

DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA: IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DOS PEDIATRAS

*Clay Rienzo Balieiro**
*Ronaldo Oto Balieiro***

Resumo

O diagnóstico da deficiência auditiva nos primeiros anos de vida é objeto de preocupação dentro da Audiologia. Os médicos pediatras são os profissionais que acompanham a criança em seu primeiro ano de vida.

Este trabalho procura investigar a preocupação dos pediatras com a audição na infância e alertar os profissionais da área da Audiologia, quanto à necessidade de atuar mais diretamente junto à classe pediátrica.

I. Introdução

Na área da Audiologia muito se tem discutido a respeito da necessidade de se diagnosticar, o mais cedo possível, o indivíduo portador da deficiência auditiva. A importância da audição nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento da criança é que tem norteado essa preocupação.

A identificação desse *deficit* antes da criança completar seu 1º ano, seguida de imediata adaptação de aparelhos de amplificação sonora e programas educacionais adequados pode atenuar, em parte, as dificuldades que a deficiência de audição acarreta.

No entanto, temos observado que es-

se conhecimento tem ficado mais restrito aos profissionais ligados à Audiologia. Publicações realizadas, palestras ou cursos promovidos sobre o tema são, geralmente dirigidos aos profissionais da área. Para os profissionais que acompanham o desenvolvimento da criança, de forma mais sistemática durante o 1º ano de vida, quer em postos de saúde ou em consultórios, pouco material teórico ou prático tem sido oferecido.

Procurando garantir o diagnóstico da surdez, o mais cedo possível, diversos procedimentos para triagem auditiva em bebês foram desenvolvidos e experimentados em alguns países.

Não vamos discutir aqui esses estu-

* Fonoaudióloga e Prof. do Curso de Fonoaudiologia da PUC-SP

** Médico Otorrinolaringologista.

dos, pois acreditamos que procedimentos dessa natureza, por terem um alto custo, são inviáveis do ponto de vista econômico para a nossa realidade, além de não parecerem prioritários dentro das necessidades de saúde de nossa população.

Por outro lado, a questão dos bebês considerados de 'alto risco' não pode ser deixada de lado. Em 1972, o *United States Joint Committes on Infant Hearing* – recomendou submeter à triagem auditiva todos os recém-nascidos considerados de 'alto-risco'. Em 1982, na terceira reunião do *Joint Committes* foi apresentada uma versão mais atualizada do registro de 'alto-risco'. (Anexo I).

Atualmente, o *Joint Committee* determina que a criança que manifestar alteração em qualquer um dos itens considerados de 'alto-risco' para audição, deverá ser submetida à avaliação audiológica, preferencialmente por volta dos 3 meses de idade e não mais tarde que 6 meses. (Gerber e Mencher, 1983).

Northen e Downs (1973) citam que Bergstrom e outros (1971) mostraram que em média, mães de crianças surdas, com idade em torno de 11 meses, estão conscientes de que seus filhos não respondem auditivamente, mas que apesar disso, as perdas auditivas são diagnosticadas, em média aos 2 anos e 6 meses.

Novae (1986), em pesquisa realizada em São Paulo, relata que 76% das mães entrevistadas suspeitaram da deficiência auditiva de seus filhos, à idade média de 10 meses. No entanto, para esta mesma po-

pulação, o diagnóstico foi confirmado, aproximadamente, aos 21 meses de idade, sendo que esta variou de 8 a 45 meses.

Em nossa prática clínica, temos observado que muitos pais enfrentam sérias dificuldades para a realização de um diagnóstico que confirme suas suspeitas quanto ao *deficit* de audição da criança.

Uma vez que são os médicos pediatras que acompanham mais de perto o desenvolvimento da criança, em seu 1º ano de vida, procuramos através desta pesquisa, obter algumas informações quanto à preocupação desses profissionais com a audição na infância.

II. Método

Participaram da pesquisa 48 médicos pediatras, de ambos os sexos. A faixa destes sujeitos variou de 27 a 57 anos de idade e o tempo de formado de 3 a 27 anos. Todos atuavam, na época, em postos de saúde na região da Grande São Paulo.

Para a realização das entrevistas foi elaborado um questionário, contendo 20 itens, com questões abertas e fechadas. (Anexo II). As questões formuladas foram submetidas à apreciação de alguns profissionais da área da Audiologia e algumas modificações foram feitas, de acordo com sugestões recebidas.

O questionário foi aplicado por escrito, de forma coletiva. Nesta ocasião, os sujeitos envolvidos nesta pesquisa estavam reunidos para participarem de um evento cientí-

fico. Os pesquisadores permaneceram junto com os sujeitos, enquanto os questionários foram respondidos.

III. Resultados

Na análise dos resultados, os aspectos idade e tempo de formado dos sujeitos não foram levados em consideração, por ser a amostra estudada, relativamente pequena.

Dos indivíduos entrevistados 22,9% (Tabela 1) não tinham recebido nenhuma informação sobre audição durante o curso de Medicina e/ou após a graduação; dos 77% (Tabela 1) que haviam recebido alguma informação, é grande o número de indivíduos que não apresentam nenhum conhecimento sobre as questões formuladas (Tabela 2).

Tabela 1

Informações sobre Audição e Deficiência Auditiva recebidas no Curso de Graduação Médica e/ou após a Graduação		
Algumas	-	77,0%
Nenhuma	-	22,9%

Tabela 2

Não apresentam nenhum conhecimento sobre:	
Triagem auditiva	70,8%
Métodos de Avaliação Auditiva na Infância	54,1%
Tipos de Perdas Auditivas	75,0%
Graus de Perdas Auditivas	87,5%

Em relação a questão 'alto-risco' para a audição, 43,7% dos entrevistados não apresentam nenhum conhecimento, enquanto 56,2% referem ter algum conhecimento sobre "alto-risco". (Tabela 3). Destes 50% enumeram uma ou duas causas e 6,2% enumeram mais que duas causas de "alto-risco".

Tabela 3

Conhecimentos sobre Alto Risco para a Audição		
Algumas	-	56,2%
Nenhuma	-	43,7%

Dos médicos entrevistados 60,4% afirmam nunca investigar a audição de seus pacientes (Tabela 4). Os testes utilizados por 25% dos pediatras que sempre investigam a audição (Tab. 4) são: testes grosseiros (8,3%), perguntas genéricas (4,1%) e testes grosseiros e perguntas genéricas (12,5%). Foram relatados como testes grosseiros: utilização de molho de chaves, palmas, sino, voz natural, voz sussurada e compreensão da linguagem durante a consulta; como perguntas genéricas foram descritas: se escuta bem, se reage a ruídos, se reage a som, se é desligado, se emite, etc.

Tabela 4

Investigam a Audição:		
Sempre	-	25,0%
Às vezes	-	14,5%
Nunca	-	60,4%

Afirmam investigar a audição no primeiro ano de vida de seus pacientes, somente 22,9% dos profissionais entrevistados, enquanto 16,6% o fazem entre os 12 e 36 meses de vida da criança. (Tabela 5).

Tabela 5

Investigação da Audição nos primeiros anos de vida:		
Investigam no primeiro ano de vida	—	22,9%
Investigam entre os 12 e 36 meses de vida	—	16,6%

Para os bebês considerados de alto risco, 47,9% dos pediatras afirmam ter alguma conduta para estes bebês. (Tabela 6). Destes, 26% encaminham seus pacientes para avaliação com especialistas da área, enquanto 73,9% adotam outras condutas como observação do desenvolvimento neuropsicomotor, reações a estímulos sonoros e esclarecimentos aos familiares quanto a possíveis problemas do paciente.

Tabela 6

Conduta com Bebês de Alto Risco para a Audição:		
Alguma	—	47,9%
Nenhuma	—	14,5%
Sem resposta	—	37,5%

Quando os familiares fazem queixas quanto à audição, 52,5% dos entrevistados procuram comprovar as queixas com recursos próprios, enquanto 45,5% encaminham seus pacientes para especialistas (Tabela

7). Os encaminhamentos para especialistas são feitos conforme relatos principalmente para neurologistas, a seguir fonoaudiólogos e finalmente a otorrinolaringologistas.

Tabela 7

Procedimento quando os familiares fazem queixas quanto à Audição da criança		
Procuram comprovar as queixas com recursos próprios	—	52,5%
Encaminham para especialistas	—	45,5%
Sem resposta	—	2,0%

Dos médicos entrevistados, 100% são da opinião que o pediatra deve se preocupar com a comunicação da criança (Tab. 8); 64,8% acham possível controlar a audição das crianças em consultas de rotina em postos de saúde (Tabela 9), mas falta-lhes conhecimentos científicos e recursos materiais e humanos (Tabela 10).

Tabela 8

O pediatra deve se preocupar com a comunicação da criança		
Sim	—	100%
Não	—	0%

Tabela 9

É possível o controle da Audição durante consultas de rotina em Postos de Saúde		
Sim	—	64,8%
Não	—	16,6%
Sem resposta	—	18,6%

Tabela 10

Recursos necessários para o controle da Audição durante consultas de rotina em Postos de Saúde		
Conhecimentos científicos	—	24,9%
Recursos materiais e humanos	—	16,6%
Ambos	—	35,4%
Sem resposta	—	22,9%

Em relação à realização de testes de audição, 81,2% dos pediatras acham possível realiza-los no primeiro ano de vida (Tabela 11), mas somente 22,9% dos médicos acham que é possível adaptar um aparelho de amplificação sonora no primeiro ano de vida (Tabela 12).

Tabela 11

Testes de Audição: Acham possível realizar:		
No 1º ano de vida	—	81,2%
No 2º ano de vida	—	10,4%
Após os 3 anos de vida	—	2,0%
Sem resposta	—	6,3%

Tabela 12

Aparelho de Amplificação Sonora: Acham possível fazer a adaptação		
No 1º ano de vida	—	22,9%
No 2º ano de vida	—	12,5%
Após os 3 anos de vida	—	16,6%
Sem resposta	—	47,9%

tos, podemos observar que há pouca preocupação com a audição de crianças.

Embora parte dos sujeitos entrevistados acredite ser possível avaliar a audição de crianças muito pequenas, eles afirmam não possuir conhecimentos e informações a respeito de diagnóstico e recursos educacionais. Parece-nos que a falta dessas informações contribui para retardar a realização do diagnóstico durante o primeiro ano de vida.

Em relação à questão alto-risco, essa terminologia pareceu não ser muito difundida nesse meio médico. Possivelmente, por esta razão, o bebê de alto-risco deixa muitas vezes, de receber a atenção especial que é preconizada.

Sabe-se que é bastante difícil observar alterações auditivas em crianças com menos de um ano de idade. Assim sendo, crianças com comprometimentos auditivos poderão passar despercebidos, se forem usados como referência dados de testes ao acaso e perguntas genéricas à mãe sobre a audição, devido à possibilidade de participação da visão da criança ou de reações a sons muito intensos. No entanto, esses procedimentos são utilizados na rotina dos pediatras que procuram investigar a audição de seus pacientes.

Outro aspecto refere-se à queixa dos pais quanto a problemas de audição de seus filhos. Analisando-se este dado, podemos verificar que a maior parte dos indivíduos entrevistados procura comprovar a queixa dos pais através de procedimentos variados, os quais não podem ser considerados

Conclusão

Considerando os resultados descri-

efetivos, pois consiste em avaliar a criança mais tarde, ou seja, através da constatação dos atrasos já consolidados em seu desenvolvimento.

De acordo com os dados analisados, parece-nos que o aspecto mais significativo é a falta de informações específicas oferecidas a essa classe de profissionais; porém, existe boa disponibilidade de aceitarem medidas mais abrangentes para a investigação da audição, desde que conhecimentos e recursos específicos lhes sejam dados.

Desta forma, acreditamos ser impor-

tante promover uma maior divulgação do problema audição/diagnóstico da deficiência auditiva nos meios pediátricos, através de publicações de temas específicos em revistas e periódicos de Pediatria; cursos, palestras e participação de especialistas em audição em eventos científicos da área pediátrica.

Também acreditamos que a introdução de testes simples, rápidos e de baixo custo, utilizados como triagem e aplicados durante as consultas de rotina em postos de saúde ou consultórios pediátricos seriam de grande importância.

Summary

Early diagnosis of a hearing impairment is one of the areas of study in the field of Audiology. The pediatricians are the professionals that do the follow up of the children during the first year of their lives.

This study investigates the awareness of the pediatricians of the importance of hearing in early childhood and the need for the audiologists to work more closely with them.

Referências Bibliográficas

- GERBER, Stanford E. e MENCHER, George T. *The Development of Auditory Behavior*. N. Y., Grune and Stratton, Inc., 1983.
- LOWE, Armim. *Detección, diagnóstico y tratamiento temprano en los niños con problemas de audición*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1982.
- NORTHEN, L. J. e DOWNS, M. P. *Hearing in Children*. Baltimore, Waverly Press, Inc., 1978.
- NOVAES, B. C. A. C. *Hearing impaired children in São Paulo, Brazil: knowledge and attitudes of mothers regarding hearing impairment and early intervention programs and the implications for habilitation*. Tese de doutorado, Teachers College, Columbia University, 1986.

Anexo I

Registro de Alto Risco para Perdas Auditivas em Recém-Nascidos

- 1) História familiar de deficiência auditiva na infância.
- 2) Infecção perinatal congênita (ex.: citomegalovirus, rubéola, herpes, toxoplasmose, sífilis).
- 3) Má formações anatómicas envolvendo cabeça ou pescoço (ex.: má-formações, incluindo anormalidade sin-drômicas e não síndrômicas, fendas palatina ou submucosa, anormalidades morfológicas do pavilhão auricular).
- 4) Baixo-peso, menos que 1.500 gramas.
- 5) Hiperbilirrubina
- 6) Meningite bacteriana, especialmente por H. influenzae.
- 7) Anoxia severa incluindo crianças com Apgar entre 0 - 3, que demoram em respirar espontaneamente durante 10 minutos e aquelas com hipotonia que persiste durante dias após o nascimento.

Pesquisa na Área da Audiologia Infantil

Sua Idade _____ Tempo de Formado _____

Outros Locais de Trabalho: (Hospitais, consultório, Setor Público, etc.) _____

- 1) Já teve aulas, cursos, ou informações durante o Curso de Medicina, ou mesmo após formado sobre audição e deficiência da audição ou surdez? _____

- 2) Você pesquisa rotineiramente a audição de seus pacientes? _____

- 3) Em caso afirmativo, que tipo de pesquisa você realiza?
 - Investigação com a mãe? _____
Como e com que idade? _____
 - Aplicação de algum teste grosseiro? _____
Como e com que idade? _____
 - Outros? Descreva e diga com que idade _____

- 4) A partir de que idade você acha que é possível avaliar a audição de uma criança?
- | | |
|-------------------|-----------------|
| primeiros 6 meses | final do 1º ano |
| 2º ano de vida | 3º ano de vida |
| depois dos 3 anos | |
- 5) Você tem conhecimento sobre técnicas de avaliação da audição na infância? Quais? _____
- 6) Qual é a sua conduta se a mãe apresenta queixa quanto à audição da criança ou atraso de fala? _____
- 7) Quando a mãe não apresenta queixa, que informações sobre audição e linguagem podem ser obtidas? _____
- 8) Quando e com que idade você encaminha uma criança para avaliação de audição com especialistas da área? _____
- 9) Para que locais você encaminha as crianças com suspeita de problemas de audição? _____
- 10) Considerando o desenvolvimento global da criança, você tem alguma conduta especial com bebês de alto risco? O que, por exemplo? _____
- 11) O que você considera "alto risco" para a audição? _____
- 12) Em relação à audição, você tem alguma conduta especial com bebês de "alto risco"? _____
- 13) Em caso afirmativo, qual e em que idade? _____
- 14) Você acha possível exercer algum controle sobre a audição de crianças durante os atendimentos de rotina nos postos de saúde? _____
- 15) Que recursos (conhecimento, material, etc.) faltam para que você possa controlar a audição das crianças nos postos de saúde? _____
- 16) Você tem algum conhecimento sobre técnicas de avaliação da audição para triagem? _____
- 17) A partir de que idade você acha que uma criança pode se utilizar de um aparelho de surdez? _____
- 18) Você conhece as classificações quanto aos vários graus de uma perda auditiva? Diga alguma coisa sobre isso. _____
- 19) Você conhece os diferentes tipos de perda de audição? Diga alguma coisa sobre isso. _____
- 20) Você acha que é função do médico ter preocupação sobre a comunicação da criança? _____