

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEFICIENTES AUDITIVOS ASSISTIDOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA DO NORTE FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO

JANE DE CARLOS SANTANA CAPELLI¹

GLAUCIA ALEXANDRE FORMOZO¹

LETICIA MAIA FORTE MARINHO¹

PAULA SILVA FIGUEIREDO¹

MARIA FERNANDA LARCHER DE ALMEIDA¹

¹UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CAMPUS UFRJ – MACAÉ PROFESSOR

ALOÍSIO TEIXEIRA, RJ, BRASIL

e-mail: janecapelli@macae.ufrj.br

INTRODUÇÃO

Surdez e deficiência auditiva são termos com definições diferentes, mas referidos na maioria das vezes como sinônimos para impossibilidade ou dificuldade de ouvir. Surdez refere-se a perda completa da audição em um ou ambos ouvidos. A deficiência auditiva se refere a perda total ou parcial da capacidade de escutar (WHO, 2010).

O decreto nº5.626/2005 que regulamenta a lei nº 10.436/2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, em seu art.2º, considera-se que a pessoa surda: “(...) por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando a sua cultura, principalmente pelo uso da LIBRAS. Parágrafo único. Considera-se deficiência auditiva a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB), ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz”.

A perda auditiva desde o nascimento ou estabelecida no início da infância pode prejudicar o processo de desenvolvimento do ser humano se não for detectada e cuidada adequadamente, tanto pela família quanto pelo Estado. Isto por a audição ser um dos principais canais de informação do ser humano, pois envolve desenvolvimento de pensamento, memória e raciocínio (Marazita et al., 1993).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, no ano de 2005, 278 milhões de pessoas no mundo inteiro apresentavam deficiência auditiva. Destes, 68 milhões eram crianças e 210 milhões, adultos (WHO, 2006).

No Brasil, o censo do IBGE, em 2000, revelou uma população de 5,7 bilhões de brasileiros com algum grau de deficiência auditiva. Em crianças de zero a nove anos, o IBGE, em 2005, revelou a ocorrência de 205.366 casos.

Em setembro de 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, instituída pela Portaria GM nº 2073, de 28 de setembro de 2004, em função da magnitude social da deficiência auditiva na população brasileira e suas consequências e da possibilidade de êxito de intervenção na história natural da deficiência auditiva, através de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, estabeleceu, em seu art. 2º, parágrafo I, a necessidade de desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades, com assistência multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2004).

Ainda são poucos os estudos na área da saúde realizados com esse grupo específico da população. Nesta perspectiva, o presente estudo objetiva descrever as características clínicas de crianças e adolescentes deficientes auditivas, atendidas em uma Instituição de Referência do Norte Fluminense.

SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado com 26 crianças e adolescentes deficientes auditivos assistidas na Associação Macaense do Deficiente Auditivo (AMADA), em Agosto de 2010-2012. Esta associação localiza-se no município de Macaé, pertencente à Região Norte

Fluminense, tendo uma área total de 1.219,8 km², correspondentes a 12,5% da área da Região Norte Fluminense. A população é de, aproximadamente, 200 mil habitantes (169,513 mil fixos e 50 mil flutuantes) e a densidade demográfica de 103,11 hab./km² (Prefeitura Municipal de Macaé, 2011).

O estudo é parte do projeto de pesquisa desenvolvido na AMADA, visando avaliar o estado nutricional do grupo infanto juvenil com deficiência auditiva. Participaram do estudo as crianças e adolescentes entre 07 e 19 anos 11 meses e 29 dias de idade que aceitaram e consentiram, por escrito, através de seus responsáveis, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo explicações quanto aos objetivos do estudo e aos procedimentos a serem efetuados. Salienta-se que foram respeitadas todas as normas e diretrizes para estudos envolvendo seres humanos contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos, sob o nº 065/11.

Foram analisadas as variáveis: sexo; idade; diagnóstico médico na primeira consulta; idade do primeiro diagnóstico médico; e história familiar de surdez.

Os dados foram consolidados e analisados por meio das frequências absoluta e relativa, e das medidas de tendência central (média e desvio padrão) das variáveis selecionadas, utilizando-se o *Microsoft Excel* 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidas informações de 26 crianças e adolescentes, sendo 61,5% do sexo masculino e 38,5% do sexo feminino, com média(\pm DP) de idade de 11,8 \pm 3,5 anos.

Nesse estudo, detectou-se o predomínio de crianças e adolescentes do sexo masculino (61,5%), o que nos aproxima aos achados de Silva *et al.* (2007), qual seja 65%. Estes autores realizaram uma pesquisa cujo objetivo foi descrever as características clínicas e epidemiológicas de uma população de alunos (n=232) com idade variando entre 1 e 39 anos, com média de idade de 10,9 anos, em um programa de educação especial de referência nacional.

Quanto a idade de diagnóstico da deficiência auditiva, o presente estudo detectou uma média(\pm DP) de idade de 2,9 \pm 3,0 anos.

Quanto ao diagnóstico médico apresentado na consulta de primeira vez, detectou-se que 42,3% das crianças e adolescentes avaliadas apresentaram perda auditiva neurossensorial profunda bilateral, 15,4% perda auditiva neurossensorial severa a profunda bilateral, 15,4% perda auditiva neurossensorial severa bilateral e 11,5% perda auditiva neurossensorial moderada a severa bilateral (Figura 1).

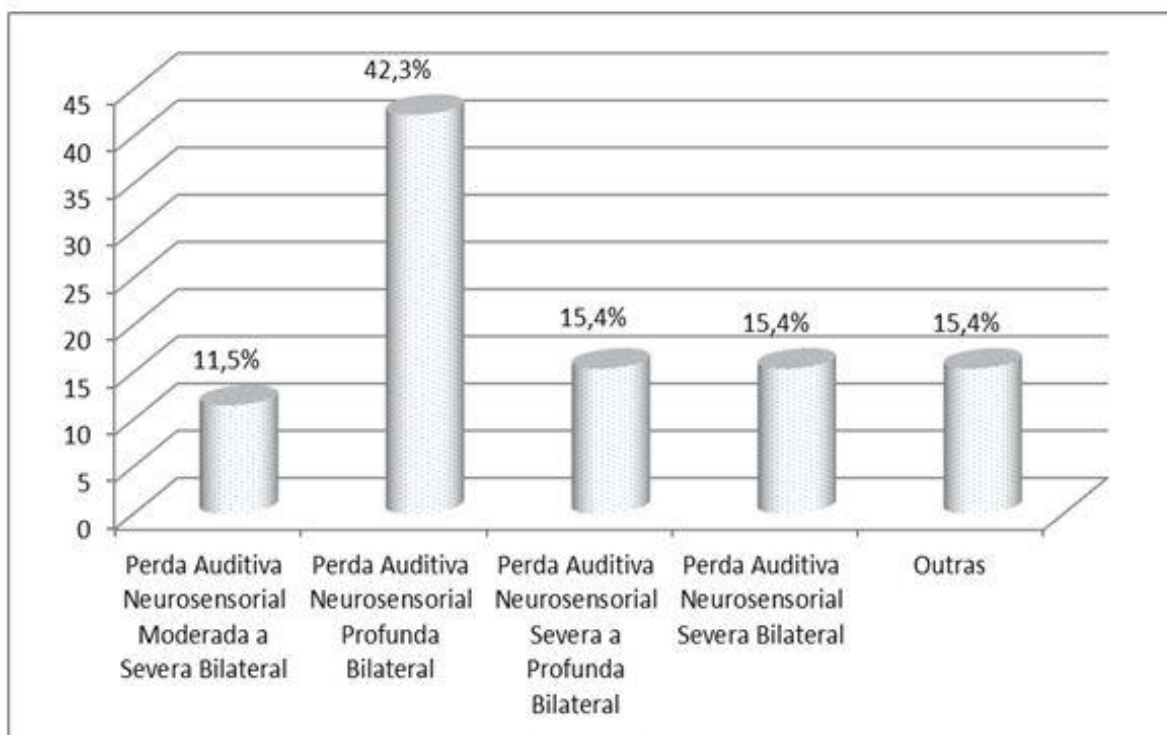


Figura 1. Diagnóstico médico na primeira consulta de crianças e adolescentes assistidos em uma Instituição de Referência ao Deficiente Auditivo no Norte Fluminense, Rio de Janeiro. Agosto de 2010-2012.

A perda auditiva desde o nascimento ou estabelecida no início da infância poderá interferir negativamente no processo de desenvolvimento do ser humano se não for detectada e cuidada adequadamente, tanto pela família quanto pelo Estado.

Os tipos de perda auditiva são: Condutiva, Neurosensorial (ou Sensorineural), Mista e Central (Gomes, 2010).

A perda auditiva Condutiva é oriunda de doenças no ouvido externo e/ou médio, sendo passíveis de tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico. Exemplos: otites, otosclerose, perfuração timpânica e até mesmo a rolha de cerume. A Neurosensorial é definida quando a lesão está localizada no ouvido interno, podendo ser as células ciliadas dentro da cóclea ou disfunção dos nervos auditivos. Esse tipo de perda é quase sempre permanente e irreversível, sendo as causas mais comuns, a meningite e a rubéola materna. A perda auditiva Mista é assim denominada quando ocorrem alterações no ouvido externo e/ou médio e no ouvido interno. Como alterações, podem ser citadas otosclerose coclear e as otites associadas a lesões do ouvido interno. Os níveis de audição, provavelmente, não retornam aos seus limites normais. E a Disfunção Auditiva Central é quando a lesão pode se localizar desde o tronco cerebral até as regiões subcorticais e córtex cerebral (Honora & Frizanco, sd).

Quanto à história familiar de surdez, detectou-se que 61,5% dos avaliados não tinham história familiar de surdez, 23,1% tinham história familiar de surdez (Figura 2).

Ignorado (15,4%) corresponde aos familiares que não souberam responder, pois seus filhos eram adotados (Figura 2).

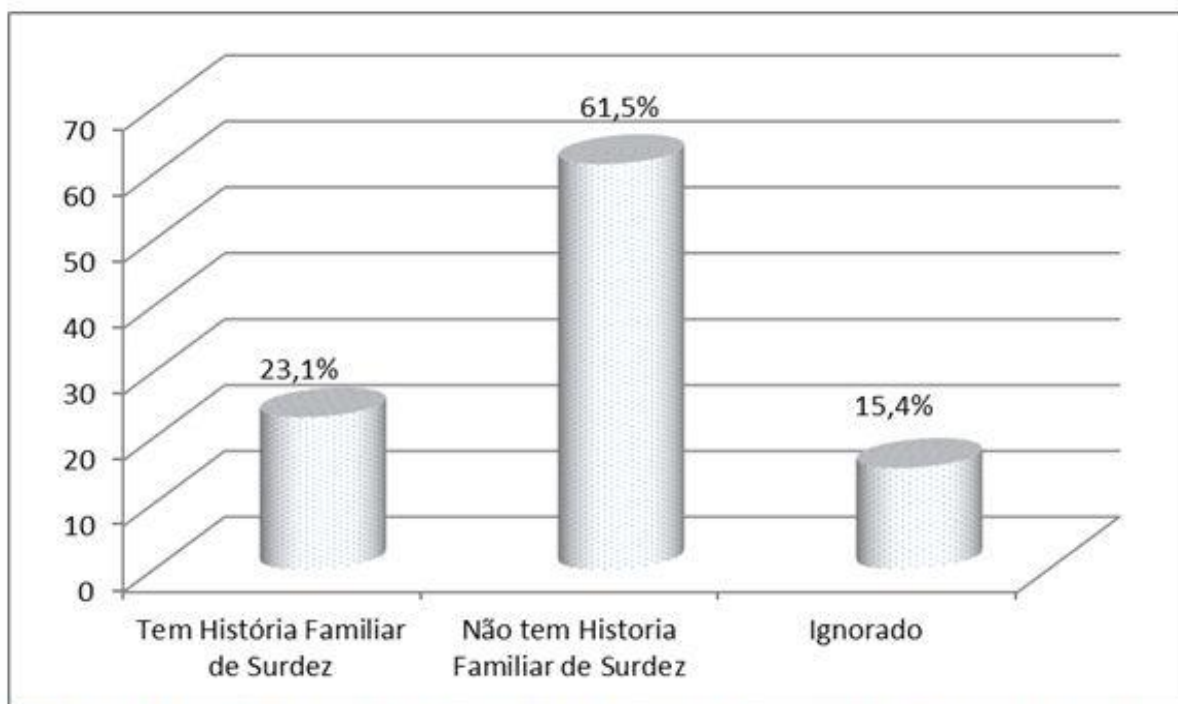


Figura 2. História Familiar de perda auditiva de crianças e adolescentes assistidos em uma Instituição de Referência ao Deficiente Auditivo no Norte Fluminense, Rio de Janeiro. Agosto de 2010-2012.

A Lei Federal 12.303, de 02/08/2010, tornou obrigatório, em todas as maternidades e hospitais, a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas (mais conhecido como Teste da Orelhinha) nas crianças nascidas em suas dependências para detecção dos casos de perda auditiva. Esse exame pode ser feito a partir do segundo dia de nascimento, é indolor, rápido, não invasivo e tem duração média de 5 a 10 minutos.

A realização efetiva deste exame em todas os recém nascidos permitirá a Triagem Auditiva Neonatal e, assim, o direcionamento tratamento adequado, caso seja identificado problemas auditivos. O tratamento precoce proporcionará mais rapidamente o desenvolvimento da fala, da linguagem, do pensamento, da memória e do raciocínio, entre outras habilidades, essenciais para que a criança se sinta incluída e integrada à sociedade em que vive.

A Organização Mundial da Saúde orienta que “a perda auditiva pode ser, em grande parte, prevenida através de medidas de saúde pública, tais como: imunização, melhoria da saúde materna e infantil e práticas seguras em saúde ocupacional”. É de fundamental importância que sejam despendidos esforços por parte dos sistemas de cuidados de saúde primários, com especial atenção para cuidado da orelha e audição, para promover a redução da carga desse problema (WHO, 2012).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das crianças e adolescentes avaliados apresentou *perda auditiva neurosensorial profunda bilateral*, no diagnóstico médico na primeira consulta. O desenvolvimento de novos estudos é primordial para pensar em estratégias, voltadas à saúde, adequadas e de amplo alcance à realidade do grupo atendido.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à presidente da AMADA, Marilene de Miranda Fernandes, que nos apoiou, e ainda apóia, em todos os momentos para a viabilização deste projeto, e a todos os profissionais da instituição que diariamente contribuem para a continuidade do mesmo. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) pelo apoio financeiro.

REFERENCIAS

Brasil. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Portaria GM nº 2073 de 28 de setembro de 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>. Acessado em 28/09/2009.

DEC 5.626/2005 (Decreto do Executivo) 22/12/2005. Regulamenta a lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, e o Art. 18 da lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. D.O.U. de 23/12/2005, p. 28. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%205.626-2005?OpenDocument. Acessado em: 17/05/2012.

Gomes, ACRS. Conhecendo a surdez e suas implicações no processo de aprendizagem: informações e atitudes que favorecem a inclusão. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de licenciatura em pedagogia do centro de ciências humanas da UNIRIO, como requisito para grau de Pedagogo. Santa Maria Madalena, 2010.

Honora, M & Frizanco, MLE. Ciranda da Inclusão: Esclarecendo as deficiências. 1ª edição. São Paulo: Editora Ciranda Cultural. 136p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2005 http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=438. Acessado em 20/07/2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2000 http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27062003censo.shtm#sub_indicadores. Acessado em 20/07/2011.

Lei nº 12.303, de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Ministério da Saúde/MS. D.O.U. DE 03/08/2010, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12303.htm. Acessado: 17/05/2012.

Marazita, ML; Ploughmam, LM; Rawlings, B; Remington, E; Arnos, KS; Nance WE et al. Genetic epidemiological studies of early-onset deafness in the U.S. school-age population. Am J Med Genet 1993; 46:486-91.

Prefeitura Municipal de Macaé. Dados. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo.php?idCategoria=27&idSub=27&idConteudo=37>. Acessado em 14/01/11.

Silva, EJC; Llerena, Jr; JC; Cardoso, MHCA. Estudo seccional descritivo de crianças com deficiência auditiva atendidas no Instituto Nacional de Educação de Surdos, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública vol. 23 N°3. Rio de Janeiro Mar. 2007.

World Health Organization. Primary ear and hearing care training resource. Advance level. WHO Press. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2006. 90p.

WHO. Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action. WHO Press. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2010. 39p.

Endereço

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus UFRJ – Macaé Professor Aloísio Teixeira
Rua Aluizio da Silva Gomes, 50
Granja dos Cavaleiros – Macaé – RJ
CEP: 27930-560
e-mail: janecapelli@macaee.ufrj.br