

ASPECTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS LIGADOS AO DEFICIENTE AUDITIVO

*Arnaldo Márcio Costa**

Introdução

O Brasil conta atualmente com cerca de 1.950.000 pacientes portadores de deficiência auditiva, o que equivale a 1,5% da população e 1.300.000 portadores de múltiplas deficiências, ou seja, 1% de sua população conforme estudos realizados pelo Plano Nacional de Ação Conjunta para Integração da Pessoa Deficiente.¹ Para que se faça uma comparação, no mundo inteiro em 1980, este valor era de 450.000.000 de deficientes de audição, independente do grau.²

Com relação aos dados acima, encontrados no Brasil, verifica-se que uma grande parcela de pacientes não consegue identificar seu tipo de grau de disacusia numa faixa etária compatível às condições desejáveis, no sentido de educação especial.

O deficiente auditivo (D.A.), salvo nos grandes Centros, mesmo assim com certas restrições, encontra dificuldades para o acesso à instituição apropriada. Isto é reflexo de bases sócio-econômicas pobres e um certo desinteresse da própria sociedade.

Material e Método

Visando ao estudo do processo de diagnóstico, realizou-se um acompanhamento de 50 pacientes, escolhidos ao acaso, portadores de disacusia sensorioneural profunda. A idade dos mesmos variou entre 2 meses e 10 anos. Apresentavam em comum o fato deste ser o primeiro exame audiológico a que se submetiam. Não havia quadro de outra deficiência associada.

A aparelhagem utilizada para exames pertence à marca Peter's e Racia. As técnicas, empregadas de acordo com o nível de respostas possíveis, envolveram a

* Professor titular de Audiologia e Próteses Auditivas das Faculdades de Fonoaudiologia do Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação e Associação Educacional Veiga de Almeida.

audiometria de observação comportamental (AOC), o reforço tangível em audiometria de orientação condicionada (RTAOC) e a forma puramente subjetiva, equivalente ao exame de adultos. Do grupo, 8 pacientes necessitaram estudos de potenciais auditivos evocados. Todos foram submetidos à impedanciometria.

Outro estudo desenvolvido em paralelo objetivou a observação e acompanhamento, também ao acaso, de 50 pacientes que não pertenceram ao grupo de diagnóstico. Tal estudo foi desenvolvido com o ingresso do D.A. em Escola Especial. Assim, as conclusões puderam estabelecer um paralelo entre diagnóstico e ingresso.

A Conduta Preventiva

Em 1982, o Committee on Prevention of Speech, Language and Hearing Problems of the American Speech-Language-Hearing-Association³ definiu prevenção englobando os seguintes aspectos:

1. Primário – mediante eliminação radical do distúrbio, utilizando terapia ou redução da exposição do homem aos riscos de adquirir a deficiência.
2. Secundário – por meio de diagnóstico precoce e tratamento do distúrbio auditivo, com finalidade de se eliminar o problema ou evitar sua progressão.
3. Terciário – envolvendo processos que tendam a diminuir os distúrbios já instalados.

A prevenção é sem dúvida nenhuma o passo maior para evitar lesões auditivas. O ideal seria seu uso nas formas primárias ou secundárias.

O Joint Committee on Infant Screening⁴ aponta obrigatório os exames em pacientes com história de:

1. Surdez hereditária
2. Rubéola
3. Quadros infecciosos intra-uterinos
4. Vírus citomegálico
5. Herpes
6. Malformação congênita
7. Bebês de baixo peso (abaixo de 1 quilo e 500 gramas)
8. Bilirrubina com potencial neurotóxico

Em termos brasileiros devem ser acrescentados os quadros de sofrimento fetal e medicação ototóxica.⁵

O Diagnóstico

O diagnóstico precoce torna-se a maior necessidade para o D.A.⁶ Representa ótimas condições para o futuro atendimento, o qual terá muito mais proveito.⁷

Algumas vezes, existirá certa dificuldade pois não são obtidos os tão almejados 'resultados preciosos'; o importante porém, não são valores exatos mas sim, a identificação do tipo e grau da perda auditiva. Dentre os quadros que poderão simular situações de disacusia temos principalmente os processos neurológicos, os psicológicos e até mesmo os fisiológicos.⁸

Objetivando a avaliação auditiva em crianças, devem ser analisados pelo menos:

1. Aspectos etiológicos
2. Nível de linguagem
3. Nível de reação em ambientes conhecidos ou não
4. Avaliação audiológica propriamente dita

TABELA I

Estudo Etiológico de Disacusia Sensorioneural Profunda

Etiologia	Número de Casos	Percentual
Hereditariedade	4	8%
Rubéola (pré-natal)	13	26%
Viroses diversas	3	6%
Sufrimento fetal	12	24%
Outros agentes	10	20%
Não identificados	8	16%

Número de Casos – 50

Fonte – Departamento de Audiologia e Foniatria da Clínica Otorrinolaringológica da Policlínica de Botafogo

Anos – 1984/1985

Esta estatística apontou a rubéola e o sofrimento fetal como responsáveis por 50% dos casos. O percentual elevado de formas não identificadas ocorreu principalmente porque as crianças foram trazidas aos exames por responsáveis que desconheciam a história patológica progressiva das mesmas.

As técnicas de pesquisa para testagem auditiva da criança envolvem a audiometria de observação comportamental (AOC), o reforço audiométrico de orientação condicionada (RAOC), a audiometria de reforço visual (ARV), o reforço tangível em audiometria de orientação condicionada (RTAOC), técnicas puramente subjetivas, exames impedanciométricos, bem como estudo por parte de eletrococleografia e audiometria de tronco cerebral. Existe pois um grande número de técnicas que apresentam indicações, combinações e impedimentos. Cabe ao especialista valorizar o emprego das mesmas, a fim de não se notar o excesso ou falta.⁹

TABELA II

Estudo de diagnóstico inicial e nível de comunicação dos pacientes

Idade Inicial de Diagnóstico	Número de Casos	Percentual	Comunicação
mais de 6 anos	3	6%	Razoável, restrita a ambientes fechados
4 a 5 anos	8	16%	Apenas 3 casos razoáveis
2 a 3 anos	30	60%	Muito pouca
abaixo de 2 anos	9	18%	Muito pouca/péssima

Número de Casos – 50

Fonte – Departamento de Audiologia e Foniatria da Clínica Otorrinolaringológica da Policlínica de Botafogo.

Anos – 1984/1985

Deve ser ressaltado que o estudo foi realizado apenas em crianças não submetidas à educação especial. O nível de comunicação das mesmas atingiu ao grau razoável. No quadro, observa-se que abaixo de 2 anos houve 18% de diagnóstico; isto porque os pacientes foram trazidos em faixa etária superior.

Aspecto Básico durante o Ingresso do D.A. em Instituição Especial

Uma criança deve ter sua avaliação auditiva e outros exames que se fizeram necessários antes do ingresso em Educação Especial.¹⁰ O D.A. deve ser colocado com outros de características idênticas. Atitudes paternalistas geram problemas insolúveis, pois quem irá retirar agora o paciente da Instituição quando se comprovam outras deficiências?¹¹

TABELA III

Estudo de ingresso de D.A. em Educação Especial

Idade de Ingresso	Número de Casos	Percentual	Aquisição de Próteses Auditivas
mais de 6 anos	7	14%	2 casos
4 a 5 anos	20	40%	5 casos
2 a 3 anos	17	34%	4 casos
abaixo de 2 anos	6	12%	2 casos

Número de Casos – 50

Fonte – Centro Educacional Ann Sullivan, Rio de Janeiro

Anos – 1984/1985

Em linhas gerais, pode ser observado que existe um espaço de tempo precioso entre a entrada da criança na Instituição e a maior parte da idade inicial de diagnóstico.

Outro grande problema é a aquisição de próteses auditivas, uma vez que este meio é essencial para abordagem adequada do canal auditivo.¹²

Conclusões

De acordo com este estudo, ainda que muito suscinto, pode-se concluir que:

1. o número de deficientes da audição é muito grande. Há que se estudar melhor a prática preventiva;

2. a população deve ser orientada para o diagnóstico precoce, principalmente nos casos de gestação de alto risco;
3. o importante é o diagnóstico e não um conjunto sofisticado de provas que se percam entre si. O acompanhamento evolutivo é essencial;
4. a deficiência auditiva só deve coexistir com outro caso semelhante em termos de Educação. No caso, pelo menos de início, de outras deficiências associadas, um tipo de planejamento adequado deve ser instituído.

Notas

1. Plano Nacional de Ação Conjunta para Integração da Pessoa Deficiente – *Estatística da Deficiência Auditiva no Brasil*, CENESP, 1986. pp.1-6.
2. WILSON, J. *Deafness in Developing Countries*. Arch. Otolaringol. 111, 1985. pp.2-9.
3. Committee on Prevention of Speech, Language and Hearing Problems Report – *Definitions of the word "prevention" as it relates to communicative disorders*. ASHA, 24, 1984. pp.425-431.
4. DOWS, M.P. *Auditory Screening*. Otolaryngol. Clin. N. Am., 11(3), 1978. pp.611-629.
5. COSTA, A.M. *A disacusia neurosensorial infantil e a prótese auditiva*. Rio de Janeiro, Soc. Pestalozzi, 9(1), jan./mar., 1979.
6. COUTO, A. e NETO, I. 'Surdez – descubra cedo para não prejudicar seu filho', *Pais e Filhos*. Rio de Janeiro, Bloch, abril/1979. pp.11-64.
7. PERDONCINI, G. *Précis de Psychologie et de rééducation infantilles*. Paris, Flammarion, 1963.
8. COUTO, A., COSTA, A.M. e outros. *Como Compreender o Deficiente Auditivo*. Rio de Janeiro, Rotary Club do Rio de Janeiro, EXPED. 1986.
9. COUTO, A., COSTA, A.M. e outros. Op. cit.
10. ROOD, R.S. e STOOL, E.S. *Otolaryngology and Deafness*. Arch. Otolaryngol., 109, 1983. pp.519-521.
11. COUTO, A., COSTA, A.M. e outros. Op. cit.
12. BIZAGUET, G. *La Prothèse Auditive*. Rapport au Congrès d'oto-rhinolaryngologie, France, 1974.