

TRIAGEM AUDITIVA COMPORTAMENTAL NEONATAL*

BEHAVIORAL AUDITIVE SCREENING IN NEONATES

Fernanda de Almeida Pudo¹
Fátima Penha Cicca¹
Vicente José Assencio-Ferreira²

RESUMO

Objetivo: analisar a ocorrência de falha em triagem auditiva comportamental em neonatos com e sem indicadores de riscos auditivos. **Métodos:** foram estudados 15 neonatos sem indicadores de risco para audição e 15 neonatos com indicadores de risco. A triagem foi realizada com análise de prontuário e apreciação das respostas comportamentais. **Resultados:** encontramos nos neonatos sem indicadores de risco 93,3% de reflexo cocleopalpebral e 53,3% de atenção e nos neonatos com indicadores de risco auditivo 86,6% de reflexo cocleopalpebral e 46,6% de atenção. **Conclusão:** não foram encontradas diferenças significativas entre os neonatos com ou sem indicadores de riscos auditivos.

Descritores: audição; surdez; recém-nascido; transtornos da audição/diagnóstico; transtornos da audição/prevenção e controle; testes auditivos; triagem neonatal; intervenção precoce (educação).

■ INTRODUÇÃO

O ouvido é o órgão que possibilita uma das nobres funções superiores do homem, que é a comunicação. A criança deficiente auditiva torna-se um indivíduo introvertido, com problemas de origem nervosa e acaba isolando-se do mundo.⁽¹⁾

Os primeiros anos de vida têm sido considerados como o período crítico para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem. Tanto a plasticidade quanto a maturação são, em parte, dependentes de estimulação, uma vez que a estimulação e a experiência ativam e reforçam vias neurais específicas.⁽²⁻⁴⁾

O bebê parece nascer com conhecimento preexistente da linguagem, com estruturas nervosas especializadas no cérebro que aguardam experiências auditivas para disparar seu funcionamento e essas estruturas dependem de estimulação auditiva para se manifestarem. Uma criança que, em seus dois ou três anos, seja privada de estimulação adequada, nunca atingirá por completo seu melhor potencial da função de linguagem, seja a privação por falta de audição ou por falta de experiência de boa qualidade. Por esses fatores é que devemos atacar os problemas auditivos infantis. Concomitantes com a maturação da função auditiva, estão o desenvolvimento da fala e as habilidades da linguagem.⁽⁴⁻⁵⁾

A avaliação comportamental da audição pode fornecer importantes informações sobre o sistema auditivo, possibilitando, com avaliações eletrofisiológicas, a identificação dos distúrbios da audição durante o primeiro ano de vida tanto com relação à acuidade auditiva quanto ao processamento auditivo central, prevenindo futuras alterações. Em nosso meio ainda é muito longo o período entre a suspeita e o diagnóstico, e, na maioria dos casos, a intervenção ocorre apenas entre os dois e três anos de vida, perdendo o período ideal para estimulação.⁽⁶⁾

De acordo com dados de 2000 do Comitê Brasileiro sobre perdas auditivas na infância, a deficiência auditiva apresenta alta prevalência (fenilcetonúria 1:10.000; hipotireoidismo 2,5:10.000; anemia falciforme 2:10.000 e surdez 30:10.000).⁽⁷⁾

*Trabalho realizado no CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.

¹Especialização em Audiologia Clínica pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC). Fonoaudióloga formada pela Universidade de Mogi das Cruzes.

²Doutor em Medicina (Neurologia) pela Universidade de São Paulo (USP).

A audição é um sentido que não podemos deter; mais do que um sentido, é uma parte integrante de toda nossa vida: nascemos e vivemos em uma atmosfera de sons que sempre carregamos conosco.⁽⁸⁾

Com o advento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatais, tem aumentado a sobrevivência destes bebês prematuros, e a probabilidade de ocorrência de problemas auditivos com os mesmos é bem maior. Isso é devido a conseqüências como: doença congênita, anomalias físicas, acidentes perinatais, hereditariedade e poluição sonora existente em UTI.⁽⁹⁾

Já no estado embrionário, os órgãos do sentido auditivo se encontram formados e logo, desde o nascimento, a criança começa a ouvir a própria voz, a brincar com os sons e a imitar as vozes dos outros.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

O diagnóstico precoce da deficiência auditiva também contribui para que o fator etiológico possa ser identificado, propiciando, assim, maiores medidas de controle e prevenção de perdas auditivas. Sabe-se que no 5º mês de gestação o feto já tem as estruturas da orelha média e orelha interna formadas, sendo inclusive possível demonstrar suas funções cocleares. As fibras do nervo auditivo começam a se mielinizar durante o 6º mês de gestação.^(1,11)

■ MÉTODOS

Fizeram parte desta observação 15 neonatos sem indicadores de risco auditivo e 15 neonatos com indicadores para deficiência auditiva. A idade variou entre 0 e 30 dias. Todos os indivíduos foram triados no berçário da Santa Casa de Mogi das Cruzes no momento da alta hospitalar. Inicialmente realizamos análise de prontuário e verificamos a presença de fatores de risco para deficiência auditiva. A triagem audiológica foi realizada através da observação das respostas comportamentais a estímulos sonoros não calibrados, cujos espectros foram medidos e registrados anteriormente e em sala sem tratamento acústico, cujo nível de ruído medido foi de 50 dBA.

Para eliciar as respostas, utilizamos guizo e agogô duplo, que foram apresentados de acordo com o que é proposto por Azevedo, 1991.⁽¹²⁾

Com os estímulos sonoros de 90 a 100 dB (agogô), esperou-se encontrar o reflexo cocleopalpebral e com os de 70 a 80 dB (guizo), a resposta de atenção.

■ RESULTADOS

Dos 15 bebês observados sem indicadores de risco, 93,3% apresentaram reflexo cocleopalpebral e 53,3% apresentaram atenção, e nos neonatos com indicadores de risco, 86,6% apresentaram reflexo cocleopalpebral e 46,6% apresentaram atenção ao som.

■ DISCUSSÃO

A triagem auditiva não é um procedimento de diagnóstico e tem por objetivo separar, para observação posterior, as crianças suspeitas de deficiência auditiva.⁽¹⁻⁴⁾ Assim sendo, é possível supor que as crianças que passaram na triagem auditiva e não possuem indicadores de risco para perda auditiva não possuem alterações auditivas.^(1,2,6,12) A presença do reflexo cocleopalpebral e de padrão adequado sugere audição normal.⁽¹²⁾ Das crianças sem indicadores de risco, 93,3% da amostra analisada passaram e 6,7% falharam na triagem auditiva, e das crianças com indicadores de risco, 86,6% passaram e 13,3% falharam na triagem.

O fato de a criança falhar na triagem não significa que seja deficiente auditiva; devemos realizar outros procedimentos para comprovar a perda auditiva.^(1,2,6,11-12) A todas as crianças que falharam na triagem auditiva e as que passaram, mas possuíam indicadores de risco, foi solicitado retorno em ambulatório para confirmação dos resultados e acompanhamento.

Em neonatos do grupo de risco, ou seja, 13,33% da população observada, foi administrada a droga ototóxica gentamicina. Sabe-se que a administração de drogas ototóxicas, incluindo os aminoglicosídeos, dentro os quais se encontra a gentamicina, pode comprometer o sistema auditivo.^(3-5,13-14)

Alguns autores observaram maior incidência de deficiência auditiva na presença de fatores de risco auditivo associados.^(5,9,13-14) Na população analisada, 33,3% dos indivíduos apresentaram mais de 2 fatores de risco auditivo associado. Analisando as respostas a estímulos sonoros dos grupos com risco e sem risco para audição, não se pode observar diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, dados que estão de acordo com os encontrados na literatura.^(12-13,15-16)

A porcentagem encontrada de resposta de reflexo cocleopalpebral e de atenção está de acordo com a literatura estudada.⁽¹²⁻¹⁶⁾

Devemos ressaltar a necessidade de acompanhamento audiológico dos neonatos de risco para deficiência auditiva para a confirmação ou não da presença de perda auditiva e para a detecção precoce das perdas leves e moderadas.

ABSTRACT

Purpose: this work analyzed the occurrence of failure in behavioral auditory screening in neonates with or without auditory risk indicators. **Methods:** fifteen newborns without auditory risk indicators and fifteen newborns with auditory risk indicators were studied. The auditory screening was carried out considering the analysis of the patient's clinical information and observation of the behavioral responses. **Results:** we found 93.3% of cochlea-palpebral reflex in newborns without risk indicators and 86.6% with risk indicators. We found 53.3% of attention response in neonates without risk indicators and 46.6% with risk indicators. **Conclusion:** there was not significant difference among people observed in this work.

Keywords: hearing, deafness, infant newborns, hearing disorders/diagnosis, hearing disorders/prevention & control, hearing tests, neonatal screening, early intervention (education).

REFERÊNCIAS

1. Lewis DR. Habilidades auditivas do recém-nascido e a triagem auditiva neonatal. In: Andrade CRF. Fonoaudiologia em berçário normal e de alto risco. São Paulo: Lovise; 1996. p. 149-68.
2. Azevedo MF. Programa de prevenção e identificação precoce dos distúrbios da audição. In: Schochat E. Processamento auditivo. São Paulo: Lovise; 1996. p. 75-105.
3. Katz J. Tratado de audiologia clínica. 4ed. São Paulo: Manole; 1999. 832p.
4. Northem JL, Downs MP. Audição em crianças. São Paulo: Manole; 1989.
5. Sanford EG, Mencher GT. Early identification of hearing loss. Basileia: Karger; 1985. 377p.
6. Azevedo MF, Vilanova LCP, Vieira RM. Desenvolvimento auditivo de crianças normais e alto risco. São Paulo: Plexus; 1995. 222p.
7. Comitê Brasileiro sobre perdas auditivas na infância. - recomendação 01/99. J CFFa 2000;5:3-7.
8. Bevilacqua MC, Lewis DR, Morata TC. Ações preventivas na audição. In: Encontro nacional de fonoaudiologia social e preventiva. Anais. São Paulo 1988. p. 109-13.
9. Lichtig I. Avaliação audiológica do recém-nascido. In: Kudo AM. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria. São Paulo: Sarvier; 1990. p. 160-87.
10. Klaus M, Klaus P.O surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. 140p.
11. Azevedo MF. Avaliação audiológica no primeiro ano de vida. In: Lopes Filho O. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca;1997. p. 239-63.
12. Azevedo MF. Avaliação e acompanhamento audiológico de neonatos de risco. Acta AWHO 1991;10:107-16.
13. Garcia VL, Azevedo MF, Fukuda Y. Avaliação auditiva de neonatos. Acta AWHO 1995;14:126-30.
14. Hodgson WR. Avaliação de bebês e crianças pequenas. In: Katz J. Tratado de audiologia clínica. São Paulo: Manole; 1999. p. 461-71
15. Tamashiro IA. Estudo da função auditiva em bebês de alto risco. [tese].São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1993.
16. Oliveira TMT, Azevedo MF, Vieira MM, Ávila CRB. Triagem auditiva com sons não calibrados: detecção precoce da deficiência auditiva. Acta AWHO 1995;14:88-92.

Recebido para publicação em: 30/10/2001

Aceito em: 5/12/2001

Endereço para correspondência

Nome: Fernanda de Almeida Pudo

Endereço: Rua Prof. Enrico Schaeffer, 113 – CEP: 08725-420 – Mogi das Cruzes – SP

Fone/fax: (11) 4796-3500

e-mail: nandapudo@aol.com