

# SAÚDE AUDITIVA INFANTIL

## Guia Prático para o Manejo da Perda Auditiva na Infância

Identifique, trate e acompanhe com segurança –  
da triagem à reabilitação



# APRESENTAÇÃO

A atenção à saúde auditiva infantil representa um dos pilares fundamentais na prática da Otorrinolaringologia, especialmente por seu impacto direto no desenvolvimento da linguagem, da comunicação e da inclusão social. O diagnóstico precoce e a intervenção adequada na infância são determinantes para garantir melhores resultados no desenvolvimento global da criança.

Este guia foi elaborado com o objetivo de apoiar a formação dos residentes em Otorrinolaringologia, oferecendo um material didático, atualizado e alinhado às diretrizes nacionais e internacionais de cuidado auditivo na infância. A proposta é fornecer um conteúdo prático, objetivo e aplicável ao contexto dos serviços de saúde, desde a triagem auditiva neonatal até o acompanhamento de crianças com deficiências auditivas e necessidades específicas.



# AUTORES

**Jussandra Cardoso Rodrigues**  
**Otorrinolaringologista**

**Lizomar De Jesus Maués Pereira**  
**Orientadora**



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

# SUMÁRIO

1. Introdução
2. Entendendo a Perda Auditiva na Infância
3. Causas Comuns e Fatores de Risco
4. Triagem Auditiva Neonatal: Etapas Essenciais
5. Marcos do Desenvolvimento Auditivo e Linguagem
6. Protocolo de Avaliação Audiológica
7. Comunicação com Empatia na Deficiência Auditiva
8. Manejo Interdisciplinar e Abordagem Familiar
9. Tecnologias Assistivas e Reabilitação Auditiva
10. Língua Brasileira de sinais e inclusão.
11. Casos Clínicos Comentados
12. Checklist Prático para o Manejo Diário
13. Conclusão
14. Referências

# 1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, aproximadamente 34 milhões de crianças apresentam perda auditiva superior a 35 dB no ouvido com melhor audição e necessitam de (re)habilitação (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021b).

Infecções maternas que levam a infecções adquiridas congenitamente (por exemplo, citomegalovírus) são responsáveis por 40% de toda a perda auditiva não genética em recém-nascidos (Cohen et al., 2014; OMS, 2021a).



A OMS (2021a) estima que 14% das crianças afetadas por certas infecções adquiridas e doenças preveníveis por vacinação podem apresentar perda auditiva, das quais 5% podem ser profundas.



## **2. ENTENDENDO A PERDA AUDITIVA NA INFÂNCIA**

# PARA QUE OS PAIS SAIBAM

Embora o ouvido interno se forme ainda na vida intrauterina, o desenvolvimento completo da audição é um processo gradual. Bebês não respondem a sons graves da mesma forma que adultos, pois seu sistema auditivo ainda está em amadurecimento.

A exposição à linguagem é fundamental para o desenvolvimento da fala e da linguagem, comunicação, alfabetização, aprendizagem e bem-estar psicossocial.

## Estágios do Desenvolvimento Auditivo

Estágio 1 – Codificação sonora (nascimento a 6 meses):

Q1

O bebê já demonstra habilidades importantes, como distinguir vozes e sons da fala. No entanto, sua capacidade de representar os sons com precisão ainda é limitada, especialmente em altas frequências.

Estágio 2 – Escuta seletiva (6 meses a 5 anos):

O bebê começa a melhorar sua capacidade de focar em sons específicos. No entanto, sua escuta ainda é ampla – ele tende a ouvir todas as frequências, sem priorizar aquelas mais relevantes para a fala. Isso dificulta a separação entre som-alvo e ruídos de fundo.

Q2

Estágio 3 – Flexibilidade perceptiva (6 anos até a adolescência):

Q3

Crianças em idade escolar se tornam mais eficientes na escuta seletiva e no uso dos detalhes da fala, mesmo em ambientes com ruído ou reverberação. Porém, sua capacidade de categorização sonora ainda não é tão estável quanto a dos adultos.

Adultos normo-ouvintes ou reabilitados auditivamente

Q4

A person wearing a purple dress shirt and a blue and white striped tie is shown from the chest down. Their right hand is pointing towards the camera, while their left hand is resting on a white computer keyboard. The background is dark, and there is a blue horizontal band across the middle of the image.

Search

### **3. CAUSAS COMUNS E FATORES DE RISCO**

# 3. CAUSAS COMUNS E FATORES DE RISCO

## Perda auditiva como um espectro

A perda auditiva na infância pode ter múltiplas causas, sendo que, em alguns casos, a etiologia permanece indeterminada e pode ser:

- bilateral ou unilateral,
- simétrica (o grau e a configuração da perda auditiva são os mesmos em cada ouvido) ou assimétrica,
- progressivo ou de início súbito,
- flutuante ou estável, e
- presente no nascimento ou adquirido.

Pode ser classificada como congênita ou adquirida.

Quando de origem genética, a perda auditiva pode estar presente ao nascimento ou manifestar-se posteriormente. A maioria dos casos hereditários segue padrões de herança autossômica recessiva ou autossômica dominante. Contudo, formas menos comuns incluem herança ligada ao cromossomo X (associada ao sexo) ou transmissão mitocondrial.

## Pesquisa recente

Em geral, a prevalência de perda auditiva é tipicamente maior em países de baixa renda devido a taxas aumentadas de doenças infecciosas, como rubéola materna, uso de medicamentos ototóxicos e consanguinidade. A maioria dessas etiologias é amplamente prevenível por meio de programas de saúde pública que incluem vacinações e aconselhamento genético.

# **3. Causas Comuns e Fatores de Risco**

## **PERÍODO PRÉ-NATAL**

- fatores genéticos, incluindo perda auditiva hereditária e não hereditária
- infecções intrauterinas – como rubéola e infecção por citomegalovírus.
- Malformações da orelha

## **PERÍODO PERINATAL**

- asfixia no parto
- hiperbilirrubinemia (icterícia grave no período neonatal)
- baixo peso ao nascer
- outras morbidades perinatais e seu manejo (diabetes, consumo de drogas)

## **INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

- infecções de ouvido
- meningite
- exposição a ruído
- medicamentos ototóxicos
- infecções virais (sarampo, rubéola)

**4. Triagem  
Auditiva  
Neonatal: Etapas  
Essenciais**



**SABER E FAZER NA  
TRIAGEM AUDITIVA**

---

## 4. TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: ETAPAS ESSENCIAIS

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio das Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), estabelece uma série de orientações formais para assegurar a detecção precoce da deficiência auditiva em recém-nascidos:

- A triagem deve ser universal e gratuita, ou seja, realizada em todos os recém-nascidos, independentemente de fatores de risco, com meta de atingir ao menos 95% dos nascidos vivos;
- A TAN deve ocorrer preferencialmente entre 24 e 48 horas após o nascimento, e no máximo até o primeiro mês de vida (incluindo teste e reteste);
- **recém-nascidos** com indicadores de alto risco devem ser submetidas diretamente ao PEATE-Automático;
- O diagnóstico funcional e a intervenção (como uso de aparelho auditivo e terapia) devem ocorrer idealmente até os 6 meses de vida, conforme protocolos nacionais e internacionais;
- Para recém-nascidos sem fator de risco: teste oetoesmissões acústicas; com fatores de risco: Peate automático.

O Ministério da Saúde corrobora o protocolo internacional conhecido como "1-3-6": triagem até 1 mês, diagnóstico até 3 meses, e intervenção até 6 meses .

## 4. TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: ETAPAS ESSENCIAIS

São considerados neonatos ou lactentes com indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA) aqueles que apresentarem os seguintes fatores em suas histórias clínicas (JCIH, 2007; LEWIS et al., 2010):

- Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem.
- Histórico familiar de surdez (ALERTA PARA consanguinidade);
- Permanência em UTI neonatal por mais de cinco dias, ou qualquer condicionate como uso de ototóxicos, anóxia, hiperbilirrubinemia intensa, baixo Apgar < 4 no 1º minuto ou < 6 no 5º minuto), ou peso ao nascer menor que 1.500 gramas.
- Infecções congênicas, inclusive meningite bacteriana, citomegalovirose, toxoplasmose, rubéola, hérpes e sífilis;
- Síndromes genéticas que afetem a audição;
- Doenças neurodegenerativas;
- traumatismo craniano e quimioterapia.

### LEMBRANDO QUE

Alterações crânio faciais envolvendo orelha ou osso temporal:

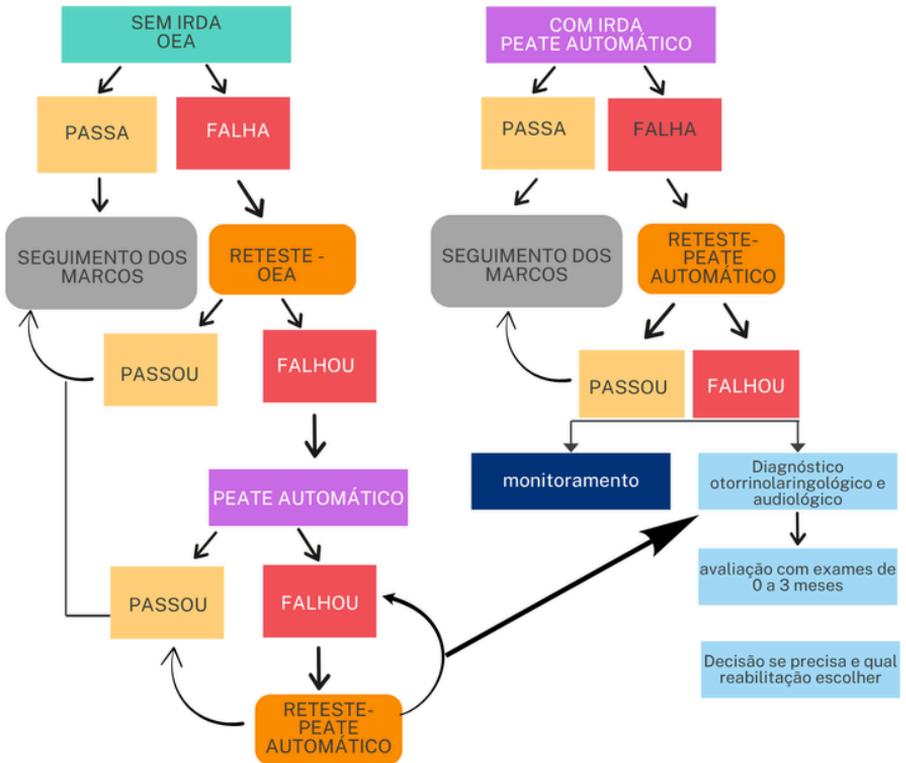
**o recém nascido deve ser referenciado imediatamente para avaliação do otorrino**



Você não está errado em pedir Otoemissões e Peate automático para recém nascidos de alto risco pois o dano pode ser coclear ou retrococlear

# TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Identificação do risco para deficiência Auditiva - TAN



1. Para a ABORL se for alto risco e falhar no PEATE automático encaminha-se diretamente para avaliação audiológica bem como se for baixo risco e falhar no peate automático
2. Você não estará errado se para crianças de alto risco pedir OEA e Peate automático



## **5. MARCOS DO DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E LINGUAGEM**

## 5. MARCOS DO DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E LINGUAGEM

Para crianças de alto risco na TAN que falharam em teste e neste, os marcos de desenvolvimento orientam quando novas reavaliações devem ser feitas.

Os sinais e sintomas de perda auditiva em bebês e crianças pequenas podem variar, mas geralmente incluem:

- Não se assusta com sons altos.
- Não reage quando alguém fala com ela.
- Não tenta procurar de onde vem um som.
- Parece ouvir alguns sons, mas não percebe outros.
- Para de balbuciar ou deixa de produzir novos sons.
- Apresenta atraso no desenvolvimento, especialmente na fala e na linguagem.



# 5. Marcos do Desenvolvimento

## Auditivo e Linguagem

### 0 a 3 meses

- Reage a sons, mostrando estar atento.
- Fica quieto ou sorri quando alguém fala com ele(a)
- Emite sons em resposta quando interagem, como se fosse uma conversa.
- Faz sons como “oooo”, “aahh” e “mmm”.
- Vira a cabeça ou direciona o olhar para vozes e sons de pessoas falando.

### 4 a 6 meses

- Reage a brinquedos que fazem som, como sinos, chocalhos ou músicas.
- localiza a voz da mãe
- Produz diferentes sons de vogais, muitas vezes combinados com consoantes, como: “uuuummm”, “aaaaagoo” ou “daaaaaaa”.
- localiza sons na horizontal (lateral)

### 7 a 9 meses

- Olha para você quando você chama seu nome;
- demonstra expressões faciais de agrado e desagrado ao ouvir sons;
- localiza fonte sonora na direção vertical de forma indireta.

### 10 a 12 meses

- Tenta copiar os sons que você faz;
- faz busca de sons de maneira direta lateralmente
- responde a comandos como dar “tchau”

### 13 a 16 meses

- inicia a compreensão a perguntas como “cadê a mamã?”;
- busca ativa de sons laterais e na vertical

### > 16 meses

- compreensão de ordens mas complexas como “levanta a mão!”
- olha ao redor quando lhe são feitas perguntas



## **6. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA**

## 6. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Depois de levantamento da anamnese chega o momento de realizar o exame físico.

Embora a queixa principal referida por muitos pais seja o quadro auditivo, não se pode deixar de avaliar globalmente a criança. Queixas nasais de obstrução, roncos e alterações no sono ou na voz devem ser questionadas.

Avaliação de rinoscopia, oroscopia e OTOSCOPIA. Vale ressaltar que até 5 anos de idade crianças podem evoluir com quadros frequentes de OTITES.



A avaliação auditiva envolve um arsenal de exames desde teste psicoacústicos até testes eletrofisiológicos. Não há uma RECEITA DE BOLO, mas usar a estratégia do cross check será muito útil.

Além disso, para alguns recém-nascidos, crianças portadoras de necessidades especiais ou no espectro autista a realização de exame sob sedação é mais indicada.

## **6. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA**

### **0 - 4 MESES DE IDADE (AJUSTADA PARA PREMATURIDADE)**

Exames Eletrofisiológicos (PEATE/RAEE/OEA) e imitanciometria de alta frequência ou banda larga

PEATE e/ou RAEE usando estímulos de frequência específica para estimar o audiograma.

PEATE clique é usado para avaliar a integridade do VIII nervo

EOA e medidas de imitância acústica

são usadas para complementar e corroborar os achados do potencial evocado.

Os resultados dessas medidas fisiológicas devem sempre ser considerados em combinação com o histórico do caso, o relato dos pais/cuidadores e a observação comportamental.

**LEMBRETE:** OEA transientes são melhores preditores da sensibilidade auditiva em baixas frequências e OEA produto de distorção melhor preditor da sensibilidade para altas frequências

**SEMPRE** Observar comportamento auditivo

### **5 - 24 MESES (AJUSTADA PARA PREMATURIDADE)**

Testes comportamentais: Audiometria de reforço visual (VRA), audiometria comportamental, audiometria tonal pura, audiometria condicionada

Avaliação de Imitância Acústica (preferência sonda de 1000hz)

Os testes eletrofisiológicos devem ser solicitados: em caso de VRAs considerados pouco confiáveis, limiares específicos da orelha não podem ser obtidos, quando os resultados são inconclusivos ou em caso de dúvidas na integridade neurológica do sistema auditivo ao nível do tronco encefálico.

# 6. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

## 25 a 60 Meses (AJUSTADO PARA PREMATURIDADE)

Audiometria (VRA/ audiometria condicionada, audiometria comportamental/ audiometria convencional) + imitanciometria

Obs. O método de avaliação de teste comportamental a ser utilizado dependerá do nível de desenvolvimento da criança.

SRT, IPRF (testes para detecção discriminação e compreensão da fala)

Há recomendação para OEA quando os resultados dos testes comportamentais for limitada ou se a integridade neurológica das vias auditivas até o nível do tronco encefálico estiver em questão.

Obs. Já o PEATE deve ser solicitado quando as respostas de EOA (EOAET ou EOAPD) não estiverem presentes nos níveis esperados em toda a faixa de frequência.

## Princípio do cross-check

um teste deve ser aceito após  
confirmação por meio de outro teste  
independente

nas crianças sob risco de perda auditiva

# PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

Lembre sempre: nem 8 nem 80



**0 - 4 MESES DE IDADE (IDADE AJUSTADA PARA PREMATURIDADE)**

Exames Eletrofisiológicos (PEATE/RAEE/OEA) e imitanciometria de alta frequência ou banda larga

**5 A 24 MESES (IDADE AJUSTADA PARA PREMATURIDADE)**

Testes comportamentais+ imitanciometria (preferência sonda de 1000Hz)



**25 A 60 MESES (AJUSTADO PARA PREMATURIDADE)**

Audiometria + imitanciometria testes para detecção discriminação e compreensão da fala



## REGRA DE OURO

**SEMPRE** observar comportamento auditivo  
O método de avaliação de teste comportamental a ser utilizado dependerá do nível de desenvolvimento da criança



Seja cuidadoso sempre



Saiba mais sobre em  
[https://www.infantheating.org/coordinator\\_toolkit/section3/10\\_asha\\_guidelines.pdf](https://www.infantheating.org/coordinator_toolkit/section3/10_asha_guidelines.pdf)



## **7. COMUNICAÇÃO COM EMPATIA NA DEFICIÊNCIA AUDITIVA INFANTIL**

Ao abordar uma criança com perda auditiva e seus familiares fique atento sempre a manter o primeiro contato com a criança. **ELA É SEU PACIENTE.**

Quando receber os exames evite comentários paralelos sobre o quadro clínico. **NA DÚVIDA** chame o preceptor a parte. Há pilares essenciais no atendimento:

- **VALIDE AS EMOÇÕES DOS FAMILIARES.**
- **FAÇA PAUSAS;**
- **EVITE TERMOS TÉCNICOS SEM EXPLICAÇÃO.**

Ao identificar perdas profundas entenda as expectativas dos familiares e a partir delas explique sobre o quadro fazendo alusão as respostas comportamentais da criança e possibilidades de reabilitação.

A adesão a qualquer terapia depende muito do entendimento do paciente.

📌 Use esquemas visuais simples: audiograma, orelha interna, vias auditivas para as explicações.

**“Gostaria de conversar com vocês sobre o resultado da avaliação auditiva. Entendemos que este é um momento sensível, e estamos aqui para caminhar juntos com cuidado, respeito e empatia.”**

A criança precisa aprender a se comunicar de forma eficaz





## **8. MANEJO INTERDISCIPLINAR**

# 8. MANEJO INTERDISCIPLINAR

## Todos tem um papel

A abordagem de paciente com perda auditiva envolve o papel de outros profissionais:

- psicologia;
- serviço social;
- neuropediatria;
- fonoaudiologia;
- geneticista;
- outros profissionais conforme comorbidades (terapia ocupacional, fisioterapia)





## 9. TECNOLOGIAS ASSISTIVAS E REABILITAÇÃO AUDITIVA

---

## 9. TECNOLOGIAS ASSISTIVAS E REABILITAÇÃO AUDITIVA

Construindo e organizando seus pensamentos e experiências



A reabilitação deve iniciar o mais breve possível.

A escolha da reabilitação dependerá: do tipo, magnitude, configuração da perda auditiva, idade do paciente, expectativas e motivação (incluindo dos cuidadores).

Há preferência por reabilitação bilateral sempre, mas a decisão fica atrelada a condição clínica e social da criança. Exemplo: crianças com doença do espectro da neuropatia auditiva em caso de manifestação bilateral, tem dificuldade na adesão ao uso do AASI e reclamam da percepção de sons em ambiente ruidoso como a escola e, assim devem apresentar baixa adesão ou uso até unilateral do aparelho.

Dentre as estratégias de reabilitação têm-se: aparelhos de amplificação sonora individual, prótese ósto-ancorada e Implante Coclear.

## 9. TECNOLOGIAS ASSISTIVAS E REABILITAÇÃO AUDITIVA



### PRÓTESE ÓSTEO-ANCORADA

- Má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI;
- - Gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;
- - Limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz na orelha a ser implantada;
- - Índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI.

### APARELHO AUDITIVO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL

- A indicação dos A.A.S.I. pode ser feita em qualquer paciente que apresente uma deficiência auditiva comprovada.
- Pode ser indicada em quadro transitórios como as otites recorrentes

"não se pode negar a nenhuma criança a oportunidade de ouvir, mesmo que seja uma quantidade mínima de sons".



### IMPLANTE COCLEAR

A indicação para este procedimento inclui crianças com perda auditiva entre severa e profunda, unilateral ou bilateral, que não tenham resposta adequada ao uso de aparelhos auditivos. A idade ideal para a realização do implante é entre 1 e 2 anos. Depois dos 4 anos de idade a indicação do implante depende de um conjunto de critérios na infância que inclui presença de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral;



**Lembre-se!**

**Em crianças abaixo de 5 anos não se indica a prótese ancorada no osso, faz-se uso de banda elástica.**

## **10. Língua Brasileira de sinais e inclusão.**

**Quando as mãos falam e os olhos entendem!**



## 10. Língua Brasileira de sinais e inclusão

Crianças com surdez profunda que não se enquadraram nos critérios para implante coclear devem ser estimuladas à comunicação. A língua brasileira de sinais (LIBRAS) deve ser amplamente reforçada.

A adoção das Libras como instrumento de desenvolvimento linguístico oferece múltiplos benefícios as crianças inclusive aquelas com implante coclear: além de favorecer a compreensão da estrutura da linguagem, amplia a percepção dos contrastes sonoros durante a reabilitação auditiva, contribuindo diretamente para a compreensão sonora e para a produção da fala.

**SEMPRE** emitir relatório à escola sobre o diagnóstico da criança e as recomendações de aprendizagem e suporte que necessitem.

**Direito a  
atendimento  
educacional  
especializado**





# 11. CASOS CLÍNICOS COMENTADOS

# 11. Casos Clínicos

## Caso 1

Ana Clara, 3 meses, nascida de parto cesáreo, antecedente de internação neonatal com uso de antibióticos ototóxicos por 10 dias (aminoglicosídeos).

Encaminhada por: Falha na triagem auditiva neonatal bilateral (Peate automático).

Queixa:

Pais notam que a bebê não se assusta com sons altos e não apresenta vocalizações típicas para a idade.

Exame físico otorrinolaringológico sem alterações relevantes.

**avaliação com:**

- **PEATE (click, torne burst) e/ou RAEE: limiar em 60dBNA bilateral no teste frequência específica**
- **Imitânciometria de alta frequência ou banda larga: normal**

Perda auditiva bilateral: reabilitação com AASI bilateral o mais precoce e trabalho de equipe multiprofissional

# 11. Casos Clínicos

## Caso 2

Miguel, 2 anos, sem histórico de risco auditivo neonatal, antecedente de otites de repetição desde 1 ano.

Queixa:

Atraso importante na linguagem oral. Emite poucos sons e parece não compreender comandos simples. Pais relatam que “só ouve quando está de frente”. Presença de respiração oral.

Exame físico otorrinolaringológico com alteração na otoscopia apenas, sendo visualizado líquido retrotimpânico bilateralmente

### **avaliação com:**

- **audiometria condicionada: perda auditiva condutiva moderada bilateral**
- **Imitânciometria convencional: curva tipo B e ausência de reflexos ipsi e contralateral bilateralmente**
- **obs. complementar a investigação da respiração oral**

Diagnóstico:

Perda auditiva condutiva bilateral por otite média com efusão crônica (OME).

Conduta:

- Inserção de tubos de ventilação bilateral
- Acompanhamento com otorrino e fonoaudiólogo
- Estimulação de linguagem e vigilância de marcos do desenvolvimento

Monitoramento auditivo periódico

# 11. Casos Clínicos

## Caso 3

Júlia, 5 anos, com histórico de infecções virais frequentes, e antecedente perinatal de prematuridade e hiperbilirrubinemia.

Queixa:

Dificuldade escolar recente, troca de fonemas na fala, desatenção e dificuldade para entender em ambientes ruidosos.

Exame físico otorrinolaringológico sem alterações

### **Avaliação com:**

- **audiometria convencional: limiar tonal em 45dB em todas as frequências**
- **Imitânciometria convencional: curva tipo A e ausência de reflexos ipsi e contra bilateralmente**
- **Otoemissões acústicas clínicas produto de distorção: presentes bilateralmente**
- **PEATE: ausência de ondas I, III e V a 80dBNA bilateralmente**

Diagnóstico:

Doença do espectro da Neuropatia Auditiva bilateral

Conduta:

- reabilitação auditiva com Aparelho de amplificação sonora individual (AASI)
- encaminhamento para fonoaudiologia
- suporte com sistema de frequência modulada se necessário

# 11. Casos Clínicos

## Caso 4

Isadora, 2 ano e 2 meses

Histórico: Nascida a termo, triagem auditiva neonatal reprovada, confirmada perda auditiva neurosensorial profunda bilateral. Recebeu Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) aos 5 meses sem ganho auditivo funcional.

Queixa:

Ausência de linguagem oral expressiva e receptiva; ausência de resposta aos sons mesmo com AASI.

Exame físico otorrinolaringológico sem alterações

**avaliação com:**

- **audiometria comportamental: sem resposta**
- **Imitânciometria convencional: curva tipo A e ausência de reflexos ipsi e contra bilateralmente**
- **Otoemissões acústicas clínicas: ausentes bilateralmente**
- **PEATE: ausência de ondas I, III e V bilateralmente em 80dBNA**
- **RAEE Ausência de respostas a 90dBNA de 500 a 4khz bilateralmente**

Diagnóstico:

Perda auditiva neurosensorial bilateral profunda sem benefício com AASI

Conduta:

- Indicação de implante coclear bilateral
- Encaminhamento para equipe multiprofissional (fonoaudiologia, psicopedagogia, psicologia, neurologia infantil)
- Início da reabilitação auditiva pós-implantação com foco em desenvolvimento da linguagem oral
- Introdução da Libras como suporte comunicacional, quando necessário

# 11. Casos Clínicos

## Caso 5

Pedro Henrique, 7 anos

Histórico: Microtia e atresia de conduto auditivo externo bilateral. Desenvolvimento cognitivo dentro da normalidade, sem atraso motor ou de linguagem.

Queixa:

Pais relatam que a criança responde bem apenas de frente. Queixa escolar de dificuldade para localizar sons.

Exame físico otorrinolaringológico no exame físico: microtia grau II bilateral com atresia de conduto auditivo externo

### **avaliação com:**

- **audiometria convencional por via óssea com perda auditiva moderada bilateralmente**
- **não é possível realizar OEA e imitânciometria**
- **Fazer solicitação de exame de imagem TC de mastóide confirmando presença de cóclea e nervo auditivo bilateralmente**

Diagnóstico:

Surdez condutiva bilateral de causa anatômica (atresia de conduto)

Conduta:

- **Indicação de prótese auditiva osteoancorada bilateral (BAHA)**
- **Orientação familiar e fonoaudiológica para maximizar percepção sonora e linguagem**

## 12. Checklist Prático para o Manejo Diário

- Apresente-se e conheça seu paciente.
- Observe comportamentos auditivos.
- Anamnese detalhada.
- Exame físico cuidadoso.
- Atente-se aos exames indicados de acordo com a idade e capacidade de execução pela criança.
- Verifique se haverá necessidade de sedação para os exames eletrofisiológicos.
- Solicite exame de imagem no primeiro atendimento se já identificar mal formação da orelha externa.
- Ao receber os resultados de exames auditivos e fazer cross-check comunique com empatia se houver sinais de perda auditiva.
- Recomende para a reabilitação auditiva pertinente: AASI, Implante Coclear ou prótese ósteo-ancorada.
- Oriente sobre a língua de sinais quando for o momento
- Encaminhe para profissionais quando necessário (neurologista, geneticista e outros).

## 13. Conclusão

O cuidado com a audição na infância exige mais que conhecimento técnico — requer sensibilidade, escuta ativa e compromisso ético com o desenvolvimento humano integral. A atuação do otorrinolaringologista é decisiva desde o rastreio neonatal até as fases de reabilitação auditiva, especialmente diante de tecnologias como o implante coclear e a prótese auditiva osteoancorada.

Compreender a diversidade das perdas auditivas e suas implicações para a linguagem, cognição e vínculos afetivos é essencial para oferecer um cuidado verdadeiramente centrado na criança e sua família. O manejo precoce e baseado em evidências transforma não apenas trajetórias clínicas, mas vidas inteiras.

Como futuros especialistas, que possamos olhar além dos exames e escutar os silêncios — pois há sons que só se revelam a quem sabe ouvir com o coração.



# REFERÊNCIAS

## DECRETO N° 5.626, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005.

Regulamenta a Lei n° 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei n° 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Guidelines for the Audiologic Assessment of Children From Birth to 5 Years of Age [Guidelines]. Available from [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy). Index terms: children, assessment, newborns, infants and toddlers, early intervention doi:10.1044/policy.GL2004-00002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Acesso em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss> às 21:31 do dia 19.06.2025.

Cartilha Laudo Audiológico Adulto e Infantil. Crefono6. Disponível em: <https://crefono6.org.br/wp-content/uploads/2024/11/Cartilha-Laudo-oficial-site-1.pdf>. Acesso às 21:38 do dia 19.06.2025.

Edmond K et al. Universal Newborn Hearing Screening (UNHS) review group. Effectiveness of universal newborn hearing screening: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2022 Oct 19;12:12006. doi: 10.7189/jogh.12.12006.

Ganek HV et al. Prevalence of hearing loss in children living in low- and middle-income countries over the last 10 years: A systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2023; 65(5): 600–610. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15460>