

**LEVANTAMENTO DA POPULAÇÃO  
DEFICIENTE AUDITIVA DE UMA CLÍNICA-ESCOLA  
DA ZONA LESTE: DA SUSPEITA À REABILITAÇÃO**

*Cristiane Tarrega Alves, Denise Benini, Marcella de Paula Dias Brogna\**

*Márcia Regina Gama\*\**

*Sandra Maria Rodrigues Pereira\*\*\**

**Introdução**

É grande o número de trabalhos que têm se dedicado a discutir sobre as condições dos serviços de saúde pública no Brasil, em relação à precariedade, tanto no atendimento no nível do diagnóstico e reabilitação quanto na questão da prevenção.

A deficiência auditiva é uma patologia que tem sofrido direta e intensamente as conseqüências dessa situação; no âmbito da prevenção, podemos exemplificar com a necessidade da vacinação, principalmente para a rubéola e para a meningite.

---

\* Graduada em Fonoaudiologia da Universidade Camilo Castelo Branco.

\*\* Professora da Faculdade de Fonoaudiologia da Universidade Camilo Castelo Branco, mestre em Distúrbio da Comunicação da PUC-SP.

\*\*\* Mestranda do Programa de Distúrbio da Comunicação PUC-SP, Fonoaudióloga da Clínica da Faculdade de Fonoaudiologia da Universidade Camilo Castelo Branco.

No âmbito do diagnóstico e habilitação, observamos um considerável intervalo de tempo entre a suspeita e o diagnóstico. E ainda em relação ao processo de reabilitação, as dificuldades quanto ao oferecimento de vagas disponíveis.

Assim, este trabalho surge a partir desses questionamentos, levando em conta a importância do diagnóstico e da reabilitação precoce, quando se trata de deficiência auditiva, pois a procura tardia por atendimento dificulta o desenvolvimento pleno do deficiente auditivo, em relação à aquisição de linguagem e socialização.

Segundo Dishtchekian (1993), “a audição, uma das mais nobres funções superiores do homem, tem um importante papel na vida do ser humano: possibilitar a comunicação. É através dela que o indivíduo é capaz de se integrar na sociedade, entrando em contato com o mundo e captando informações e sinais de alerta em várias situações”.

A deficiência auditiva é uma diminuição na acuidade auditiva, que varia de acordo com a etiologia, podendo ser congênita (pré e peri-natal) ou adquirida (pós-natal), ou variando quanto ao tipo (condutiva, mista ou neurosensorial) e quanto ao grau (leve, moderado, severo e profundo).

Para que se obtenha um bom prognóstico, é necessário que o diagnóstico seja feito o mais cedo possível, juntamente com a habilitação e reabilitação, para que os desempenhos sociais, culturais e profissionais de indivíduos deficientes auditivos sejam satisfatórios no futuro.

Os deficientes auditivos podem ter outros distúrbios associados, como um déficit intelectual, comprometimento da percepção e memória visual, distúrbios proprioceptivos e motores que, por vezes, afetam a aquisição de linguagem e fala. Sendo que todo esse quadro associado pode dificultar ainda mais o processo de diagnóstico e reabilitação.

Deste modo, este trabalho tem por objetivo realizar um levantamento da população portadora de deficiência auditiva de uma clínica-escola de fonoaudiologia na zona-leste de São Paulo, para observar o intervalo de tempo entre a época da suspeita até o início do processo de reabilitação da deficiência auditiva, passando pelo diagnóstico e habilitação. O entendimento da realidade dessa população, essencialmente de nível sócio-econômico baixo, pode nos auxiliar a melhorar a condição de atendimento no tempo entre o diagnóstico e o início do trabalho de reabilitação.

## Revisão literária

A deficiência auditiva é uma patologia de etiologia congênita ou adquirida. A deficiência auditiva congênita se divide em pré-natal e peri-natal, sendo as causas mais comuns: rubéola, meningite, mal formações, hereditariedade, síndromes, anoxia, hiperbilirrubina, medicamentos ototóxicos, sífilis, complicações na gestação e parto, e outros. Na deficiência auditiva adquirida e pós-natal, encontramos como causas mais freqüentes: meningite, rubéola, icterícia, pneumonia, exposição ao ruído, traumatismo craniano, medicamentos ototóxicos, AIDS e outros.

As perdas auditivas, segundo Russo e Santos (1988), podem ser divididas em: condutivas, neurosensoriais, mistas, centrais e funcionais. E há uma variação quanto ao grau da perda auditiva, desde normal até profunda, sendo considerado normal de 0 a 25dB, leve de 26 a 40dB, moderado de 41 a 70dB, severo de 71 a 90dB e profundo acima de 90dB, segundo Davis e Silverman (1970).

No trabalho de Dishtchekian (1993) com 104 indivíduos portadores de deficiência auditiva neurosensorial, 77,1% desconheciam a etiologia, 22,1% eram por rubéola congênita e 6,7% por meningite. A rubéola é a principal causa de deficiência auditiva entre as etiologias conhecidas.

Oliveira (1991) realizou um trabalho sobre a síndrome da rubéola congênita, que demonstrou a falta de informação da população em geral sobre os danos que a rubéola pode causar ao embrião/feto e a dificuldade de acesso à vacinação. Também evidencia a necessidade de implementar programas de esclarecimento e, sobretudo, a prevenção, para reduzir a incidência da deficiência auditiva e outras alterações por tal síndrome.

A meningite é a segunda causa das etiologias conhecidas e foi estudada por Santos (1992), em um grupo de 105 crianças que tiveram meningite bacteriana (*Haemophilus Influenzae*): dessas, 28 possuem algum grau de comprometimento auditivo, sendo que ocorrem em maior número nas crianças com idade inferior a 2 anos, que apresentaram baixo nível de glicose no líquido na ocasião da internação, e demoraram mais de 36 horas para receber tratamento médico: ou ainda que ficaram mais de onze dias no hospital, ou sofreram algum tipo de intercorrência no período pré ou peri internação.

A questão ao diagnóstico da deficiência auditiva infantil no Brasil é bastante complexa, pois poucas maternidades realizam avaliação auditiva na criança e existe uma falta de veiculação sobre a questão nos meios de comunicação de massa, Dib (1994).

Os procedimentos para diagnosticar a deficiência auditiva variam conforme a idade. Quanto mais precocemente a deficiência auditiva for diagnosticada, melhor será o prognóstico, sendo que o resultado atingido pelos indivíduos portadores de deficiência auditiva quanto à linguagem oral e escrita, níveis escolares e integração social, dependem de um conjunto de fatores, como inteligência, níveis de audição existentes, idade da instalação da deficiência auditiva, características de personalidade e aceitação do problema no círculo familiar, Spinelli (s.d.).

Sacaloski (1992), realizou 40 entrevistas com pais de deficientes auditivos de 0 a 19 anos, com perda variando de moderada a profunda, para caracterizar como os pais entendem o diagnóstico e as propostas de atendimento frente à deficiência auditiva dos filhos, abordando aspectos como: a etiologia e a suspeita da deficiência auditiva, a procura de atendimento, o diagnóstico e as orientações oferecidas aos pais. Os achados quanto à suspeita e o diagnóstico revelam que a suspeita ocorreu entre 0 e 24 meses, partindo da mãe, em 70% dos casos, devido à ausência de respostas aos sons ambientais e à voz: frente à suspeita, a maioria das famílias procuraram um médico clínico geral ou um otorrinolaringologista, sendo o intervalo de tempo entre a suspeita e a procura do atendimento de 0 a 1 ano. Quando credibilizadas as suspeitas da família, em 62,5% dos casos, o paciente foi encaminhado para o fonoaudiólogo. E quanto às orientações oferecidas aos pais e esperadas por eles, Sacaloski notou que os pais têm uma preocupação maior com aspectos envolvidos com a rotina diária da família, enquanto os profissionais priorizam as condutas terapêuticas tais como: aparelho auditivo, fonoterapia e escolarização.

Além do déficit da comunicação no comportamento visual, emocional e intelectual, temos também o fator profissional, que foi estudado por Redondo (1991), que abordou vários aspectos, e entre eles as ocupações desempenhadas, a vida profissional, o acesso e reivindicações sobre o mercado com a abertura recente, parcial e resultante da lacuna deixada pelos demais trabalhadores.

## *Levantamento da população deficiente auditiva de uma clínica...*

Após o diagnóstico é importante que se habilite o indivíduo portador de deficiência auditiva com a colocação de um AASI (aparelho de amplificação sonora individual). O processo de seleção de AASI teve mudanças significativas nos últimos anos. Devido às modificações nos seus circuitos houve uma melhora no seu desempenho. Sendo que a escolha do mesmo deve ser com procedimentos diferenciados para cada indivíduo deficiente auditivo dentre as opções disponíveis. Alguns aspectos devem ser sempre considerados, para se obter o sucesso na adaptação de um AASI, o que inclui motivação, necessidade de audição e personalidade do deficiente auditivo, bem como características eletroacústicas de ganho, resposta em frequência e saída máxima do equipamento selecionado.

Em relação a este aspecto, novamente nos deparamos com a possibilidade dessa população de nível sócio-econômico baixo adquirir este aparelho, estando à mercê dos processos de doação de órgãos públicos, que geralmente não respeitam a indicação adequada, sendo a aquisição realizada seguindo os valores mais baixos do mercado.

Segundo Spinelli (s.d.), quanto à reabilitação, temos diferentes procedimentos clínicos e educacionais, há métodos orais puros, a abordagem acupédica, a abordagem multisensorial e os métodos mistos (orais/gestuais), a reabilitação deve ser feita precocemente e escolhida de comum acordo com os pais, levando-se em consideração os seus valores e sentimentos.

Sendo esse processo de reabilitação longo, esses indivíduos têm dificuldades em conseguir vagas no serviço público, pois permanecem preenchidas por muito tempo, e ainda, há falta de profissionais especializados no atendimento dessa patologia específica.

## **Metodologia**

O presente trabalho foi realizado a partir do levantamento dos dados de 96 indivíduos portadores de deficiência auditiva que procuraram a clínica-escola de fonoaudiologia, no período de julho de 1992 a maio de 1994.

O levantamento dos dados foi realizado por consulta aos prontuários dos pacientes, caderno de registro da lista de espera, reuniões realizadas periodicamente

com os pais dos pacientes e reuniões realizadas com os pais dos indivíduos da lista de espera para vaga em terapia fonoaudiológica.

As variáveis estudadas foram:

- sexo;
- idade;
- provável etiologia;
- idade na suspeita da deficiência auditiva;
- intervalo no tempo entre os processos de suspeita e diagnóstico;
- intervalo no tempo entre os processos de diagnóstico e habilitação;
- intervalo no tempo entre os processos de habilitação e reabilitação.

Estas variáveis fazem parte do "Protocolo de levantamento da população de deficientes auditivos no Brasil, elaborado pelos participantes do Fórum de reabilitação auditiva do Encontro Internacional de Audiologia (1995).

### **Análise e discussão dos resultados**

Nesta pesquisa efetuou-se uma análise estatística dos dados dos indivíduos portadores de deficiência auditiva.

Em relação ao sexo (tab. 1) observamos que de 96 sujeitos, 56,3%, são do sexo masculino, enquanto que 43,7% são do sexo feminino, não havendo diferença significativa.

**Tabela 1 – Número e porcentagem dos indivíduos portadores de deficiência auditiva de acordo com o sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Masculino	54	56,3
Feminino	42	43,7
Total	96	100,0

Os indivíduos portadores de deficiência auditiva foram agrupados por faixas etárias, como demonstra a tabela 2.

**Tabela 2 – Número e porcentagem dos indivíduos portadores de deficiência auditiva de acordo com a idade atual**

Idade (anos)		Número	Porcentagem (%)
0	3	01	1,04
3	6	23	23,96
6	9	35	36,46
9	12	18	18,75t
12	15	08	8,33
15	18	05	5,21
>	18	06	6,25
Total		96	100,00

A maior parte da população estudada encontra-se na faixa entre os 6 e 9 anos de idade (36,4%). A maior porcentagem nessa faixa pode indicar que o processo de diagnóstico e habilitação são tardios, que uma importante fase no desenvolvimento da linguagem foi perdida nesse tempo. E, ainda, que os pais aparentam se preocuparem mais com a reabilitação, quando as crianças deveriam estar iniciando processo de alfabetização: todo o processo também terá sido prejudicado.

A porcentagem de ocorrência na faixa entre 0 a 3 anos é muito pequena, quando pensamos na possibilidade do diagnóstico precoce, isso pode demonstrar como esse processo se inicia, geralmente, após os 3 anos.

Em relação à faixa etária acima de 12 anos, observamos um pequeno número de sujeitos quando comparado à faixa etária mais jovem. Esse fato pode ser explicado devido a esta faixa etária já estar na fase escolar, ou mesmo, profissionalizante, e não necessitar do processo terapêutico ou escolher por um outro processo.

Os dados apresentados foram baseados na população total de 96 sujeitos, mas os dados relevantes no objetivo da pesquisa só foram possíveis de obter em 30 (31,2%) dos 96 sujeitos. Assim, os dados a seguir baseiam-se em 31,2% da população geral pesquisada.

Os resultados obtidos em relação à provável etiologia da deficiência auditiva foram divididos em 2 grupos: congênita (pré e peri-natal) e adquirida (pós-natal) – tabela 3. Nas causas pré-natais obtivemos um índice de 40,0% para rubéola materna, 6,6% para gestação complicada (neste trabalho consideramos gestação complicada mães que tiveram problemas de hipertensão arterial, que referiram ter hemorragias ou serem diabéticas) e 6,6% para as causas hereditárias. Nas causas peri-natais obtivemos um índice de 3,3% para malformações/síndromes e para partos complicados 6,6%. Quanto às causas adquiridas (pós-parto), o índice de maior relevância está para meningite, 17,0%, seguido por pneumonia, 6,6%; as causas desconhecidas somam 13,3% (tabela 3).

**Tabela 3 – Número e porcentagem dos indivíduos portadores de deficiência auditiva de acordo com a provável etiologia**

Provável Etiologia	Número	Porcentagem (%)
<b>*Congênita*</b>		
Pré-natal: – rubéola	12	40,00
– hereditário	02	6,67
– gestação complicada	02	6,67
Peri-natal: – malformação e síndromes	01	3,32
– complicações no parto	02	6,67
<b>*adquirida*</b>		
Pós-natal: – meningite	04	13,33
– pneumonia	02	6,67
Causas desconhecidas	05	16,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Novamente, a rubéola e a meningite aparecem como principais causas da deficiência auditiva no Brasil, seguidas por complicações na gestação e parto.

Na tabela 4 observamos a idade na suspeita da deficiência auditiva, que variou entre 0 e 36 meses de idade, sendo que a maior porcentagem de ocorrência está na faixa etária de 6 a 9 meses de idade (33,3%). Esse dado confirma os



achados na tabela 2, sendo a suspeita definida aos 18 meses, a procura pelo atendimento inicia-se a partir de 36 meses. Um intervalo relativo de quase dois anos para diagnóstico e encaminhamentos. Esse fato é sustentado pelos dados que serão mostrados na tabela 5.

**Tabela 4 – Número e porcentagem de indivíduos portadores de deficiência auditiva de acordo com a idade na suspeita**

Idade na suspeita (meses)		Número	Porcentagem (%)
0	3	01	3,33
3	6	02	6,67
6	9	10	33,33
9	12	01	3,33
18	24	02	6,67
24	30	02	6,67
30	36	01	3,33
>	36	03	10,00
Total		30	100,00

O intervalo de tempo entre a idade na suspeita ao início do processo diagnóstico da deficiência auditiva variou em duas faixas distintas, sendo que a maior porcentagem ocorreu no espaço de 12 a 18 meses (30%), seguida pela faixa que ocorreu entre 0 e 1 mês (26,6%) de intervalo de tempo (tab. 5).

Essa diferença de tempo parece estar relacionada a três fatores:

– o primeiro refere-se à idade do sujeito, os pais demoram a perceber as dificuldades auditivas, de linguagem e fala, percebendo apenas quando comparam o desempenho de seu filho a uma criança com audição normal;

– o segundo fator se relaciona com o primeiro, e quanto mais velha a criança é, mais fácil será realizar o diagnóstico da deficiência auditiva;

– o terceiro fator parece relacionar-se com o serviço público que atende a clientela, que também procura essa clínica-escola. Este serviço é precário, com longas filas para o atendimento otorrinolaringológico e para avaliação audiológica.

**Tabela 5 – Número e porcentagem de indivíduos portadores de deficiência auditiva de acordo com o intervalo de tempo entre a suspeita e o processo diagnóstico**

Intervalo de tempo (meses)		Número	Porcentagem (%)
0	1	08	26,67
1	2	01	3,33
3	6	02	6,67
6	9	02	6,67
9	12	01	3,33
12	18	09	30,00
18	24	03	10,00
24	30	01	3,33
30	36	01	3,33
36	42	02	6,67
Total		30	100,00

Outro fator estudado foi o intervalo no tempo entre o diagnóstico da deficiência auditiva e o início do processo de indicação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) (tab.6).

Esse fator também está relacionado com a eficiência do serviço público em atender e fornecer aparelho de amplificação sonora à população de baixa renda, e com a idade na suspeita.

**Tabela 6 – Número e porcentagem dos indivíduos portadores de deficiência auditiva de acordo com o intervalo de tempo entre o diagnóstico e a indicação do AASI**

Intervalo de tempo (anos)		Número	Porcentagem (%)
0	0	09	30,00
1	2	10	33,33
2	3	06	20,00
3	4	02	6,67
4	5	02	6,67
5	6	01	3,33
Total		30	100,00

Na tabela 7 observamos o intervalo de tempo entre o processo de indicação do AASI e o início do processo de reabilitação.

O intervalo de tempo entre essas duas variáveis (indicação do AASI e reabilitação) ocorre com maior frequência entre 0 e 1 ano, 53,03%; seguida por 1 a 2 anos de intervalo de tempo, 20,0%; 3,3% foi o índice obtido para os sujeitos que tiveram seus AASI indicados e não iniciaram o processo de reabilitação, sendo que temos informações de que, para esses sujeitos, o intervalo de tempo já está em mais de 3 anos.

**Tabela 7 – Número e porcentagem dos indivíduos portadores de deficiência auditiva de acordo com o intervalo de tempo entre a indicação do AASI e o início do processo de reabilitação**

Intervalo de tempo (anos)	Número	Porcentagem (%)
0      1	16	53,03
1      2	06	20,00
2      3	02	6,67
3      4	03	10,00
4      5	02	6,67
não iniciou	01	3,33
Total	30	100,00

Apesar de uma aparente diminuição, nos últimos anos, no intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do processo de reabilitação, notamos ainda que a idade média para o início da reabilitação está em torno de 4 a 5 anos de idade, o que significa que ainda é extremamente tardio, produzindo conseqüências importantes no desenvolvimento de fala e linguagem oral e escrita.

### **Conclusões**

Com relação à provável etiologia da deficiência auditiva, observamos que:

– a maioria dos indivíduos (40,0%) apresentou perda auditiva decorrente de rubéola materna, sendo seguida por etiologia desconhecida e meningite. A literatura consultada apóia os resultados encontrados.

No que se refere à idade de suspeita da deficiência auditiva verificamos que:

– ocorreu principalmente entre 6 e 9 meses de idade da criança (33,3%), mas ainda há um grande número de casos em que a suspeita ocorreu entre 12 a 18 meses de idade (26,6%), demonstrando que os pais necessitam ser informados sobre o desenvolvimento da função auditiva, no sentido de obter melhores subsídios para avaliar o desempenho dos seus filhos.

No que se relaciona ao intervalo de tempo entre a procura de atendimento para a efetivação do diagnóstico observamos que:

– frente à suspeita houve um intervalo de 18 meses até a efetivação do diagnóstico.

Em relação à indicação do AASI, observamos que:

– frente ao diagnóstico efetivado, houve um intervalo de tempo, predominantemente, de 1 a 2 anos, levando em conta as possíveis dificuldades financeiras dessa população em poder adquirir um AASI por vias próprias, notamos que os serviços sociais são insuficientes para o atendimento rápido e adequado dessa população.

No que se refere ao início do processo de reabilitação da deficiência auditiva, após a aquisição do AASI, observamos que:

– houve um intervalo no tempo entre 0 a 1 ano (53,3%). Novamente, observamos um longo tempo de espera de vaga para o início da terapia fonoaudiológica demonstrando, mais uma vez, a ineficiência do serviço público ou ainda das clínicas-escolas que prestam esses serviços em conseguir atender essa demanda, principalmente a deficiência auditiva, que é uma patologia caracterizada por um longo tempo de reabilitação.

Todos esses achados, levam-nos a um maior questionamento e à busca de mudanças no sentido de minimizar a distância de tempo entre esses processos, trazendo benefícios tanto para o indivíduo portador de deficiência auditiva quanto para a sua família.

Por isso vimos a necessidade de estar atuando juntamente com o médico obstetra e com o pediatra, para que ocorra um trabalho de prevenção mais eficaz e diagnósticos mais rápidos, além de um trabalho junto a órgãos públicos, no sentido de agilizar a doação de aparelhos auditivos e fornecer subsídios ao processo de reabilitação.

## **Resumo**

*Este trabalho foi realizado a partir do levantamento dos dados dos prontuários de 96 indivíduos portadores de deficiência auditiva, de uma clínica-escola de fonoaudiologia da zona leste da cidade de São Paulo, no período de julho de 1992 a maio de 1994.*

*Tem como objetivo observar o intervalo de tempo entre a época da suspeita até o início do processo de reabilitação da deficiência auditiva, passando pelo diagnóstico e indicação do AASI.*

*Com base nos resultados obtidos observamos que o início do processo de diagnóstico até a reabilitação é tardio, com atendimento precário; e todos esses dados levam-nos a um maior questionamento e à busca de mudanças no sentido de minimizar a distância no tempo entre esses processos, trazendo benefícios tanto para o indivíduo portador de deficiência auditiva quanto para sua família.*

## **Abstract**

*This research was developed from data out of 96 forms of hearing impaired individuals, from a school-clinic of the east side of the city of S.P., from July 1992 to May 1994.*

*Its aim was to observe the internal between suspecting and beginning the rehabilitation process.*

*The results showed that the beginning of the diagnostic process was far too late, and the assistance provided was precarious. This leads to a questioning of the situation and to the search for changes in terms of reducing the distance in time between these processes, providing benefits both for the hearing impaired individuals and for their families.*

## **Referências bibliográficas**

- DAVIS, H. e SILVERMANN, R.S. (1988). "Hearing and Deafness, New York, Holt, Rinehart e Wiston, 1970". In: RUSSO, I.S.P. e SANTOS, T.M.N. *A prática da audiologia clínica*. São Paulo, Cortez.

- DIB, M.C. e MORAES, A.B. (1994). Aspectos psicológicos do processo do diagnóstico da deficiência auditiva. *Sinopse*. IX Encontro Internacional de Audiologia, 26 a 29/mar., Bauru, São Paulo.
- DISHTCHEKENIAN, A. (1993). *Deficiências auditivas neurosensoriais: estudo de uma população ambulatorial*. Monografia E.P.M., São Paulo.
- FÓRUM DE REABILITAÇÃO AUDITIVA (1995). *Formulários de levantamento do perfil da população de deficientes auditivos atendidos no Brasil*. Encontro Internacional de Audiologia. *Jornal do CRFa - 2ª região/SP/MT/MTS* n. 10, p. 9.
- OLIVEIRA, T.T. (1991). Síndrome da rubéola congênita: esta desconhecida. *Distúrbio da Comunicação*, vol. 4, n. 1 (mar.1991), São Paulo, EDUC.
- REDONDO, M.C.F. (1991). *O deficiente auditivo e o mercado de trabalho* (Tese de mestrado). *Distúrbio da Comunicação*, vol. 4, n. 1 (mar. 1991) São Paulo, EDUC.
- RUSSO, I.C.P.; SANTOS, T.M.M. (1988). *A prática da audiologia clínica*. 2 ed., São Paulo, Cortez.
- SACALOSKI, M. (1992). *Deficiência auditiva: diagnóstico e conduta na visão dos pais*. Monografia E.P.M., São Paulo.
- SANTOS, T.M.N. (1994). *A evolução da audição em crianças deficientes auditivas por meningite bacteriana*. São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Tese de doutorado.
- SPINELLI, M. (s./d.) *Foniatria: introdução ao distúrbio da comunicação...* Audição/Linguagem. Col. Educação Universitária, São Paulo, Cortez & Moraes.

Recebido em dez/95; aprovado em mar/96