

## A Gestação e a Deficiência Auditiva

Este artigo tem como objetivo levar à população, sobretudo às gestantes, informações sobre a surdez congênita, ou seja, a surdez causada durante o período de gestação e do parto.

As doenças ou condições que causam surdez poderiam ser evitadas através de esclarecimentos, campanhas e pré-natais bem realizados. A mãe deve estar amparada por uma equipe médica e assistência social para que ela própria e sua família tenham conhecimento dos riscos de transmissão de doenças durante a gestação.

Estatisticamente, a surdez congênita ocorre em 1 a 3 bebês a cada 1000 nascimentos e é mais predominante (2 a 9% dos bebês) em neonatos portadores de fatores de risco. (1) (2) Neste artigo vamos comentar sobre os principais fatores de risco que precisam ser prevenidos para se evitar a surdez congênita.

As causas de surdez congênita são: as causas **genéticas**, as **infecções maternas** e as **intercorrências durante o parto**.

A surdez de origem genética corresponde a 50% dos casos de surdez congênita e são transmitidas pelos pais através de seus genes que podem conter informações que darão as características de deficiência auditiva. A consangüinidade; ou seja, casamento entre membros da mesma família, é causa importante de transmissão de genes que causam surdez. O aparecimento da deficiência auditiva pode ocorrer já ao nascimento ou aparecer mais tarde durante o desenvolvimento da criança.

Existem as manifestações isoladas de surdez ou associadas a outras anomalias orgânicas (coração, cérebro, pele, rins, olhos, etc.). Na má formação da orelha externa o bebê nasce com deformidades visíveis que sugerem uma investigação da audição logo após o nascimento, porém em outros casos as anomalias ou lesões ocorrem na parte interna da orelha e fica difícil desconfiar logo no início da vida do bebê. Nos casos em que há mais de uma má formação orgânica e atraso do desenvolvimento físico ou mental devemos pensar também em problemas de audição associados e avaliar precocemente com exames audiológicos.

O Aconselhamento familiar também é uma forma de prevenção. Os testes genéticos já são uma opção para as pessoas ou famílias com deficiências auditivas. As informações relacionadas ao status de portador e as chances de recorrências de surdez devem ser esclarecidas e são um suporte dado às famílias que possuem deficientes auditivos. (2)

O Comitê sobre Triagem Auditiva na Infância recomenda estabelecer o diagnóstico precoce com os **Testes da Orelhinha** (Otoemissões Acústicas), o Teste Comportamental e o BERA. Todas as crianças deveriam passar pelos testes nos primeiros 3 meses de vida para se iniciar alguma intervenção ou tratamento até os 6 meses de idade. (3)

A Audição é uma função fundamental para a comunicação humana e uma deficiência auditiva deve ser corrigida até os primeiros 3 anos de vida para se evitar alterações irreversíveis no processo de aprendizado global e da fala. (4)

No Brasil as causas infecciosas de surdez congênita são muito frequentes (3) (6), principalmente por causa da desinformação geral da população sobre as medidas preventivas. As Campanhas de Vacinação são, hoje, as formas de prevenção em massa e emergenciais de que dispomos, mas a conscientização das outras formas de prevenção de doenças ainda carece de incentivo e educação em higiene, condições ambientais e sanitárias e comportamento sexual.

Várias infecções adquiridas durante a gestação são causas de surdez congênita (Rubéola, Citomegalovirus, Toxoplasmose, Sífilis, Herpes, AIDS). Também o uso de drogas ototóxicas pela mãe (psicotrópicos, Talidomida, outros), danifica o aparelho auditivo do feto.

No período do parto as causas de danos auditivos são: a prematuridade (peso inferior a 1500g), traumas cranianos, hipóxia e mal condução do trabalho de parto (APGAR baixo), incompatibilidade sanguínea (tipo de sangue e RH), transfusões (hiperbilirrubinemia) e internação do bebê em UTI com uso de medicação ototóxica (Gentamicina/Amicacina). (1)

**Doenças Infecciosas** que podem causar surdez :

A **Rubéola Congênita** é a doença mais importante dentre as causas de surdez no Brasil e é prevalente em 1 a cada 10.000 nascimentos. É uma Síndrome que ocorre quando o feto foi infectado ainda no útero. O primeiro trimestre de gestação é o período onde a infecção oferece o maior risco de anomalias para o feto . O vírus da Rubéola altera a multiplicação celular e interfere na formação dos órgãos (ex; coração, cérebro, olhos, ouvidos, etc.), inflama os tecidos, provoca calcificação no cérebro e afeta a retina dos olhos. A infecção provoca perda auditiva, retardo mental, lentidão, distúrbios visuais, anomalias cardíacas, etc. A prevenção é a única forma de evitar a contaminação e deve ser feita através da vacinação de toda a população. A gestante deve evitar o contato com pessoas que estão com a doença principalmente nos primeiros três meses de gestação.

A Rubéola congênita não possui tratamento e nada poderá ser feito em benefício do feto caso haja contágio da mãe pelo vírus.(5) (6)

O **Citomegalovirus** (CMV), que é um parente do herpes vírus e tem altíssima prevalência no mundo todo também é causador de surdez e outras anomalias. A doença na maioria das vezes tem uma manifestação clínica muito parecida com a gripe (dor de garganta, febre, mal estar, linfadenite cervical - gânglios inflamados) e é transmitida através do contato íntimo entre as pessoas – beijo (saliva), contato sexual (fluidos corporais- sêmem- secreção vaginal), tosse, espirros e também por transfusões sanguíneas e transmissão vertical mãe-feto via placentária ou pela amamentação. A transmissão vertical durante a gestação é a principal causa de retardo mental nas crianças.

Quando há contaminação para o feto, principalmente no 1º trimestre há grande possibilidade da criança desenvolver retardo mental, cegueira, estrabismo, surdez, epilepsia, microcefalia, icterícia, etc.Também ocorre que 90% dos RN infectados são assintomáticos ao nascimento mas podem manifestar atraso mental ou surdez mais tardiamente.(7) (8)

A prevenção depende de medidas eficazes de esclarecimento de toda a população quanto aos hábitos de higiene, não compartilhamento de utensílios domésticos que podem estar contaminados, atividade sexual com preservativos, exames laboratoriais para a detecção da doença antes da gestação, etc.

A **Sífilis** é uma doença sexualmente transmissível que deve ser investigada em toda gestante, pois os sintomas iniciais podem não ser percebidos. A sífilis congênita pode se manifestar de várias formas dependendo do período de transmissão. O tratamento pode ser feito durante a gravidez e diminuir a severidade de lesões no feto. A Sífilis pode levar à surdez tardia na criança – em torno de 2 anos. A Sífilis deve ser bem investigada durante a gestação porque há formas de tratamento que diminuem os riscos para o feto.(9)

A **Toxoplasmose** transmitida através das fezes de gatos e alimentos mal higienizados e carnes cruas podem causar problemas oculares e também surdez. (10)

O **Herpes**, adquirido nos contatos íntimos e sexuais, pode ser transmitido via transplacentária ou durante o parto, pela via vaginal contaminada, e pode causar deficiência auditiva. (11)

A transmissão materno – fetal da **AIDS**, que pode ser via transplacentária, via vaginal e pelo aleitamento materno, pode ser reduzida tomando-se medidas de detecção precoce e tratamento com medicação anti-retroviral. Tanto o tratamento medicamentoso durante a gestação, quanto o tratamento pós parto reduzem significativamente o risco de infecção da criança. (12)

Como vimos; a audição da criança pode ficar seriamente comprometida se as gestantes não se preocuparem com o pré-natal e um parto bem conduzido.

Esperamos que este artigo desperte a atenção de todos para que as informações aqui contidas encorajem as pessoas a questionar sobre a própria saúde e um planejamento familiar consciente para pensar num futuro melhor para suas crianças.

#### Referencias Bibliográficas:

1. Tratamento em Otologia – Luiz Lavinsky - Ed.Revinter – 2006 – cap.61, p.366-369.
2. Genetic Hearing Loss -Revista Brasileira de Otorrinolaringologia- Vol.69 – nº1 São Paulo- Jan/Fev 2003 – R Godinho,I Keogh, R Eavey.
3. Tratado de Otologia –Bento-Miniti-Marone. Ed. USP –Fund. ORL – FAPESP – 1998 cap. 9 p. 258.
4. Diagnostico precoce da deficiência auditiva no primeiro ano de vida de crianças com alto risco através de audiometria de tronco cerebral Pediatría (São Paulo) 2000,22(2): 115-122. Artigos originais – pesquisa clinica – O. Butugan, PP Santoro, ER Almeida, JAM Silveira, SS Grasel.
5. Guia de Vigilância Epidemiológica - 6ª Ed. – Brasília –DF 2005. Ministério da Saúde – Série A. Normas e Manuais Técnicos .
6. Análise das principais etiologias de deficiência auditiva em Escola Especial “Anne Sullivan”.- SB Cecatto, RID Garcia, KS Costa, TRT Abdo, CEB Rezende, PB Rapoport. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia Vol 69 nº2 . São Paulo - mar/abr 2003.
7. Citomegalovirose Congênita e Perinatal –Liu Campello de Mello – Capitulo do Livro Assistência ao Recém Nascido de Risco,editado por Paulo R. Margotto, 2ª Ed.- 2004.
8. Infecção por Citomagalovirus- Cláudio Sergio Pannuti – Revisões e Ensaio –Pediat. (São Paulo) 6:144-153, 1984.
9. A Sífilis, a gravidez e a Sífilis Congênita – Valéria Seraceni – Texto de Tese de Doutorado “Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita, Município do Rio de Janeiro, 1990 e 2000 “ – FIOCRUZ – 29/03/2005.
10. Deficiência auditiva na toxoplasmose congênita detectada pela triagem neonatal – Rev. Brasileira de Otorrinolaringologia- vol.74- nº1 – São Paulo –Jan/Feb 2008 – SciELO Brasil – GMQ Andrade, LM Resende, EMA Goulart, AL...
11. V Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO – Cap. Surdez Viral na Infância – Teolinda Mendoza de Morales, Myriam Adriana Pèrez Garcia e Sonia Regina Ramos. - Pág.275-278.
12. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendação para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília –DF 2004. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante2004/consenso\\_gestante2004.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante2004/consenso_gestante2004.doc)