

Triagem Auditiva: A Necessidade do Diagnóstico Precoce da Deficiência Auditiva

Marcelo Ribeiro de Toledo Piza

João Pedro, aos dois meses de idade, foi encaminhado para investigação eletrofisiológica da audição após ter falhado em dois exames de triagem auditiva neonatal no teste das emissões otoacústicas. Nasceu a termo, sem intercorrências durante a gestação, sem antecedentes pessoais ou familiares para surdez infantil. Os pais, pessoas de classe média alta e bem esclarecidos, eram resistentes à realização do exame dos potenciais evocados auditivos de tronco encefálico (PEATE). Realizamos o exame em duas ocasiões com diferença de uma semana entre eles, porém ambos apresentaram o mesmo resultado: ausência de potenciais utilizando-se a intensidade máxima de estímulo do equipamento, 100 dBNA.

Desta feita, com um diagnóstico eletrofisiológico de uma hipoacusia grave/profunda na faixa de frequência do clique (2 a 4 kHz), João Pedro, agora com cinco meses de idade e apesar da relutância dos pais, foi encaminhado para um centro de implante coclear que prioriza a avaliação e a intervenção de crianças diagnosticadas até os seis meses de idade. Após avaliação por meio de tomografia computadorizada e ressonância magnética dos ouvidos (que não mostraram anormalidades), João realizou testes com aparelhos auditivos convencionais, que não mostraram benefício para a criança. Com um ano e um mês foi submetido à cirurgia de implante coclear na orelha esquerda.

Histórias como a de João Pedro estão se tornando atualmente cada vez mais comuns, após a implantação de programas de triagem auditiva neonatal. Até a pouco tempo levávamos em conta os fatores de risco para surdez infantil preconizados pelo *Joint Committee on Infant Hearing*. Um grande problema que temos hoje é que sabemos que para cada criança com perda auditiva que apresenta um fator de risco para surdez infantil, temos outra sem qualquer fator de risco, ou seja, para cada criança passível de ser identificada através de fatores de risco, teremos outra que não será identificada por ser considerada de baixo risco.

O pediatra deve ser o nosso grande aliado. Ele necessita estar esclarecido da importância do diagnóstico precoce e das inúmeras desvantagens da descoberta tardia da perda auditiva. Em trabalho publicado há 12 anos, nossa casuística mostrava que de 2.014 crianças encaminhadas para uma avaliação objetiva por meio de exames eletrofisiológicos, a média de identificação da surdez foi aos três anos e meio, e somente 7% ainda no primeiro ano de vida (Sousa, Piza e colaboradores, 1998). Isso acarretava um grande comprometimento tanto para

a criança como para sua família. Esta realidade mudou radicalmente após a implantação de programas de triagem auditiva.

- Porque a identificação precoce da perda auditiva é tão importante?

Segundo dados da NCHAM (*National Center for Hearing Assessment and Management da Utah State University – EUA*), a perda auditiva é o defeito congênito mais freqüente ao nascimento, sendo 30 vezes mais prevalente que a fenilcetonúria e 15 vezes mais prevalente que o hipotireoidismo, doenças que são testadas por força da lei através do teste do pezinho, no Brasil. Apesar da prevalência destas doenças ser bem menor do que a perda auditiva, seu custo de identificação é em torno de 10 vezes maior. O atraso da identificação da perda auditiva também acarreta um custo maior na educação destas crianças. Estimava-se que o custo econômico direto e indireto individual da surdez congênita identificada tardiamente girava em torno de US\$ 1.000.000,00 na década de 90 (Northern and Downs, 1991). Em 2003 estes custos caíram para algo em torno de US\$ 400.000,00.

- A perda auditiva não detectada acarreta conseqüências negativas importantes.

A criança deficiente auditiva tem índices de compreensão de leitura muito inferiores aos de crianças com audição normal (Schildroth and Karchmer, 1986). Isto não ocorre somente em crianças portadoras de perdas auditivas significantes e bilaterais. Diversos estudos realizados com crianças que apresentavam perdas auditivas unilaterais mostram um desempenho muito inferior destas em matemática, linguagem e na sua sociabilidade.

- Benefícios importantes estão associados à identificação precoce da perda auditiva.
- Inúmeros estudos demonstraram que as crianças com deficiência auditiva identificada e capacitada antes dos seis meses de idade têm um desenvolvimento no tamanho de seu vocabulário e no índice de expressão de linguagem bem superior quando comparado aos das crianças identificadas após os seis meses de idade (Yoshinaga-Itano, Sedey e colaboradores 1998; Yoshinaga-Itano, 1999).

Conclusão

A identificação e a intervenção realizadas antes dos seis meses de idade possibilitam um desempenho melhor da criança, uma linguagem mais receptiva e melhor expressividade, melhores habilidades pessoais e sociais, um vocabulário de tamanho e expressividade melhores e conseqüente melhor produção de fala (Yoshinaga-Itano, Sedey e colaboradores, 1998).

Um papel importante na detecção precoce foi o aumento do número de programas de triagem auditiva neonatal. Em 2001 tínhamos no Brasil cerca de 60 serviços entre maternidade e clínicas que realizavam a triagem neonatal. Hoje (2008) temos mais de 140 onde a triagem auditiva neonatal já foi implantada. Ainda é pouco, mas estamos conseguindo crescer ano a ano. Alguns fatores são responsáveis por este aumento. Entre eles podemos citar as melhorias e facilitação na utilização dos equipamentos de triagem auditiva, um aumento de demanda e de conscientização da população associado à aceitação da solicitação e realização do exame pelos

convênios médicos. Nos Estados Unidos da América ocorreu o mesmo processo desde o ano de 1991, com um crescimento exponencial durante a década de 90 no número de hospitais com um programa de triagem auditiva implantado e atuante. Um crescimento semelhante observou-se no número de bebês submetidos ao teste de emissões otoacústicas antes da alta hospitalar.

Cabe lembrar que a responsabilidade da detecção precoce da surdez infantil não cabe exclusivamente ao otorrinolaringologista, mas sim a um conjunto de especialistas como o obstetra, o neonatologista, o neurologista e principalmente ao pediatra, que deve encaminhar todas as crianças, com ou sem fatores de risco, para a realização de um teste objetivo, rápido, não invasivo e barato. Os familiares e educadores também, cada vez mais atentos, são peça importante na suspeita de um problema auditivo.

Citando Hellen Keller, *“Os problemas da surdez são mais profundos e complexos, mais importantes, talvez, que os da cegueira. A surdez representa um infortúnio muito maior: é o som da voz, que veicula a linguagem, agita os pensamentos e nos mantém na companhia intelectual do homem”*.

Leituras recomendadas

1. Northern, J., Downs, m.p. (1991) Hearing in children (4th ed.) Baltimore Williams & Wilkins.
2. Schildroth, A. N. and M. A. Karchmer (1986). Deaf children in America. San Diego, College Hill Press.
3. Sousa, L. C. A., M. R. T. Piza, et al. (1998). “A Importância do Diagnóstico Precoce da Surdez Infantil na Habilitação do Deficiente Auditivo.” ACTA AWHO 17(3): 120-128.
4. Yoshinaga-Itano, C. (1999). “Benefits of early intervention for children with hearing loss.” Otolaryngol Clin North Am 32(6): 1089-102.
5. Yoshinaga-Itano, C., A. L. Sedey, et al. (1998). “Language of early- and later-identified children with hearing loss.” Pediatrics 102(5): 1161-71.