

Identificação do Recém-Nascido

Sylvan Stool

Há mais de 40 anos os autores relatam seu interesse na identificação de perda auditiva em recém-nascidos. Entre as várias razões para tal, uma é o fato de a identificação precoce poder levar a um melhor resultado a longo prazo; outra, o grande desenvolvimento de equipamentos de avaliação e aparelhos de auxílio à audição. Inicialmente, identificava-se o recém-nascido usando-se geradores de sinais de alta intensidade e observava-se sua reação em combinação com um registro de alto risco. Os avanços da tecnologia mais moderna usando medidas eletrofisiológicas estimularam a realização da triagem neonatal.

Tecnologia de triagem neonatal

Há duas principais tecnologias que podem ser utilizadas na triagem neonatal: emissões evocadas otoacústicas e respostas auditivas de tronco cerebral. A primeira técnica mede a energia gerada pelas células ciliadas externas na cóclea e a segunda reflete a resposta neural aos estímulos auditivos do tronco cerebral. Há vantagens e desvantagens em ambas, sendo todas elas de caráter técnico. Alguns protocolos usam ambas e obviamente dois testes são melhores que um sozinho, porém devemos decidir baseados em aspectos de custo e disponibilidade de pessoal. Em tais circunstâncias, é necessário que se conheça o ambiente da triagem, pois este também afeta o resultado.

Papel do profissional da saúde

A perda auditiva é a mais comum afeção congênita do recém-nascido, mais comum que fenilcetonúria ou hipotireoidismo. Apesar de as evidências mostrarem que a intervenção antes de 6 meses é essencial, a idade média de detecção nos Estados Unidos ainda é de 15 a 25 meses. O pediatra tem um papel crítico no suporte da família da criança com perda auditiva, atuando segundo o que é melhor para a criança. Infelizmente, muitos dos programas de residência médica não incluem avaliação auditiva e a comunicação com audiologistas não faz parte de tais programas. Quando a família comunica ao médico suas suspeitas de perda auditiva, este deverá imediatamente entrar em contato com um especialista para confirmar tais suspeitas. Muitas vezes o pediatra não sabe quais são os exames a serem realizados. Portanto, o médico não deverá dizer aos pais que está tudo bem sem ter informações objetivas.

O que acontece após a triagem

O número de lactentes triados cresceu enormemente nos Estados Unidos. Muitos dos lactentes apresentam audição normal, o que é uma sorte para a família. Os outros lactentes necessitarão diagnóstico etiológico da perda auditiva. A confirmação do diagnóstico pode levar um certo tempo e a definição da etiologia

pode ser cara e nem sempre bem sucedida. Entretanto, isto não quer dizer que uma intervenção efetiva não seja possível e esta não deverá ser postergada. Os passos para o estabelecimento do diagnóstico incluem avaliações radiológicas, exames de sangue e história genética abrangente.

Do diagnóstico para a intervenção

Em primeiro lugar, é necessário informar a família o mais rápido possível e de maneira completa sobre os resultados dos testes e garantir o adequado encaminhamento. A conduta mais freqüente é o uso de aparelhos de amplificação sonora para aproveitar a audição residual, o que deve ser feito até um mês após a confirmação da perda auditiva. Obviamente, isto irá depender de habilidades em audiologia pediátrica e monitoramento freqüente. Muitas famílias ouvem falar em implantes cocleares e o profissional deverá estar preparado para discutir esta técnica.

Controvérsias na triagem neonatal

Há pouca controvérsia com relação à meta de diagnóstico precoce e tratamento da perda auditiva em recém-nascidos. Entretanto, o como conseguir tal feito é controverso ainda. Um grupo acredita que a tentativa de triar todos os bebês antes que saiam do hospital não é custo-efetiva ou prática. Eles acham que seria mais prático concentrar-se em populações de alto risco, como por exemplo os lactentes da unidade de terapia intensiva. Eles também acham que é importante dedicar tempo e recursos à educação dos médicos que atendem estes lactentes sobre os sinais de perda auditiva e oferecer testes às crianças que recebem alta hospitalar. O outro grupo acredita que a detecção da perda auditiva em lactentes ainda internados é viável e importante e já mostrou-se efetiva e o benefício à sociedade é suficiente para que o método tenha relação custo-benefício positiva. Acreditam que as outras abordagens não funcionam. Porém, ambos concordam que é necessário orientar os médicos e as famílias sobre a importância da detecção precoce da perda auditiva.

Referências bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics Task Force on Newborn and Infant Hearing: Newborn and infant hearing loss: Detection and intervention. *Pediatr* 1999; 103:527-530.
2. Finitzo T, Albright K, O'Neal J: The newborn with hearing loss: Detection in the nursery. *Pediatr* 1998; 102: 1452-1460.
3. Finitzo T, Crumley W: The role of the pediatrician in hearing loss. *Pediatr Ms N Am* 1999; 46:15-34.
4. Joint Committee on Infant Hearing: Year 2000 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *AJA* 2000; 9:9-29.
5. Moeller MP: Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatr* 2000; 106(3); URL: www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/3/e43
6. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL: Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatr* 1998; 6:1161-1171.