



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

revista@aborlccf.org.br

Associação Brasileira de  
Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-  
Facial  
Brasil

Fontana Zocoli, Angela Maria; Coelho Riechel, Fabiana; Zeigelboim, Bianca Simone; Mendes  
Marques, Jair

Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 72, núm. 5, septiembre-octubre, 2006, pp. 617-623

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437768007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática

## Hearing: a pediatrician's approach

Angela Maria Fontana Zocoli<sup>1</sup>, Fabiana Coelho  
Riechel<sup>2</sup>, Bianca Simone Zeigelboim<sup>3</sup>, Jair Mendes  
Marques<sup>4</sup>

Palavras-chave: crianças, pediatria, transtornos da audição.  
Keywords: children, pediatrics, hearing disorders.

### Resumo / Summary

A audição exerce fundamental importância no desenvolvimento global da criança, porém, alguns profissionais desconhecem a contribuição que podem dar para reduzir ou minimizar as seqüelas deixadas por uma perda auditiva. **Objetivo:** Coletar dados referentes à conduta dos pediatras, de uma cidade do interior de Santa Catarina, frente à detecção precoce da deficiência auditiva e identificar a metodologia utilizada para o diagnóstico. **Forma de Estudo:** Coorte histórico com corte transversal. **Material e Método:** Análise de questionários, com dez questões abertas e nove fechadas. **Resultados:** 62% informaram que sua formação sobre deficiência auditiva ocorreu durante a graduação; conduta nos casos de alto risco (92%) é o encaminhamento ao otorrinolaringologista; 83% referem conhecer as técnicas de avaliação, 55% afirmam desconhecer os tipos de perda auditiva, apenas 25% mencionam conhecer os graus de perda auditiva e 42% dos entrevistados acreditam que uma criança pode fazer uso da prótese auditiva antes dos seis meses. **Conclusão:** A necessidade de mais informações sobre a importância do diagnóstico precoce, bem como dos métodos utilizados para realização deste, mostrou-se evidente neste estudo.

Hearing plays a fundamental role in a child's global development; however, some professionals do not realize how much they may contribute to mitigate the sequelae caused by hearing impairment. **Aim:** to collect data on pediatricians' approaches in a city in the country side of Santa Catarina State, regarding the early detection of hearing impairment and identify the methodology utilized for its diagnosis. **Study Design:** Historical Cohort with Cross-Sectional Cohort. **Materials and Methods:** Analysis of questionnaires with nine multiple choice questions and ten open questions. **Results:** 62% reported that their training in hearing disorders happened during their medical course; high risk patients are referred to the otorhinolaryngologist (92%); 83% said they are aware of the evaluation techniques; 55% stated they were not aware of the different types of hearing loss; only 25% reported they knew about the levels of hearing loss and 42% of the interviewees believe a child may have fruitful use of a hearing aid before six months of age. **Conclusion:** There is the need of more information about the importance of early diagnosis, as well as the methods used for this end.

<sup>1</sup> Mestranda em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná, Fonoaudióloga.

<sup>2</sup> Pós-graduanda em Audiologia Clínica pela Universidade Tuiuti do Paraná, Fonoaudióloga.

<sup>3</sup> Doutora em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, Docente do Curso de Especialização em Audiologia Clínica e Coordenadora do Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, Fonoaudióloga.

<sup>4</sup> Doutor em Ciências Geodésicas pela Universidade Federal do Paraná e Professor do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, Professor.

Endereço para correspondência: Ângela Maria Fontana Zocoli - Rua Prefeito Frederico Busch Junior 255 sala 407 Blumenau SC 89020-400.

Tel/fax: (0xx47) 322-0302 - E-mail: ângela@cliob.med.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 5 de setembro de 2005. Cod. 1065.

Artigo aceito em 16 de maio de 2006.

## INTRODUÇÃO

Ao nascer, o ser humano apresenta apenas audição do tipo reflexa, que é inibida quando inicia o processo de aprendizagem, surgindo novas respostas ao som dependendo das experiências auditivas<sup>1</sup>. Os primeiros anos de vida de um bebê são repletos de aprendizagem. Através do feedback auditivo é que se constituem os conceitos básicos necessários para a construção da linguagem, organizada em diversos processos neuropsicológicos, orgânicos e afetivos, propiciando o aprendizado simbólico<sup>2</sup>. A audição, como sentido especial, vem mais tarde, uma vez que a criança armazena todo tipo de informação, indistintamente. Os sons passam a ter real significado quando se estabelece o processo de aprendizagem para ouvir, processo este que pode ser influenciado pelo ambiente<sup>1</sup>.

Sabe-se que as causas de alterações de linguagem podem ser variadas. O método de investigação, em busca do diagnóstico preciso, pode direcionar o profissional da saúde na escolha do tratamento indicado para cada caso<sup>3</sup>.

A estreita relação existente entre audição e aquisição da linguagem é peculiar ao ser humano. Quanto mais pobre for a estimulação da fala, menor e menos efetiva será a aquisição da linguagem<sup>4</sup>. Essa relação existente entre audição e desenvolvimento da linguagem torna o diagnóstico precoce das causas de deficiência auditiva extremamente importante<sup>1</sup>.

Prevenir a perda auditiva é uma forma de proteger e impedir que a criança sofra os efeitos funestos provocados pela falta de estimulação auditiva sobre a função da linguagem<sup>1</sup>. Cerca de 50% das perdas auditivas poderiam ser evitadas ou suas seqüelas diminuídas, se ocorressem precocemente medidas de identificação, diagnóstico e reabilitação<sup>5</sup>.

A prevalência de deficiência auditiva é vinte vezes maior que outras doenças como a fenilcetonúria ou hipotireoidismo e sua identificação demanda um custo dez vezes menor que para outras doenças<sup>6</sup>.

A Academia Americana de Pediatria revela que a deficiência auditiva permanente atinge de um a três em 1000 bebês nascidos e acompanhados em berçários normais e de dois a quatro bebês, de cada 1000 bebês nascidos e acompanhados em UTIs neonatais. Afetam também crianças na idade pré-escolar, em decorrência de doenças como meningite e otite média secretora adquirida antes dos primeiros doze meses de vida<sup>7</sup>.

Se for levado em conta somente o histórico de exposição a fatores de alto risco a fim de efetuar o diagnóstico da deficiência auditiva, somente 50% das crianças serão corretamente diagnosticadas<sup>4,5,6,11,12</sup>.

O papel do pediatra é imprescindível para que os programas de detecção e intervenção precoces da audição sejam bem-sucedidos, mas também há necessidade

de envolver toda a equipe de enfermagem, a família e a comunidade. Mesmo com todo acesso à informações sobre a triagem neonatal, muitos profissionais ainda não estão familiarizados com os princípios da mesma<sup>8</sup>.

O processo de identificação precoce da deficiência auditiva deve ser iniciado ainda no berçário, através da triagem auditiva neonatal, por ser uma forma eficiente de identificar principalmente as crianças de risco. No entanto, a triagem por si só não traz nenhum benefício para a saúde da criança, simplesmente identifica. O correto seria, logo após o nascimento, identificar as crianças de risco, encaminhar para confirmação da suspeita da deficiência auditiva e enquadrar em processos terapêuticos<sup>9</sup>. A triagem auditiva só é completa por meio da identificação, confirmação e reabilitação auditiva da criança comprometida<sup>10</sup>.

Tratar as perdas auditivas na infância vai além do aspecto médico, pois as implicações são muito sérias e profundas. Por ser este o período em que o mundo está sendo apresentado à criança e existir a possibilidade dela não conseguir compreendê-lo, o seu processo de comunicação poderá ser afetado de forma irreversível<sup>7</sup>.

O Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)<sup>11</sup> em conjunto com o Instituto Nacional de Saúde Americano criou o Guia de Triagem Audiológica Universal, para todos os recém-nascidos, padronizando as etapas e orientações a serem seguidas para a testagem audiológica. Estas recomendações e orientações visam o diagnóstico precoce da deficiência auditiva, levando-se em consideração o período crítico do desenvolvimento auditivo da criança, tentando minimizar o impacto negativo da deficiência auditiva no desenvolvimento intelectual da criança, através da reabilitação precoce<sup>6</sup>.

O Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI)<sup>12</sup> recomenda a implantação da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) para todas as crianças do nascimento até os três meses de idade. Nos casos de deficiência auditiva confirmada, deve haver intervenção educacional até os seis meses de idade.

A Academia Americana de Pediatria recomenda a utilização de métodos eletrofisiológicos nos programas de triagem auditiva neonatal como o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico - PEATE e as Emissões Otoacústicas Evocadas - EOAE (Teste da Orelhinha)<sup>5</sup>.

O PEATE avalia a integridade neural das vias auditivas até o tronco cerebral, através do registro das ondas eletrofisiológicas, geradas em resposta a um som apresentado e captado por eletrodos de superfície colocados na cabeça. As EOAE registram a energia sonora gerada pelas células ciliadas da cóclea, em resposta aos sons apresentados e gravados por microfone miniaturizado colocado no conduto auditivo externo.

Os métodos citados são rápidos, não-invasivos e de fácil aplicação, ambos têm vantagens e desvantagens. Não sendo possível realizar a triagem pelos métodos ele-

trofisiológicos, é possível investigar junto aos fatores de risco a observação do comportamento auditivo e pesquisa do reflexo cócleo-palpebral, lembrando que perdas leves ou unilaterais não podem ser diagnosticadas por este método<sup>12</sup>.

O sistema auditivo está completamente formado ao nascimento, para que ocorra a maturação das vias auditivas, em nível de tronco encefálico, é necessária a estimulação sonora e, por isso, é fundamental que o diagnóstico da deficiência auditiva seja estabelecido no primeiro ano de vida<sup>13</sup>. O período crítico da audição (do nascimento até dois anos) corresponde ao período de maior plasticidade neuronal da via auditiva<sup>6</sup>. Neste período o sistema auditivo central pode ser modificado, dependendo da quantidade e qualidade dos estímulos externos captados. Quanto maior a riqueza de estímulos, maior a riqueza de conexões entre orelha interna e o córtex<sup>6</sup>. A criança que não recebe estimulação da linguagem adequada durante os dois ou três primeiros anos de vida nunca terá seu potencial de linguagem completamente desenvolvido<sup>1</sup>.

Para o deficiente auditivo, não importa o grau de dificuldade nem o momento em que a perda ocorreu, o importante é que todo um mundo de informações lhe foi bloqueado, cabendo ao médico, ao fonoaudiólogo, ao educador, à família e à sociedade tentarem, por todos os meios, romper os obstáculos para integrá-lo à comunidade e trazê-lo para um convívio indiscriminado<sup>1</sup>.

Sendo o médico pediatra o primeiro profissional a acompanhar diretamente a criança nos primeiros meses de vida, o presente estudo tem como objetivo obter informações sobre a abordagem desse profissional em relação à deficiência auditiva e sua conduta para o diagnóstico precoce.

## MÉTODOS

Esta pesquisa envolveu médicos pediatras que trabalham em hospitais públicos, privados e/ou clínicas particulares de uma cidade no interior do estado de Santa Catarina.

O estudo foi realizado de forma quantitativa e qualitativa, no período de fevereiro a abril de 2004, sendo utilizado como instrumento de coleta de dados, o questionário aplicado por Barros, Galindo e Jacob<sup>14</sup>, 2002 com modificações, conforme demonstra a Tabela 1, sendo dez questões abertas e nove fechadas, totalizando dezoito questões.

Foram enviados 46 questionários e 24 retornaram devidamente preenchidos. A média de idade dos entrevistados foi de 44 anos e média de 21 anos de formados, sendo 10 do sexo feminino e 14 do sexo masculino. Cabe ressaltar que esses dados não foram considerados para análise dos resultados.

Iniciou-se a pesquisa entrevistando cada profissional e esclarecendo o intuito da mesma. Os entrevistados

**Tabela 1.** Questionário utilizado na pesquisa.

1. Local (is) de trabalho:  
☐ hospital ☐ consultório ☐ setor público ☐ outros
2. Qual o seu grau de formação sobre a audição e sua deficiência (surdez)?  
☐ graduação ☐ pós-graduação  
☐ cursos específicos ☐ outros, quais \_\_\_\_\_
3. Você pesquisa a audição de seus pacientes?  
☐ sim ☐ não  
Em caso afirmativo com que idade realiza a pesquisa?  
☐ primeiros 6 meses ☐ 2º ano ☐ depois dos 3 anos  
☐ 1º ano ☐ 3º ano ☐ outras situações \_\_\_\_\_
4. Qual o procedimento que você aplica? \_\_\_\_\_
5. A partir de que idade você entende que é possível avaliar a audição de uma criança?  
☐ primeiros 6 meses ☐ 2º ano ☐ depois dos 3 anos  
☐ 1º ano ☐ 3º ano ☐ outras situações \_\_\_\_\_
6. Você tem conhecimento sobre técnicas de avaliação da audição na infância?  
☐ sim ☐ não
7. Qual é a sua conduta quando a mãe apresenta queixa quanto à audição da criança ou atraso da fala?  
☐ realiza algum teste  
☐ encaminha para um exame audiológico  
☐ encaminha para um ORL  
☐ outros \_\_\_\_\_
8. O que você considera como critérios para encaminhar uma criança para avaliação audiológica?  
☐ quando a mãe solicita ☐ quando a avaliação clínica sugere  
☐ quando há risco para a criança ☐ de rotina ☐ outros \_\_\_\_\_
9. Você considera importante o diagnóstico precoce da deficiência auditiva? Por quê?  
☐ sim ☐ não
10. De que forma você acredita que a deficiência auditiva pode acarretar prejuízos para a criança?
11. O que você considera "alto risco" para a audição?
12. Considerando o desenvolvimento auditivo da criança, você tem alguma conduta especial nos casos de "alto risco"?  
☐ sim ☐ não Caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_
13. Referente à pergunta anterior, no caso afirmativo, com que idade?  
☐ primeiros 6 meses ☐ 2º ano ☐ depois dos 3 anos  
☐ 1º ano ☐ 3º ano ☐ outros \_\_\_\_\_
14. Se trabalha em Posto de Saúde, você acompanha a criança com alteração de audição?  
☐ sim ☐ não
15. Faltam recursos (conhecimento, equipamento, etc.) para que você possa controlar a audição das crianças nos postos de saúde?

**Tabela 1.** continuação.

- ☐ sim ☐ não ☐ equipamento ☐ conhecimento ☐ outros \_\_\_\_\_
16. A partir de que idade você acha que uma criança pode utilizar uma prótese auditiva?  
☐ primeiros 6 meses ☐ 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ depois dos 3 anos
17. Você conhece os diferentes tipos de perda de audição?  
☐ sim ☐ não Caso afirmativo, como você classifica? \_\_\_\_\_
18. Você conhece as classificações quanto aos vários graus de uma perda auditiva?  
☐ sim ☐ não Caso afirmativo, como você utiliza? \_\_\_\_\_
19. Acredita-se que a família e a escola exercem papel fundamental na comunicação da criança, para você o médico também tem essa função?  
☐ sim ☐ não

optaram por responder individualmente o questionário, devolvendo o mesmo posteriormente.

Foram respeitados os preceitos éticos inerentes à pesquisa, como as respectivas identidades. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Institucional da Universidade Tuiuti do Paraná - UTP - e obteve-se autorização dos responsáveis por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

O índice de respostas obtidas foi de 51%. Foram encontradas dificuldades na realização do estudo, pois a ambigüidade das respostas dificultou a análise dos resultados. Por haverem questões abertas, foram consideradas todas as respostas apresentadas.

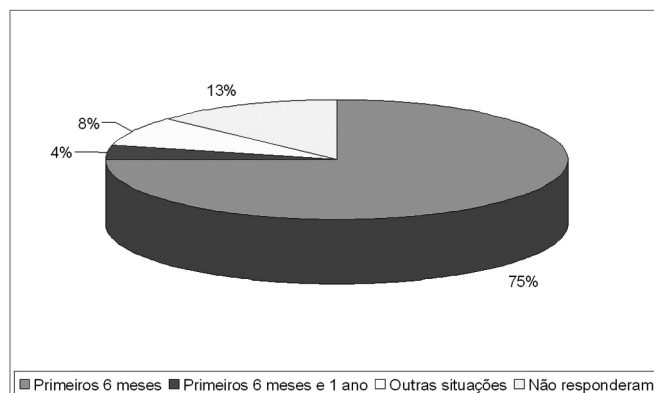
Quarenta por cento dos pediatras relataram que trabalham em consultório, 31% em hospitais, 27% no setor público e 2% em outros locais.

Quanto à formação sobre deficiência auditiva, 62% dos profissionais responderam que foi no curso de graduação, 21% através de periódicos, 4% realizaram cursos específicos e 13% não responderam.

Oitenta e sete por cento dos médicos entrevistados afirmaram pesquisar a audição de seus pacientes e 13% responderam que não o fazem. Destes, 75% citaram que é possível avaliar a audição de uma criança nos primeiros seis meses de vida, 4% dos primeiros seis meses a um ano, 8% em outras situações e 13% não responderam (Gráfico 1).

Dos procedimentos aplicados pelos pediatras que pesquisam a audição de seus pacientes, os métodos utilizados são o sonoro comportamental, a anamnese e o exame clínico, entre outros (Tabela 2).

Referente à idade ideal para avaliar a audição, 88% dos entrevistados responderam ser possível nos primeiros seis meses de vida, 8% em outras idades e 4% depois



**Gráfico 1.** Idade de realização das pesquisas auditivas.

**Tabela 2.** Procedimentos aplicados.

Procedimento	Frequência
Realizam testes sonoros comportamentais	7
Anamnese	4
Exame clínico	4
Não responderam	4
Testam o reflexo cócleo-palpebral	2
Observam as reações da criança	1
Encaminham para o Teste da orelhinha	1
Avaliam o desenvolvimento psicomotor	1
Solicitam que os pais observem o bebê	1
Encaminham ao otorrinolaringologista	1
Encaminham para audiometria	1

dos três anos. Quanto às técnicas utilizadas para realizar avaliação auditiva, 83% afirmaram conhecer, porém não souberam descrevê-las e 17% mencionaram desconhecer quaisquer técnicas.

A conduta seguida pelos profissionais quando a mãe apresenta queixa em relação à audição ou atraso da fala da criança, é o encaminhamento para avaliação audiológica (21%) ou para um otorrinolaringologista (38%), porém o total de outros procedimentos (41%) é bastante significativo.

Cinquenta por cento dos pediatras não responderam quanto aos critérios considerados para realização de avaliação audiológica, 42% mencionaram como requisito principal avaliação clínica sugestiva, 4% quando a mãe solicita e 4% quando há risco para a criança.

A importância do diagnóstico precoce da deficiência auditiva mostrou-se evidente neste quesito, pois houve unanimidade (100%) de respostas.

As justificativas mais citadas para realização do diagnóstico precoce foram: preocupação no que se refere ao tratamento precoce, na prevenção de problemas da aprendizagem, no desenvolvimento da fala e na estimulação da criança (Tabela 3).



**Tabela 3.** Justificativa para o diagnóstico precoce em ordem de frequência.

Importância	Frequência
Tratar precocemente	9
Prevenir problemas na aprendizagem	6
Auxiliar no desenvolvimento neuropsicomotor	4
Propiciar bom desenvolvimento da fala	3
Estimular a criança	3
Socializar	2
Facilitar a reabilitação (terapia)	1
Reabilitar até os sete anos	1
Auxiliar no desenvolvimento da linguagem	1
Evitar atraso no desenvolvimento global	1
Melhorar a auto-estima	1
Prevenir problemas auditivos mais graves	1
Tratar antes dos seis meses	1
Indicar uso de prótese auditiva	1
Encaminhar para tratamento específico	1

Dentre os principais prejuízos acarretados pela deficiência auditiva, a socialização foi descrita como principal, as dificuldades na aprendizagem, o atraso no desenvolvimento global, da fala e atraso na linguagem, também foram mencionados.

Considerando alto risco para audição, a prematuridade foi referida como fator preponderante, seguida de história familiar, deficiência congênita e doenças específicas na gravidez (Tabela 4).

A conduta seguida nos casos de alto risco, em sua maioria (92%), é o encaminhamento ao otorrinolaringologista, 4% para triagem auditiva neonatal e avaliação audiológica. Apenas 4% dos entrevistados não especificaram a resposta. Nos casos de alto risco, 80% dos entrevistados responderam que fazem uso de conduta especial nos primeiros seis meses, 8% utilizam outras condutas, 8% não responderam e 4% no primeiro ano.

Dos médicos que trabalham em postos de saúde, apenas 21% informaram que acompanham a criança com alteração de audição, 29% relataram que não acompanham e 50% não responderam.

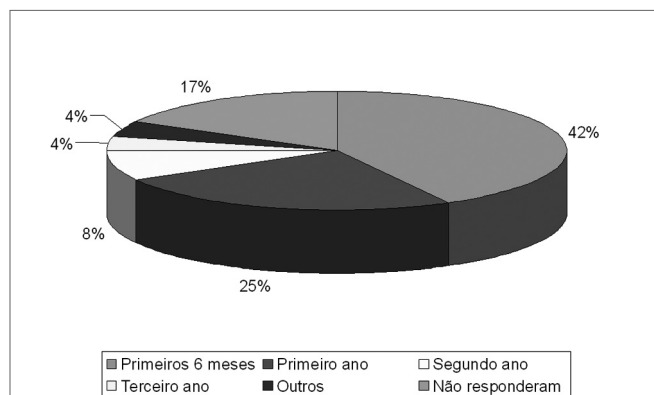
Trinta e oito por cento dos entrevistados não responderam à questão sobre os recursos disponíveis, 33% referiram haver falta de equipamentos, 25% mencionaram que há falta de recursos e apenas 4% responderam que os recursos são suficientes.

Quarenta e dois por cento dos entrevistados, responderam que a partir de seis meses de vida a criança pode fazer uso de prótese auditiva, 25% responderam no primeiro ano, 8% no segundo ano, 4% no terceiro ano, 4% acima desta idade e 17% não responderam (Gráfico 2).

Quanto aos tipos de perda auditiva, 45% dos en-

**Tabela 4.** Fatores considerados de alto risco para audição.

Alto risco	Frequência
Prematuridade	12
História familiar	10
Deficiência congênita	8
Doenças específicas na gravidez	7
Não responderam	6
Uso de medicação ototóxica	5
Otitis de repetição	3
Meningite	3
Internação em Unidades de Terapia Intensiva	2
Exposição a locais ruidosos	2
Intercorrências perinatais	2
Uso de antibióticos	2
Traumas	1
Algumas doenças	1
Víroses neurotróficas	1
PIG (Pequeno para Idade Gestacional)	1
Gestação de alto risco	1
Criança que não responde ao estímulo no nascimento	1
Desnutrição grave	1
Baixo peso ao nascer	1



**Gráfico 2.** Idade que uma criança pode utilizar prótese auditiva.

trevistados afirmaram ter conhecimento, 35% informaram desconhecer e outros 20% não responderam. Referente aos graus de perda auditiva, 71% dos pediatras, responderam que desconhecem as classificações, 25% mencionaram ter conhecimento e 4% não responderam.

Ocorreu unanimidade (100%) nas respostas quanto à importância que o médico exerce no desempenho da comunicação da criança.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos mostraram-se semelhantes aos

encontrados em estudos realizados por Balieiro e Balieiro (1987)<sup>15</sup>; Weiss (1999)<sup>9</sup>; Bevilacqua et al.(2000)<sup>16</sup> e Barros; Galindo & Jacob (2002)<sup>14</sup>.

A pesquisa efetuada por Barros; Galindo & Jacob (2002)<sup>14</sup> revelou que os pediatras trabalham em mais de um local e que muitos destes obtiveram seus conhecimentos sobre deficiência auditiva durante a formação acadêmica, em conformidade aos achados do presente estudo.

Mesmo que 75% dos médicos tenham afirmado que pesquisam a audição de seus pacientes nos primeiros seis meses de vida e mencionarem conhecer as técnicas utilizadas, pôde-se observar a dificuldade dos mesmos em descrevê-las. Comparando esses dados com os obtidos por Balieiro e Balieiro (1987)<sup>15</sup>, Weiss (1999)<sup>9</sup> e Barros; Galindo & Jacob (2002)<sup>14</sup>, não foram constatadas diferenças significativas relacionadas a esse questionamento.

Barros; Galindo & Jacob (2002)<sup>14</sup> relataram que 76% dos profissionais acreditam que é possível realizar avaliação auditiva nos primeiros seis meses de vida, mesmo não realizando; 88% dos pediatras entrevistados neste estudo também concordam que a pesquisa de audição pode ser feita nesta idade, mas poucos o fazem.

Quando a mãe apresenta queixa referente à audição, Balieiro e Balieiro (1987)<sup>15</sup> descreveram que o procedimento utilizado por 50% dos seus entrevistados é a confirmação das queixas com recursos próprios e os demais encaminham para especialistas. Novamente houve uma grande semelhança aos resultados obtidos nesta pesquisa, principalmente no quesito encaminhamento ao especialista, porém os procedimentos não especificados e a abstenção de respostas atingiram um percentual significativo.

Houve unanimidade quanto ao diagnóstico auditivo precoce, demonstrando preocupação com a socialização e dificuldade de aprendizagem. Essa consciência sobre a importância do diagnóstico precoce, bem como dos prejuízos acarretados com o diagnóstico tardio também foram observados e relatados por Bonamigo (1992)<sup>18</sup>.

Weiss (1999)<sup>9</sup> descreveu que os resultados justificavam o fracasso em se estabelecer de maneira efetiva um diagnóstico precoce da deficiência auditiva, mesmo sendo os pediatras e neonatologistas alvo de muitas queixas relacionadas à audição, pois essas queixas ocorriam em sua grande maioria após os dois anos de idade. Já esta pesquisa indicou que há relevante consideração quanto à avaliação clínica e nos encaminhamentos para investigação auditiva.

Os achados do presente inquérito revelaram como principais fatores de risco a prematuridade, história familiar e deficiência congênita. Foi citada a conduta especial nestes casos, sendo o encaminhamento a um especialista fator preponderante. Weiss<sup>9</sup> (1999) mencionou que o otorrinolaringologista é o especialista escolhido nessas situações. Balieiro e Balieiro (1987)<sup>15</sup> evidenciaram o alto

índice de profissionais que desconheciam os fatores de risco para audição.

Balieiro e Balieiro (1987)<sup>15</sup> relataram que dentre seus entrevistados a maioria não tinha qualquer conhecimento sobre triagem auditiva e muitos ignoravam os métodos de avaliação audiológica infantil. Barros; Galindo & Jacob (2002)<sup>14</sup> citaram que mais de 70% dos entrevistados afirmaram ser possível avaliar rotineiramente a audição nos primeiros seis meses, porém poucos o faziam. Rabelo et al. (2004)<sup>17</sup> informaram que 70,6% dos pediatras aconselham os exames de emissões otoacústicas e audiometria nos casos de recém-nascidos que fizessem uso de aminoglicosídeos. Comparando-se os achados dos estudos supracitados, pode-se verificar que os profissionais estão mais conscientes da importância da avaliação auditiva precoce. Mesmo assim, este estudo revelou o baixo índice de médicos que encaminham o paciente para triagem auditiva neonatal.

Os profissionais que trabalham na rede pública alegaram falta de recursos, equipamentos e conhecimento específico para acompanhar o desenvolvimento da audição em crianças. Balieiro e Balieiro (1987)<sup>15</sup> revelaram resultados semelhantes, indicando que mais de 60% dos pediatras que trabalhavam em postos de saúde não investigavam a audição pelos mesmos motivos.

Há considerável índice de profissionais que diz acreditar que uma criança pode usar prótese auditiva no primeiro ano de vida, mas a maioria concorda que pode ser nos seis primeiros meses, esses resultados vem de encontro aos achados de Balieiro e Balieiro (1987)<sup>15</sup>.

Mais de 50% dos médicos pesquisados por Barros, Galindo & Jacob (2002)<sup>14</sup> e 45% dos entrevistados nesta responderam conhecer os diferentes tipos de perda auditiva, porém apenas um mencionou: condutiva, mista e neurossensorial.

No estudo realizado por Barros, Galindo & Jacob (2002)<sup>14</sup>, assim como neste, foi observado o baixo índice de pediatras com conhecimento quanto à classificação dos graus de perda auditiva. A preocupação do médico com relação à comunicação da criança ficou evidente neste inquérito, igualando-se aos resultados encontrados por Balieiro e Balieiro (1987)<sup>15</sup>.

---

## CONCLUSÃO

---

Mesmo tratando-se de uma amostra restrita, conclui-se que por ser o pediatra o profissional que tem maior contato com a criança e a família, cabe a ele identificar o mais cedo possível os riscos para deficiência auditiva. A necessidade de mais informações sobre a importância do diagnóstico precoce, bem como dos métodos utilizados para realização deste, mostraram-se evidentes nesta pesquisa, tornando-se imprescindível à divulgação desses dados, visto que os entrevistados demonstraram interesse em receber essas informações.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Russo ICP, Santos TMM. *Audiologia Infantil*. São Paulo: Cortez; 1994.
2. Marchiori LLM. Análise das Alterações Auditivas em Escolares com Queixa de Problemas de Aprendizagem. *Fono Atual* 2002;21:10-15.
3. Schirmer CR, Fontoura DR, Nunes ML. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *J Pediatr* 2004;2:s95-103
4. Cordero L, Chinski A, Breuning S. Sensorineural Hearing Lose. In: Sih T Cinski A, Eavey R. *II Manual of Pediatric Otorhinolaryngology IAPO/IFOS*. Copyright, 2001. p. 271-80.
5. Lewis DR, Costa Filho O. A. Surdez no Recém-nascido. In: Campos CAH, Costa HOO. *Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo:Roca, 2003. p. 367-78.
6. Nóbrega M. Triagem Audiológica Universal. In: Caldas N, Caldas SN, Sih T. *Otologia e Audiologia em Pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 208-10.
7. Jensen AMAR, Fragoso ACPF. Reabilitação da Perda Auditiva na Infância. In: Campos CAH, Costa HOO. *Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca; 2003. p. 232-42.
8. Finitzo T, Crumley WG. O papel do pediatra na perda auditiva. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte: Perda auditiva em crianças*, 1999. p. 15-34.
9. Weiss KM. *Pediatras e Neonatologistas - Detecção Precoce da Deficiência Auditiva*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Audiologia Clínica - CEFAC: Porto Alegre, 1999.
10. Castro JR NP, Marone SAM, Almeida CIR, Redondo MC. Avaliação Audiológica em Recém-nascidos. In: Campos CAH, Costa HOO. *Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 2003. p.441-51.
11. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância - Recomendação 01/99. *J. Cons Fed Fonoaudiol* 2000;5:3-7.
12. JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING - Year 2000 position statement. Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Am J Audiol*. 2000;9(1):9-29.
13. Ramos BD. Importância da Audição no Desenvolvimento da Linguagem. In: Caldas N, Caldas SN, Sih T. *Otologia e Audiologia em Pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 168-71.
14. Barros ACT, Galindo MC, Jacob RTS. Conhecimento e conduta de pediatras frente à deficiência auditiva. *Pediatr (São Paulo)* 2002;24(1/2):25-31.
15. Balieiro CR, Balieiro RO. Diagnóstico da Deficiência Auditiva nos Primeiros Anos de Vida: Importância da Participação dos Pediatras. *Revista Distúrbios da Comunicação* 1987;2(1/2):49 - 56.
16. Bevilacqua MC, Bandini HH, Tschiedel, Diagnóstico da Deficiência Auditiva na Infância: uma avaliação de nível de conhecimento dos pediatras de uma cidade do Centro Oeste Paulista. *Pediatr Mod* 2000;36:107-8.
17. Rabelo BGR, Salomão LM, Carnivall PA, Leite ICG. Algumas considerações sobre o grau de conhecimento dos pediatras sobre questões fonoaudiológicas. *Fono Atual* 2004;27(7):4-10.
18. Bonamigo AW. Audição na Infância: O conhecimento do Pediatra. *Rev Distúrb Comun* 1992;5:161-166.