

A Importância da Interdisciplinaridade no Atendimento Precoce da Criança Portadora de Surdez

Olga Passos¹

Introdução

Para falar de Interdisciplinaridade e Atendimento Precoce é preciso falar do olhar... da nossa forma de ver a criança, do *setting* terapêutico e da própria vida. E se falando de vida, principalmente, é preciso falar do início dela. Sabemos que a vida inicia bem antes do nascimento, ou seja, no momento mágico da concepção. E é ali predeterminada que toda uma história, sonhada e/ou predeterminada, toma curso. Mas, o bebê idealizado, muitas vezes não é o que nasceu. E por quê?

Ao unirem-se espermatozóide e óvulo, formando um ovo, que se multiplicará em centenas de células (precuroras dos futuros órgãos), o embrião já tem existência. No **primeiro mês**, com apenas cinco milímetros, inicia-se a formação do coração, tubo neural (de onde derivam cérebro e medula), aparelho digestivo, braços e pernas, olhos e orelhas. Esta é uma época muito importante e agravos à mãe podem ser fatais para o bebê. Exames como hemograma, pesquisa de fator Rh, exame de urina, papanicolau, pesquisa dos anticorpos de rubéola, VDRL (sífilis), entre outros, ajudam na prevenção. Seria interessante que o casal tivesse planejado a gestação e, então, através de um pré-nupcial, avaliasse possíveis questões genéticas, metabólicas ou medicamentosas e a presença de toxoplasmose, sífilis etc. Aqui o caráter multidisciplinar já se implantaria, pois a vida dessa futura família se delinaria acom-



panhada em sua Saúde e Educação preventivas, tanto pelo geneticista quanto pelo ginecologista.

Na **quinta semana**, com três centímetros, percebem-se os batimentos cardíacos, formam-se os olhos, orelhas, boca e fossas nasais. Nesta época podem ocorrer

¹ Mestra em Educação pela UERJ; médica; psicoterapeuta; psicopedagoga e fonoaudióloga.

as malformações congênitas, que repercutirão nos órgãos fonoarticulatórios. Na **décima primeira semana** irão se desenvolver outros órgãos e os sistemas circulatório e urinário. Também os órgãos genitais e as linhas do rosto já são percebidos. Sob a derme, as terminações nervosas se desenvolvem. O feto consegue reconhecer os sons da respiração materna, dos batimentos cardíacos e da sua voz. Os primeiros movimentos são produzidos e já pratica a sucção.

A partir da **décima quarta semana**, os órgãos internos já estão formados. Há pele, cabelos e boca.

Em todo esse tempo o bebê é apenas imaginado, de uma forma romântica. Cabe ao ginecologista/obstetra dar à mãe informações que a preparem para aceitar possíveis intercorrências. Com **vinte semanas** já se podem perceber os órgãos genitais com exatidão, determinando o sexo. Nesta fase, o obstetra tem informações suficientes para orientar-se rumo ao futuro parto, prevendo os possíveis agravos. Pressão arterial, tipo de implantação, líquido amniótico, análise comparativa de ultrassonografia, ecografia e exames como hemograma completo, pesquisa de fator Rh, exame de urina, papanicolau, exames para os anticorpos de rubéola, VDRL (sífilis), entre outros, facilitarão a seleção dos profissionais a interagirem até o parto.

Ao **sexto mês**, com trinta e três centímetros, o feto já desenvolveu os cinco sentidos: visão, audição, olfato, tato e paladar. Reage a estímulos externos, percebendo ruídos da mãe (cardíacos e intestinais) e movimenta-se ativamente. No **sétimo mês**, com o sistema nervoso cada vez mais especializado, tem várias reações, como abrir e fechar os olhos. Os pulmões se desenvolvem. Somente no **oitavo mês** a audição se completa e já consegue reconhecer a voz das pessoas, assim como outros sons, principalmente os graves. Ao nascer, no nono mês, tem aproximadamente três quilos e trezentos gramas e mede em torno de quarenta e oito a cinquenta e dois centímetros. À sua volta uma grande equipe: obstetra, auxiliares, pediatra, anestesista etc. A interdisciplinaridade deveria anteceder à chegada da díade mãe-bebê à sala de parto, ou, no mínimo, estar presente nela...E nunca inexistir...

E a criança? Está pronta para a vida.

Após o nascimento, o bebê passa por uma série de avaliações e testes, assim como realiza o exame do pezinho e a avaliação audiométrica. Novamente outro ator vem à cena, o fonoaudiólogo, que, se constatar alguma alteração expressiva, encaminhará a criança para maiores pesquisas e tratamentos.

Interdisciplinaridade

A estruturação das equipes de atendimento, nos últimos tempos, tem passado por importantes reformulações. Evoluíram as atitudes, a relação interpessoal e o olhar que se torna mais globalizado, pois a indispensável necessidade de pontes entre as diferentes disciplinas atestou o surgimento da pluridisciplinaridade e da interdisciplinaridade em meados do século XX.

Entende-se a **pluridisciplinaridade** como estudo de um tópico de pesquisa, não apenas em uma disciplina, mas em várias ao mesmo tempo.

A **multidisciplinaridade** acresce um “plus” à disciplina em questão, mas esse “plus” está a serviço da disciplina-foco. A abordagem multidisciplinar ultrapassa as

fronteiras disciplinares, enquanto sua meta permanece limitada no quadro de referência da pesquisa disciplinar. A atitude **multidisciplinar** é representada pela justaposição de vários profissionais, sem nenhuma tentativa de síntese, onde cada um se atém à sua função.

Já a **Interdisciplinaridade** tem um objetivo diferente da **multidisciplinaridade**. Ela diz respeito à transferência de métodos de uma disciplina à outra. Podem-se distinguir três graus de interdisciplinaridade: 1) Grau de aplicação. Quando, por exemplo, a Medicina se beneficia de métodos da Física para elaborar um tratamento com *laser* para cura de câncer. 2) Grau epistemológico. Por exemplo, transferindo os métodos da lógica formal para a área do Direito Geral, geram análises interessantes de epistemologia do Direito; 3) Um grau de geração de novas disciplinas. Por exemplo, quando métodos da Matemática foram transferidos para a Física, geraram a Física Matemática e, transferindo métodos computacionais para a arte, obteve-se a arte computacional. A ação **Interdisciplinar** congrega a síntese de duas ou várias disciplinas, instaurando um novo nível do discurso, caracterizado por uma nova linguagem descritiva e novas relações estruturais. *“Esta interação pode ir desde a simples comunicação das idéias até a integração mútua dos conceitos-chaves, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos processamentos dos dados e da organização da pesquisa e do ensino”*. (Coletânea de diversos autores, La Pluridisciplinarité. Paris, PUF, 1986)

Como o prefixo “trans” indica, a transdisciplinaridade diz respeito ao que está, ao mesmo tempo, *entre* as disciplinas, *através* das diferentes disciplinas e *além* de todas as disciplinas. Seu objetivo é a *compreensão do mundo presente*, e um dos imperativos para isto é a unidade do conhecimento. Busca o reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade.

Atendimento precoce da criança portadora de surdez

No Brasil, 65% das perdas auditivas são adquiridas, enquanto que as perdas genéticas avultam em 4%. Portanto, mais de 50% dos casos de surdez poderiam ser evitados. A falta de prevenção das doenças infecto-contagiosas vem aumentando a prevalência da surdez adquirida, seja ela congênita ou não. As principais causas da surdez são a meningite, que causa surdez na pessoa independentemente da idade, quando não é tratada a tempo, ou se for do tipo agudo; a rubéola na gestante, pois as crianças geradas de mães que contraíram rubéola durante a gravidez têm quase 100% de risco de nascerem surdas, principalmente se esta ocorrer até o quarto mês de gestação. Somente a vacinação pode contribuir para evitar-se este último agravo; os acidentes produzidos quando a criança introduz objetos no ouvido, causando perfurações e a poluição sonora já são causas de alerta de médicos. Desde o barulho das cidades, como o do próprio volume de aparelhos elétricos, como TV, fones de ouvido, ruídos de trânsitos etc, têm sido considerados grandes inimigos do ouvido e podem levar, principalmente as crianças menores, a algum distúrbio da audição.

Houve tempo em que as atenções estavam mais voltadas ao diagnóstico precoce. Atualmente, a grande preocupação é também a intervenção. O Joint Committee on Infant Hearing – JCIH (2000) recomenda que a Triagem Auditiva deve ser objeti-

va, através de medições fisiológicas, principalmente por Emissões Otoacústicas, Audiometria de Tronco Cerebral (ABR) e Imitanciometria. A avaliação médica e fisiológica deve ser feita antes dos 3 meses e o diagnóstico e a intervenção antes dos 6 meses de idade. Todas as crianças identificadas com risco de deficiência auditiva de aparecimento tardio ou progressivo devem ser acompanhadas até os três anos de idade, independente dos resultados da triagem.

Programas de intervenção adequados devem ter olhares também sobre a família, provocando situações que reproduzam o ambiente familiar, onde as famílias tenham condições de, juntamente com suas crianças deficientes auditivas, experimentar situações do seu cotidiano, que auxiliem no desenvolvimento emocional, afetivo e cognitivo destes pequenos, sendo determinantes para este tipo de trabalho.

A equipe interdisciplinar no tratamento precoce

Para a equipe interdisciplinar, é importante realizar a **Triagem Auditiva Universal**, a **Avaliação Audiológica** e a **Intervenção Centrada na Família**, sempre havendo o intercâmbio entre os Pediatras, Otorrinolaringologistas e Fonoaudiólogos, para que sejam efetivadas campanhas periódicas, atraindo mais crianças para submeterem-se à avaliação.

A evolução das formas de abordar o paciente e a urgência em obter soluções fizeram com que o médico e outros profissionais rompessem o isolamento multiprofissional /ou disciplinar, inaugurando a era da interdisciplinaridade.

Para desenvolver as habilidades e competências que o qualifiquem no atendimento precoce de uma **criança portadora de surdez**, o profissional deve adquirir conhecimentos tanto das ciências biomédicas, quanto das humanas e sociais; a Física, a Política Pública e a Ética, além dos conhecimentos específicos relativos à linguagem, voz, audição e sistema sensório-motor são valorizadas. Enfim, acompanhando a interdisciplinaridade, este atuará como generalista, demonstrando princípios humanistas; interagindo nas relações sociais e ampliando o entendimento da realidade; sendo habilitado pelo conhecimento técnico-científico e sustentado por uma postura ética e crítico-reflexiva, visando atuar na saúde e na educação ou nos campos clínico-terapêutico e preventivo. Assim, tentam-se evitar os danos causados pela deficiência auditiva, que resultam quase sempre em dificuldades no aprendizado e, conseqüentemente, em um baixo nível de educação, além de afetar a linguagem, a cognição e o desenvolvimento sócio-emocional.

Pesquisas constataam que os bebês respondem aos tratamentos de habilitação mais facilmente no período que vai do diagnóstico até 1 ano de vida. Por isso, é fundamental que o diagnóstico das deficiências seja feito durante os primeiros meses. No que se refere à surdez da criança, é irrefutável que se desenvolva um programa preventivo. Lamentavelmente, os serviços de saúde ainda não fornecem exames de deficiência auditiva; portanto, cabe à família a identificação do problema. Só que, também aqui, o grupo familiar apenas percebe os problemas quando a criança não responde aos chamados ou não desenvolve a fala. E mesmo que a família tenha percebido a deficiência auditiva na criança antes de ela completar o primeiro ano de vida, a confirmação por exames e a conseqüente habilitação só têm acontecido por volta dos 30 meses, muito tarde, portanto, para que se aproveite

o período em que o sistema nervoso está em sua máxima capacidade de responder à estimulação, qualquer que seja ela.

As condições para que o atendimento possa ser considerado como precoce dependem de dois tipos de critérios: da idade cronológica ao início do tratamento e das manifestações clínicas apresentadas. Vale ressaltar as diferenças entre “Tratamento por Estimulação Precoce” e “Estimulação Precoce” propriamente dito, o que, para BRANDÃO (1989), demonstra claramente o campo de ação terapêutico em relação ao atendimento familiar e/ou pedagógico: *“Todo bebê, independente de qualquer anomalia ou condição de risco, precisa ser estimulado para que o desenvolvimento funcional do sistema nervoso progrida de modo adequado; sem esta estimulação (mediação), seu desenvolvimento será certamente prejudicado. Os pais e as pessoas que com ele convivem, proporcionam estímulos para seu desenvolvimento. Este conjunto de estimulação proporcionado pelos que cuidam da criança, com ou sem orientação, constitui o que se compreende por **estimulação precoce**. O tratamento por estimulação precoce, por outro lado, é indicado para corrigir o desenvolvimento alterado ou anormal, e deverá ser executado sempre por uma equipe especializada, embora com a cooperação dos pais, professores e demais pessoas que convivem com a criança. O objetivo da **estimulação precoce**, então, é facilitar o desenvolvimento harmonioso de todas as funções do sistema nervoso em crianças normais ou com atrasos. O objetivo do **tratamento por estimulação precoce** é facilitar e corrigir o desenvolvimento anormal das faculdades do sistema nervoso na criança deficiente, com atraso, lesão do sistema nervoso ou de órgãos sensoriais receptores perceptíveis em avaliação diagnóstica pós-natal.”*

Para Vanda Gimenes Gonçalves, Neurologista Infantil criadora e coordenadora do Giadi – Grupo Interdisciplinar de Avaliação do Desenvolvimento Infantil do Hospital das Clínicas da Unicamp, Campinas, São Paulo, o uso de exames mais específicos é importante, porque até mesmo pediatras experientes podem se enganar na avaliação do desenvolvimento dos bebês. Isso porque, quando a criança tem uma privação de um sentido, os outros podem se desenvolver mais para suprir aquela deficiência. Um bebê com problemas auditivos pode ter a capacidade visual mais aguçada do que um bebê normal e “enganar” o médico na hora da consulta. Essas crianças geralmente respondem a estímulos visuais quando se pensa que estão respondendo a estímulos sonoros.

Só o cuidar atento de uma equipe integrada demonstrará que *“se um problema é diagnosticado precocemente e a criança é submetida a um tratamento especializado, ela pode se recuperar totalmente. Na pior das hipóteses, sua deficiência sempre será mais leve do que a de uma criança que não foi reabilitada. Isso traz uma enorme diferença na vida desse indivíduo e na de sua família”*.

Resta-nos desejar que enfim caminhemos para a TRANSDISCIPLINARIDADE, pois essa abordagem, transformadora de paradigmas, viabilizará um outro olhar, uma outra escuta nos espaços que pretendem dar atenção às crianças especiais, pois *Transdisciplinaridade é mais que tudo... é uma atitude, é um espaço, é ciência que gera tecnologia, arte etc...Enfim, sua atitude é verdadeiramente Inclusiva.*

Referências Bibliográficas

- BEVILACQUA, M. C.; FORMIGONI, G.M. P. *Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva*. São Paulo: Pró- Fono, 1997.
- BEVILACQUA, M. C.; MORET, A. L. M. Reabilitação e Implante Coclear. In: LOPES FILHO, O. de C. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 1997.
- BRANDÃO, Juércio Samarão et alli. *Bases do tratamento para estimulação precoce da paralisia cerebral*. São Paulo: Mennon, 1982.
- LÖWE, A. *Detección Diagnóstico y tratamiento temprano en los niños con problemas de audición*, Buenos Aires, Armin 2 ed.: Panamericana, 1987.
- PÉREZ-RAMOS, Aidyl M. Queiroz. *Estimulação precoce: serviços, programas e currículos*. Brasília, DF: Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para Pessoa Portadora de Deficiência. 2ª ed. 1992.
- SANTOS, T. M. M. *A evolução da audição em crianças deficientes auditivas por meningite bacteriana*. Tese de Doutorado em Distúrbios da Comunicação. E.P.M. São Paulo, 1994.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Novo manual de follow-up do recém-nascido de alto risco*. São Paulo: Serviço de informações científicas Nestlé. Biênio 92/94.
- VIGOTSKY, Lev Semyonovich *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes. 1989.