

RUMO ÀS PRIMEIRAS PALAVRAS: O ENQUADRE NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DO BEBÊ COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Towards the first words: Therapy setting in intervention for babies with hearing loss

Renata S. L. Figueiredo ⁽¹⁾, Beatriz Novaes ⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: descrever e discutir a questão do enquadre no processo terapêutico fonoaudiológico de um bebê deficiente auditivo e suas implicações no método clínico. **Método:** estudo de caso por meio de gravações de sessões terapêuticas durante um ano, as quais foram selecionadas, descritas e transcritas conforme método de transcrição proposto por Tait (1992). Foram analisados: contexto das situações de terapia, as técnicas e o método clínico, que contribuíram para o tipo de enquadre terapêutico preconizado e para o desenvolvimento de linguagem da criança estudada. **Resultados:** o estudo de caso de um bebê deficiente auditivo, identificado no terceiro dia de vida, que iniciou processo terapêutico e indicação de aparelhos de amplificação, com dois meses de idade. Foram problematizadas particularidades do enquadre terapêutico, tais como: espaço físico da sala de terapia, participação da mãe nas sessões. Esses aspectos são fundamentais, mas não suficientes para o atendimento. O espaço potencial que se estabelece na relação terapeuta-mãe-bebê, também abordado no presente estudo, propiciou situações que favoreceram o desenvolvimento de linguagem da criança e ajustes das expectativas da família quanto ao desenvolvimento. As situações propiciadas pelo espaço potencial são montadas para serem interessantes à criança e à mãe, e visam promover o progresso do bebê. **Conclusões:** este estudo permitiu explicitar as particularidades do enquadre e as características do processo terapêutico do bebê deficiente auditivo. Demanda, portanto, que a formação do fonoaudiólogo inclua conhecimentos sobre: desenvolvimento infantil dos primeiros anos de vida, processo de construção da relação mãe-bebê, aliados a técnicas terapêuticas que possibilitem transformações no contexto deste enquadre particular.

DESCRIPTORIOS: Perda Auditiva; Reabilitação de Deficientes Auditivos; Desenvolvimento da Linguagem

■ INTRODUÇÃO

Com a detecção e diagnóstico da deficiência auditiva mais cedo devido aos programas de Triagem auditiva neonatal, criou-se uma demanda maior para o atendimento de bebês deficientes auditivos, que têm chegado nos primeiros meses de vida em busca de tratamento.

De fato, devido à importância do início da intervenção fonoaudiológica em deficientes auditivos antes dos seis meses de vida, visando o desenvolvimento da linguagem, esse tema tem sido muito estudado nos últimos anos¹⁻⁵. A complexidade e natureza do atendimento ao bebê implicam que o clínico compreenda não só questões relacionadas à audição e o desenvolvimento infantil como também contemple o ambiente que o cerca, que, nessa fase da vida, é representado pela mãe. É ela quem oferece ao filho as primeiras experiências emocionais e físicas, para que, aos poucos, ele se constitua como pessoa⁶.

Atender bebês envolve cuidados específicos, que tornam o enquadre terapêutico particular não só no que se refere à deficiência auditiva propriamente

⁽¹⁾ Fonoaudióloga; Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUCSP.

⁽²⁾ Fonoaudióloga; Professora Titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP; Doutora em Audiologia pela Columbia University, Fonoaudióloga da Clínica ECO.

Conflito de interesses: inexistente

ditas, como também aos aspectos ligados à relação mãe-bebê, ao desenvolvimento e às transformações deste. Nessa medida, fundamentos e técnicas que sustentam o fazer fonoaudiológico no trabalho com as habilidades de linguagem e auditivas de crianças deficientes auditivas mais velhas não são suficientes para atender às demandas do trabalho com bebês e suas famílias.

Quando se lida com crianças com distúrbios sensoriais, várias questões estão diretamente ligadas a estes, tornando assim necessária a tomada de decisões clínicas – diagnóstico e terapêutico – que venham a promover o processo de transformação desse paciente. Nessa perspectiva, o trabalho terapêutico com bebês deficientes auditivos, centrado na abordagem oral, tem como objetivo a aquisição e o desenvolvimento da linguagem por meio da utilização máxima da audição residual, com o uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) ou do implante coclear (IC).

O trabalho fundamenta-se na transformação das situações interacionais, visando minimizar a interferência do ruído e da distância do falante e aumentar o número de oportunidades de interações verbais^{6,7} e, não envolve somente questões auditivas, de acolhimento e orientação familiar e desenvolvimento de linguagem, mas também considera o ambiente em que o bebê está inserido, integrando suas necessidades, pois ele é uma pessoa em formação. Isso significa compreender como o paciente se constitui e de que maneira o trabalho fonoaudiológico pode ser transformador sem interferir no processo natural de desenvolvimento do bebê e suas relações com sua mãe e com o meio.

Winnicott foi um pediatra psicanalista que trabalhou fundamentalmente a importância das condições ambientais para o desenvolvimento da integração do bebê. Por essa razão, a obra do autor⁸ enfatiza a relação mãe-bebê, afirmando que a mãe é a pessoa que mais sabe das necessidades do seu filho. Esse preceito tem implicações importantes, tanto no enquadre terapêutico fonoaudiológico desenvolvido com bebês deficientes auditivos como na constituição do método clínico e de suas técnicas.

Partindo deste pressuposto⁸, a participação da mãe nas sessões de terapia do bebê é indiscutível, tornando o enquadre terapêutico e a relação terapeuta-paciente bastante específica. Enquadre na literatura psicanalítica é o mesmo que *Setting*, termo original, traduzido para o português de diversas formas: moldura, armação, cenário, composição, enquadre, entre outras⁹.

Nesta concepção⁸, o *setting* se constitui como um espaço transicional, pois o autor faz uma analogia entre o que acontece com a mãe e o bebê, durante

os primórdios de um contínuo desenvolvimento deste último, e o analista e o analisando, em um movimento de “criação” e “descobrimto” de um pelo outro. O espaço transicional é construído como um “espaço de ilusão” para os analisandos precocemente detidos no desenvolvimento primitivo.

Na literatura fonoaudiológica existem trabalhos que tecem considerações quanto ao enquadre terapêutico no caso do bebê deficiente auditivo, abordando aspectos como: a sala de terapia e suas condições acústicas e a participação da mãe nas sessões^{6, 7, 10, 11}.

Outra questão importante do atendimento do bebê deficiente auditivo está relacionada ao fato de que o bebê deficiente auditivo sem nenhuma outra deficiência associada pode se desenvolver independentemente de qualquer trabalho fonoaudiológico; porém, existem transtornos que pedem intervenções dessa natureza. No caso de bebês deficientes auditivos, a Fonoaudiologia tem como objetivo principal promover o desenvolvimento da linguagem oral, indicando os aparelhos de amplificação sonora e visando um desenvolvimento harmônico. Já quanto ao desenvolvimento do bebê, esse vai acontecer naturalmente, sendo que é uma época de grandes e rápidas transformações. Nessa medida, o fonoaudiólogo deve procurar interferir o mínimo possível naquilo que é saudável. Destacar as conquistas do bebê ao longo do processo terapêutico pode servir como estratégia de ajuste às expectativas dos pais quanto ao desenvolvimento individual e de linguagem^{6, 12}.

Nessa perspectiva, estar atento ao desenvolvimento sensorio-motor e cognitivo faz com que o terapeuta balize suas expectativas quanto ao desenvolvimento do bebê, sendo que a sensibilização dos pais para esses progressos pode transformar a visão deles quanto ao desenvolvimento da linguagem. Progressos no período sensorio-motor, quando surgem as habilidades de imitação, e do jogo simbólico podem nortear as expectativas dos pais quanto à possibilidade de seu filho tornar-se falante e diminuir a angústia nos períodos iniciais, em que o efeito da intervenção não se reflete necessariamente na fala^{6, 7, 12}.

Muitos são os aspectos envolvidos no processo terapêutico de crianças deficientes auditivas, o que exige estudos que vão desde a detecção e o diagnóstico da deficiência até a intervenção terapêutica e todas as questões ligadas a ela, como por exemplo, a indicação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora nos primeiros meses de vida, a participação da família no processo terapêutico, o desenvolvimento das habilidades de linguagem e auditivas, percepção auditiva da fala, entre outras. Seria, pois, impossível abordar em um único estudo

todos esses aspectos; então, foram selecionados alguns deles para este estudo sem, é claro, deixar de lado a importância de todos em um processo terapêutico.

O objetivo deste estudo é descrever e discutir, por meio de um estudo longitudinal, a questão do enquadre no processo terapêutico fonoaudiológico de um bebê portador de deficiência auditiva e suas implicações no método clínico. Particularmente, discutir a parceria com a mãe no processo, o desenvolvimento do balbucio na direção das primeiras palavras e a compreensão das mesmas nas situações criadas na terapia. Essas considerações visam contribuir para a construção de fundamentos, técnicas e método clínico no atendimento fonoaudiológico do bebê deficiente auditivo diagnosticado no primeiro mês de vida e que é usuário de aparelhos de amplificação sonora.

■ MÉTODO

Delineamento do estudo

A complexidade do enquadre terapêutico no caso de bebês deficientes auditivos deve-se ao fato de que o processo envolve questões de diferentes naturezas.

Aspectos que podem ser considerados independentes do comportamento da criança são aqueles relacionados ao déficit sensorial, como a determinação dos limiares eletrofisiológicos, os exames de imagem e as características eletroacústicas do aparelho auditivo. Já os aspectos subjetivos e intersubjetivos relacionam-se às respostas do paciente ao estímulo sonoro em diferentes situações, às relações estabelecidas entre mãe-bebê e terapeuta no decorrer do processo e ao desenvolvimento individual e de linguagem. É, pois, a interdependência desses fatores que demanda um delineamento complexo de investigação.

Nessa medida, estudar o caso de um bebê deficiente auditivo por meio do registro de sessões em que a mãe esteve presente pode contribuir para a explicitação de fundamentos do método clínico fonoaudiológico.

O estudo de caso, de fato, tem sido tomado como uma metodologia qualitativa que leva ao entendimento do fenômeno em foco, seus sentidos e suas significações, aumentando experiências, confirmando o que já é sabido ou (re)descobrimos significados sobre o objeto sobre o qual se deve atuar^{13,14}. Para que as informações obtidas sejam válidas, a coleta de dados deve ocorrer no ambiente do processo terapêutico, que também é chamado de ambiente natural. O pesquisador, com seus sentidos, é o instrumento de pesquisa; ele está

diretamente ligado às situações que estão sendo investigadas e atua como observador delas^{13, 14}.

O estudo teve início quando a criança estava com 10 meses de vida, portanto, os dados sobre o seu desenvolvimento anterior foram obtidos em prontuário e com a fonoaudióloga terapeuta, por meio de uma entrevista.

A partir do 10º mês de vida da criança, as terapias começaram a ser gravadas em vídeo durante um ano, a cada quinze dias. Algumas sessões foram filmadas integralmente; outras, apenas durante alguns minutos. Algumas gravações foram realizadas pela fonoaudióloga-pesquisadora, mas em outras ela não esteve presente na sessão, sendo então utilizado um tripé (suporte para a filmadora).

Essas variações no tempo de filmagem e na maneira como foram realizados os registros aconteceram em função da criança. Observou-se que, às vezes, a presença da fonoaudióloga-pesquisadora na sala de terapia, assim como o tempo de gravação inibia a criança e interferiam no seu comportamento; então se adaptava o procedimento de registro para não interferir negativamente no trabalho e, conseqüentemente, no processo de desenvolvimento da paciente.

As gravações em vídeo vêm sendo bastante utilizadas como procedimento para os estudos de casos únicos e múltiplos em pesquisas fonoaudiológicas¹⁰, pois oferecem ao pesquisador um material rico que possibilita a análise de atividades de interação verbal e não-verbal de situações que ocorrem naturalmente, permitindo também acompanhar e avaliar os eventos que evoluem com o tempo, como, por exemplo, as pesquisas longitudinais.

Seleção, descrição e transcrição dos registros

Algumas das sessões filmadas foram selecionadas e, posteriormente, descritas sendo que apenas alguns fragmentos delas foram transcritos.

A **seleção** das sessões para descrição e dos fragmentos de sessão para transcrição foi realizada a partir de várias observações dos vídeos, a fim de identificar o material que permitiria a análise e as reflexões sobre o tema aqui abordado.

O recorte do material clínico para ser utilizado como material de pesquisa é realizado a partir dos interesses do pesquisador, portanto limitado por um determinado ponto de vista; devido a esse limite, é possível manter a objetividade da investigação e da análise¹³.

As **descrições** foram realizadas por meio de registros corridos, que retratam a relação mãe – bebê – terapeuta, os acontecimentos que ocorreram durante algumas sessões do processo terapêutico, como brincadeiras e atitudes dos participantes que mostravam o desenvolvimento de linguagem.

As **transcrições** foram realizadas com alguns fragmentos de sessões descritos, para mostrar com detalhes eventos relativos ao desenvolvimento de linguagem bem como estratégias terapêuticas. Referem-se, pois, às ações, aos gestos, aos olhares, às falas, etc. e foram fiéis aos fragmentos selecionados. Não foi realizada transcrição fonética, pois o objetivo do estudo não é analisar características das produções de fala da criança. Para as transcrições tomou-se como referência o procedimento de análise de vídeo proposto por Tait¹⁵, apresentado em um guia de Análise de Vídeo, a partir de seu trabalho com crianças usuárias de implante coclear; a autora descreveu a preparação da gravação até o modo de analisar as transcrições. Para atender aos objetivos deste trabalho e para que a análise qualitativa fosse beneficiada, algumas adaptações no procedimento de Tait fizeram-se necessárias.

Análise dos dados

Do material de pesquisa, foram analisados o contexto das situações de terapia, as técnicas e

o método clínico, que contribuíram para o tipo de enquadre terapêutico aqui preconizado e para o desenvolvimento de linguagem da criança estudada.

Em geral, o conteúdo das descrições das sessões refere-se aos comportamentos dos participantes, à relação entre mãe e filha e às brincadeiras construídas na relação terapeuta-mãe-bebê. Essas brincadeiras construídas oferecem ao leitor um conhecimento dos pretextos para que as questões específicas de linguagem e audição emergissem, e também fazem parte do contexto para a compreensão das interpretações das sessões.

Ao todo, foram cinco sessões descritas e três fragmentos de sessão transcritos. O conteúdo dos três fragmentos selecionados para análise é a brincadeira *Up and Down*, em três contextos e idade diferente. As transcrições são de uma mesma brincadeira, que aconteceu ao longo do processo terapêutico, para melhor retratar o desenvolvimento da criança. Dados do material analisado estão sintetizados na Figura 1.

Sessões de terapia descritas		Idade da criança (meses)	Δt início da intervenção terapêutica e sessão (meses)	Duração da sessão (min'/seg'')	Tempo de gravação da sessão (min'/seg'')	Fragmentos <i>UP and Down</i>	
						N° de cenas	Tempo de duração (min'/seg'')
1	Deixe-me andar!	10 m	8 m	55'49"	55'49"	---	---
2	<i>Up and Down!</i>	11 m	9m	45'	45'	24	2' 3"
3	Novos sons e Novas palavras!	1a 2m	1a	55'	27'	30	1'10"
4	<i>Rain, rain go away...</i>	1a 4m	1a 2 m	57'	57'	---	---
5	<i>Spider!</i>	1a 9m	1a 7m	55'	48'40"	14	1'

Figura 1 – Descrições e transcrições utilizadas para análise dos dados

O caso estudo

A deficiência auditiva de Z foi detectada nos primeiros dias de vida e o diagnóstico, confirmado no segundo mês. A criança era portadora de deficiência auditiva do tipo neurosensorial de grau severo bilateral, sendo que os aparelhos de amplificação sonora individual foram indicados e adaptados imediatamente após o diagnóstico, quando também teve início o atendimento fonoaudiológico. Este ocorreu em uma clínica fonoaudiológica localizada na cidade de São Paulo, onde a criança foi atendida por uma fonoaudióloga com experiência em bebês e crianças deficientes auditivas.

Os pais de Z eram americanos e há cinco anos moravam no Brasil, onde seus dois filhos nasceram – um menino que, na ocasião deste estudo, tinha 4 anos de idade e nascera com fissura palatina, e a menina Z.

O inglês era a língua falada em casa pelos pais e pelas crianças. O irmão frequentava escola brasileira e era fluente em português, língua também falada pela babá e pela empregada que moravam com a família. Todo o processo terapêutico ocorreu em inglês, já que a mãe tinha pouca fluência em português e a família planejava voltar para os

Estados Unidos, o que de fato ocorreu quando Z tinha 1 ano e 9 meses.

Apesar dessa particularidade linguística, Z foi selecionada dentre os casos disponíveis para estudo por apresentar características expressivas do desenvolvimento de bebês deficientes auditivos a partir do processo terapêutico e do envolvimento da família.

A disponibilidade da mãe para entrevistas e registros em vídeo também foi um fator importante na escolha do caso. Essa mãe possuía características peculiares, como curiosidade sobre as pesquisas desenvolvidas na área e consciência da necessidade delas para o favorecimento de crianças deficientes auditivas de todas as classes sociais, para que tivessem oportunidade de um atendimento dirigido ao desenvolvimento de linguagem e que desse suporte às famílias.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética da PUC-SP – Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, e foi aprovado sob o processo de número Ética 0142/2003.

■ RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três partes: Aspectos sobre o **enquadre terapêutico** no caso do bebê deficiente auditivo, resultados referentes à **identificação da perda auditiva e o início da intervenção fonoaudiológica** e questões sobre **desenvolvimento do bebê rumo às primeiras palavras**.

O enquadre terapêutico: Espaço físico, organização da sessão e a presença da mãe.

Quanto ao **espaço físico e a organização da sessão** cuidados são tomados em relação à acústica da sala para não ocorrer alterações eletroacústicas e favorecer a audibilidade para sons de fala. O ambiente terapêutico também disponibiliza fraldas, troca de roupas e possibilidade de esquentar mamadeiras, em locais apropriados.

A sala de terapia necessita de espaço e acomodações que atendam as necessidades do bebê em cada fase do seu desenvolvimento. Nas primeiras sessões o bebê ficou acomodado em bebê-conforto, a sala de terapia, então, foi pequena. Quando Z começou a engatinhar, seus interesses mudaram, uma sala maior foi necessária para atender essa demanda.

O tamanho da sala precisou sempre ser adequado para acomodar a mãe e o bebê. A **presença da mãe** da sala de terapia aconteceu durante todo o tratamento, além de ajuste das expectativas em relação ao desenvolvimento da filha, pois a mãe via

as respostas durante as sessões, a presença da mãe atendeu as necessidades do desenvolvimento emocional do bebê que nesta fase da vida está em formação.

Em todo início de sessão a terapeuta checava os aparelhos auditivos para avaliar o funcionamento, o uso dos sons do Ling (/a/, /i/, /u/, /ɔ/, /s/ e /m/) associados a brincadeiras do repertório da criança foram usados para esta avaliação.

Os trechos (A) destacados abaixo são partes de dados das descrições registrados ao longo da pesquisa e demonstram os resultados apontados acima.

“Nesta fase inicial do atendimento, quando Z ainda não tem maturidade para sentar, pegar e acompanhar objetos, engatinhar e etc., a terapia acontecia em uma sala menor, pois a necessidade de Z era de estar no colo da mãe ou no da terapeuta ou no bebê conforto. As observações do comportamento auditivo e as brincadeiras (com músicas, bichos e outros brinquedos) aconteciam nestas situações”. “Quando Z começou a rolar e engatinhar a terapia passou a acontecer em uma sala maior, com mais espaço para as brincadeiras”. (Dados da entrevista – Terapeuta)-(A1)

“Em certo momento, Z fica manhosa; está quase na hora do seu almoço e então a mãe resolve alimentá-la. Enquanto a paciente comia, a terapeuta checava seus aparelhos auditivos, um de cada vez. Mãe e terapeuta fazem brincadeiras relacionadas a “papa”, Z come, diverte-se e vocaliza bastante”. (Deixe-me andar! Aos 10 meses e 17 dias)-(A2)

“Z quer colo, quer mamar e não quer sentar no chão; está muito manhosa. A mãe pergunta a ela o que está acontecendo, por que está tão quieta, e olha a fralda da filha, percebendo então que precisava trocá-la. Enquanto a mãe providencia uma nova fralda, a terapeuta e Z brincam mais um pouco, escondendo os bichos e procurando-os dentro dos potes. Quando a mãe volta para perto da filha, esta imediatamente vai para o sofá deitar-se; antes, pega um guarda-chuva de brinquedo”. (Rain, rain go away... Aos 1 ano e 4 meses)-(A3)

“Em certo momento, Z pede colo para a mãe, que o dá e brinca com ela. (...). Outra vez, Z pede colo para a mãe, parecendo necessitar de descanso ou para repor energias entre uma atividade e outra; é como se recorresse a ela para ter certeza de que realmente está

lá ou para mostrar sua satisfação com as brincadeiras". **(Up and Down. Aos 11 meses e 7 dias)-(A4)**

"Z ainda precisa da mãe por perto, chama e sempre olha para ela, querendo lhe mostrar alguma coisa, mas já não precisa mais abraçá-la, permanecendo sentada, brincando com a terapeuta na maior parte da sessão".

(Spider! Aos 1 ano e 9 meses)-(A5)

"A terapeuta pede para Z colocar o "Daddy" para tomar banho e faz o barulho da água (/ ʃ /). Z pega o boneco que representa o papai e o coloca para tomar banho. Com essa brincadeira, a terapeuta produz sons para verificar se a paciente está realmente escutando, já que teve otite semanas atrás e os aparelhos foram reprogramados. A audibilidade de sons de fala é verificada sem o retorno a cabine e novo exame". **(Spider! Aos 1 ano e 9 meses)-(A6)**

Da identificação da perda auditiva e ao início da intervenção fonoaudiológica

Z realizou triagem auditiva e a primeira avaliação auditiva aconteceu com 1 mês e meio de idade e confirmou a deficiência auditiva neurosensorial de grau severo bilateral. Os exames realizados foram PEATE – frequência específica, PEATE – evocado por estímulo clique e imitanciometria, estes resultados foram utilizados para estimar os limiares para a primeira programação dos aparelhos auditivos. Aos dois meses e 18 dias, Z já estava com os aparelhos compatíveis com a perda auditiva. Observação do comportamento auditivo por meio de brincadeiras estabelecidas nas situações de terapia permitiu ajustar o aparelho e garantir audibilidade para os sons de fala.

Aos quatro meses de idade realizou novo PEATE – frequência específica com resultados:

	500	1500	4000	Click	HZ
OD	70	70	75	75	dBHL
OE	75	70	75	75	dBHL

Aos sete meses, quando Z já tinha desenvolvimento cognitivo para realizar audiometria – técnica VRA, os limiares auditivos foram confirmados e os aparelhos foram reprogramados.

Durante o período do estudo Z apresentou alguns episódios de otite, o que, durante as brincadeiras estabelecidas em terapia pôde-se observar alteração na resposta auditiva. Os trechos (B) abaixo ilustram os dados acima:

"Três dias após o seu nascimento, na alta hospitalar, Z realizou triagem auditiva com emissões otoacústicas (EOA), sendo identificada perda auditiva bilateral. A fonoaudióloga responsável pela triagem recomendou então uma reavaliação, que foi efetivada dois meses depois, constando de EOA, PEATE, timpanometria e avaliação instrumental. (...) A recomendação dada pela fonoaudióloga nessa época [aos dois meses, após a primeira reavaliação] foi início imediato de atendimento fonoaudiológico, com reavaliação auditiva completa aos 4 meses de idade, incluindo PEATE – frequência específica, para a conclusão diagnóstica e a indicação de aparelhos de amplificação sonora individual".

(Dados da entrevista – Terapeuta)-(B1)

"Na semana seguinte desse primeiro encontro, ou seja, com dois meses e 18 dias, Z já estava com um par de aparelhos auditivos. Com o uso deles, ajustados de acordo com os resultados dos exames auditivos realizados até essa data e com as observações do comportamento auditivo em diferentes situações, foi possível notar diferenças em Z".

(Dados da entrevista – Terapeuta)-(B2)

"Aos sete meses de idade, Z realizou VRA. Com os resultados (...), foi possível testar e reajustar os aparelhos". **(Dados da entrevista – Terapeuta)-(B3)**

"Ao longo desses primeiros meses de vida, Z teve episódios de otites, os quais alteravam consideravelmente suas respostas auditivas. Toda vez que isso acontecia, era necessário reprogramar os aparelhos, aumentando o ganho para que a paciente continuasse a ter bom aproveitamento. Assim que a otite era curada, os aparelhos eram então reajustados para a programação anterior". **(Dados da entrevista – Terapeuta)-(B4)**

A intervenção em processo: desenvolvimento do bebê rumo às primeiras palavras

Para criar e estabelecer brincadeiras visando o desenvolvimento de linguagem, alguns aspectos precisam ser observados: o interesse de Z para as brincadeiras, que permite ao terapeuta as brincadeiras de imitação, este é determinado pelo desenvolvimento cognitivo do bebê.

Aos 11 meses a brincadeira de imitação se torna sistemática, como fica evidente no fragmento transcrito na Figura 2.

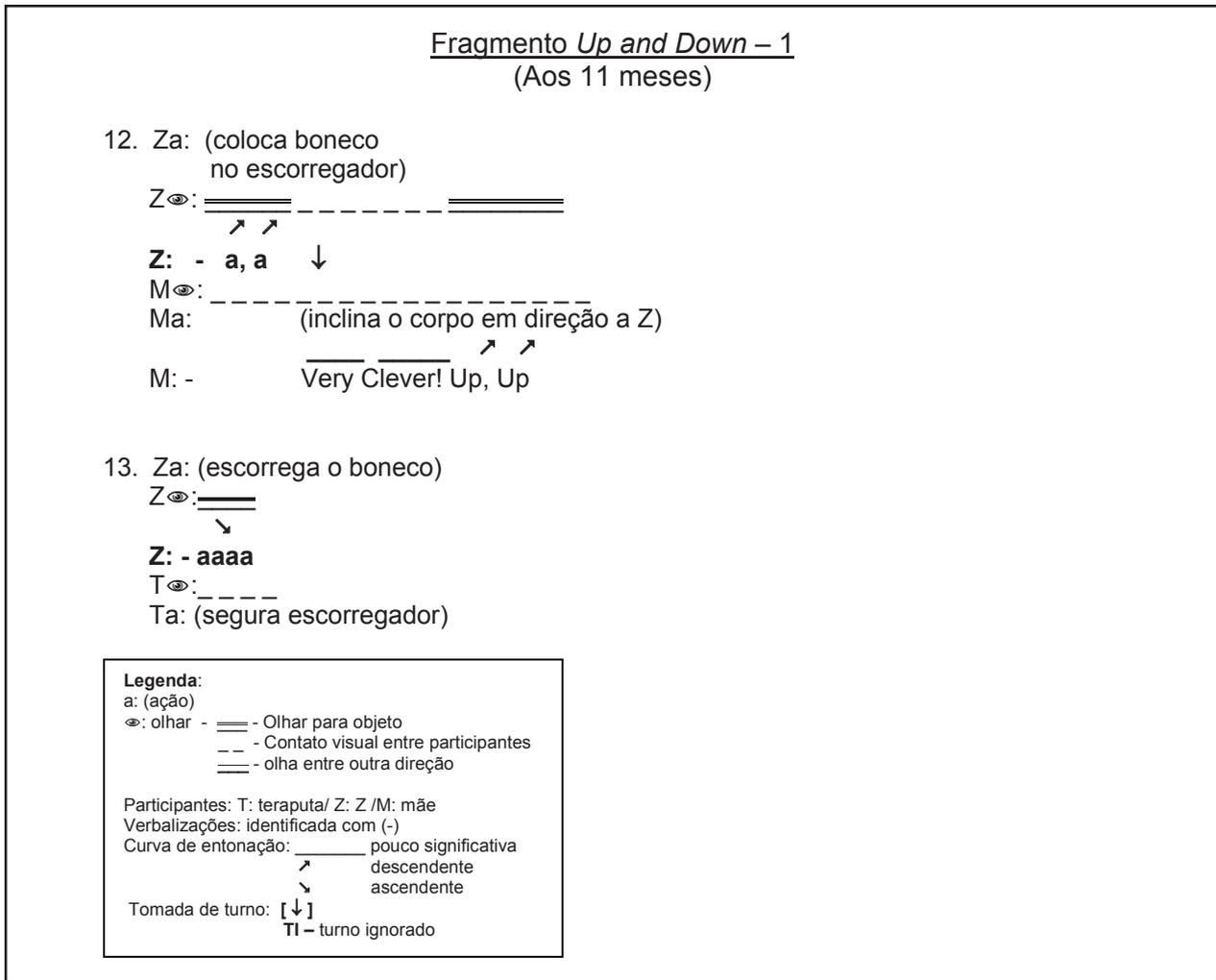


Figura 2 – As primeiras imitações: ações motoras e sons compreendidos

Os trechos (C) abaixo também ilustram estes aspectos:

*“Z mostra **grande interesse** em andar. Quer experimentar, apoiando nos móveis e nas pessoas, e não quer ficar parada. O **contato de olho** com a mãe, com a terapeuta e com a babá (que permaneceu nesta sessão durante algum tempo) vai se tornando mais intenso, **evidenciando o interesse** da criança pelas brincadeiras”. (Deixe-me andar! Aos 10 meses)-(C1)*

*“As brincadeiras iam variando conforme o **interesse da paciente**. Uma brincadeira*

*com os bichos (peixes, pato, sapo) e com uma estrela a interessa. Z pega o peixe e **imita** a boca deste, mostrando para mãe, querendo contar algo para esta. A mãe responde e conversa com a filha”. (Rain, rain go away... Aos 1 ano e 4 meses)-(C2)*

O olhar compartilhado, entre terapeuta e criança, permite ao terapeuta avaliar o interesse da criança pela brincadeira, quando o olhar não é mais compartilhado a brincadeira muda.

Na Figura 3 encontram-se duas cenas que aconteceram durante a sessão *Up and Down!* (Aos 11 meses de idade):

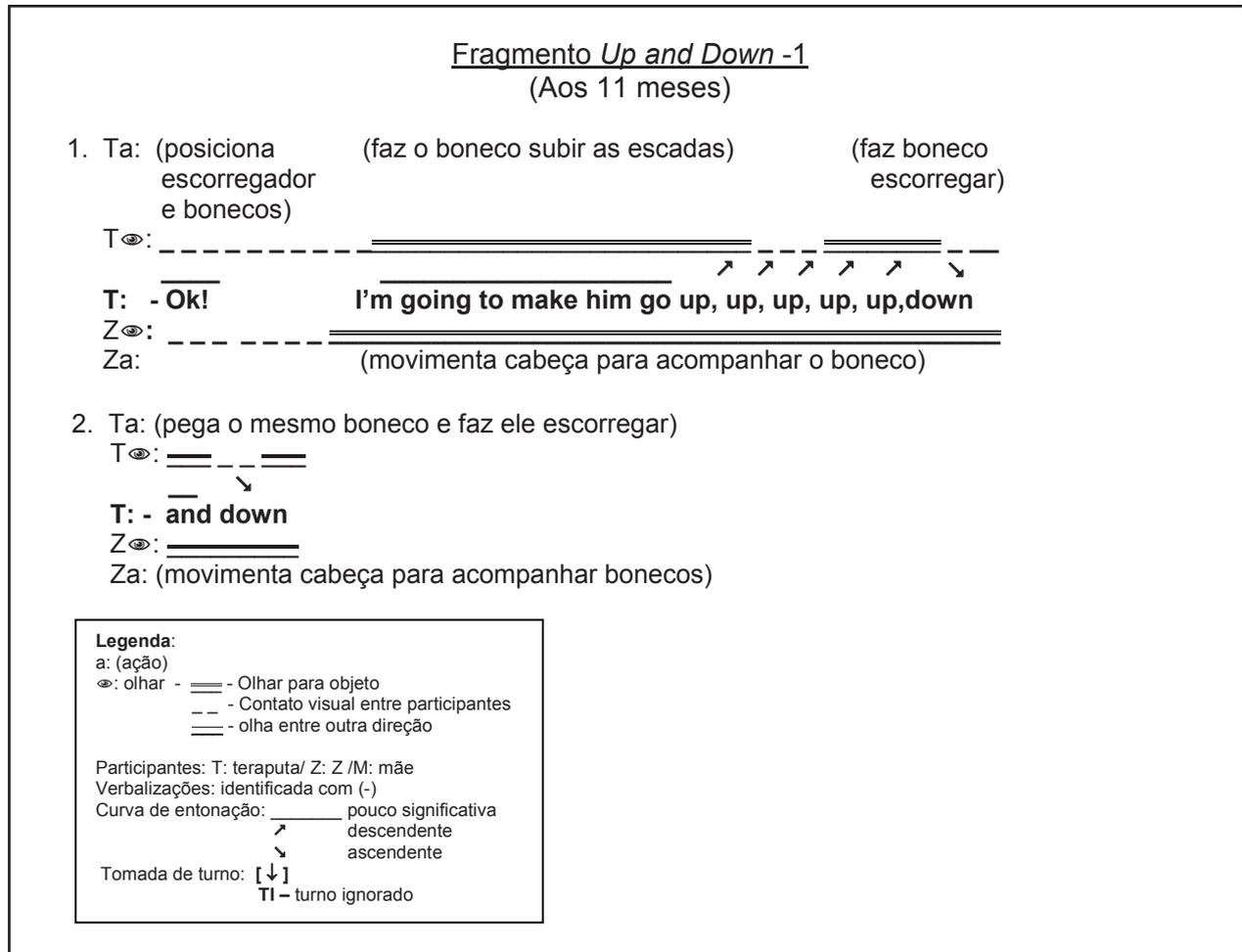


Figura 3 – Olhar Compartilhado

Nota-se que, enquanto realiza os movimentos com os bonecos, a terapeuta ora olha para eles e ora para Z, a fim de checar se esta está atenta às brincadeiras, o que indica interesse pela atividade.

Outro aspecto da linguagem que deve ser observado durante as brincadeiras é o **estabelecimento**

de turno. Na Figura 4, pode-se observá-lo nas cenas selecionadas do fragmento *Up and Down* – 1 (Aos 11 meses). O turno foi estabelecido por meio de pausas, olhares, perguntas diretas, etc, assim como Z respondeu ao turno oferecido de várias formas: ignorando-o, tomando-o por meio de uma ação, olhar, vocalização, etc.

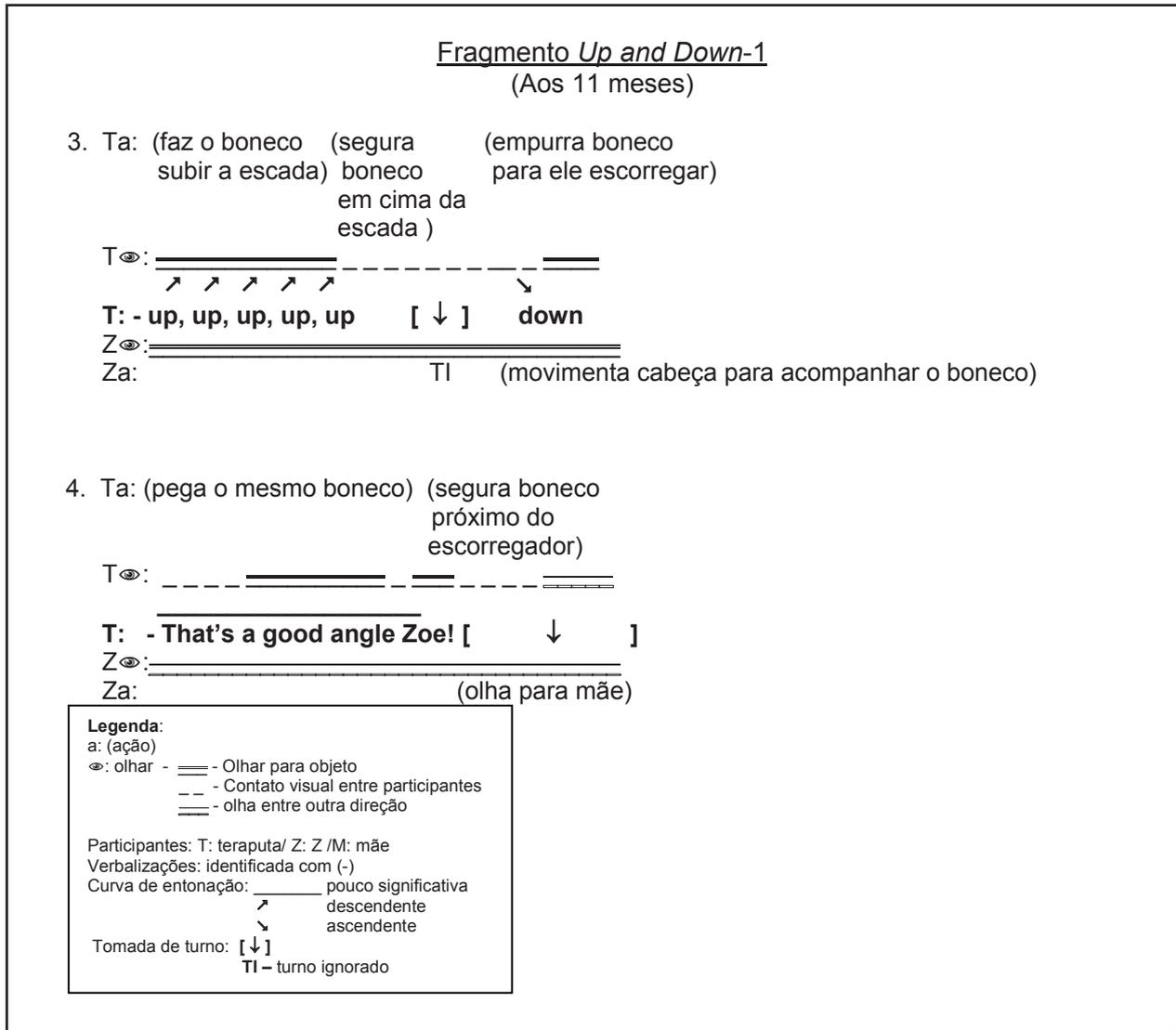


Figura 4 – Estabelecimento de turno entre os participantes

Por volta dos 7-8 meses Z era capaz de reconhecer alguns nomes e onomatopéias, que já vinham fazendo parte das brincadeiras desde o início do trabalho fonoaudiológico e eram escolhidas para propiciar o desenvolvimento contínuo das habilidades auditivas e da fala, em harmonia com o seu desenvolvimento cognitivo e afetivo.

Na Figura 5, o balbúcio está mais elaborado em um jogo de imitação e podem-se observar as emissões de Z aos 11 meses de idade. Nessa ocasião, ela ainda não articulava bem os fonemas, mas as produções eram controladas e já se mostrava capaz de acompanhar a curva melódica quando o modelo lhe era apresentado.

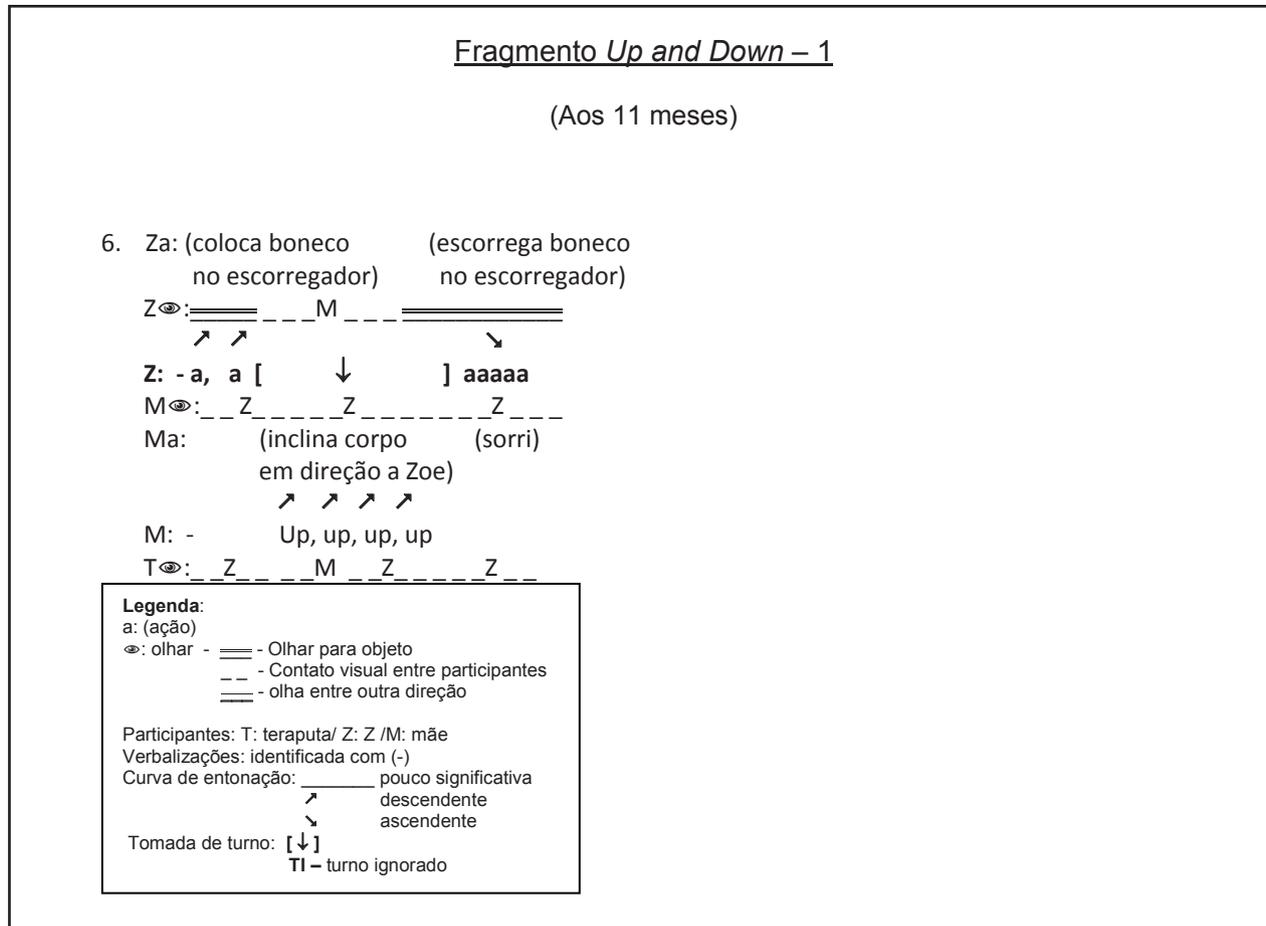


Figura 5 – Emissões aos 11 meses de idade

Com 1 ano e 2 meses, Z iniciou a brincadeira de “faz de conta”, mostrando-se capaz de ressignificar brincadeiras, ou seja, aquelas que antes só aconteciam com brinquedos específicos, passaram a ocorrer sem eles ou com quaisquer outros.

“Brincadeiras de “faz de conta”, de nomear e chamar os bichos e todos os outros brinquedos presentes. Brincadeiras que, antes, aconteciam apenas com os brinquedos com os quais foram criadas, agora acontecem em situações diversas, até mesmo sem o

uso de brinquedos”. (Novos sons e Novas Palavras! – Aos 1ano e 2 meses)-(C3)

As emissões de Z, ao 1 ano e 2 meses (figura 6), estão bem formadas, sendo que ela era capaz de produzir o fonema plosivo /p/. Essas emissões com a presença da plosiva aconteceram em uma brincadeira na qual a paciente pedia para a mãe fazê-la sentar, falando *Up*, e deitar, falando *Down*. A atribuição de sentido estava dada: Z era capaz de usar de forma correta as mesmas emissões em situações diferentes.

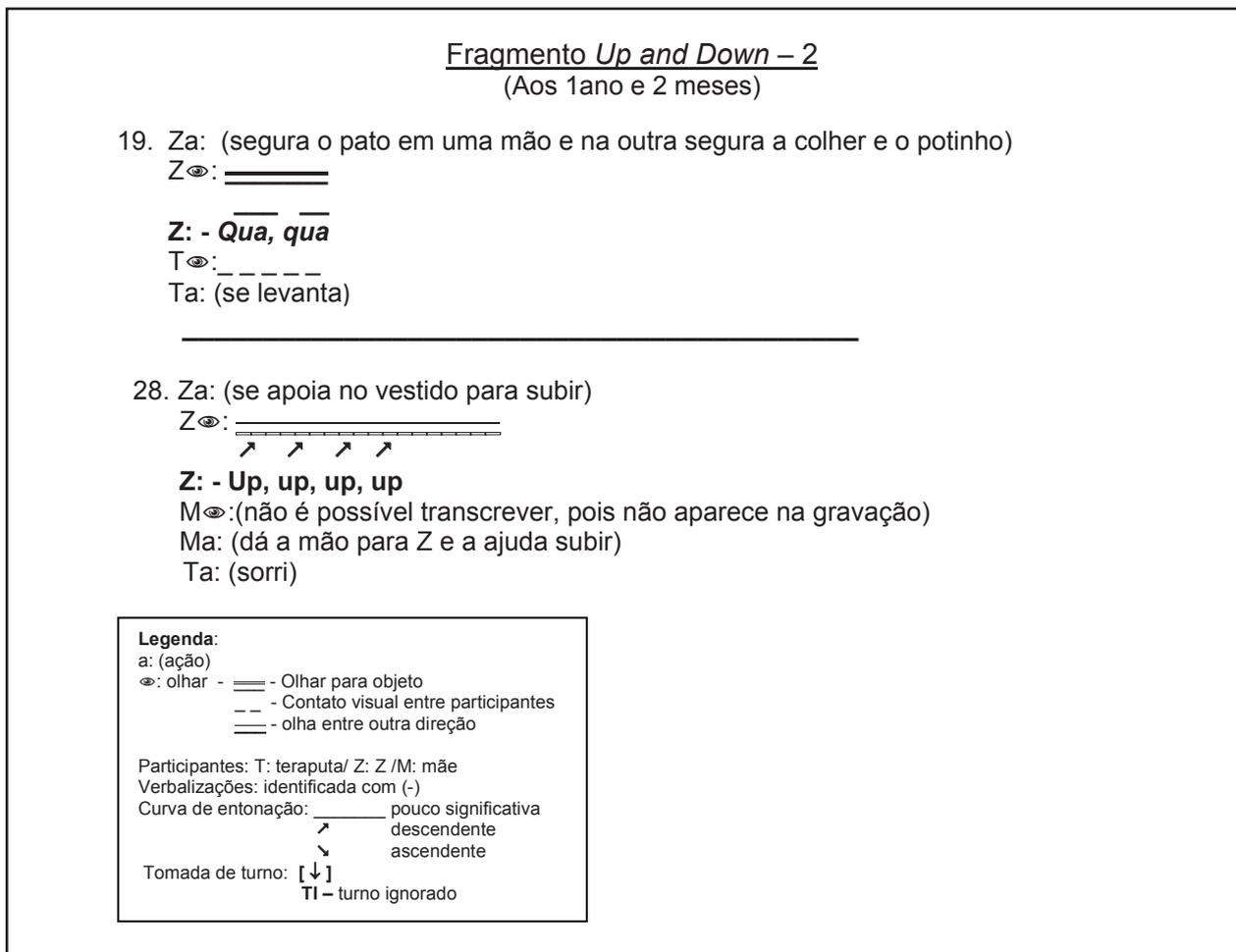


Figura 6 – Emissões aos 1 ano e 2 meses de idade

Ao 1 ano e 9 meses, nota-se outro padrão de emissões (figura 7). As primeiras palavras já estavam presentes e eram produzidas espontaneamente, sem um modelo anterior. Uma brincadeira conhecida era capaz de disparar na criança produções verbais que faziam parte da brincadeira.

Por exemplo, quando via o brinquedo que era frequentemente usado em *Up and Down*, Z começava a brincar sozinha, verbalizava as palavras que faziam parte desse jogo sem precisar do modelo, como também já conseguia reproduzir, de maneira precisa, as ações motoras.

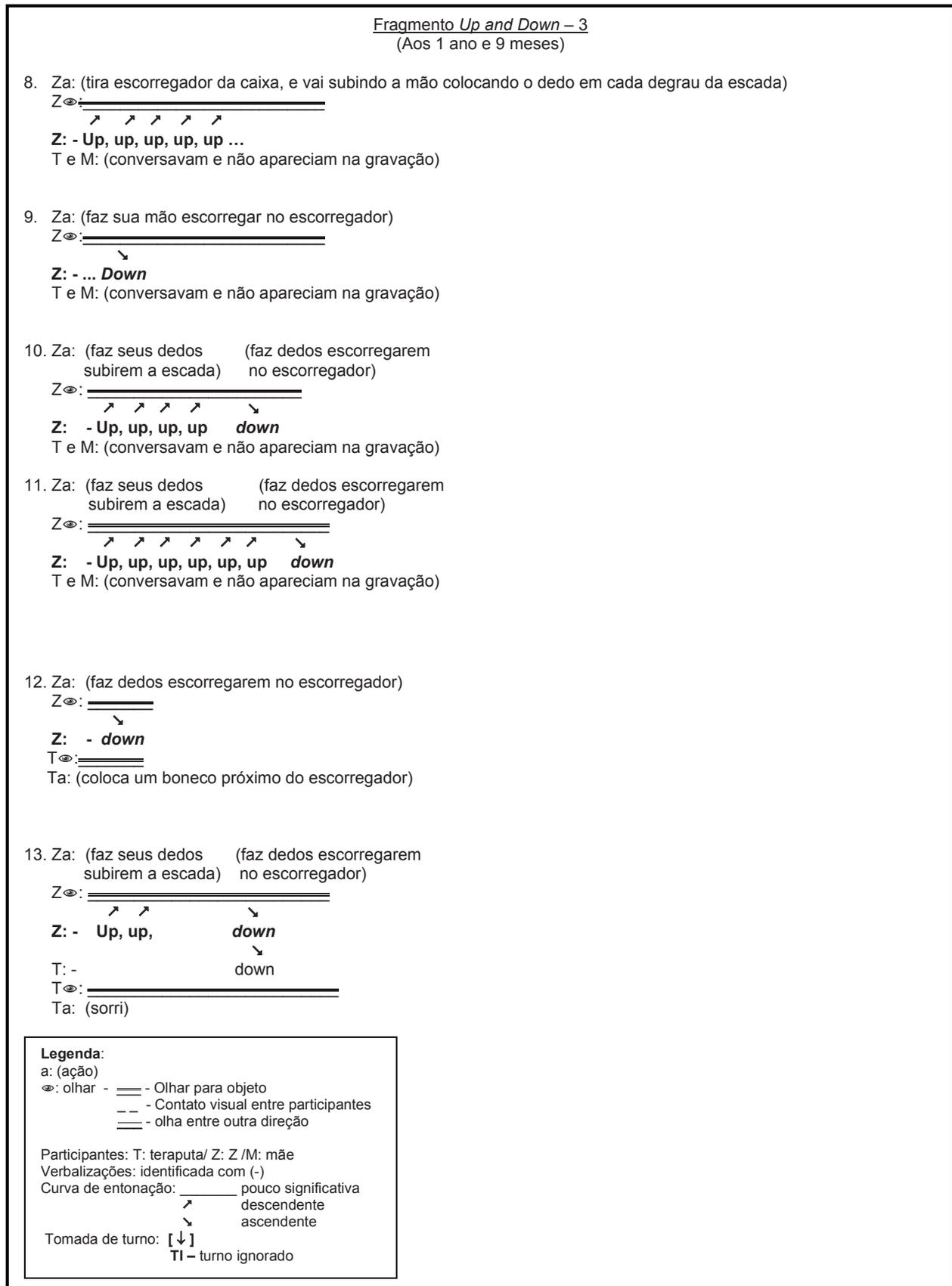


Figura 7 – As primeiras palavras

■ DISCUSSÃO

O processo terapêutico do bebê deficiente auditivo envolve tanto cuidados referentes ao déficit sensorial, como outros que, sem deixar de considerar essa particularidade, norteiam as ações ao longo do processo.

Serão discutidos aqui aspectos relacionados à estrutura física da sala de terapia, já que o paciente faz uso de aparelhos de amplificação sonora, o que exige cuidados para que não ocorram alterações nas suas características eletroacústicas, e aspectos relativos às dinâmicas que se estabelecem entre mãe-bebê e terapeuta, no processo de transformação das situações interacionais.

Existindo ou não a confirmação da perda auditiva, o processo terapêutico tem início, pois, em geral, acaba contribuindo para o processo de diagnóstico e, simultaneamente, é desencadeada a adaptação dos aparelhos de amplificação^{1-3, 6,7}. De fato, no caso de Z, mesmo com o diagnóstico inconcluso, a mãe seguiu as recomendações dos profissionais envolvidos e procurou atendimento fonoaudiológico imediato.

A partir da adaptação do aparelho, as sessões que inauguram o processo terapêutico são aquelas em que a questão não é mais a confirmação da perda, mas sim o deparar-se com o desconhecido. As expectativas vão sendo então reconstruídas. O bebê precisa ser reconhecido, pois, até esse momento, as emoções, muitas vezes, podem ter sido camufladas pelos procedimentos diagnósticos. O terapeuta atende às demandas tanto da precisão da seleção, verificação e adaptação dos AASIs, como também da adesão da família ao tratamento com continência e orientação.

O enquadre terapêutico: Espaço físico, organização da sessão e a presença da mãe

A adequação do espaço onde mãe e bebê serão atendidos constitui ponto de partida nos ajustes acústicos para otimizar a qualidade do sons de fala por meio do AASI, e também viabiliza o posicionamento do bebê conforme a etapa do desenvolvimento sensorio motor em que se encontra. Quando bebês sentem fome, sono, sede ou quando precisam ser trocados ficam manhosos, confundindo muitas vezes a avaliação de respostas auditivas. Apesar de as sessões serem agendadas em horários mais disponíveis, quando as rotinas de cuidados já foram cumpridas ou entre seus intervalos, imprevistos podem ocorrer. Além disso, muitas vezes o horário da sessão coincide com trocas, refeições e sono, implicando nas devidas acomodações no enquadre desde os momentos de intervenção do terapeuta, até providências práticas

como ter fraldas disponíveis, troca de roupas e possibilidade de esquentar mamadeiras, em locais apropriados.

Nos primeiros meses de vida, como no caso Z, não há necessidade de um espaço tão amplo, pois, geralmente, os pacientes bebês ficam no colo ou em móveis que os mantenham contidos (como o bebê-conforto). Com o tempo, porém, a sala de terapia precisa ser modificada para atendê-los, sempre considerando, quando se trata de deficientes auditivos, as condições acústicas. Nessa medida, é imprescindível que os interlocutores presentes mantenham proximidade do microfone dos aparelhos, que o ruído de fundo seja controlado, assim como a reverberação do sinal acústico (cortinas e tapete), promovendo-se, assim, a melhor qualidade possível do som de fala amplificado^{6,7}.

No processo terapêutico de Z, a terapeuta avaliava o funcionamento e a programação dos AASIs para checar se não havia distorção do som ou desconforto para a paciente. Para garantir que a paciente estava recebendo um sinal acústico de qualidade, também era necessário observar o seu desempenho com os AASIs. Ling⁷ propõe que sejam avaliados seis fonemas que representam a audibilidade de praticamente todos os sons de fala: /a/, /i/, /u/, /j/, /s/ e /m/. Em geral, com crianças maiores, os sons são apresentados e a criança repete ou indica ter ouvido. No caso de bebês, como observado no caso Z, brincadeiras associadas a sons específicos permitiram a avaliação da detecção e discriminação de sons de fala no contexto de jogos de interesse do bebê com a cumplicidade da mãe.

Um exemplo desse procedimento pode ser observado no trecho A6 da descrição da sessão *Spider!* (1 ano e 9 meses), no qual a terapeuta brinca com Z imitando vozes e o barulho da chuva, o que permite avaliar a detecção para sons graves e agudos, fortes e fracos, e especificamente com o som /j/, um conjunto de frequências agudas em torno de 3000 / 4000 Hz. Em outras sessões, quando o /j/ era apresentado Z procurava o chuva com o olhar.

Além dos elementos concretos (sala, disposição dos móveis) o enquadre terapêutico tem um papel importantíssimo, que consiste na construção de um espaço no qual o paciente e o terapeuta têm oportunidades de reexperimentar vivências emocionais passadas^{8,9}.

Nesse sentido, o espaço que se cria entre paciente e terapeuta visa oferecer mais oportunidades para a construção de brincadeiras significativas. No caso apresentado, as brincadeiras eram particulares do trio – terapeuta, mãe e bebê – sendo construídas a partir de oportunidades geradas pelo interesse da paciente. É nesse sentido que o

espaço terapêutico se constitui como potencial para a criação de ações compartilhadas, que se repetem e promovem condições para o desenvolvimento da linguagem.

Na visão winnicottiana⁸, o enquadre terapêutico, a relação analista/ analisando, se constitui em um espaço transicional, também denominado espaço potencial, área da ilusão ou da criatividade, de acordo com uma analogia com o que acontece nos primórdios do relacionamento entre mãe e bebê. No caso de bebês, a participação da mãe no processo terapêutico é inerente ao enquadre, pois ações transformadoras visam atingir a dupla. Os trechos A2, A3 e A4 descrevem situações onde fica explícita a demanda pela presença da mãe.

Em pacientes deficientes auditivos com poucos meses de vida, a indicação do aparelho de amplificação sonora supre a necessidade sensorial e a ação terapêutica transforma a relação estabelecida com o mundo sonoro, num momento em que o mundo é representado, justamente, pela mãe. O desenvolvimento emocional do bebê depende de dois fatores. Um é a hereditariedade, a tendência inata ao desenvolvimento emocional, e o outro é a existência de um ambiente facilitador^{8,9}. O ambiente é um modo de relação, sendo que a primeira acontece no ambiente familiar, representado pela mãe, e depois se estende para outras relações⁸. Portanto, o bebê muito pequeno apresenta uma total dependência da mãe, que é a pessoa capaz de suprir as necessidades dele e fazer com que se sinta seguro. De fato, os recortes apresentados do caso Z mostram as fases de sua dependência em relação à mãe: a paciente recorre a esta em momentos de satisfação, para descansar ou por outra razão qualquer. A terapeuta, então, espera e não interfere, pois esses são momentos saudáveis e especiais entre mãe e filha.

Winnicott⁸ descreve a capacidade da mãe de adaptação às necessidades do bebê, que se inicia nos últimos meses de gravidez e que é essencial para o desenvolvimento emocional dele. Quando existe um déficit nessa criança, o que o autor denominou *preocupação materna primária* pode estar prejudicada e, conseqüentemente, afetar a relação mãe-bebê, a saúde e a constituição pessoal futura deste. A proposta terapêutica da clínica com bebê deficiente auditivo tem como objetivo transformar as situações interacionais a partir da relação mãe-bebê, sem nela interferir, já que, a princípio, caracteriza-se como saudável.

Winnicott⁸ comenta que os profissionais que lidam com mães e seus bebês podem precisar interferir no relacionamento entre eles para lidar com certas anormalidades físicas da criança; para isso, deveriam conhecer a realidade na qual estão

interferindo, para atuar apenas no que é necessário, ou seja, naquilo que demanda intervenção.

A presença constante da mãe na sala de terapia fonoaudiológica é uma demanda do enquadre não só pelas questões de dependência mãe-bebê, mas também pela necessidade da mãe em apreender algumas especificidades sobre o desenvolvimento da audição. Alguns aspectos relativos a situações interacionais vão sendo então ajustados, incorporados pela família em parceria com a terapeuta, contribuindo para o diagnóstico e para a regulação dos aparelhos.

A expectativa quanto ao desenvolvimento da linguagem oral vai sendo construída a partir das vivências compartilhadas que, gradativamente, explicitam o potencial do bebê e, conseqüentemente, orientam as escolhas quanto aos dispositivos eletrônicos e às abordagens educacionais.

Da identificação da perda auditiva e ao início da intervenção fonoaudiológica

No caso de Z, a primeira reavaliação auditiva confirmou a presença de deficiência. Portanto, a bebê foi encaminhada para atendimento fonoaudiológico, indicação de aparelhos auditivos e reavaliação audiológica, incluindo outros testes (PEATE – frequência específica). De fato, como propõe o *Joint Committee on Infant Hearing*¹⁶, o acompanhamento auditivo deve ser composto por uma bateria de testes, analisados em conjunto (avaliações auditivas subjetivas e objetivas), para caracterizar o tipo e o grau da perda auditiva, pois existe urgência na indicação dos aparelhos de amplificação sonora individual.

A seleção do AASIs, bem como as primeiras regulagens estão baseadas na análise combinada dos resultados dos exames. Enquanto a criança não tem idade para realizar o exame VRA, a combinação do PEATE evocado por estímulo do tipo clique e PEATE (frequência específica) é usada para se estimar os limiares tonais e a configuração da perda auditiva. De acordo com os autores^{1, 17,18}, avaliar bebês usuários de aparelho é uma tarefa difícil e importante, na qual podem ser utilizados estímulos, como sons da fala e sons ambientais para observar e interpretar as suas reações, além verificação eletroacústica dos aparelhos de amplificação.

De acordo com estudos¹⁻⁵, bebês que iniciaram o processo de habilitação e uso do AASIs mais cedo demonstraram melhor desempenho nas habilidades de linguagem. Na observação do comportamento auditivo de Z em situações criadas na terapia, com e sem os aparelhos de amplificação, aliada aos outros exames, torna-se possível estabelecer, com mais precisão, as características da perda auditiva

da paciente. Nesse sentido, o processo terapêutico alia-se aos procedimentos diagnósticos, contribuindo para a conclusão do parecer. Por tais razões, o início do trabalho terapêutico fonoaudiológico pode ser chamado de intervenção diagnóstica.

Com os resultados do VRA, o qual pode ser realizado a partir dos seis meses de idade, pois a criança já é capaz de virar a cabeça em direção à fonte sonora¹⁹, os aparelhos podem ser reprogramados. Esse exame pode ser realizado tanto com fones de inserção como em campo e é usado para avaliar os limiares auditivos com e sem os aparelhos auditivos, para tom puro e fala¹⁶⁻¹⁸.

Durante os primeiros meses de vida, Z apresentou alterações na audição devido a episódios de otites, como se pôde observar nos dados da entrevista (trecho B4). A variação de comportamento auditivo no bebê pode frequentemente, estar relacionada à sua atenção para o som e não a variações no limiar. No entanto, se o terapeuta estabelece uma linha de base de comportamentos esperados a partir de determinados jogos/brincadeiras é possível suspeitar da presença de otite.

De fato, a causa da variação do grau da perda deve ser investigada imediatamente após a identificação de uma alteração no comportamento auditivo, para que providências sejam tomadas o mais rápido possível. Uma otite pode alterar o grau perda em 20 dB, o que faz uma perda severa transformar-se em profunda durante o episódio^{20, 21}. Portanto, para compensar tal alteração, uma nova programação nos aparelhos deve ser realizada.

A intervenção em processo: desenvolvimento do bebê rumo às primeiras palavras

O trabalho fonoaudiológico com bebês e crianças pequenas deficientes auditivas exige do profissional da área um conhecimento teórico de outras áreas, além de experiência prática no atendimento desses pacientes^{6, 7, 12}.

A escolha das atividades a serem desenvolvidas no espaço terapêutico é, nessa medida, um desafio para o fonoaudiólogo, pois é preciso manter o interesse da criança para que os objetivos do trabalho sejam alcançados.

Nos trechos C1 e C2 pode-se observar que o interesse de Z e a sua fase de desenvolvimento determinam as atividades lúdicas propostas em terapia. Se a criança se **interessa** por elas, mantendo-se atenta, podem desencadear vocalizações, como acontece, por exemplo, em **brincadeiras de imitação**. No período pré-verbal, a brincadeira de imitação pode ser considerada uma das manifestações da inteligência. A imitação acontece na medida em que a acomodação se sobrepõe à assimilação, ou seja, objetos exteriores modificam

os esquemas de ação do sujeito, sem que este, por sua vez, utilize-os diretamente^{6, 22}.

A brincadeira precisa ser passível de assimilação pela criança, pois é dessa forma que despertará o seu interesse. O interesse muda à medida que a inteligência progride, ou seja, para que haja compatibilidade entre o nível de desenvolvimento e uma brincadeira, esta deve acompanhar o ritmo evolutivo da criança²². Assimilar uma nova brincadeira significa, nessa perspectiva, modificar esquemas para poder integrá-los; se os esquemas não estão preparados para uma nova situação, a criança desistirá da brincadeira oferecida. Assim, o interesse é assegurado pelas brincadeiras que facilitam a construção de novos esquemas.

Ao longo do desenvolvimento de Z, a brincadeira de imitação se torna mais sistemática aos 11 meses de idade e, a partir de então, vai se tornando cada dia mais elaborada a caminho dos jogos simbólicos e das primeiras palavras. O comportamento de Z diante das brincadeiras fornece alguns indícios que auxiliam a terapeuta a avaliar o interesse da criança e, assim, desencadear a imitação. O **olhar compartilhado** é um indicador de que a paciente está atenta e interessada pelo que é proposto. É pelo olhar da paciente no brinquedo e nos movimentos da terapeuta que se percebe o seu interesse pela proposta. Quando o olhar de Z não é mais compartilhado, a brincadeira muda.

Nota-se que, enquanto realiza os movimentos com os bonecos, a terapeuta ora olha para eles e ora para Z, a fim de checar se esta está atenta às brincadeiras, o que indica interesse pela atividade. O olhar compartilhado entre terapeuta, criança e brinquedo, de fato, estabelece a referência do objeto^{10, 23}; assim, o que acontece em uma brincadeira na qual a criança está atenta é muito mais fácil de ser aprendido do que nas tentativas de transferir a atenção dela para qualquer outra atividade.

Entre as inúmeras repetições que ocorrem em uma mesma brincadeira, deve ser oferecida à criança a oportunidade de dela participar, encorajando-a a imitar, vocalizar, estabelecer um diálogo, antes mesmo das primeiras palavras. Segundo Nery¹¹, a troca de turno favorece o desenvolvimento de linguagem oral e as situações de diálogo. No fragmento *Up and Down* – 1 (figuras 2 e 3; cenas de 1 a 4), a terapeuta repete a brincadeira várias vezes até que Z a imite e, depois disso, o faz até quando a paciente se mostra interessada.

Às primeiras emissões de Z são atribuídos sentidos dentro do contexto das brincadeiras, construídas entre a dupla terapeuta e criança, com a participação da mãe. Com isso, a paciente vai adquirindo confiança como falante em potencial, pois é entendida, e vai assim progredindo,

aumentando as tentativas de se comunicar com o outro. É nessa relação, estabelecida entre os interlocutores presentes, que vai sendo construída a história da criança, o seu desenvolvimento em direção às primeiras palavras, sendo que a participação da família é fundamental nesse processo.

No caso apresentado, os primeiros momentos do trabalho terapêutico eram centrados no desenvolvimento da habilidade de Z em perceber a presença e ausência dos sons; para tal tarefa, a terapeuta fazia brincadeiras com instrumentos para os sons fortes e médios, com músicas infantis e com a própria voz, junto com brinquedos adequados para a idade da paciente. Z apresentava então diferentes reações a esses sons, imitava alguns que eram emitidos pela terapeuta e brincava com as suas próprias emissões. No caso de Z, essa brincadeira vocálica demonstrava os ajustes no estabelecimento do *feedback* acústico articulatório, sendo acompanhada por variações na fala, como exclamações, simulação de choro e riso.

É no período de 7-10 meses que o bebê começa a apresentar produções controladas e bem formadas^{24,25}. Já outro estudo²² relata que as produções controladas acontecem no período de 4-8 meses, assim como a capacidade do bebê de protestar em certas situações por meio de vocalizações.

Por meio da repetição, a terapeuta ajudava a criança, então, a ajustar as suas emissões por meio do *feedback* acústico articulatório. Com isso, Z foi aperfeiçoando suas produções orais. Z neste momento não precisava mais de modelos; ela estava brincando com as palavras.

■ CONCLUSÕES

A clínica fonoaudiológica que trabalha com bebês e crianças pequenas deficientes auditivas envolve particularidades quando comparada àquela voltada para crianças mais velhas. Dentre essas particularidades, destacam-se então dois aspectos

principais: o enquadre e as características da intervenção terapêutica.

O enquadre envolvendo situação a três (terapeuta-bebê-mãe), permitiu ajustes somente naquilo que era necessário, sem interferir no que se mostrava saudável. O fonoaudiólogo atuou sobre o que fazia diferença nas situações interacionais entre mãe e bebê com deficiência auditiva: cuidados como falar perto dos microfones dos aparelhos de amplificação e instituir brincadeiras permeadas pela oralidade, com repetições. O espaço criado entre terapeuta-bebê-mãe é chamado, na perspectiva winnicottiana, de espaço potencial. O enquadre favoreceu a criação de jogos brincadeiras determinantes no desenvolvimento da linguagem da criança.

Os ajustes de expectativas quanto ao desenvolvimento da linguagem oral do bebê se dá a partir das situações criadas no contexto das sessões. No caso estudado, favoreceu a observação do potencial da criança, constantemente apontado pelo terapeuta. Ao longo do período estudado no caso Z, o desenvolvimento das habilidades de imitação, das oportunidades e do prazer da repetição, as brincadeiras construídas na relação terapeuta-criança-mãe levaram a paciente aos jogos simbólicos e a efetivar atribuições de sentido ao universo sonoro; assim, as primeiras emissões foram se tornando palavras em harmonia com o desenvolvimento cognitivo e afetivo.

Este estudo de caso permitiu a explicitação das particularidades do enquadre e das características do processo terapêutico no caso de bebês deficientes auditivos. Implica em que a formação do fonoaudiólogo inclua conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil dos primeiros anos de vida, sobre o processo de construção da relação mãe-bebê, aliados a técnicas terapêuticas que possibilitem transformações no contexto deste enquadre particular, assim como questões sobre o desenvolvimento de linguagem.

ABSTRACT

Purpose: to describe and discuss the setting in the therapeutic process of a hearing impaired baby and implications as for the clinical methods in speech and language pathology and therapy. **Method:** a case study through recordings of therapy sessions for a year. Parts of a selected session were described, transcribed, and analyzed. **Results:** the case studied was a baby that fails in a hearing screening with three days of life, who began therapeutic process and an indication of amplification devices when she was two months old. The settings showed several aspects that were specific to babies, as it follows ahead: size, furniture, and acoustics of therapy room; frequency of therapy sessions; presence of mother and /or other caretakers in the therapy room. Those were necessary but not sufficient for the therapeutic process aiming at language development. The potential room established in the relationship mother-baby-therapist was crucial to promote language development and to deal with family's expectations. The intervention in the first year can be named diagnostic intervention since it contributes to the diagnosis. **Conclusions:** the case studied allowed for discussing aspects related to the therapeutic setting and characteristics of the intervention process when the subject is a baby. The discussion implies that the speech pathologist and audiologist should have background in child development and on mother-baby relationship in the first years of life.

KEYWORDS: Hearing Loss; Rehabilitation of Hearing Impaired; Language Development

■ REFERÊNCIAS

1. Sininger YS, Martinez A, Eisenberg L, Christensen E, Grimes A, Hu J. Newborn hearing screening speeds diagnosis and access to intervention by 20-25 months. *J Am Acad audiol.* 2009;20:49-57.
2. Vohr B, Jodoin-Krauzyk J, Tucker R, Johnson MJ, Topol D et al. Early Language outcomes of early-identified infants with permanent hearing loss at 12 to 16 months of age. *Pediatrics.* 2008;122(3):535-44.
3. Moeller MP, Hoover B, Putman C, Arbataitis K et al. Vocalizations of Infants with Hearing Loss Compared with Infants with Normal Hearing: Part I – Phonetic Development. *Ear Hear.* 2007; 28(5):605-27.
4. Halpin KS, Smith KY, Widen JE, Chertoff ME. Effects of Universal Newborn Hearing Screening on an Early Intervention Program for Children with Hearing loss, Birth to 3 Yr of age. *J Am Acad Audiol.* 2010;21: 169-75.
5. Moller, MP. Optimizing early word learning in infants with hearing loss. *Audiology Today.* 2010;19-27.
6. Novaes, BCAC e Mendes, B. *Habilitação Auditiva: intervenção em bebês e crianças pequenas. Tratado de Otorrinolaringologia da ABORL.* [no prelo].
7. Cole, EB e Flexer, C. *Children with hearing loss: developing listening and talking.* San Diego : Plural Publishing, 2007.
8. Dias, EO. *A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott.* Rio de Janeiro : Imago, 2003.
9. Herrmann F. *A moldura da clínica. Clínica Psicanalítica: a arte da interpretação.* 2 Ed. São Paulo : Brasiliense, 1993.p.33-48.
10. Chelucci LSO, Novaes BC. Contar histórias com livros infantis: caracterização da interação das díades mãe ouvinte/criança com deficiência auditiva e mãe ouvinte criança ouvinte. *Distúrb Comun.* 2005;17(1):49-67.
11. Nery DM, Novaes BC. Identificação de estratégias no processo terapêutico de uma criança deficiente auditiva. *Distúrb Comun.* 2001;13(1):49-67.
12. Anauate C, Amirallian MLTM. A importância da intervenção precoce com pais de bebês que nascem com alguma deficiência. *Educ Rev [on line].* 2007; 30:197-210.
13. Safrá G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: Silva MEL. *Investigação e psicanálise.* Campinas : Papyrus, 1993.
14. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-14.
15. Tait DM. *Video analysis: monitoring progressing young cochlear implant users.* Nottingham: Carneval, 1992.
16. American Academy of Pediatrics. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics.* 2007;120(4):898-921.
17. Bagatto M, Scollie SD, Hyde M, Seewald R. Protocol for the provision of amplification within the Ontario Infant Hearing Program. *Int J Audiol.* 2010;49:s70-9.

18. King, AM. The national protocol for pediatric amplification in Australia. *Int J Audiol.* 2010; 49:S69.
19. Versolatto-Cavanaugh MC, Novaes BCAC, Martinez MANS, Mendes BCA. Audiometria de refôço visual em crianças de cinco a nove meses de idade: repercursões do desenvolvimento sensório motor e características individuais. *Distúrb Comun.* 2009; 21(2):207-17.
20. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis Media and Speech and language: A meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics.* 2004; 113:e238-48.
21. Roberts J, Hunter L, Gravel J, Rosenfeld R, Berman S, Haggard M, Hall J, Lannon C, Moore D, Vernon-Feagans L, Wallace I. Otitis Media, hearing loss and language learning: Controversies and current research. *Developmental and behavioral pediatrics.* 2004; 25(2):1-13.
22. Ushakova, TN. Language emergence in infants. *European Psychologist.* 2000; 5(4):285-92.
23. Locke, JL. Desenvolvimento da capacidade para linguagem falada. In: Fletcher D, MacWhinney B. *Comêndio da Linguagem da criança.* Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.
24. Oller DK, Eilers RE. The role of audition in infants babbling. *Child Dev.* 1988; 59(2):441-9.
25. Bass-Ringdahl SM. The relationship of audibility and the development of canonical babbling in young children with hearing impairment. *J deaf stud deaf educ.* 2011; 15(3):287-310.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000036>

RECEBIDO EM: 29/06/2011

ACEITO EM: 25/09/2011

Endereço para correspondência:
Renata de Souza Lima Figueiredo
Rua Alagoas, 475 apto 4C
São Paulo – SP
CEP: 01242-001
E-mail: rsl.figueiredo@gmail.com