

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

LUIS EDUARDO SILVA ORMONDE

**A avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes surdos e deficientes auditivos: uma
revisão narrativa.**

Porto Alegre

2023

LUIS EDUARDO SILVA ORMONDE

**A avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes surdos e deficientes auditivos: uma
revisão narrativa.**

Trabalho de conclusão de Residência Médica em
Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre.
Orientador: Dr. Thiago Gatti Pianca

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Ormonde, Luis Eduardo Silva
A avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes surdos e deficientes auditivos: uma revisão narrativa.
/ Luis Eduardo Silva Ormonde. -- 2023.
21 f.
Orientador: Thiago Gatti Pianca.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Psiquiatria da Infância e
Adolescência, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Avaliação psiquiátrica. 2. Crianças e
adolescentes. 3. Surdez. 4. Deficiência auditiva. 5.
Língua de sinais. I. Pianca, Thiago Gatti, orient.
II. Título.

RESUMO

Introdução: A perda auditiva impacta a qualidade de vida, está associada a maior prevalência de transtornos psiquiátricos e, frente às barreiras de comunicação, levanta-se reflexão sobre como a avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes pode ser realizada levando em consideração contextos linguísticos, sociais e culturais de uma população muito heterogênea. Considera-se *surdo* o indivíduo que faz uso da língua de sinais e integra a comunidade surda, já o indivíduo *deficiente auditivo* faz uso da língua falada/escrita e não participa da comunidade surda, e para referir-se a ambos, utiliza-se o termo *indivíduo com perda auditiva*. **Justificativa:** Adaptações à modalidade de comunicação preferida pelo paciente com perda auditiva são desafiadoras, mas necessárias para uma avaliação psiquiátrica adequada. **Objetivo:** Estudar na literatura internacional como é realizada a avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes surdos e deficientes auditivos. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura, nas bases de dados PubMed, Scielo, Google Scholar, além de estudos citados nos artigos encontrados. **Resultados e discussões:** A construção de uma equipe capacitada para a avaliação psiquiátrica da criança e adolescente com perda auditiva envolve sensibilidade cultural, o uso do intérprete da língua de sinais, adaptações técnicas da entrevista, conhecimento a respeito do desenvolvimento típico da criança com perda auditiva, características que se relacionam diretamente com a surdez e que podem confundir o diagnóstico, avaliação adequada da surdez, da capacidade de comunicação do paciente e de seus familiares e o contexto onde estão inseridos. **Conclusão:** A surdez propriamente dita é insuficiente para justificar a maior prevalência de transtornos psiquiátricos nesses indivíduos. As barreiras na comunicação e os eventos de vida adversos parecem explicar melhor o estresse imposto a essa população e por consequência, ela se torna mais vulnerável ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos. Por isso, a avaliação psiquiátrica deve levar em consideração múltiplos aspectos relacionados à vivência do paciente com perda auditiva, e para isso, faz-se necessário falar a língua dele e entender sua cultura.

Palavras-chave: Avaliação psiquiátrica, crianças e adolescentes, surdez, deficiência auditiva, sintomas psiquiátricos, língua de sinais.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 6 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 7 |
| 3. OBJETIVO | 7 |
| 4. METODOLOGIA | 8 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES | 8 |
| 5.1. O funcionamento de equipe que realiza avaliação de crianças e adolescentes com perda auditiva | 8 |
| 5.2. O papel do intérprete | 9 |
| 5.3. A avaliação da surdez | 10 |
| 5.4. O exame do estado mental | 10 |
| 5.5. Os transtornos psiquiátricos e outras situações que merecem atenção | 11 |
| 5.6. Outras deficiências, comorbidades neurológicas e síndromes genéticas | 12 |
| 5.7. Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do desenvolvimento | 13 |
| 5.8. Transtornos de Ansiedade | 13 |
| 5.9. Transtornos Depressivos | 14 |
| 5.10. Transtornos Psicóticos | 15 |
| 5.11. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) | 15 |
| 5.12. Transtorno de Conduta | 15 |
| 5.13. A qualidade da comunicação | 16 |
| 5.14. Abuso sexual | 16 |
| 6. CONCLUSÃO | 16 |
| 7. REFERÊNCIAS | 18 |

1. INTRODUÇÃO

A surdez ou deficiência auditiva pode ser considerada como uma questão invisível, não somente pela ausência de claros indicativos físicos de sua presença, mas também por se tratar de situação negligenciada pelas políticas públicas globalmente (1). Para o propósito deste trabalho, considera-se surdo o indivíduo que apresente qualquer grau de perda auditiva, mas que tenha a língua de sinais como principal forma de interagir com a sua realidade, fazendo, portanto, parte da comunidade surda. Já como deficiente auditivo será considerado o indivíduo que apesar da perda auditiva, reconhece-se como parte da cultura ouvinte, fazendo uso da língua falada/escrita. Para englobar ambos, será utilizado o termo pessoa/indivíduo com perda auditiva (ainda que a “perda” tenha se dado previamente ao nascimento). Essa distinção entre os grupos, por vezes, não é muito clara na literatura internacional, pode ser encontrada, com certa frequência, a denominação *Deaf* (com d maiúsculo) para se referir aos usuários da língua de sinais, *deaf* (com d minúsculo) ou *hard-of-hearing* para se referir aos indivíduos com perda auditiva não praticantes da língua de sinais e *hearing impaired* para se referir a ambos (2,3). São inúmeras as considerações acerca da condição de ser ou identificar-se como surdo ou deficiente auditivo, que levam em conta aspectos individuais, comunitários, históricos, socioculturais e biomédicos que fogem do alcance deste trabalho, mas que evidenciam uma pluralidade de formas de ser, tratando-se, portanto, de um grupo muito heterogêneo de indivíduos (4).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 90% dos indivíduos com perda auditiva nascem em famílias ouvintes (não usuárias das línguas de sinais) e as dificuldades de comunicação se iniciam já nas primeiras interações no ambiente domiciliar, perpassando todo o desenvolvimento da criança e do adolescente quando não há movimentação para estabelecer comunicação efetiva entre os membros da família e da sociedade. No decorrer da vida, as pessoas com perda auditiva apresentam maior prevalência de transtornos psiquiátricos e menor qualidade de vida em comparação às pessoas ouvintes (1). Não são frequentes os estudos que exploram a opinião da criança e do adolescente com perda auditiva sobre a condição de ser surdo em culturas ouvintes. Avaliadas quando adultas, essas pessoas referem maior retraimento, dificuldades na interação social, sensação de vergonha, rejeição e ansiedade, maiores dificuldades de acesso à Saúde Mental e menor acesso à informação, já seus familiares referem sentimentos frequentes de raiva e frustração (5,6). O acesso à informação, de uma forma geral, é negligenciado à comunidade surda, e isso se reflete em barreiras importantes no exercício de seus direitos, como acesso à saúde (7). No Brasil, por lei, a pessoa surda pode receber atendimento em saúde na Língua Brasileira de Sinais (Libras), seja com a

presença de intérprete de Libras (o que pode trazer certo desconforto para o paciente, uma vez que a avaliação médica, especialmente a avaliação psiquiátrica aborda aspectos muito íntimos do indivíduo, que ele não quer que o intérprete saiba, ainda mais se quem está traduzindo a consulta é um familiar), seja com a capacitação dos profissionais da saúde no atendimento em Libras, o que infelizmente, é raro (8).

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam para cerca de 2,3 milhões de brasileiros com algum grau de perda auditiva, destes, 153 mil sabiam usar Libras, e 1,7 milhão fazia uso de aparelho de amplificação sonora individual (aparelho auditivo) ou implante coclear. Infelizmente não é discriminada a data da perda auditiva (se ela se dava já ao nascimento, se ocorreu antes ou depois da aquisição da língua falada/escrita) e nem a sua etiologia (9). Esses aspectos necessitam ser levados em conta quando o paciente surdo ou deficiente auditivo se encontra frente ao psiquiatra, pois as barreiras para a comunicação efetiva precisarão ser transpostas para um atendimento adequado.

No atendimento ao paciente surdo, formas alternativas de comunicação costumam ser tentadas, mas considera-se que a leitura labial não é confiável, a comunicação escrita é inadequada e a disponibilidade de intérpretes de língua de sinais é baixa (3).

Avaliar do ponto de vista psiquiátrico uma criança ou adolescente surdo ou deficiente auditivo envolve deparar-se com várias barreiras de comunicação e desafios diagnósticos e terapêuticos, a depender do grau de fluência do profissional na língua do paciente, da capacidade dos responsáveis pelo paciente de se comunicarem com ele e da capacidade do próprio paciente de se expressar.

2. JUSTIFICATIVA

Diante do desafio de avaliar a criança e adolescente com perda auditiva, faz-se necessária adaptação à sua modalidade de comunicação principal, seja a língua falada ou sinalizada, e considerando as limitações que envolvem essa questão, esse estudo é proposto. Hipotetiza-se que a perda auditiva pode, de forma direta e/ou indireta, agravar ou precipitar manifestações psiquiátricas nesses pacientes.

3. OBJETIVO

Estudar na literatura internacional como é realizada a avaliação psiquiátrica de crianças e adolescentes surdos ou deficientes auditivos e aspectos relacionados às manifestações e reconhecimento de seus sintomas.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, através das bases de dados PubMed, Google Scholar e Scielo, com busca pelos termos *psychiatric assessment*, *child and adolescent* e *deaf* realizada de agosto a novembro de 2022, sem limitação de ano de publicação ou idioma. Ainda, foram consultados o *World Report on Hearing* da OMS e os estudos originais referenciados nos artigos encontrados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O que acontece quando uma criança ou adolescente com perda auditiva é encaminhado para avaliação de suas dificuldades emocionais ou de comportamento? Um intérprete estará presente? O avaliador terá conhecimento sobre a cultura surda e sobre o desenvolvimento social e cognitivo do contexto do paciente? Por exemplo, uma frustração da criança ao não conseguir se comunicar com o entrevistador não usuário da língua de sinais poderia ser interpretada erroneamente como questão emocional ou de conduta? A inabilidade ao responder questionários escritos poderia ser interpretada como indicativo de deficiência intelectual? A avaliação inadequada de crianças e adolescentes com perda auditiva resulta comumente em diagnóstico e tratamento equivocados (10).

5.1. O funcionamento de equipe que realiza avaliação de crianças e adolescentes com perda auditiva: Considerando a transculturalidade de tal proposta, é necessário que a equipe de saúde mental leve em consideração a multidisciplinaridade, a exemplo do serviço britânico, que é composto por profissionais surdos e ouvintes, das áreas do serviço social, psiquiatria da infância e adolescência, saúde mental comunitária, educação, judiciário, fonoaudiologia e atenção primária (11). Trata-se de um centro especializado para onde os pacientes com perda auditiva são referenciados, juntamente de suas famílias, para avaliação de condições psiquiátricas e psicossociais, o trabalho é interligado por uma rede de atenção à saúde, que é composta ainda por escolas de surdos e ambulatório de fonoaudiologia pediátrica, com reuniões mensais. A primeira entrevista é realizada em equipe com um único entrevistador, que se dirige primeiramente à família, e em segundo momento, avalia o paciente identificado, para em seguida, reunir-se somente com os familiares.

A comunicação depende do nível de proficiência e da modalidade que o paciente e sua família utilizam: se a criança é surda e utiliza a língua de sinais, a entrevista é mais proveitosa sendo dirigida por um profissional surdo que sinaliza, que pode assim

detectar nuances que não seriam detectadas por quem não tem a língua de sinais como primeira língua, uma vez que a competência linguística na entrevista tem significativo impacto na abrangência dos sintomas informados (12). Na experiência desse serviço especializado, são necessárias três horas para a avaliação inicial, com discussão de equipe e *feedback* à família.

- 5.2. O papel do intérprete:** Recomenda-se que, sempre que possível, seja do conhecimento da pessoa surda quem será o intérprete na avaliação, uma vez que não é incomum que ele seja conhecido pela comunidade surda, e, de preferência, que as avaliações subsequentes também tenham a presença do mesmo profissional. Antes da avaliação, faz-se necessária verificação pelo intérprete do nível de comunicação da pessoa surda, além de esclarecer para ela e sua família o contexto das perguntas que serão realizadas, a fim de favorecer a comunicação entre todos os presentes. Deve-se reforçar a questão da confidencialidade e a maior neutralidade possível do profissional - interpretar apenas o que é comunicado e abster-se de opinar sobre as perguntas ou respostas.

Aspectos técnicos importantes dizem respeito à iluminação adequada, sem luzes no ambiente atrás do intérprete, cuidar sombras, presença de barba ou cabelos longos, e roupas ou adereços excessivamente chamativos capazes de atrapalhar a sinalização. O entrevistador deve falar normalmente, com uma pessoa de cada vez, olhando diretamente com quem está falando. Esse trabalho com interpretação costuma levar mais tempo do que uma entrevista convencional, e é adequado realizar pausas regulares, além de oferecer tempo após a sessão para breve “*de-briefing*” com o intérprete, especialmente se o conteúdo abordado for de alta carga emocional (11).

5.3. A avaliação da surdez: É necessário identificar aspectos como idade do diagnóstico, como os cuidadores suspeitaram da perda auditiva, como o diagnóstico foi realizado e comunicado à família, quais foram as reações dos cuidadores frente ao diagnóstico, qual a etiologia da perda auditiva, se há ou não história familiar de surdez, se outras deficiências estão presentes, qual o grau da perda auditiva, qual a modalidade de comunicação preferida pela criança e adolescente com seus familiares e qual o grau de fluência deles, quais atitudes frente à cultura surda são adotadas, quais intervenções estão sendo empregadas (por ex. fonoterapia, audioterapia, serviço social envolvido na escolha mais adequada para a educação, entre outras), quais tecnologias estão sendo empregadas (aparelho auditivo, implante coclear, entre outras), quais as interações com outros surdos ou deficientes auditivos e quais os modelos de pessoas surdas ou deficientes auditivos que o paciente possa ter (11).

5.4. O exame do estado mental: Alguns aspectos do exame do estado mental podem mostrar-se alterados pela surdez e pelo uso da língua de sinais, como aparência, afeto, pensamento e cognição (7). Uma pessoa que sinaliza (utilizando os sinais manuais e expressões faciais correspondentes) pode dar a impressão de estar agitada para o avaliador que não é familiarizado com a língua de sinais e como a expressão facial tem propósito linguístico específico. Déficits de linguagem podem aparentar distúrbio do pensamento e os domínios cognitivos que podem mostrar-se alterados em função da surdez incluem atenção, vigilância, e funcionamento visuoespacial (13,14).

No tocante às diferenças no desenvolvimento neurológico infantil das crianças com perda auditiva, um estudo mostrou maior capacidade de perceber estímulos periféricos no campo visual em decorrência da surdez. Por sua vez, a maior capacidade de direcionar atenção aos estímulos visuais periféricos pode ser interpretada como: desatenção a um estímulo centralizado; comportamento opositor por aparentar que o indivíduo tem capacidade de focar mas escolhe olhar para os lados; estereotípi motoras; comportamento auto estimulatório; hipervigilância ou persecutoriedade (14). Um estudo apontou que a linguagem utilizada na entrevista psiquiátrica tem suas bases na entrevista médica clínica, e algumas perguntas como “Como você está se sentindo?” podem receber respostas como “Nada”, uma vez que não há dor física. É necessário assegurar que a criança entrevistada entenda os sinais das emoções e suas várias conotações, sendo necessário, muitas vezes, exemplificá-las. A pergunta “Onde você aprendeu a sinalizar?” recebeu como uma das respostas “Aqui”, de uma criança que

apontava para o espaço de sinalização na frente de si. Esses exemplos clamam para a adequação ao nível de comunicação dos entrevistados, além disso, acenos de cabeça, elevação de ombros e sorrisos são muito utilizados frente a perguntas muito complexas do ponto de vista cognitivo ou linguístico (15).

5.5. Os transtornos psiquiátricos e outras situações que merecem atenção: A prevalência estimada de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes com perda auditiva varia, segundo a literatura, de 15.4% (16) a 54%, com predomínio de transtornos externalizantes (17). Essa discrepância é explicada pelas diferentes metodologias, com estudos que utilizaram questionários não validados para essa população, e que não incluíam entrevista com a criança ou adolescente, portanto, é possível que os transtornos internalizantes tenham sido menosprezados (18). Já estudos com instrumentos adaptados para crianças e adolescentes com perda auditiva identificaram que os transtornos de ansiedade eram os mais prevalentes (19). O uso de questionários escritos com adolescentes surdos subestima a prevalência de sintomas psiquiátricos, e quando foi utilizada a versão na língua de sinais, a prevalência aumentou em 3.2 vezes (20).

5.6. Outras deficiências, comorbidades neurológicas e síndromes genéticas: Diversas deficiências adicionais foram descritas em crianças com perda auditiva, às vezes como aspectos de uma síndrome, sendo as mais comuns a síndrome da rubéola congênita e a citomegalovirose congênita. A deficiência intelectual, os transtornos do neurodesenvolvimento, a paralisia cerebral, a epilepsia, os transtornos de aprendizagem, a cegueira (ou surdo-cegueira) são características que podem se associar à surdez. Estudos de prevalência mostram que: 30% das crianças com perda auditiva tem uma deficiência adicional; 16% das crianças com perda auditiva tem sinais de anormalidade no sistema nervoso central; 11% dos adolescentes deficientes auditivos têm um transtorno de aprendizagem ou mais; 17% das crianças com deficiência intelectual tem perda auditiva; 13% das crianças em idade escolar com perda auditiva tem deficiência intelectual, cegueira, ou ambos; ter mais uma deficiência é 3 vezes mais frequente nas crianças com perda auditiva; 22% das crianças com perda auditiva tem mais uma deficiência e 8% tem duas ou mais deficiências adicionais (21–27). Ter em mente que podem estar presentes deficiências adicionais faz com que a adequação da comunicação seja necessária, uma vez que poucas crianças surdas serão fluentes na línguas de sinais, e além disso, averiguar se o diagnóstico da deficiência adicional foi realizado de com instrumentos validados para essa população. Um estudo reavaliou com instrumentos adequados a deficiência intelectual que fora diagnosticada em 25% dos pacientes surdos, e encontrou prevalência de 3-5% (28).

As síndromes mais relacionadas à perda auditiva e a deficiências adicionais são: síndrome da rubéola congênita, citomegalovirose congênita, meningite, malformações como na síndrome DOOR, síndrome CHARGE, síndrome Treacher-Collins, síndrome de Usher, doença de Norrie, síndrome de Pendred e síndrome de Alport (29). O uso de instrumentos não validados para a população de crianças com perda auditiva para avaliação de inteligência traz controvérsias, uma vez que pode exigir comandos e instruções em língua escrita/falada, e ao traduzir livremente para língua de sinais, obtendo a resposta em língua de sinais e traduzindo novamente para a língua escrita/falada, interferências podem ocorrer. O teste psicométrico SON-R 2½-7[a] é uma versão abreviada do SON-R 2½-7, validada na população pediátrica entre 2,5 anos e 8 anos incompletos, avalia a inteligência não verbal e tem versão brasileira, que pode ser utilizada na avaliação de crianças com perda auditiva (30). Ainda, pode ser utilizada a sub-escala de execução das escalas Wechsler: WISC-R (*Wechsler Intelligence Scale*

for Children Revised), WISC-III e WISC-IV, que foram validadas para uso na população surda (31).

5.7. Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do desenvolvimento:

Embora muitos estudos foram direcionados para buscar etiologia do TEA e surdez, poucos abordaram as questões acerca da avaliação diagnóstica e intervenção. Devido à perda auditiva, a ênfase necessita ser dada nos aspectos visuais da comunicação e no comportamento da criança avaliada, pois confusão no diagnóstico desses indivíduos pode atrasá-lo em média 49 meses, o que por sua vez, retarda as intervenções clínicas e educacionais. Das crianças com perda auditiva avaliadas, 4% delas preenchem critérios para TEA (32).

5.8. Transtornos de Ansiedade:

A prevalência para transtornos de ansiedade encontrada em estudo austríaco com crianças e adolescentes com perda auditiva durante a vida foi de 16.8%, e os fatores associados foram, no geral, os mesmos encontrados na população ouvinte. Os autores ressaltam que uma criança com deficiência está mais vulnerável ao bullying e à discriminação, e além disso, os fatores que mais se associaram à surdez foram: capacidade de se sentir compreendido pelos outros e sentir-se excluído por colegas. O estudo concluiu que não é o grau da perda auditiva que impacta na apresentação dos transtornos psiquiátricos, mas sim a capacidade de se fazer compreendido em casa e as experiências de vida adversas, tanto em casa quanto na escola (33).

5.9. Transtornos Depressivos: Os instrumentos de rastreio utilizados para crianças e adolescentes ouvintes podem subestimar ou superestimar a prevalência de depressão nos surdos ou deficientes auditivos devido às diferenças na aquisição de linguagem e expressão, além de muitos deles não serem validados nessa população (34). Sabe-se que os jovens com perda auditiva apresentam maior risco de depressão que os jovens ouvintes, com prevalência de 26% quando avaliados por entrevista clínica estruturada (33–37). Apesar dos jovens com perda auditiva apresentarem duas vezes mais taxas de dificuldades emocionais e comportamentais, essa diferença não é evidenciada naqueles que possuem alta proficiência na língua, seja falada ou sinalizada e essa taxa equiparase à dos ouvintes, trazendo à tona, mais uma vez, que as deficiências na linguagem impactam o desenvolvimento e agravam problemas comportamentais e emocionais (33,36,38). Exemplificando, crianças surdas que não conseguiam ser compreendidas pela família tinham risco quatro vezes maior de desenvolverem transtornos psiquiátricos do que aquelas pertencentes a famílias que conseguiam se comunicar com sucesso (33). Nas famílias onde a comunicação precoce é satisfatória, as crianças surdas são mais propensas a desenvolver ricos recursos psicológicos, apresentam melhor qualidade de vida e menor risco para depressão (39).

Além da dificuldade na comunicação, os eventos adversos na infância impactam o desenvolvimento dessas crianças com perda auditiva. Apenas 25% dos pais ouvintes de crianças surdas que se comunicam preferencialmente pela língua de sinais considera a competência nessa língua como sendo boa (40). As crianças cujos pais não são fluentes em sua língua podem experimentar isolamento, empobrecimento na comunicação, no desenvolvimento da linguagem e na relação com seus familiares, aumentando risco para depressão (41,42). Hipotetiza-se ainda que as crianças com perda auditiva apresentam maior risco para fadiga relacionada à comunicação oral, e com isso, podem apresentar dificuldades na concentração, na energia, nas interações sociais e nas mudanças de humor (43,44).

5.10. Transtornos Psicóticos: A estrutura linguística das línguas de sinais difere das línguas faladas, e essa informação é necessária ao avaliar os transtornos psiquiátricos, especialmente os transtornos psicóticos, uma vez que a transcrição da língua sinalizada para a escrita pode aparentar distúrbio do pensamento, e além disso, o uso de provérbios para teste de capacidade de abstração mostra-se pouco útil, uma vez que as sutilezas semânticas podem se perder na tradução (45).

A surdez não protege contra zumbido ou alucinações auditivas, os pacientes surdos podem sinalizar na direção do estímulo alucinatório, e a sensibilidade cultural é importante para diferenciar entre persecutoriedade como sintoma psicótico ou a comum crença entre as pessoas surdas de que os ouvintes estão falando deles pelas costas (15). Foi descrito claro distúrbio do pensamento em pacientes com esquizofrenia e em episódio maníaco que sinalizavam (46).

5.11. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): A prevalência do TDAH em crianças com surdez hereditária é a mesma que nas crianças ouvintes, já a surdez adquirida está associada a aumento do risco no desenvolvimento desse transtorno devido a supostas vias patogênicas comuns, como na síndrome da rubéola congênita, citomegalovirose congênita e meningite (47–49). Ocorre que o diagnóstico de TDAH é frequentemente permeado por situações confundidoras, particularmente nas crianças com perda auditiva e outras deficiências associadas por uma impulsividade percebida (50,51). A criança com perda auditiva tem na visão a principal forma de interagir com o mundo, logo, na sala de aula, olhar frequentemente para seu redor para se comunicar pode ser interpretado como sintoma de hiperatividade (52).

5.12. Transtorno de Conduta: Para algumas crianças com perda auditiva, o fracasso no estabelecimento da linguagem precocemente pode levar a pobre desenvolvimento na capacidade de empatia e de resolução de problemas, além disso, a forma como a criança com deficiência auditiva é criada influencia seus padrões de dificuldades emocionais, comportamentais e sociais, especialmente quando há sensação de raiva, fracasso e dificuldade de aceitar a condição do paciente por parte dos cuidadores (53).

5.13. A qualidade da comunicação: Estudo britânico apontou que a maioria (cerca de 90%) dos indivíduos surdos quando constitui casamento, o faz com parceiro também surdo e utiliza a língua de sinais como principal modalidade de comunicação (54). Grande parte das crianças norte-americanas com perda auditiva apresenta dificuldade na leitura e na escrita do idioma de seu país, e confusão pode advir na utilização de qualquer comunicação escrita. Ainda, esses mesmos indivíduos aprendem a responder “sim” quando não entendem a pergunta que foi feita, como uma forma de evitar o embaraço nas situações sociais, o que pode levar o avaliador, os colegas ou familiares a concluir que a comunicação foi efetiva, mesmo que não tenha sido (23). Uma análise da qualidade da sinalização de mães de crianças surdas mostrou que ela era inadequada, as mães sinalizaram menos frequentemente que seus filhos, usavam língua falada com maior frequência que eles, e tiveram nível menor que o deles no vocabulário da língua de sinais, sendo que 85% delas sabiam menos de 50 sinais/palavras (55).

5.14. Abuso sexual: A prevalência estimada de abuso sexual na população com perda auditiva varia entre 11-50% (56). As razões para que as crianças surdas ou deficientes auditivas sejam mais vulneráveis incluem aumento do estresse parental, desvalorização e estigma da surdez, e falta de acesso de meios de comunicação de sofrimento (57). Essa dificuldade na comunicação complica a identificação, investigação e tratamento do abuso sexual, uma vez que comportamentos típicos de crianças ou adolescentes com perda auditiva podem parecer-se com aqueles que são associados a abuso sexual, e frente a isso, serviços de proteção da criança e adolescente precisam de profissionais hábeis na modalidade de comunicação dessa população, além de sensibilidade às necessidades linguísticas de algumas crianças surdas, que podem ter dificuldade com conceitos mais abstratos, além de dispender tempo suficiente para que a avaliação, diagnóstico e tratamento possam ser adequadamente realizados (58,59).

6. CONCLUSÃO

Diante de uma criança ou adolescente com perda auditiva, o psiquiatra frequentemente encontra barreiras importantes que implicam na qualidade da avaliação, especialmente quando não há competência na modalidade de comunicação preferida pelo paciente e sua família e ainda, quando não há conhecimento prévio acerca de aspectos culturais e de desenvolvimento específicos dessa população heterogênea (12). Esta revisão da literatura internacional buscou

formas de como essas barreiras podem ser transpostas, e encontrou na expertise de centros de referência aspectos a serem considerados: trabalhar em equipe multiprofissional, valorizar a língua do paciente, fazer uso de intérprete qualificado, fazer uso de tecnologias disponíveis, ter sensibilidade cultural e atentar para aspectos do desenvolvimento e comportamento da criança e adolescente com perda auditiva que podem confundir o diagnóstico.

Há, no geral, aumento da prevalência de transtornos psiquiátricos nessa população, mas o que se conclui com os dados disponíveis é que não é a surdez em si que responde por isso, mas sim os fatores associados a ela que tornam essa população mais vulnerável, como ter dificuldades na comunicação, ter outros problemas de saúde e ter experiências de vida adversas (60). Percebe-se, portanto, a necessidade de adequar a avaliação psiquiátrica para as necessidades específicas dessa população, e mais especificamente diante da realidade brasileira, a capacitação de profissionais para esse trabalho, com maior disponibilidade de intérpretes nos serviços de saúde, maior difusão sobre a cultura surda e maior uso da Libras.

7. REFERÊNCIAS

1. WHO. World report on hearing [Internet]. World Health Organization; 2021 Mar [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-hearing>
2. Siple LA. Cultural patterns of deaf people. *International Journal of Intercultural Relations*. 1994 Jun;18(3):345–67.
3. Alexander A, Ladd P, Powell S. Deafness might damage your health. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):979–81.
4. Perlin G. Histórias de vida surda: Identidades em questão [Master thesis]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
5. Vas VF. The biopsychosocial impact of hearing loss on people with hearing loss and their communication partners [Internet] [Doctoral dissertation]. 2017 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <http://eprints.nottingham.ac.uk/47506/>
6. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):859–77.
7. Fellingner J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):1037–44.
8. BRASIL. Decreto n° 5.626, de 22 de dezembro de 2005. [Internet]. Dec 23, 2005. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm
9. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2021 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>
10. Cornes A, Wiltshire C. Still waiting to be heard: deaf children in australia. *Australas Psychiatry*. 1999 Dec;7(6):315–8.
11. Roberts C, Hindley P. Practitioner Review: The Assessment and Treatment of Deaf Children with Psychiatric Disorders. *J Child Psychol & Psychiat*. 1999 Feb;40(2):151–67.
12. Hindley P, Hill P, Bond D. Interviewing deaf children, the interviewer effect: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993 Nov;34(8):1461–7.
13. Barker DH, Quittner AL, Fink NE, Eisenberg LS, Tobey EA, Niparko JK, et al. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: the influences of language, attention, and parent-child communication. *Dev Psychopathol*. 2009;21(2):373–92.
14. Bavelier D, Brozinsky C, Tomann A, Mitchell T, Neville H, Liu G. Impact of early deafness and early exposure to sign language on the cerebral organization for motion processing. *J Neurosci*. 2001 Nov 15;21(22):8931–42.

15. Jenkins IR, Chess S. Psychiatric evaluation of perceptually impaired children: Hearing and visual impairments. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991.
16. Rutter M, Graham P, Yule W. *A neuropsychiatric study in childhood*. London: Spastics International Medical Publications; 1970.
17. Fundudis Trian, Kolvin Israel, Garside RF. *Speech retarded and deaf children: Their psychological development*. London: Academic Press; 1979.
18. Hindley P. Psychiatric aspects of hearing impairments. *J Child Psychol & Psychiat*. 1997 Jan;38(1):101–17.
19. Hindley PA, Hill PD, McGuigan S, Kitson N. Psychiatric disorder in deaf and hearing impaired children and young people: a prevalence study. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994 Jul;35(5):917–34.
20. Cornes A, Rohan MJ, Napier J, Rey JM. Reading the signs: impact of signed versus written questionnaires on the prevalence of psychopathology among deaf adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Aug;40(8):665–73.
21. Gentile A, McCarthy B. *Additional Handicapping Conditions Among Hearing Impaired Students*. United States: 1971-72. [Internet]. Washington, D.C.: Gallaudet College Book Store; 1973 Nov [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED093121>
22. Freeman RD, Malkin SF, Hastings JO. Psychosocial problems of deaf children and their families: a comparative study. *Am Ann Deaf*. 1975 Aug;120(4):391–405.
23. Conrad R. *The Deaf School Child*. HarperCollins; 1979.
24. Jitts S, Keyes C. Incidence of hearing loss in a population of school-aged intellectually handicapped children. *Australian Journal of Audiology*. 1983;5(71–75).
25. Wolff A, Harkins J. Multihandicapped students. In: Schildroth A, Karcher M, editors. *Deaf children in America*. New York: Harper & Rowe; 1986. p. 55–81.
26. Paul PV, Quigley SP. Multihandicapped students. In: Paul PV, Quigley SP, editors. *Education and deafness*. New York: Longman; 1990. p. 233–54.
27. Schildroth AN, Hotto SA. Annual Survey of Hearing-Impaired Children and Youth: 1991-92 School Year. *Am Ann Deaf*. 1993;138(2):163–71.
28. Vernon M. Multihandicapped deaf children: Types and causes. In: Tweedie D, Shroyer EH, editors. *The multi handicapped hearing impaired: Identification and instruction*. Washington, DC: Gallaudet College Press; 1982. p. 11–28.
29. Gorlin RJ, Toriello H, Cohen MM. *Hereditary Hearing Loss and Its Syndromes*. Oxford Monographs on Medical Genetics. New York: Oxford University Press; 1995. p. 756.

30. Laros JA, Jesus GR, Karino CA. Validação brasileira do teste não-verbal de inteligência SON-R 2½-7[a]. *Aval psicol* [Internet]. 2013 Aug [cited 2022 Dec 4];12(2). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200014
31. Weschler D. Wechsler Intelligence Scale for Children Revised. The Psychological Corporation. 1974;
32. Jure R, Rapin I, Tuchman RF. Hearing-impaired autistic children. *Dev Med Child Neurol*. 1991 Dec;33(12):1062–72.
33. Fellingner J, Holzinger D, Sattel H, Laucht M, Goldberg D. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Dev Med Child Neurol*. 2009 Aug;51(8):635–41.
34. Bozzay ML, O’Leary KN, De Nadai AS, Gryglewicz K, Romero G, Karver MS. Adolescent Depression: Differential Symptom Presentations in Deaf and Hard-of-Hearing Youth Using the Patient Health Questionnaire-9. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2017 Apr 1;22(2):195–203.
35. Theunissen SCPM, Rieffe C, Kouwenberg M, Soede W, Briaire JJ, Frijns JHM. Depression in hearing-impaired children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011 Oct;75(10):1313–7.
36. van Gent T, Goedhart AW, Hindley PA, Treffers PDA. Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Sep;48(9):950–8.
37. van Eldik T, Treffers PD, Veerman JW, Verhulst FC. Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents’ responses to the child behavior checklist. *Am Ann Deaf*. 2004;148(5):390–5.
38. Glickman NS, editor. *Lessons Learned from 23 Years of a Deaf Psychiatric Inpatient Unit. Deaf mental health care*. Routledge; 2013. p. 55–86.
39. Hintermair M. Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people--a resource-oriented approach to identity work. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2008;13(2):278–300.
40. Fellingner J, Holzinger D, Sattel H, Laucht M. Mental health and quality of life in deaf pupils. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Oct;17(7):414–23.
41. Aranda BE, Raaij IS. *Mental Health Services for Deaf People: Treatment Advances, Opportunities, and Challenges*. 1st ed. Washington, DC: Gallaudet University Press; 2015.
42. Kushalnagar P, Bruce S, Sutton T, Leigh IW. Retrospective Basic Parent-Child Communication Difficulties and Risk of Depression in Deaf Adults. *J Dev Phys Disabil*. 2017 Feb;29(1):25–34.

43. Bess FH, Hornsby BWY. Commentary: listening can be exhausting--fatigue in children and adults with hearing loss. *Ear Hear*. 2014 Dec;35(6):592–9.
44. Bess FH, Dodd-Murphy J, Parker RA. Children with minimal sensorineural hearing loss: prevalence, educational performance, and functional status. *Ear Hear*. 1998 Oct;19(5):339–54.
45. Kitson N, Fry R. Prelingual deafness and psychiatry. *Br J Hosp Med*. 1990 Nov;44(5):353–6.
46. Thacker AJ. Formal communication disorder. Sign language in deaf people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1994 Dec;165(6):818–23.
47. Kelly DP, Kelly BJ, Jones ML, Moulton NJ, Verhulst SJ, Bell SA. Attention deficits in children and adolescents with hearing loss. A survey. *Am J Dis Child*. 1993 Jul;147(7):737–41.
48. Kelly D, Forney J, Parker-Fisher S, Jones M. Evaluating and managing attention deficit disorder in children who are deaf or hard of hearing. *Am Ann Deaf*. 1993 Oct;138(4):349–57.
49. Chess S, Fernandez P. Impulsivity in rubella deaf children: a longitudinal study. *Am Ann Deaf*. 1980 Jun;125(4):505–9.
50. Harris RI. The relationship of impulse control to parent hearing status, manual communication, and academic achievement in deaf children. *Am Ann Deaf*. 1978 Feb;123(1):52–67.
51. O'Brien DH. Reflection-impulsivity in total communication and oral deaf and hearing children: a developmental study. *Am Ann Deaf*. 1987 Jul;132(3):213–7.
52. Morgan A, Vernon M. A guide to the diagnosis of learning disabilities in deaf and hard-of-hearing children and adults. *Am Ann Deaf*. 1994 Jul;139(3):358–70.
53. Greenberg MT, Kusché CA. Cognitive, personal, and social development of deaf children and adolescents. In: Wang M, Reynolds M, Walberg HJ, editors. *Handbook of special education: Research and practice*. Oxford: Pergamon Press; 1988. p. 95–129.
54. Kyle JG, Allsop L. Deaf people and the community : final report to the Nuffield Foundation. Bristol : University of Bristol, School of Education Research Unit; 1982.
55. Joseph L, Alant E. Strangers in the house? Communication between mothers and their hearing impaired children who sign. *SAJCD*. 2000 Dec 31;47(1).
56. Sullivan PM, Vernon M, Scanlan JM. Sexual abuse of deaf youth. *Am Ann Deaf*. 1987 Oct;132(4):256–62.
57. Brookhouser PE, Sullivan P, Scanlan JM, Garbarino J. Identifying the sexually abused deaf child: the otolaryngologist's role. *Laryngoscope*. 1986 Feb;96(2):152–8.

58. Kennedy M. The abuse of deaf children. . Child Abuse Review Spring. 1989;3(7).
59. Kennedy M. Not the only way to communicate: A challenge to voice in child protection work. Child Abuse Rev. 1992 Dec;1(3):169–77.
60. Hindley PA, Van Gent T. Psychiatric aspects of specific sensory impairment. In: Rutter M, Taylor E, editors. Child and adolescent psychiatry. 4th ed. London: Blackwell; 2002. p. 842–857.