistindo, portanto, em planejamento de ações expressas com gestos, que, como nos exemplos anteriores, a mãe interpreta e verbaliza.

Ao longo das gravações, novos exemplos parecem apontar para um novo passo no desenvolvimento simbólico das crianças.

Desprendidos dos objetos, a linguagem pode ser usada para evocar fatos passados:

(8) Márcio (4;10.21) e mãe brincam com cubos. Márcio olha para a mãe

M. — gesto de mão fechada, palma para a esquerda, dedo polegar esticado, ponta em frente à boca e movimento de aproximá-lo da boca (int. como *beber*)

Mãe — bebeu?

M. — aua

gesto de mãos semi-abertas, palma com palma, formando um círculo em frente à boca e movimento de virar as mãos para a frente, como se estivesse segurando um copo (int. como *beber no copo*)
aua

Mãe — E?

gesto de mão fechada, polegar esticado, em frente à boca e movimento de aproximá-lo da boca (int. como *beber*)
Você bebeu o que?

M. — gesto de mão aberta, palma com palma, movimento de virar as palmas para cima (int. como *acabar*)
aua

(parece pensar)

gesto de mãos abertas, palma com palma e movimento de descer as mãos paralelamente (int. como *caixa*)

(aponta a porta da sala)

(repete o gesto int. como *caixa*)

Mãe — Ah! A lancheira?

gesto de dedos em bico, em frente à boca e movimento de levar a mão à boca (int. como *comer*)
O lanche?

M. — (volta para a pilha)

Mãe — gesto de mão fechada, polegar esticado, frente à boca e movimento de aproximá-lo da boca (int. como *beber*)
Você já bebeu?

M. — (não olha)

Como se observa no exemplo, Márcio se refere a um fato passado, usando gesto e fala. No entanto, são os gestos que parecem ocupar o primeiro plano. A mãe de Márcio, por sua vez, parece entender todos os gestos do filho, interpretando-os também através das duas modalidades de comunicação.

Nas últimas gravações, portanto depois de três anos de gravações, a linguagem parece ter se desprendido completamente dos objetos e pode ser usada a serviço da imaginação, ou seja, no jogo simbólico e na ficção.

(10) Vanessa (5;6.27) e mãe brincam com caminhão e soldadinhos. Mãe pega um soldadinho e Vanessa pega fantoche de cachorro.

V. — Mãe Peraí. Ah!

(pega outro soldadinho)

Mãe — Deixa aí que ele tá dodói.

V. — (pega o fantoche de cachorro, aproxima o soldadinho de sua boca)
tó! tó!

(dá o soldadinho para a mãe abre a boca do cachorro com as duas mãos)
u otu.

(dá outro soldadinho para a mãe)

(gesto de mão fechada, indicador esticado e movimento com o dedo para a frente (int. como *espetar*)
po!

(repete o gesto)
pada (enrolado)

Vanessa põe o fantoche de cachorro deitado e o segura.

Mãe—Ah! Injeção? Cuidado senão ele morde.

gesto de mão aberta, palma para o falante e movimento brusco de fechar a mão (int. como *morder*)
Ele morde.

V. — Ele modi.

Mãe — Segura. Segura.

Vanessa aperta o cachorro na caixa. Mãe pega-o e segura nas duas pontas.

Mãe — Assim. Assim.

Vanessa faz como a mão mostra e mãe dá injeção no cachorro.

No exemplo acima, soldadinhos de madeira funcionam como remédios e injeções, dados a um fantoche de cachorro. A situação e a ação são, portanto, imaginárias.

Já, no exemplo abaixo, a partir de figuras vistas em livros, Márcio parece criar uma ficção.

(11) Márcio (6;5.18) e mãe vêem figuras em livros.

M. — (aponta figura)

ah!

gesto de mão aberta, palma para a esquerda e movimento de relaxar a mão, deixando-a cair (int. como *morrer*)

mó

gesto de mão fechada, dedo indicador esticado para a esquerda e movimento com o dedo para a frente, como se saltasse (int. como *outro*)

otu.

Mãe — Coruja?

M. — gesto de virar a palma da mão para cima e movimento de descê-la (int. como *morrer*)

ah!

Mãe — A coruja morreu?

M. —meneio afirmativo com a cabeça
ah.

Mãe —Por que?

Embora nos exemplos, Márcio e Vanessa apresentem comportamentos comunicativos bastante semelhantes, na medida em que ambos combinam gestos a fragmentos de vocábulos, ao longo das gravações Vanessa vai desenvolvendo cada vez mais a modalidade oral/vocal na interação com a mãe. a qual passa a ocupar o primeiro plano, ficando os gestos em segundo. Márcio, por sua vez, desenvolve uma comunicação gestual/manual bem mais complexa, do que a oral e, nesse sentido, os gestos continuam a ocupar o primeiro plano, ficando a fala em segundo.

CONCLUSÃO

O objetivo, neste trabalho, foi mostrar que, independentemente da modalidade de expressão — se oral/vocal ou gestual/manual, as duas crianças desenvolveram um comportamento simbólico bastante complexo na interação com a mãe, que interpretava os seus gestos e fala, atribuindo-lhes estatuto comunicativo.

A partir das observações aqui apresentadas é possível afirmar que a audição é importante no desenvolvimento da linguagem oral, mas não da linguagem enquanto comportamento simbólico, da qual fazem parte gesto e fala.

BIBLIOGRAFIA

- Campos, M.F. (1985) *Processos dialógicos e construção de inferências e justificativas na aquisição de linguagem*. Tese de doutoramento inédita. UNICAMP.
- de Lemos, C. (1981) "Interactional processes and the child's construction of language." In Deutsch (ed.) *The Child's construction of language*. London: Academic Press.
- de Lemos, C. (1982) "La specularità come processo costitutivo del diálogo nella acquisizione del linguaggio." In Camaioni (ed.) *La teoria de Piaget*. Itália: Giunti-Barbera.
- Figueira, R.A. (1985) *Causatividade: um estudo longitudinal de suas manifestações no processo de aquisição do português por uma criança*. Tese de doutoramento inédita. UNICAMP.

- Gebara, E.M.S. (1984) "The development of intonation and dialogue processes in two Brazilian children." Tese de doutoramento. Universidade de Londres.
- Kendon, A. (1986) "Current issues in the study of gesture."
- Lier, M.F.A.F. (1983) *A constituição do interlocutor vocal*. Dissertação de mestrado. São Paulo: PUCSP.
- Mc Neill, D. (1985) "So you think gestures are non verbal?" *Psychological Review*, 3, 350-371.
- Palladino, R.R.R. (1982) *As perguntas na estruturação do diálogo adulto-criança pequena*. Dissertação de mestrado. São Paulo: PUCSP.
- Perroni, M.C. (1983) *Desenvolvimento do discurso narrativo*. Tese de doutoramento inédita. UNICAMP.

Intervenção Precoce e Orientação a Pais

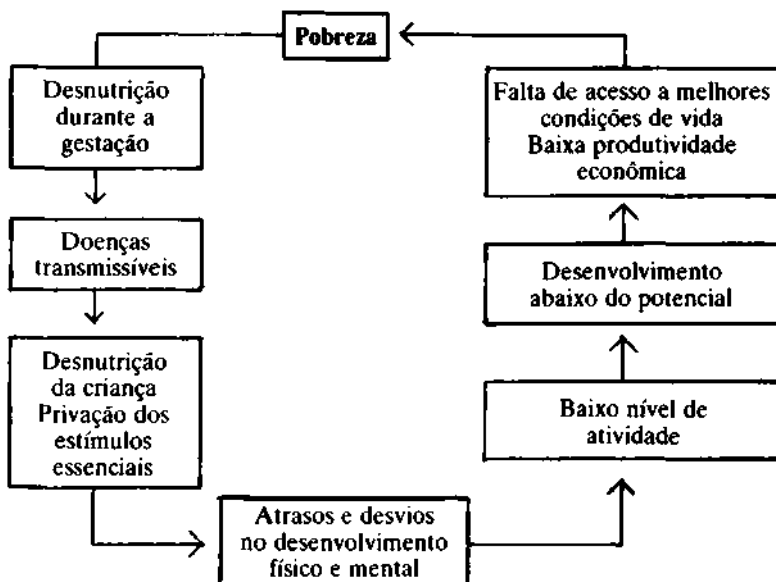
**Therezinha Verardo Salles*

Falar de Educação Precoce, ou Estimulação Precoce ou Estimulação Essencial; enfim qualquer que seja o termo, é falar da filosofia de respeito à criança.

Este respeito, esta postura frente à infância, necessita ser resgatada urgentemente. As medidas de prevenção, detecção e intervenção precoces têm raízes muito anteriores.

Em nosso país, o ciclo da pobreza e da miséria é uma realidade que põe em risco o desenvolvimento e a aprendizagem de um considerável número de crianças.

Ciclo da Pobreza e da Miséria



I Seminário de Estimulação Essencial

UERJ — IPHEM

Tema: Desenvolvimento e Aprendizagem da Criança no 3º Mundo

Brasil e África: outubro de 1988

**Professora de ensino especializado, fonoaudióloga, especializada em Educação Precoce, coordenadora da Coordenação de Apoio à Comunidade, do Departamento de Programas Educacionais do INES.*

É necessário intervir na desnutrição, nas doenças, na falta de saneamento básico pois são causas primárias para que um expressivo número de crianças viva sem condições de desenvolver seu potencial mental e físico e, com isto ficam incapacitadas de no futuro contribuir para seu próprio bem-estar e de seu país.

É necessário uma consciência nacional de que os recursos humanos de uma nação são sua maior riqueza — o homem e seu desenvolvimento devem ser a preocupação central da sociedade.

Uma responsabilidade política e social dos órgãos governamentais, de grupos políticos, de médicos, psicólogos, assistentes sociais, professores, pedagogos, enfim de todos os segmentos da sociedade se faz necessária para se promover recursos na aplicação dos conhecimentos hoje existentes sobre a infância.

É preciso que conhecimentos básicos e pouco onerosos sejam acessíveis a toda a população:

- exames pré-nupciais;
- exames pré-natais;
- cuidados com a criança;
- aleitamento materno;
- vacinação;
- reconhecimento dos sinais das doenças infantis;
- noções de higiene;
- alternativas de alimentação;
- estimulação essencial.

Todos nós, autoridades, profissionais que integram equipes multidisciplinares, temos que lembrar sempre que a estimulação essencial é necessidade básica da criança e é tão importante como o alimento e, que para a criança surda é condição indispensável para o seu desenvolvimento. É muito grande a responsabilidade que cabe aos profissionais na prevenção e detecção precoces de uma surdez em tempo hábil para que a criança seja encaminhada a um atendimento especializado, pois seu prognóstico educacional será tanto mais favorável quanto mais precoce for seu atendimento.

- Vejam a importância da Educação Precoce para a criança surda:
- estimula a criança nos primeiros anos de vida que são os mais importantes e decisivos no desenvolvimento do ser humano; período em que a criança é vulnerável a todas as aprendizagens;

- estimula auditiva e linguisticamente a criança no "período de prontidão para ouvir e falar" (0 a 3;0) (Fry e Whettnall);
- orienta, apoia e esclarece a família após um diagnóstico que causa impacto, incredulidade e que muitas vezes desestrutura toda a dinâmica familiar;
- é tempo de diagnóstico o período da Educação Precoce, pois enquanto se fazem avaliações e reavaliações na criança, para se chegar a um diagnóstico diferencial, a criança é atendida de forma natural e descontraída.

Os objetivos da Educação Precoce são:

- desenvolver globalmente a criança surda nos aspectos físico, social, emocional e intelectual e, especificamente desenvolver a audição residual, existente na maioria das crianças surdas, para torná-la funcional;
- desenvolver a linguagem oral;
- desenvolver comunicação;
- orientar a família.

Pontos importantes no planejamento das atividades:

- atenção ao período de desenvolvimento da criança;
- as etapas normais do desenvolvimento da audição;
- as etapas normais da aquisição da linguagem.

As atividades dependem da criatividade e sensibilidade do professor e devem ser:

- estruturadas mas com liberdade para que a criança possa explorar, tocar e examinar os objetos;
- apresentados de forma lúdica, variadas, atraentes e bem dosadas;
- utilizadas várias vezes, mesmo que a criança já tenha aprendido, pois a aprendizagem ocorre numa atmosfera de consistência e repetição;
- flexíveis para que a criança tenha liberdade em escolher sua própria atividade permitindo que ela estabeleça seu próprio ritmo e utilize seu brinquedo preferido.

A estimulação precoce é, então, o trabalho realizado com crianças surdas de 0 a 3 anos, a fim de torná-la mais ativa, mais esperta e mais participante.

EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PRECOCE NO INES

RETROSPECTIVA

A procura da escola especializada por pais de crianças surdas na faixa

etária de 0 a 3;0 era escassa e talvez inexistente há 20 anos atrás.

Somente a partir de estudos científicos e com o desenvolvimento da pesquisa foi possível uma melhor compreensão e a avaliação da deficiência auditiva.

Com o aparecimento, em 1950, da Audiologia como ciência que estuda a audição, seus desvios, as afecções, as avaliações audiológicas etc, muitos e importantes subsídios foram fornecidos à Educação Especial:

- prevenção e detecção precoce da surdez;
- avaliação da audição através de técnicas audiológicas especiais, possibilitando o exame de criança de tenra idade;
- a validade do aproveitamento da audição residual encontrada na maioria das crianças surdas;
- o uso da prótese auditiva;
- a abertura para um trabalho interdisciplinar;

Os subsídios de outras áreas como a psicológica, a social, a pedagógica, a lingüística, a fonoaudiológica e a tecnológica deram também um novo enfoque à Educação Especial facilitando o trabalho com o DA:

- aspectos psicológicos do surdo;
- a importância da família, no processo educativo e de integração do DA;
- a aquisição da linguagem com um amplo componente inato;
- os audiômetros, a sofisticação das próteses auditivas;

No entanto, necessitou de tempo para que os profissionais se interagissem nas avaliações e diagnósticos e finalmente o trabalho com o DA fosse orientado no sentido de se considerar as possibilidades reais do indivíduo surdo.

Assim, somente em 1973 começaram a surgir pais de crianças na faixa etária de 0 a 3;0 procurando atendimento no INES, já que começavam a diagnosticar precocemente a surdez.

Foi então elaborado um projeto pela Prof^a Ivete de Vasconcelos, precursora da Educação Precoce para surdos no Brasil, projeto este vinculado entre INES e CENESP e através de convênio com a DERDIC e PUC-RJ iniciou-se a especialização de recursos humanos, um programa de orientação aos pais das crianças já matriculadas no INES, e um programa de conscientização à comunidade a surdez, mostrando a importância da intervenção para um melhor prognóstico educacional da criança surda.

Deste modo, em março de 1975 era implantado o Serviço de Esti-

mulação Precoce no INES por D. Ivete Vasconcelos com a seguinte equipe de professoras: Maria das Dores Gurgel Fernandes, Rosalie Niremburg Griner, Angelina Fazio e Myrian da Costa Pimentel da qual muito honrosamente fiz parte, iniciava-se o atendimento precoce para crianças deficientes auditivas no Brasil.

FILOSOFIA DA EDUCAÇÃO PRECOCE NO INES

A filosofia da Educação Precoce é atender ao aspecto emocional da criança surda e sua família, transmitindo-lhe segurança, compreensão e apoio.

O trabalho educativo é centrado na visão de que a criança surda é um todo. As atividades propostas e o modo de conduzi-las giram em torno da criança, em suas possibilidades e limitações e características individuais e de aprendizagem.

ATENDIMENTO PROPRIAMENTE DITO

O atendimento é feito de 3 vezes por semana, em sessões de 50 minutos e sempre com a presença dos pais.

ATIVIDADES

As atividades são feitas sempre através de brinquedos e jogos, dentro do interesse e vivências da criança, num contexto de maternagem, adequadas ao período sensório-motor.

Seguindo-se as etapas do desenvolvimento da audição e da linguagem retoma-se o balbucio da criança numa tentativa da instalação do feed-back auditivo.

São trabalhadas na educação precoce, independente de quaisquer abordagens metodológicas:

- hábitos e atitudes;
- motricidade;
- funções intelectuais;
- estimulação sensorial com ênfase no treinamento auditivo;
- atividades de linguagem oral.

ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA

Concomitantemente ao programa de estimulação à criança, também é feito um programa de atendimento aos pais, a fim de apoiá-los, esclarecê-los e orientá-los para assumirem com a escola a tarefa da educação do

O diagnóstico apresentado aos pais, sem preparação e esclarecimentos para com o problema, causa impacto e desespero, chegando mesmo a desorganizar toda a dinâmica familiar.

Os pais ficam sem saber como ajudar aos filhos, quais suas possibilidades e limitações, quais as providências a tomar, com quem podem contar, a quem recorrer, qual a escola ideal, qual a conduta médica. Enfim, desconhecem todas as condições que poderão levá-los a encarar a deficiência do filho com determinação e coragem para atenuá-la ou superá-la.

O trabalho com os pais é inicialmente desenvolvido pela Equipe no sentido de:

- apoiar e compreender suas frustrações frente à deficiência do filho;
- esclarecer sobre a deficiência e necessidade da criança D. A. e os meios de atendê-las;
- orientar quais medidas devem ser tomadas (escola especializada, prótese, suas vantagens e desvantagens).

O trabalho de orientação é longo, pois os pais, na realidade, não aceitam de imediato a verdade. Sendo assim, um programa de aconselhamento permitirá a mudança de atitudes em relação à deficiência da criança.

De imediato, os pais ainda correm de médico em médico na esperança de uma cirurgia na criança, etc Devido as suas condições psicológicas, decorrentes do conhecimento da surdez do filho, ficam sem condições de participarem do processo educativo da criança. É preciso algum tempo para se conscientizarem do seu papel neste processo e passar a assumi-lo.

Terão que compenetrar-se dessa responsabilidade e passá-la aos demais educadores e técnicos.

Os pais devem ser colocados em nível de expectativa realista, considerando-se as condições da criança, evitando-se generalizações.

Se for detectada outra deficiência associada à auditiva é importante enfatizar as duas de igual maneira e planejar o atendimento de forma a atender as necessidades criadas por ambas.

O programa de atendimento consta:

- de presença dos pais nos atendimentos da criança para que dêem continuidade ao trabalho de estimulação em casa;

- de um atendimento técnico feito pela equipe multidisciplinar que consta de reuniões quinzenais onde são dados os seguintes temas:
 - * O papel dos pais na educação do D.A.;
 - * O que é educação precoce;
 - * O desenvolvimento da criança de 0 a 3;0;
 - * Anatomia e fisiologia do ouvido;
 - * Desenvolvimento da audição;
 - * Tipos, graus de deficiência auditiva;
 - * Audiometria e prótese;
 - * Afetividade;
 - * Linguagem e comunicação;
 - * Leitura da fala;
 - * Alimentação, higiene, e cuidados básicos com a criança;
 - * e outros temas sugeridos pelos pais.
- de um atendimento psicológico que será feito:
 - * individualmente toda a vez que se fizer necessário
 - * em grupo — em forma de dinâmica

O apoio, a orientação e o esclarecimento à família farão com que pouco a pouco os pais aceitem o problema e a criança passe a ser realmente aceita e amada, começando aí as oportunidades de socialização, já que não se isolará a criança, segregando-a do convívio com os próprios familiares e amigos.

As reuniões deverão ser planejadas, confeccionados o material, não se permitindo improvisações que não atinjam o objetivo do programa. Será dado aos pais, com bastante antecipação, o programa das reuniões.

Também são orientados os familiares e amigos do DA.

O programa de atendimento aos familiares e amigos do DA., tem o objetivo de informá-los e sensibilizá-los em relação ao problema da criança surda e da responsabilidade que têm no processo educacional do DA.

O programa consta de um curso realizado em dois dias. Os pais deverão ser comunicados com antecedência para que eles possam convidar os familiares, amigos e vizinhos do DA.

Cada dia do curso poderá ter um horário de 4 horas, que deverão ser divididas: entre apresentação da equipe, suas funções e nome dos alunos a quem atendem e apresentação de 4 temas.

No 2.º dia poderão ser dados outros 4 temas, uma dinâmica de gru-

po e uma avaliação final.

É importante ressaltar que os temas deverão ser falados no nível dos participantes, sempre dentro de um enfoque educacional.

Deverão constar como temas:

- * surdez e suas implicações no desenvolvimento da criança;
- * anatomia e fisiologia do ouvido;
- * causas, tipos e graus de surdez;
- * o que é educação precoce;
- * linguagem e comunicação;
- * afetividade;
- * amigos e familiares como ponto de apoio a educação da criança surda;
- * integração do D.A.;

Assim através deste programa de orientação aos pais é mostrado a eles o papel que lhes cabe na educação da criança surda e que a estimulação, dada à criança na escola, deve ser continuada em casa pela família de maneira natural e efetiva.

É necessário mostrar que a estimulação essencial baseia-se nos seguintes aspectos:

- * relacionamento interpessoal — carinho, amor, afeto, apoio à criança;
- * ambiente — deve oferecer os estímulos necessários para a criança desenvolver as necessidades de descoberta e curiosidade;
- * objetos e brinquedos — dentro da realidade de cada família e dentro do nível de desenvolvimento de cada criança para que ela possa manipular e experimentar, pois o desenvolvimento infantil decorre da interrelação ambiente x pessoas x brinquedos.

As famílias por menos esclarecidas que sejam, se conscientizadas do seu papel de educadoras, de sua potencialidade, saberão junto à escola estimular o filho surdo para que ela tenha um melhor prognóstico educacional e um futuro profissional assegurado.

É necessário que juntos, família, escola e sociedade tenham sempre em mente que "a estimulação essencial é, antes de tudo, uma postura de amor, respeito e compreensão do adulto em relação à individualidade da criança, capaz de proporcionar a estimulação necessária indispensável ao desenvolvimento de suas potencialidades físicas, mentais, sociais e emocionais" (Milena Krainovic)

Política de Atendimento da LBA

**Celby Rodrigues Vieira dos Santos*

Em nome da Superintendência Estadual da L.B.A. Rio de Janeiro, queríamos agradecer a oportunidade e informar as diretrizes e a política nacional da L.B.A. Apresentamos a Superintendência do Rio de Janeiro que abrange 78 municípios deste Estado.

A L.B.A. foi fundada em 1942, por Dna. Darcy Vargas com objetivo de atender às famílias dos pracinhas da 2ª Guerra Mundial.

Reestrutura-se, sem consonância com as políticas e diretrizes do plano nacional de desenvolvimento social, enfocando e preconizando atendimento do usuário como cidadão, inserido na sua família e na comunidade.

AL.B.A.entende que o usuário é um cidadão disprivilegiado, em determinada situação, que tem direito a atendimento público ou privado respeitando sua cidadania e a consciência individual.

Esta filosofia vem sendo discutida pelas equipes de trabalho para compreensão de que o usuário tem direito a um melhor atendimento.

"A descentralização permite melhor atendimento, próximo ao local de residência, dando ênfase às ações terapêuticas de prevenção precoce, de reabilitação e bolsa de manutenção".

Essa prática caracteriza-se na criação de parcerias que, possibilitaram a multiplicação de ações, sem ônus para a instituição, favorecendo o desenvolvimento de um trabalho mais amplo e especializado.

A estrutura organizacional possui basicamente duas coordenadorias: de administração e de desenvolvimento social.

Esta estrutura está voltada para realizar o maior número possível de convênios e de ações indiretas, discutindo a organização associativa junto às associações de bairro.

A L.B.A. preocupa-se também com as peculiaridades de cada região diversificando seus programas, planejando seu atendimento, respeitando as propostas oriundas das discussões com a própria comunidade.

Para tal, é necessário que tanto a equipe da L.B.A. quanto o usuário conheçam a política e diretrizes que norteiam sua linha de ação.

** Representante da LBA-RJ e professor do Instituto Nacional de Educação de Surdos.*

- * **Reconhecimento do usuário como cidadão**
- * **Ênfase na descentralização (parcerias)**
- * **Fortalecimento de formas comunitárias e associativas**
- * **Respeito às peculiaridades regionais**
- * **Articulações interinstitucionais**
- * **Articulação programática intrainstitucional**
- * **Racionalização e transparência dos recursos**
- * **Qualificação dos recursos humanos**

Na articulação programática intrainstitucional prestamos os seguintes serviços

- * *Serviço jurídico* fornecimento de documentação legal (registro civil, de nascimento, certidão de óbito etc) assistência judicial
- * *Saúde e reabilitação física e mental* atendimento às pessoas portadoras de deficiência pelo desenvolvimento e tratamento precoce e de reabilitação
- * *Formação e reciclagem profissional* realização de cursos e ações voltadas para a qualificação de indivíduos e grupos
- * *Concessão de órtese/prótese*
- * *Complementação alimentar* apoio nutricional (criança, gestantes e nutrizes)
- * *Lazer e esporte comunitário* ações esportivas e de recreação dentro de um contexto comunitário
- * *Apoio a projetos comunitários* prestação de assistência técnica e apoio financeiro a organizações comunitárias que contribuem para solucionar as necessidades de uma comunidade
- * *Creche* atendimento integral ao menor de 3 meses a 6 anos de idade em creche do tipo institucional, domiciliar ou comunitária em jornada de 4 horas ou 8 horas diárias
- * *Apoio a pessoa idosa* atendimento ao idoso junto a grupos de convivência, junto a famílias/comunidades ou em

estabelecimentos asilares, quando necessário

Em relação à gerência dos recursos financeiros a instituição visa:

"Enfatizar as práticas voltadas para a prevenção e o tratamento precoce, bem como dar prioridade a projetos que possibilitem o atendimento da pessoa portadora de deficiência, sem retirá-lo do convívio familiar e comunitário. Através da utilização de métodos e técnicas simplificadas, economicamente acessíveis para o desenvolvimento das ações preventivas e terapêuticas".

É preciso compreender que a deficiência não é ônus somente do governo e da L.B.A., mas uma responsabilidade de toda a sociedade que deve atuar privativamente.

CONCLUSÕES

O I ENCONTRO NACIONAL INTERDISCIPLINAR NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA TEVE COMO OBJETIVOS:

- Análise das diferentes formas de diagnóstico e/ou avaliação;
- Análise das alternativas e procedimentos que favoreçam a melhoria dos serviços prestados à comunidade de deficientes auditivos no Brasil;
- Discussão do papel das equipes interdisciplinares na elaboração de estratégias e políticas na área da deficiência auditiva;
- Mobilização de órgãos envolvidos em previdência, assistência, saúde e educação para o desenvolvimento de ações conjuntas visando a prevenção da deficiência.

Número total de participantes: 589

Número de palestrantes, conferencistas e painelistas: 21

Instituições colaboradoras na realização do evento;

Hospital Servidores do Estado — HSE, Rio de Janeiro;

Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ;

Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

— IASERJ;

Fundação Instituto Oswaldo Cruz — FIOCRUZ, Rio de Janeiro;

Fundação Legião Brasileira de Assistência;

Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro.

Número de instituições participantes de acordo com a região:

Região Sudeste: 33

Região Sul: 10

Região Centro-Oeste: 3

Distrito Federal: 2

Região Nordeste: 3

Região Norte: 5

Número de estados participantes: 18

Percentual de estados da união participantes: 75%

Total de horas do encontro: 24

Profissionais e áreas de atuação:

Área médica: otorrinolaringologia, pediatria, genética, audiologia, neurologia

Área pára-médica: fonoaudiologia, enfermagem, psicologia
Área de educação: educação especial, pedagogia
Ciências Sociais: direito, sociologia
assistência Social

índice de aprovação do encontro segundo ficha de avaliação: 100%

Grupos de Trabalho

A comissão técnico-científica responsável pela realização do encontro, tendo em vista a necessidade de abertura do trabalho aos participantes e a elaboração de documento final contendo sugestões, propôs a realização de quatro grupos de trabalho abordando os seguintes temas, com a respectiva síntese.

Grupo de trabalho "Medidas de Prevenção"

- Necessidade de uma política de saúde pública efetiva e eficiente.
- Descentralização e adequação desta política às diferentes regiões sócio-econômicas do país.
- Integração dos órgãos de saúde, previdência, assistência social, educação e trabalho num plano de ação comum.
- Orientação aos pais e à população quanto às causas da surdez, sua prevenção e os tipos de atendimento especializado.
- Campanhas de vacinação contra a rubéola.
- Controle do uso de drogas ototóxicas.
- Organização de programas de aconselhamento genético.

Grupo de trabalho "Estratégias para a detecção precoce"

Segundo o Plano de Ação Governamental, elaborado pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República — SEPLAN, as ações preventivas resultam em decréscimo nos custos de reabilitação e educação.

Tendo em vista esta afirmativa e estatística de países ocidentais que vêm conseguindo, efetivamente, a melhoria sensível na erradicação de entidades mórbidas, causadores de deficiência auditiva, é imprescindível a consideração dos seguintes pontos:

- acompanhamento pré-nupcial;
- Realização e avaliação adequadas dos exames pré-natais;
- Avaliação eficiente e diagnóstico adequado do neonatologista, como verdadeira rotina hospitalar, frente à realidade da deficiência auditiva:

- Acompanhamento sistemático das crianças de alto risco, desde a atuação do neonatologista até a orientação aos pais;
- Aprofundamento do atendimento pediátrico e otorrinolaringologia) para um correto encaminhamento à reabilitação em tempo hábil;
- Dinamização do atendimento especializado através de uma política nacional efetiva.

Grupo de trabalho "Dificuldades que os profissionais encontram na avaliação da deficiência auditiva"

- Falta de especialização dos profissionais que integram a equipe interdisciplinar.
- Elevados custos dos exames médicos, audiológicos e das próteses auditivas.
- Ausência de instituições especializadas para o atendimento das crianças portadoras de múltiplas deficiências.
- Ausência de intercâmbio entre as instituições que atendem portadores de deficiência auditiva.
- Ausência de esclarecimento sobre a problemática da deficiência auditiva e suas consequências sociais.
- Ausência de profissionais nas áreas de otorrinolaringologia e neuro-pediatria nas instituições especializadas no atendimento aos portadores de deficiência auditiva.

Grupo de trabalho "Preparação de profissionais na área de deficiência auditiva"

- Insuficiência de oferta de cursos especializados tendo em vista a população de deficientes auditivos no Brasil (cerca de dois milhões).
- Democratização destes cursos, visto que a maior parte deles é realizada nas regiões sócio-econômicas mais desenvolvidas (Sudeste e Sul).
- Inclusão da disciplina Educação Especial nos currículos das áreas educacional, médica e paramédica.
- Oferecimento de cursos de estudos adicionais de pós-graduação na área da deficiência auditiva por órgãos e instituições especializadas;
- Organização de congressos e encontros.