



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 12.303, DE 2 DE AGOSTO DE 2010.

Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º É obrigatória a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 2 de agosto de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
José Gomes Temporão

Este texto não substitui o publicado no DOU de 3.8.2010



O Teste da Orelhinha deve ser realizado em todos os bebês nascidos na maternidade cumprindo o pressuposto da Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010, que torna obrigatória a realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas.

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL **(TAN)**

Um Programa de Triagem Auditiva Neonatal deve constar de 4 etapas ou fases:

- Detecção ou triagem auditiva
- Diagnóstico audiológico
- Protetização
- Intervenção fonoaudiológica especializada em audiologia educacional

Essas etapas têm características bem definidas e exigem profissionais especializados. Normalmente a etapa de triagem auditiva ocorre em maternidades e as outras etapas acontecem em clínicas ou centros especializados.

TRIAGEM

A audição é fundamental para a aquisição e desenvolvimento da fala e linguagem. A realização da triagem auditiva neonatal (TAN) de rotina é a única estratégia capaz de detectar precocemente alterações auditivas que poderão interferir na qualidade de vida do indivíduo. O processo de detecção de alterações auditivas deve começar com a triagem auditiva neonatal, acompanhada do diagnóstico, protetização e intervenção precoces. Os

primeiros 6 meses de vida são decisivos para o desenvolvimento futuro da criança deficiente auditiva.

A triagem auditiva neonatal universal (TANU) consiste no rastreamento auditivo de todos os recém-nascidos (RN) antes da alta hospitalar. A triagem auditiva universal é recomendada, porque, se rastrearmos somente os RN que apresentarem os indicadores de risco de 1994 e os indicadores de risco de 2000, estaremos perdendo aproximadamente 50% dos indivíduos que apresentam perdas auditivas congênitas, ou seja, a metade da população infantil com surdez não será diagnosticada precocemente, pois não apresenta nenhum indicador de risco ao nascimento. Apesar de a incidência de problemas auditivos ser maior nos RN que ficam na UTI Neonatal, nem todos os RN da UTI são de risco para surdez. Recomenda-se realizar o exame de rotina tanto nos RN da UTI quanto nos RN do berçário de normais.

Seguem em ordem cronológica as recomendações dos órgãos nacionais e internacionais sobre a TANU:

- Instituto Nacional de Saúde (National Institutes of Health, 1993),
- Comitê Conjunto em Audição na Infância (Joint Committee on Infant Hearing, 1994),
- Conferência Européia, 1998
- Academia Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics, 1999)
- Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância, 1999
- Comitê Conjunto em Audição na Infância (Joint Committee on Infant Hearing, 2000
- Parecer da SBORL, 2000
- Força Tarefa para Prevenção de Deficiência Auditiva na Infância da SBP, 2001
- Força Tarefa para Prevenção de Deficiência Auditiva na Infância da SBP/SBORL/FONO, 2002

Seguem abaixo as recomendações da Academia Americana de Pediatria, 1999 e Comitê Conjunto em Audição na Infância, 2000 para os programas de TANU:

- Avaliação objetiva bilateral por EOA e/ou PEATE (etapa de detecção: fase 1)
- Sensibilidade para detectar perdas auditivas permanentes > 35 dBNA
- Aplicação da triagem no mínimo em 95% dos nascimentos
- Reteste em 30 dias (etapa de detecção: fase 2, considerar FALHA, caso as respostas não sejam adequadas nas 2 fases)
- Índice de falha < 4% (RN encaminhados para a etapa do diagnóstico)
- Índice de falso positivo < 3% (grupo FALHA na etapa do diagnóstico)
- Índice de falso negativo zero

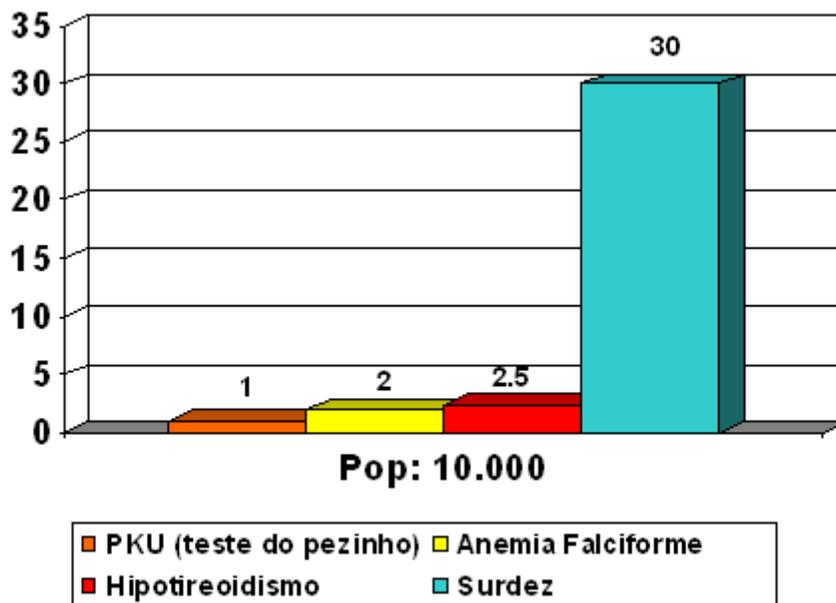
- Intervenção iniciada até os 6 meses de idade

Protocolo de TAN sugerido pela JCIH 2000:

- TANU por medida eletrofisiológica
- Realizada na maternidade ou em até 30 dias para os casos de bebês nascidos em berçário se a TAN
- Diagnóstico deve ser feito até os 3 meses de idade
- Intervenção iniciada até os 6 meses de idade
- Nos casos de RN com IRPS, mesmo para aqueles que tiveram a TAN normal ao nascimento, recomendam o monitoramento da audição por serem de risco para deficiência auditiva progressiva e/ou com aparecimento tardio

A deficiência auditiva é a doença mais freqüente encontrada no período neonatal, quando comparada a outras patologias. Todas estas patologias mencionadas abaixo podem ser rastreadas ao nascimento.

Prevalência de Doenças Neonatais



MÉTODO A EMPREGADO NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Dispomos de dois métodos eletrofisiológicos:

- **Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA)**
 - registros da energia sonora gerada pelas células da cóclea, em resposta a sons emitidos no conduto auditivo externo do RN. A resposta desaparece quando existe qualquer anormalidade funcional no ouvido interno. Existem dois tipos:
 - **EOA espontânea** – sinais, mais ou menos contínuos, de banda estreita, emitidos em aproximadamente 50% dos ouvidos humanos, mesmo na ausência de estimulação acústica externa.
 - **EOA evocada** –
 - **Emissões transitórias** – respostas provocadas por um estímulo muito breve, um clique – que estimula a cóclea por inteira, com resposta global;
 - **Emissões otoacústicas – produto de distorção** – que se constituem em um escape de energia resultante da inabilidade da membrana basilar responder a dois estímulos de tons puros simultâneos. Assim, dois tons puros (F1 e F2), de frequências diferentes, passam por um amplificador não linear (cóclea), surgindo, na saída, um sinal com outras frequências que não faziam parte do sinal inicial e que são produtos de distorção. Através deles podemos avaliar a atividade coclear em frequências específicas, o que proporciona aplicação clínica mais ampla, quando comparados com emissões transitórias que fazem avaliação global. Os produtos de distorção acústica geralmente estão ausentes em orelhas com perdas auditivas neurossensoriais maiores do que 50 – 60 decibéis, da mesma forma que as emissões evocadas transitórias.

Para EOA não há necessidade de colaboração nem sedação da criança, é um teste objetivo e rápido, realizado durante o sono fisiológico após a mamada.

➤ **BERA – Potencial Auditivo do Tronco Encefálico** - é o registro das ondas eletrofisiológicas geradas em resposta a um som apresentado e captado por eletrodos colocados na cabeça do RN e avalia a integridade neural das vias auditivas até o tronco cerebral. É um método que necessita pessoal treinado, com habilidade no manuseio de RN, requerendo, na maior parte das vezes, sedação, e pode resultar em falsos positivos pela imaturidade do sistema nervoso, na faixa etária de RN até quatro meses. Ambos os métodos, apresentam vantagens e desvantagens; mas, certamente, são superiores à avaliação auditiva comportamental (respostas a palmas ou à voz).

EOA:

- Vantagens:
 - mais rápido;
 - não necessita sedação;
 - avalia frequências entre 1000 e 6000 (maior faixa).
- Desvantagens: avalia, apenas, sistema auditivo pré-neural.

BERA:

- Vantagens: avalia a via neural até o Tronco Cerebral.
- Desvantagens:
 - grande número de falsos positivos até o quarto mês, pela imaturidade do SNC
 - avalia, somente, frequências entre 2000 – 4000 (as dos RN são em 6000);
 - necessita sedação;
 - mais demorado.

Pelo que vimos, uma triagem universal pode ser feita por EOA que, além de ser mais rápido e mais barato, avalia as frequências mais próximas da maior incidência de perdas nos RN; mas a presença de vernix ou secreções no canal auditivo, logo depois do nascimento, podem gerar falsos positivos, o que poderia ser atenuado pelo retardamento da testagem até imediatamente antes da alta, sempre com repetição, dos alterados, antes de três meses. Evidentemente, a escolha do método de avaliação auditiva deverá apoiar-se na experiência do grupo com o mesmo, além da aplicação prática e possibilidade de utilização deste num grande número de crianças, com o menor custo.

Considerando o grupo de risco, todos os que apresentassem normalidade no teste deveriam ter repetição com acompanhamento posterior e, no mínimo, todos os normais a qualquer queixa familiar ou ao entrar na escola (três a quatro anos), na tentativa de detectar perdas auditivas leves ou moderadas, uni ou bilaterais, uma vez que perdas severas resultariam em crianças com defeitos identificados antes ou que não estariam na

escola.

INTERVENÇÃO

A audição é fundamental para a aquisição e desenvolvimento da fala e linguagem. Estudos recentes realizados por Christine Yoshinaga-Itano e col., da Universidade do Colorado (EUA), comprovaram que a detecção de alterações auditivas e a intervenção iniciada até os 6 meses de idade garantiam à criança deficiente auditiva, o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, bem como , o seu desenvolvimento social, comparáveis aos das crianças ouvintes da mesma faixa etária.

Uma vez confirmada a deficiência auditiva, a criança deve iniciar a intervenção com adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) ou implante coclear e terapia fonoaudiológica especializada em audiologia educacional. O início da intervenção e processo terapêutico devem ser respaldados pelos diagnóstico audiológico e diagnóstico médico.

Como profissionais desta área, mais e mais nos convencemos da eficácia de nossas práticas quando atingimos satisfatoriamente o principal objetivo de nosso trabalho: ajudar os membros das famílias a se tornarem os principais estimuladores da equipe de reabilitação.

Além disto, a razão fundamental para a atenção dos profissionais estar voltada às famílias baseia-se no próprio desenvolvimento de um bebê desde o seu nascimento, já que este ocorre no núcleo familiar e na estreita relação entre mãe e bebê, em um universo íntimo e restrito buscando a construção de mundo interno, tanto psíquica como fisicamente.

A medida que os dias, semanas e meses vão passando, um bebê recém-nascido amplia gradativamente sua experiência de mundo que vai da proximidade de seu corpo, voz e contato físico ao corpo, sons e contato físico provenientes da mãe.

Tal ampliação pode ocorrer desde entre o espaço físico de um quarto no lar até outras partes da casa. Ocorre ainda de um espaço psíquico mãe para outro, o pai e muito lentamente para os irmãos e avós.

Portanto, ousados somos quando chamamos estas crianças de nossos pacientes. No período peri e pós-diagnóstico, nossos reais pacientes são os pais.

Geralmente, após a confirmação do diagnóstico, os pais julgam não saber lidar com seus filhos, portadores de uma lesão invisível e irreversível, porém importante, a deficiência auditiva. Entretanto, são eles e, em especial a mãe nos primeiros meses e,

depois o casal, quem conhece, descreve, avalia e entende as necessidades do bebê, atendendo-o e satisfazendo-o.

Estes pais querem e precisam ver reações do bebê aos sons. Estas reações são a vitamina para continuidade de uma atitude constante e natural de mãe e pai estimuladores.

Desta forma, independente do grau de perda auditiva que uma criança carregue consigo, pela situação natural de proximidade física entre bebê e mãe (no colo, nas situações de alimentação, troca de fralda, banho e aconchego), a voz materna, poderosa, vem próxima ao ouvido da criancinha.

Assim, quando mostramos aos pais as expressões faciais e movimentação corporal do bebê ao ouvir esta voz, eles passam a acreditar que, mesmo na presença da deficiência auditiva, o bebê reage e tem muitas possibilidades de participar e conhecer o mundo sonoro.

As brincadeiras entre mãe e filho(a), que auxiliam na aquisição e desenvolvimento da linguagem e desenvolve a função auditiva, devem ser ricas e espontâneas nesta relação.

Nós, profissionais que instrumentamos a família, cuidamos com requinte de uma audição residual amplificada, aumentando as possibilidades da criança em perceber, identificar, reconhecer e compreender o mundo sonoro.

Neste contexto, apenas quando o crescimento proporciona o afastamento físico natural entre mãe e filho, é possível que o profissional afirme ter a criança como seu paciente. A partir de então, há a formação de vínculos, avaliação e propostas de situações terapêuticas pertinentes a cada etapa da linguagem receptiva e expressiva em que a criança se encontra.

Ainda assim o lar continua sendo o mundo familiar conhecido pela criança de onde partem as relações sonoras e sociais, a uma ampliação na micro-sociedade que rodeia uma criança.

Nosso papel, que não se restringe a uma sessão de atendimento, também deve propiciar encontros e trocas de idéias com vários casais que conhecem na intimidade e vivenciam o papel de pais de crianças com barreiras de comunicação.

O envolvimento dos pais no processo de habilitação é crucial para um desenvolvimento bem sucedido de uma criança deficiente auditiva e sua inserção satisfatória na sociedade.

Os pais, que se deparam com o desconhecido, após a confirmação de uma lesão auditiva, merecem todas as explicações por parte dos profissionais responsáveis pelas avaliações audiológicas, próteses auditivas e métodos de reabilitação.

O poder de decidir por um caminho é dos pais, assim como deles são seus filhos.

E cabe lembrar que o impacto de um diagnóstico na família, muda para sempre sentimentos, a rotina, os hábitos e o tempo despendido com uma criança em particular.

Com certeza, segundo os próprios pais, com as crianças muito se aprende.

A sensibilidade dos profissionais deve ser constante, em todo o processo, para assim envolver os pais, e respeitar a cultura, linguagem e valores de cada família, no conteúdo de uma proposta terapêutica.

REFERENCIA:

- www.sbp.com.br (Triagem Auditiva Neonatal _Mauro Silva de Athayde Bohrer)
- www.gatanu.org
- www.midiaindependente.org