



NOTA TÉCNICA - COMITÊ MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE AUDITIVA - COMUSA

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

A realização da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), conhecida também como TESTE DA ORELHINHA, tornou-se obrigatória para todos recém-nascidos brasileiros, a partir da lei federal 12.303/2010.¹

Estima-se que a prevalência da perda auditiva congênita seja de 1,7/1000 e com variação de 0-11.1 por 1000 nascidos vivos.² Se forem considerados aqueles com indicadores de risco para a deficiência auditiva (Quadro 1), esta ocorrência pode aumentar em até 10 vezes.³

Indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA)

1. Congênitos ou perinatais
 - a. História familiar de surdez permanente na infância de instalação precoce, progressiva ou tardia
 - b. UTI neonatal por mais de 5 dias
 - c. Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão independente de tempo de permanência em UTI
 - d. Uso de aminoglicosídeos por mais de 5 dias
 - e. Asfixia ou encefalopatia hipóxico-isquêmica
 - f. Uso de oxigenação extracorpórea (ECMO)
 - g. Infecções intraútero por toxoplasmose, sífilis, rubéola, citomegalovírus, herpes (TORCH) ou Zika
 - h. Malformações craniofaciais
 - i. Microcefalia congênita
 - j. Hidrocefalia congênita ou adquirida
 - k. Anormalidades do osso temporal
 - l. Síndromes que cursam com surdez

2. PERINATAIS OU TARDIAS
 - a. Infecções que cursam com surdez como meningites e encefalites bacterianas ou virais (especialmente vírus herpes e varicela)
 - b. Trauma craniano (especialmente base de crânio e temporal)
 - c. Quimioterapia
 - d. Suspeita familiar de surdez, alteração de fala ou linguagem e atraso ou regressão do desenvolvimento

Quadro 1 – Indicadores de risco para a deficiência auditiva.⁴

Desta forma, todos os recém-nascidos devem realizar este teste antes da alta hospitalar, e no máximo, no seu primeiro mês de vida. Na maternidade, recomenda-se a realização dos procedimentos de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) em crianças sem Indicadores de Risco para a Deficiência Auditiva (IRDA), e do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico – Automático (PEATE-A), em crianças com indicadores de risco, e em especial naquelas que permaneceram na UTI neonatal por mais de 5 dias.

Caso a criança falhe na TANU antes da alta hospitalar, recomenda-se que ela faça um novo teste (chamado de RETESTE) após 15 dias da alta hospitalar. Caso esta falha permaneça, deve-se realizar o encaminhamento para diagnóstico médico e audiológico com o objetivo de confirmar a existência ou não da perda auditiva. Tem-se como meta, portanto, a realização da TANU no primeiro mês de vida (1); a confirmação da perda auditiva até o terceiro mês de vida (3); a intervenção clínico-terapêutica deve ter início no terceiro mês de vida e no máximo no sexto mês (6) - Etapas 1-3-6 (Figuras 1 e 2). Estas ações propiciam as melhores condições para tratamentos disponíveis, pensando-se na plasticidade neuronal da criança.^{3,5}



Figura 1- Etapas da TANU até a intervenção quando necessária (Etapas 1-3-6)

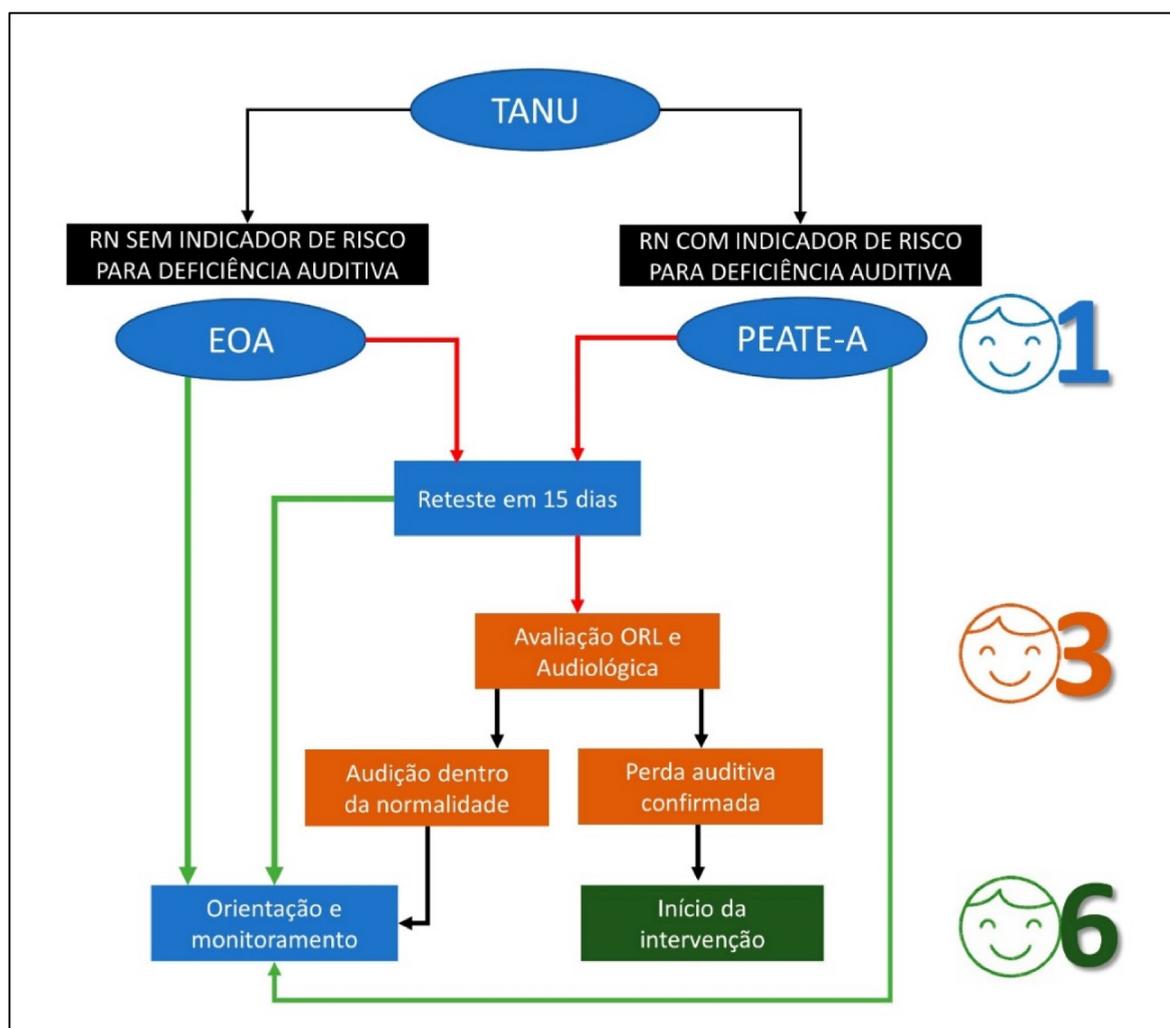


Figura 2- Fluxograma da TANU e suas etapas em saúde auditiva (Etapas 1-3-6)

Segundo o JCIH 2019 mesmo após passarem na triagem auditiva as crianças com indicadores de risco para deficiência auditiva devem ser monitoradas.³ Sugerimos que essas crianças sejam reavaliadas entre três e seis meses de vida, e anualmente até os três anos de idade, ou sempre que houver qualquer suspeita por parte dos pais.

É fundamental o acompanhamento do pediatra nas consultas de puericultura quanto aos marcadores de desenvolvimento auditivo e de linguagem de todas as crianças, mesmo naquelas que tenham passado em exames de triagem auditiva neonatal. Cabe ao pediatra ou clínico atentar-se para qualquer queixa familiar de mudança no comportamento auditivo da criança.

TANU EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19



Preocupados com a saúde auditiva neonatal, em tempos de pandemia da COVID-19, o Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA) vem a público recomendar:

1. Sempre que possível realizar a TANU antes da alta hospitalar como já é recomendado e com o uso de EPI como preconizado pelo Ministério da Saúde.
2. Em caso de falha na triagem auditiva, **neste momento de pandemia**, recomenda-se que a criança **permaneça em casa**, e faça o reteste ambulatorial apenas quando as autoridades sanitárias autorizarem o encerramento do distanciamento social. Esta mesma recomendação serve para aquelas crianças que necessitem de diagnóstico médico e audiológico, após a falha no processo teste/reteste da TANU.
3. Na primeira consulta, o Pediatra deve verificar se a TANU foi realizada, e se os resultados são satisfatórios.
4. Caso a criança não tenha realizado a TANU, tenha falhado no processo teste/reteste, ou não tenha sido encaminhada para diagnóstico após falha, proceder os encaminhamentos necessários, assim que as autoridades sanitárias autorizarem o encerramento do distanciamento social.

Sabemos que estas recomendações terão impacto, neste momento, no tempo que se preconiza o final do diagnóstico e início das intervenções terapêuticas da criança com deficiência auditiva. No entanto, assim que a pandemia da COVID-19 se encerrar, retomaremos o processo da TANU nos tempos recomendados de 1-3-6 meses de vida.

Assim, esta nota visa alertar os **pediatras, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos e equipes de saúde da família**, quanto à orientação e seguimento destas crianças durante e após a pandemia. Em breve o COMUSA 2020 (em prelo) estará disponível para consulta.

COMITÊ MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

DATA: 26 de maio de 2020.

Academia Brasileira de Audiologia
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e
Cirurgia Cérvico-Facial

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
Sociedade Brasileira de Otologia
Sociedade Brasileira de Pediatria

Referências Bibliográficas

1. Lei Federal nº 12.303, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12303.htm , acessado em 18 de maio de 2020. In.
2. Centers for Disease Control and Prevention: Data and Statistics About Hearing Loss in Children, acessado em 18 de maio de 2020. In. <https://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/data.html>; 2016.
3. Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Journal of Early Hearing Detection and Intervention* 2019;4(2):1-44.
4. Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics* 2007;120(4):898-921.
5. Lewis, D.R., Marone, S.A., Mendes, B.C., et al. Multiprofessional committee on auditory health: COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010;76(1):121-8.