

ATUALIDADES - VISÃO DOS ACADÊMICOS

Conceição Aparecida de Mattos Segre
Acadêmica emérita titular da Cadeira 28

ATENÇÃO AO DEFICIENTE AUDITIVO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O século 20 foi palco, de um lado, de grandes avanços no diagnóstico, no tratamento e na prevenção de defeitos congênitos e distúrbios do desenvolvimento, e, por outro, na qualidade e na expectativa de vida de indivíduos com tais distúrbios. Mas há, ainda, muito a fazer neste século 21, e esses são os maiores desafios que a saúde pública deve enfrentar, entre os quais se destaca a Deficiência Auditiva (DA).

A DA tem um importante grau de impacto em todos os aspectos do desenvolvimento da linguagem e consequências significativas nas habilidades de leitura e escrita dos indivíduos.

Inicialmente, é importante lembrar que nem todo portador de deficiência requer condições diferenciadas das existentes para a totalidade de crianças em idade escolar, ou seja, a existência de uma deficiência não faz, necessariamente, com que seu portador não possa ser bem atendido mediante os processos comuns de educação. O tipo e o grau da deficiência, bem como suas consequências, além das condições gerais dos serviços escolares comuns, é que irão determinar a necessidade ou não de auxílios e serviços especiais de educação. O tipo de escolaridade a ser recomendado não deve seguir uma regra geral única, ou seja, cada caso deve ser estudado cuidadosamente.

Contudo, a insuficiência de recursos aptos a atender o portador de deficiência auditiva e a discriminação social geralmente levam aqueles cuja perda enquadra-se nas categorias moderadamente severa, severa e profunda, a ter grandes dificuldades em acompanhar a escolaridade comum sendo, portanto, a escolaridade especial a única alternativa viável em muitos casos, com professores especializados, bem como metodologia e conteúdo adequados.

Ressalta-se que seria necessário o atendimento regionalizado clínico especializado para portadores de deficiência auditiva, com a participação de médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, a fim de garantir um tratamento adequado e prognóstico satisfatório que permitam a inserção da criança na sociedade.

IDENTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

A busca pelo diagnóstico poderá ser originada a partir de programas de prevenção das deficiências auditivas na infância, como o registro de fatores de risco e triagens auditivas no recém-nascido e no lactente jovem (até os 3 meses de vida). Não é, porém, o que ocorre em nosso meio, quando a identificação da perda auditiva é, em geral, muito tardia.

O profissional de saúde a ser procurado em primeiro lugar é, geralmente, o pediatra, que encaminhará a criança ao otorrinolaringologista, quando se iniciará o diagnóstico. Este profissional fará um histórico do caso, observará o comportamento auditivo e procederá ao exame das estruturas do ouvido, do nariz e das diferentes partes da faringe. O passo seguinte será o encaminhamento para a avaliação audiológica.

PROPOSTA DE PLANO DE AVALIAÇÃO AUDITIVA NA ESCOLA

Programa de atendimento ao aluno	Programa de atendimento à equipe escolar	Programa de atendimento aos familiares	Programa de atendimento à comunidade
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação audiológica, envolvendo audiometria, impedanciometria, testagem e indicação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (Aasi). • Por se tratar de deficiências auditivas severas e profundas, é imprescindível que todos os alunos sejam submetidos a avaliações audiológicas periódicas, para que programas educacionais possam ser desenvolvidos e orientações a familiares e profissionais da escola sejam realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação a professores, coordenadores pedagógicos e elementos da direção (diretor, assistente de direção, auxiliares de direção). • As orientações se desenvolverão de forma setorizada ou em ação conjunta com as equipes de saúde e pedagógica, por meio de entrevistas, reuniões, cursos ou atendimento aos alunos no grupo de classe, juntamente com o professor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações a familiares de alunos, setorizadas ou conjuntamente com a equipe de saúde e pedagogicamente, por meio de entrevistas, reuniões e cursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem dos candidatos à matrícula na escola, junto à equipe de saúde e pedagógica, para identificação o mais cedo possível do deficiente auditivo; • Intercâmbio com instituições e/ou profissionais que sejam vinculados ao atendimento dos alunos.

Ressalta-se a necessidade de que cada região avalie suas condições reais para a realização do trabalho proposto e que, respeitando possíveis adaptações necessárias, os especialistas possam contribuir para que o educando portador de deficiência auditiva possa realmente desenvolver seu potencial e, dessa forma, exercer seu papel na sociedade.

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Muito há que ser feito em termos de prevenção da DA. De maneira geral, podem-se dividir as ações de prevenção em primária, secundária e terciária.

AÇÕES DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Vacinação contra rubéola;
- Assistência adequada ao pré-natal (prevenção da prematuridade, de doenças não infecciosas e infecções maternas; uso de drogas pela mãe, principalmente álcool) e atenção ao parto e ao recém-nascido por profissionais capacitados;
- Prevenção, controle e tratamento da meningite;
- Acompanhamento e tratamento adequado de otites de repetição;
- Controle do uso de drogas ototóxicas e de ruídos nas unidades de terapia intensiva neonatal;

- Aconselhamento genético;
- Prevenção de acidentes e violência.

AÇÕES DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

- Triagem Auditiva Neonatal Universal (Tanu): considerando-se que a frequência de deficiência auditiva é muito maior que a da fenilcetonúria ou do hipotireoidismo, a triagem auditiva neonatal deve se tornar, portanto, mandatária, e como corolário à sua alta frequência, justifica-se um teste de triagem. Alguns argumentos indiscutíveis a favor da Tanu: sua detecção é possível por meio de um teste de triagem populacional, pode ser assegurado um tratamento efetivo, a intervenção precoce melhora os resultados e os custos são razoáveis e justificáveis. É necessário lembrar que a Tanu envolve um trabalho de equipe: neonatologista/pediatra, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista e terapeuta da linguagem. No estado de São Paulo, em 2 de janeiro de 2007, foi promulgada a lei que determina a realização de triagem neonatal nas maternidades, conhecido como Teste da Orelhinha. No âmbito federal, há a Lei Federal 12.303/10. Seu texto é muito claro quanto à obrigatoriedade de maternidades e hospitais públicos e privados oferecerem o Teste da Orelhinha gratuitamente às crianças nascidas em suas dependências;
- Triagem para deficiência auditiva nas escolas;
- Avaliação auditiva para crianças com otites de repetição, com história de traumatismos cranianos ou com surdez em parentes de primeiro grau.

AÇÕES DE PREVENÇÃO TERCIÁRIA

- Prótese auditiva adequada;
- Adaptação ao uso, ao treinamento e à manutenção da prótese auditiva;
- Apoio físico e emocional ao desenvolvimento da criança;
- Apoio às famílias;
- Acompanhamento especializado da escolarização.

Finalmente, é preciso lembrar que os custos de uma criança com deficiência auditiva são 300 a 700 vezes superiores aos custos da prevenção.

PAPEL DO PEDIATRA

- Acompanhar o desenvolvimento, do nascimento à adolescência;
- Apoiar a família, com informações e aconselhamentos oportunos;
- Coordenar equipe multiprofissional;
- Defender direitos do portador da DA, como “advogado da criança e do adolescente”;
- Estimular a procura ou a criação de GRUPOS DE APOIO;
- Diagnosticar precocemente e tratar outros eventuais problemas de saúde;
- Encaminhar o paciente, sempre que necessário e conforme o caso, à consulta com especialistas (cardiologista, neurologista etc.).

Referências Bibliográficas

- 1 - Pimperton H, Blythe H, Kreppner J, Mahon M, Peacock JL, Stevenson J. The impact of universal newborn hearing screening on long-term literacy outcomes: a prospective cohort study. *Arch Dis Child*. 2014 Nov 25. pii: archdischild-2014-307516.
- 2 - Almeida RR. Diagnóstico precoce da deficiência auditiva. In Fonseca VRM. Surdez e deficiência auditiva: a trajetória da infância à idade adulta. São Paulo: Casa do Psicólogo;2001.p.93-112.
- 3 - American Academy of Pediatrics.Task force on newborn and infant hearing. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention. *Pediatrics*. 1999;103(2):527-30.
- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 587 de 07/10/2004 sobre Política de atenção à saúde auditiva.
- 5 - Chapchap MJ, Segre CAM. Universal newborn hearing screening and transient evoked otoacoustic emission: new concepts in Brazil. *Scand Audiol*. 2001;30 (Suppl 53):33-6.
- 6 - Chapchap MJ, Ribeiro FGM, Segre CM. Triagem auditiva neonatal. In Fonseca VRM. Surdez e deficiência auditiva: a trajetória da infância à idade adulta. São Paulo: Casa do Psicólogo;2001.p.59-91.
- 7 - Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas Na Infância (CBPAI). Recomendação sobre o manejo das perdas auditivas na infância. *J Cons Fed Audiol*. 2000;5(1):3-7.
- 8 - Marone SAM, Dell’Arlinga AR, Nóbrega M. Deficiência auditiva na infância. In Anselmo-Lima WT. Otorrinolaringologia para o pediatra. São Paulo: Atheneu;2006.p.45-60.
- 9 - Segre CAM, Santoro MS Jr. Pediatría. Diretrizes básicas e organização de serviços. São Paulo: Sarvier; 2001.
- 10 - Segre CAM. Triagem auditiva neonatal. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. (Org.). PRORN Programa de atualização em neonatologia. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 47-80.