

Pesquisa aponta riscos de perda auditiva em recém-nascidos

Martelo, bigorna e estribo são termos que remetem ao ofício da serralheria ou à montaria de cavalos. Separados. Juntos, fazem parte do complexo sistema auditivo que inclui as orelhas externas (pavilhão auditivo e membrana timpânica), média (cadeia tímpano-ossicular) e interna (cóclea), além das vias auditivas e estruturas corticais. Uma pesquisa conduzida na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp analisou os riscos de perda auditiva para recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A pesquisa foi conduzida pela fonoaudióloga Gabriele Libano de Souza, no período de agosto de 2012 a janeiro de 2014, com 690 recém-nascidos internados por pelo menos 48 horas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (Caism) da Unicamp. A orientação foi da professora Maria Francisca Colella dos Santos. A pesquisa contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp e teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp.

A habilidade de detectar sons está presente desde a vida

intrauterina. O desenvolvimento e a maturação auditiva de um bebê, com audição normal, inicia-se no período pré-natal e continua até a adolescência. Alguns estudos apontam que a incidência de perda auditiva sensorineural em bebês prematuros situa-se entre 1% e 3%. Entretanto, alguns pesquisadores estimam que esse índice possa chegar até 9% de perda auditiva.

“Recém-nascidos de baixo peso ou bebês prematuros que permanecem em UTIN apresentam mais riscos de perda auditiva. Alguns dos fatores são o uso de medicamentos, ventilação mecânica, distúrbios neurovegetativos, traumatismo craniano, otite ou síndromes genéticas. O diagnóstico da perda auditiva e a intervenção precoce no primeiro ano de vida possibilitam a estimulação do Sistema Nervoso Central numa idade em que há um aumento das conexões nervosas. Os três primeiros meses de vida são um ótimo período de recuperação e estimulação para a audição”, explica Gabriele.

A triagem auditiva foi realizada por fonoaudiólogos em quatro dias da semana, antes da alta hospitalar no Caism. Nos casos em que a criança teve alta ou foi transferida, e não realizou a triagem auditiva, o procedimento foi agendado. Os dados das condições de nascimento do bebê e as intervenções no período de internação foram coletados a partir de prontuário hospitalar.

O procedimento utilizado foi o PEATE-A, aplicado ao recém-nascido em sono natural. Durante o procedimento, o bebê permanecia em berço comum e, quando necessário, na incubadora. O estímulo apresentado na Triagem Auditiva Neonatal (TAN) foi do tipo clique a 35 decibéis ao nível de audição (dBNA).

A resposta auditiva foi classificada em *passou* ou *falhou*. A criança *passou* na triagem quando apresentou resposta para estímulo do tipo clique a 35 decibéis, bilateralmente. Nos casos de *falha* na TAN foi agendado o reteste para 15 dias. A avaliação audiológica foi realizada no Laboratório de Diagnóstico Audiológico Infantil do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação (Cepre) da FCM.

A triagem auditiva foi realizada em 84,64% dos 690 bebês. A amostra apresentou porcentagens equilibradas entre o sexo feminino e masculino. Quanto à idade gestacional, 63,53% nasceram pré-termo e 18,84% apresentaram muito baixo peso ao nascer. Cerca de 89,04% dos bebês passaram bilateralmente ao estímulo clique no PEATE-A a 35 decibéis.

De acordo com a pesquisa, 3,42% dos bebês apresentaram resultados de falha na triagem após o reteste. As crianças que apresentaram resposta *passou* na triagem, mas apresentaram indicadores de risco para perda auditiva (IRPA), foram encaminhadas para monitoramento auditivo e de linguagem aos 6, 12, 18 e 24 meses. As crianças que apresentaram resposta *falha* foram encaminhadas para novos exames nos laboratórios de diagnóstico audiológico infantil do Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação (DDRH). No caso de testes auditivos alterados, as crianças foram encaminhadas para o médico otorrinolaringologista para conclusão e diagnóstico da perda auditiva.

Os indicadores de risco mais frequentes na amostra estudada foram:



permanência em UTIN por mais de cinco dias; nascimento pré-termo e pequeno para idade gestacional; uso de ventilação mecânica; exposição a drogas ototóxicas; teste APGAR de 0 a 4 no primeiro minuto e peso inferior a 1,5 quilo.

“A incidência da perda auditiva foi de 2,05%, sendo 1,71% do tipo condutiva e 0,34% do tipo sensorineural. As crianças com perda sensorineural foram encaminhadas à indicação e à adaptação de prótese auditiva, orientação aos pais e reabilitação fonoaudiológica. Os indicadores de risco para perda auditiva – anomalias craniofaciais, envolvendo orelha e osso temporal e síndromes genéticas, que expressam perda auditiva –, interferiram no resultado para falha na triagem auditiva e diagnóstico para a perda auditiva. A ventilação mecânica apresentou diferença estatisticamente significativa para a *falha* na triagem auditiva”, explica. 🏠



Título: Características audiológicas relacionadas ao baixo peso, prematuridade, anóxia/hipóxia e infecções congênitas ao nascimento: da triagem auditiva neonatal ao diagnóstico

Autora: Gabriele Libano de Souza

Orientadora: Maria Francisca Colella dos Santos

Programa: Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente

Texto: Edimilson Montalti

Assessoria de Relações Públicas e Imprensa, FCM, Unicamp