

Mônica Claire

Fonoaudióloga e
Professora especializada
em deficiente auditivo

A identificação da deficiência auditiva: em busca do diagnóstico preciso

Introdução

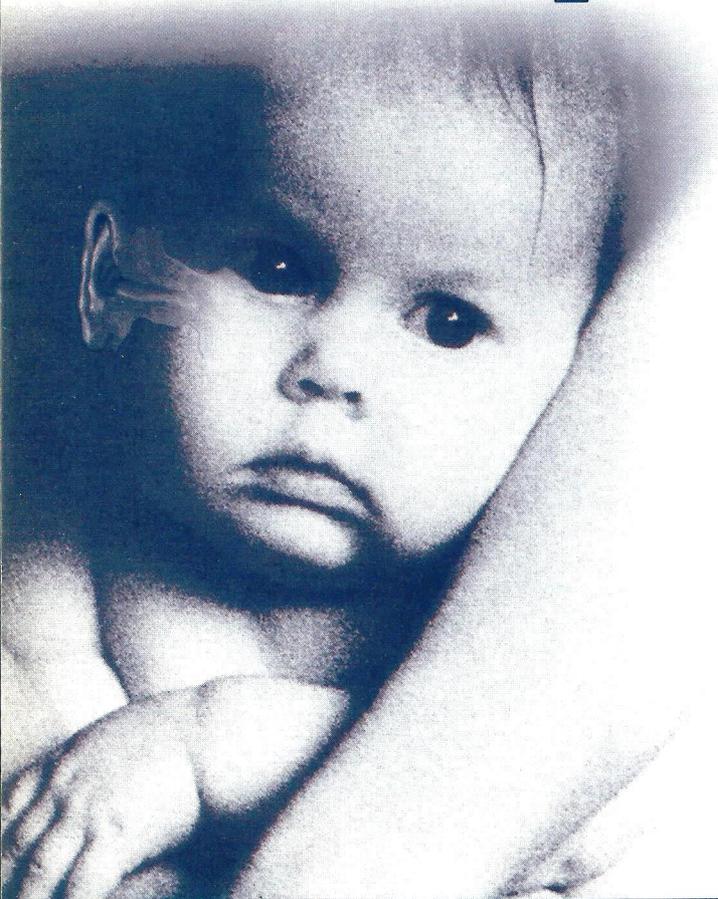
A investigação científica na área da surdez no Brasil ainda é tímida e merece a atenção dos fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas tanto nos aspectos profiláticos como reabilitativos e educativos.

A preocupação fundamental dos profissionais ligados à audição tem sido o aprimoramento científico e a tentativa de alcançar técnicas cirúrgicas e reabilitativas capazes de integrar o indivíduo sensorialmente deficiente numa sociedade cuja linguagem oral é o principal meio de troca.

Observo e acompanho, com muito respeito, a árdua e contínua luta da família e do paciente a favor desta linguagem eficiente e percebo a necessidade de se avaliar a situação em questão, já que os esforços do núcleo familiar, da ciência e dos recursos terapêuticos não têm alcançado resultados proporcionais ao investimento realizado.

Sabe-se que o portador de deficiência auditiva pré-lingüística terá como perda primária sua linguagem oral, e pode-se inferir que sua participação social e profissional no grupo de normouvintes fique diminuída, assim como as chances de utilização dos recursos lingüísticos para a aquisição de outros conhecimentos mais abrangentes.

Tem-se observado, na prática clínica, que alguns fatores extrínsecos ao indivíduo como a identificação precoce do déficit, seguida de imediata protetização e programas educacionais é primordial, principalmente nos casos de surdez severa e profunda, para o alcance de uma comunicação eficiente. A literatura que comenta a importância de se diagnosticar e encaminhar para a terapia fonoaudiológica a criança surda, especialmente no primeiro ano de vida, é vasta e confirma nossa observação empírica. (Alpiner, 1982; Lewis, 1987; Northern, 1994).



Greenstein et al. (1976) realizaram estudo para verificar a veracidade desta observação em uma escola de deficientes auditivos e relataram que as crianças com perda profunda admitidas antes dos 16 meses de idade também atingiram habilidades lingüísticas superiores àquelas admitidas entre 16 e 24 meses.

Mc Kay, Harrison e col (1978), num estudo com crianças carentes concluíram que independente do tempo de tratamento, aquelas que foram estimuladas antes, adquiriram maiores habilidades cognitivas gerais e que o fator determinante foi o início do tratamento. Ainda na opinião destes autores o retardo cognitivo é menos plástico à modificação com o aumento da idade.

A teoria de períodos críticos sustenta esta verificação e justifica com bastante propriedade a estimulação o mais cedo possível. Segundo ela, há certos períodos no desenvolvimento nos quais o organismo é programado para receber e utilizar tipos particulares de estímulos e que com o passar do tempo, este estímulo terá sua potência diminuída afetando menos o desenvolvimento do organismo (Northern, Downs, 1989).

Fonseca (1995), alerta para os problemas psicossociais advindos da comunicação não eficiente exemplificando com o grande isolamento que estes indivíduos podem viver.

Acrescenta, ainda, que uma das formas de se evitar estas dificuldades é através do diagnóstico nas primeiras fases da vida, pois a possibilidade de se comunicar com outrem e se integrar socialmente poderia evitar estas conseqüências negativas.

Um programa de detecção precoce da surdez que obtenha sucesso segundo o "JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING 1994 POSITION STATEMENT" deve identificar as crianças possíveis portadoras da patologia antes dos 3 meses de vida. Ainda na opinião deste comitê, o intervalo de tempo entre a suspeita e o diagnóstico deva ser de no máximo 45 dias, tempo suficiente para confirmação e planejamento terapêuticos (JOCH, 1994). Este posicionamento foi aprovado pela Associação Americana de fala — linguagem pela Academia Americana de pediatria, Academia americana de Audiologia e Academia Americana de Otorrinolaringologia — cirurgia de cabeça e pescoço.

A orientação do comitê, é a de que seja realizado um "screening universal" ou melhor, todos os recém-nascidos (e não somente aquelas crianças com alto risco para deficiência auditiva como em épocas anteriores) devam ser submetidos à *screening* audiológico ainda no hospital e aqueles com suspeita, enca-

minhados à avaliação audiológica convencional.

Estas recomendações são indicadas para a triagem de crianças com perda auditiva congênita, mas pacientes que adquirem a meningite também devem ser avaliados em relação à possibilidade de seqüela auditiva, pois um período de 3 meses sem intervenção profissional especializada já é suficiente para que a criança pós-lingüística tenha regressão drástica de sua linguagem. Os recursos da reabilitação aplicados *a tempo* podem manter a comunicação infantil evitando perdas e conseqüências emocionais sérias como as com que nos defrontamos.

Os procedimentos depen-

"A orientação do comitê, é a de que seja realizado um 'screening universal' ou melhor, todos os recém-nascidos (...) devam ser submetidos à screening audiológico ainda no hospital"

dem das condições da instituição, sendo que são sugeridas a triagem pela "otoamissão acústica", a "audiometria de tronco cerebral" (BERA) e a avaliação do comportamento auditivo. No Brasil, alguns hospitais têm se sensibilizado da importância diagnóstica precoce e desenvolvido setores de triagem auditiva em recém-natos, embora a reali-

dade ainda esteja distante da considerada ideal. (Azevedo, 1995; CHAPCHAP, 1991).

Em 1995 realizaram-se debates no Fórum de criança e audição sendo recomendado o desenvolvimento de promoção à saúde e prevenção de deficiências auditivas através de campanhas de imunização, atendimento pré-natal, boas condições de parto, acesso aos serviços de saúde, melhores condições de nutrição, saneamento básico, etc. em atenção primária à saúde. Sugere-se a triagem auditiva nas unidades básicas de saúde, nas maternidades, creches e escolas e encaminhamento daqueles casos suspeitos a locais especializados (atenção secundária ou terciária) (Lewis e col., 1995).

Segundo Alpiner e Mc Carthy (1987), a incidência e prevalência da perda auditiva na população dos E.U.A. é suficientemente alta para justificar o *screening* em massa. Ao que parece, o período neonatal é a melhor e mais prática época para se realizar um *screening* audiológico. Mais recentemente, Northern (1995) alerta que, em vista da aplicação do *screening* audiológico universal, isto é, em todas as crianças que nascem nos hospitais, o índice de 1:100 diminuiu para 1:500, ou seja, de cada 500 crianças nascidas,

uma é portadora de deficiência auditiva.

A iniciativa destes profissionais em parceria com a Academia Americana de Audiologia e órgãos federais americanos como o "Healthy People 2000" alertam para a importância quanto à precocidade do diagnóstico.

A proposta essencial deste trabalho é a de que pais, paci-

ocorre imediato ao diagnóstico. Ainda sob estes aspectos, pretendo, em caso de atraso no processo, classificar os motivos que o justificam.

Com a finalidade de implementar recursos na direção do diagnóstico preciso pretendo levantar, qual a pessoa no universo médico ou familiar que primeiro suspeita da surdez e qual o comportamento infantil que justifica a hipótese da deficiência auditiva na criança.

Material e Métodos

Para a realização deste trabalho usou-se a forma de um levantamento. O pesquisador realizou um roteiro para entrevistas informais com pais de crianças deficientes auditivas neurosensoriais bilaterais.

A população constou de 82 casos de perda auditiva que foram classificados em grupos:

GRUPO 1 — Perda auditiva congênita de grau severo a profundo (T=46) 56.10%

GRUPO 2 — Perda auditiva congênita de grau leve a moderado (T=15) 18.30%

GRUPO 3 — Perda auditiva adquirida de qualquer grau por seqüela de meningite (T=21) 25.60%

Baseando-se nas considerações do "JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING" (1994) e nos diversos estudos que defendem o diagnóstico

"Segundo Alpiner e Mc Carthy (1987), a incidência e prevalência da perda auditiva na população dos E.U.A. é suficientemente alta para justificar o screening em massa."

entes, reabilitadores, médicas e educadores a quem me refiro como "sujeitos envolvidos" lancem mão do recurso que eu chamaria de **diagnóstico preciso** como um, entre outros meios importantes para que a luta diária entre o paciente e a impedância da sociedade seja amenizada.

Objetivos

Procurarei avaliar se existe um **diagnóstico preciso** na população atendida por uma clínica particular, isto é, se as crianças com surdez têm sido identificadas e diagnosticadas até o primeiro ano de vida e se a indicação do Aparelho de Amplificação sonora

“precoce” resolveu-se, para este trabalho, considerar diagnóstico preciso ou diagnóstico a tempo ideal:

- A identificação da deficiência auditiva *congenita* até os 6 meses de vida;

- O diagnóstico da perda auditiva *congenita* até os 12 meses de vida;

- O diagnóstico da perda auditiva *pós-natal* por meningite imediatamente à alta hospitalar, isto é, até 3 meses após.

Resultados

As primeiras pessoas a suspeitarem de alguma alteração com a criança são da própria família (84.18%). Destes, 40.26% responderam que a mãe foi a responsável por esta identificação enquanto outros 43.92% não souberam discriminar quem, no âmbito familiar identificou a surdez. Apenas 7 casos dos 82 entrevistados (8.54%) referiram que o médico foi quem primeiro suspeitou de uma deficiência auditiva.

A variável “grau da perda auditiva” parece ter influenciado a época da identificação da criança, ou seja, quanto

maior o grau de surdez, mais rápida a identificação e quanto menor o grau, mais demorada. No GRUPO 1, 32.60% dos entrevistados responderam ter suspeitado de alguma alteração antes dos 6 meses de vida. Outros 47.80% perceberam comportamentos diferentes nas crianças apenas entre os 6 e os 18 meses. O GRUPO2 não registrou nenhum caso de identificação antes dos 6 meses e o maior

“O aparecimento da linguagem em época tardia foi o comportamento que despertou a suspeita em 50% dos indivíduos enquanto outros 25% foram levados à suspeita devido a ‘respostas assistemáticas aos sons’ (...)”

número de suspeitas também ocorreu entre 06 e 18 meses de vida (60%). Observou-se no GRUPO 3 um maior número de suspeitas entre 00 a 03 meses após a alta hospitalar (57.20%) enquanto 33.30% entre 03 e 20 meses após a alta.

O atraso na identificação da surdez assim como um número maior de casos identificados após os 24 meses (26.68%) nas perdas leve e moderada (GRUPO 2) podem ser justificados pelo comportamento destas crianças que, na maioria das vezes coloca em dúvida a opinião de pais e médicos. O aparecimento da linguagem em época tardia foi o comportamento que despertou a suspeita em 50%

dos indivíduos enquanto outros 25% foram levados à suspeita devido a “respostas assistemáticas aos sons” e os demais 25% a “não reação a estímulos auditivos”. A “ausência de respostas a sons” foi o comportamento que despertou a suspeita nos casos de surdez severa a profunda (GRUPO 1) em 64.10% dos entrevistados.

O diagnóstico de surdez no GRUPO 1 aconteceu principalmente entre os 12 e 24 meses de idade (54.25%), sendo que no GRUPO 2 foram diagnosticados mais tardiamente, após os 24 meses de vida (60%). O GRUPO 3 foi diagnosticado em 42.84% dos casos de 0 a 3 meses após a

saída do hospital, mas muitas crianças, mesmo tendo adquirido uma infecção importante só foram diagnosticadas de 04 a 12 meses após a doença (33.32%). A média de tempo definida neste trabalho entre a identificação da surdez e o diagnóstico foi, no GRUPO 1 de 10 meses, no GRUPO2 de 18 meses e no GRUPO 3, de 5.15 meses.

Questionados em relação aos motivos que pudessem ter levado a um diagnóstico tardio, as respostas indicaram que: 43.84% foram por negligência médica (médico desconsiderou a suspeita, médico pede para voltar quando a criança crescer, avaliação pediátrica mal feita, médico pede outras avaliações, mas

não uma avaliação audiológica). 21.92% dos pais são conscientes que tiveram dificuldades para aceitar a patologia e 13.70% simplesmente não perceberam que a criança pudesse ter alguma deficiência. As justificativas apontadas pelos pais de crianças do GRUPO 3 também são sérias: 50% das famílias não foram orientadas no hospital das possíveis seqüelas auditivas que esta doença pode acarretar e em 32.35% dos casos também verificou-se negligência médica pelos mesmos motivos já citados anteriormente.

A indicação do A.A.S.I. foi feita em média 6.28 meses após o diagnóstico da patologia. Na maior parte dos casos, de forma imediata num intervalo de até 1 mês deste (47.56%), mas ainda grande parte num intervalo de até 12 meses após fechado o diagnóstico (34.15%). Nestas crianças onde foi definido um tempo maior entre o diagnóstico e a indicação do A.A.S.I. levantaram-se os seguintes fatores como determinantes da demora: 38.85% por desinformação médica, 38.85% por motivos financeiros e 22.20%, pois os pais tiveram dificuldades de aceitação da perda.

Conclusões

- 1 A identificação da deficiência auditiva na população de crianças com perda auditiva congênita foi feita principalmente pela mãe e familiares. O pediatra, primeiro profissional a ter contato com a criança não tem detectado a patologia e quando solicitado a opinar nestes casos, este profissional não se mostra ainda preparado a conduzir o diagnóstico.
- 2 As crianças *não* têm sido identificadas e diagnosticadas na época considerada *ideal* (0 a 12 meses). Verificou-se ainda uma demora de 10 meses em média do período da suspeita até o diagnóstico da patologia.
- 3 Verificou-se uma relação inversa entre o grau de acometimento da audição e a idade em que as crianças têm sido identificadas e diagnosticadas. Isto é, perdas leves e moderadas têm sua suspeita e confirmação mais tardiamente em relação às perdas mais significativas.
- 4 Os motivos responsáveis pela demora apontados pelos pais são, principalmente, falta de informação médica quanto às possibilidades diagnósticas (idade e recursos) em audiologia infantil assim como a dificuldade da família em aceitar a deficiência.
- 5 Em relação às surdez pós-meningíticas, além do acima exposto, verificou-se que, quantitativamente, grande parte destes tem seu diagnóstico *imediato à saída do hospital*, mas por *insistência da família*, já que observou-se pouca consideração pelos profissionais envolvidos quanto à hipótese do paciente ter adquirido como seqüela da doença uma perda auditiva.

Assim, fica comprovado que é necessário afirmar à população e aos profissionais envolvidos seu papel de colaboradores no diagnóstico da deficiência auditiva, encaminhando o paciente para uma avaliação especializada em caso de levantamento de suspeita, já que suas ações se não bem planejadas e fundamentadas, podem interferir de forma direta no desenvolvimento destas crianças e de suas famílias.

Referências Bibliográficas

- ALPNER, J., McCARTHY, P. Rehabilitative audiology. Baltimore: Williams and Wilkins, 1982.
- AZEVEDO, M.F. Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco. Ed. Plexus, São Paulo, 1995.
- BEE, H. A criança em desenvolvimento. 3ª ed. São Paulo: Ed. Harbra, 1986
- CHAP CHAP, Mj. Detecção precoce da deficiência auditiva. IN: Azevedo, M.F. Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco. Ed. Plexus, São Paulo, 1995.
- FONSECA, V. A assimetria na relação mãe- filho. II Seminário Internacional de Audiologia. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1995.
- GREENSTEIN et al. Lexington School for the deaf. In: NORTHERN, J., DOWNS, M. Audição em crianças. 3ª ed. São Paulo: Manole, 1989.
- JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING 1994 POSITION STATEMENT-1994.
- KEANE, W.N., POTSEC, W.P., ROWE, L.D and KONKLE, D. Meningites and hearing loss in children. ARCH. Otolaryngol. 105-39 1979
- LEWIS, D. Audição: um procedimento de avaliação para crianças entre 5 meses e 2 anos de idade. São Paulo: PUC, 1987. (Dissertação, mestrado)
- LEWIS e col. Fórum de debates: criança e audição- X Encontro Internacional de Audiologia, 1995
- LIMA, E; ZAMPIERI, M. ALMEIDA, E. Diagnóstico: quem descobre a deficiência auditiva?. Revista Distúrbios da Comunicação, vol 5, n. 1, 1992.
- McKAY, HARRISON et al. Improving cognitive ability in chronically deprived children. Science, v. 200, p.270-278 1978.
- NORTHERN, J., DOWNS, M. Audição em crianças. 3ª ed. São Paulo: Manole, 1989.
- NORTHERN, J. Universal screening for infant hearing impairment: necessary, beneficial and justifiable. Audiology Today, Bulletin of the American Academy of Audiology, v. 6, n. 2, May/June 1994.
- NOVAES, B. Hearing Impairment children in São Paulo, Brazil: Knowledge and attitudes of mothers regarding hearing impairment and early intervention programs and the implication for habilitation. Tese de doutorado. Columbia University 1986. In: Lewis, D. Audição: um procedimento de avaliação para crianças entre 5 meses e 2 anos de idade. São Paulo, PUC 1987. (Dissertação, Mestrado).
- SANTOS, T., Audiologia infantil. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- THOMPSON & FULSON. Hearing assesment of at-risk infants. Clinical Pediatrics. April, 1981. In: Lewis, D. Audição: Um procedimento de avaliação para crianças entre 5 meses e 2 anos de idade. São Paulo, 1987. (Dissertação, mestrado).