

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**UM PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL:
EFETIVIDADE E AÇÕES EDUCATIVAS**

Sílvia Raposo de Medeiros Munhoz

Piracicaba, SP

2007

**UM PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL:
EFETIVIDADE E AÇÕES EDUCATIVAS**

Sílvia Raposo de Medeiros Munhoz

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Broglia Feitosa de Lacerda

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIMEP , como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação

Piracicaba, SP

2007

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Cristina Broglia Feitosa de Lacerda – orientadora

Dr^a. Ana Cláudia Lodi

Dr^a. Helenice Yemi Nakamura

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Jorge, que já partiu, mas que sei estaria orgulhoso por me ver concluir essa etapa,

A minha mãe, Deusa, com carinho, pelo apoio e por me permitir fazer escolhas e sonhar,

Ao Beto e Vinícius pelo tempo roubado, pelas portas fechadas, pela comida fria, pelas ausências semanais e por, mesmo assim, me apoiarem nos momentos difíceis,

Aos meus irmãos, em especial Ana Vera pelas leituras, mais leituras e sugestões.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Profa.Dra.Cristina B.F.de Lacerda que, com clareza e profissionalismo soube contornar esse momento tão atribulado e me conduzir neste trabalho a despeito da distância (e que distância!),

A professora Dra.Maria Cecília Rafael de Góes, pelas valiosas sugestões no Simpósio de Dissertações do PPGE,

As professoras Dra. Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves e Dra.Helenice Yemi Nakamura pela disponibilidade e pelas oportunas colocações no exame de qualificação,

A professora/ amiga Ms.Elaine Soares pela garra, paciência e acolhida em todos os momentos que precisei e pelas oportunidades oferecidas,

A amiga Lílian Juana Levenbach de Gamburgo pelas saudosas idas e vindas a Piracicaba. Você é grande fonte de aprendizagem, incentivo e modelo de superação,

As colegas do Mestrado da Unimep pelas contribuições a esse trabalho e pela companhia durante o curso (e seu percurso!),

A Sílvia Pellegrino pela dedicação e profissionalismo,

A Professora Dra. Tereza Ribeiro Rossi que “sem querer” despertou a curiosidade e ao mesmo tempo proporcionou o aprendizado a uma desconhecida recém-formada,

Ao hospital que me permitiu realizar o trabalho e ao médico responsável pelo setor que sempre busca o conhecimento,

Aos colegas da SEMEC de Rondonópolis/MT que hoje me permitiram estar aqui,

A todos vocês : muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo conhecer o funcionamento de um programa de triagem auditiva neonatal, implantado há seis anos, em uma maternidade do interior de São Paulo. Verificou-se se a forma como este vem sendo desenvolvido tem auxiliado no diagnóstico da surdez neonatal, e se as ações educativas do programa favorecem, ou não, sua efetividade. Considerando-se o objetivo do estudo, foi realizada uma fase exploratória para o diagnóstico institucional seguida da descrição da população do estudo, no caso, as mães parturientes, e do conhecimento e descrição do setor de triagem auditiva neonatal e suas especificidades. Foram aplicados questionários que, posteriormente, foram analisados buscando compreender o grau de conhecimento das mães sobre o referido programa. A presente pesquisa incluiu dados sobre nascimentos coletados entre os anos de 1999 e 2003. Nesse período, nasceram no hospital 52.451 bebês e foram realizados, no setor de emissões otoacústicas, 12.961 screenings (triagem auditiva) em bebês nos três diferentes sistemas de internação (tipo de atendimento): regimes SUS, conveniados e particulares. Foram aplicados 31 questionários com 31 mães em duas situações diferentes: mães que estavam ainda internadas no hospital, mas em processo de alta, após o nascimento de seus bebês e mães que procuraram o setor de triagem auditiva neonatal dias após terem deixado o hospital, com seus bebês. Dos resultados dos questionários temos que as mães, independente do sistema de internação ser SUS, convênio ou particular ou do tempo decorrido para a realização da triagem auditiva neonatal, referem que desconhecem como é feito o exame no bebê e o que é a triagem auditiva; desconhecem, também, as ações do hospital voltadas para a divulgação da saúde auditiva do bebê, ou seja, o curso de gestantes, a visita da fonoaudióloga ao quarto e o material informativo distribuído pelo setor de emissões otoacústicas. Tais dados são bastante relevantes já que se referem aos fatores que interferem na efetividade do programa que acaba por atingir um número pequeno de usuários, em relação à meta de atendimento de 95% dos bebês, como sugere o Comitê Brasileiro de Perdas Auditivas. O programa de triagem auditiva neonatal requer: pessoas qualificadas para realizar o exame; procedimentos padronizados; sistema de arquivo de dados eficiente para acompanhamento dos casos e, acima de tudo, um projeto de divulgação que informe a todos os participantes no processo, sobre a existência do exame, seus benefícios para a criança e, conseqüentemente, para sua família. A triagem não é benéfica por si só sem que haja um seguimento, diagnóstico e acompanhamento da criança a tempo, bem como um gerenciamento de dados consistente. Dessa forma, a partir da pesquisa realizada é possível destacar a importância de um momento no processo da triagem auditiva neonatal, direcionado aos pais, para que esses participem do programa consciente de seus desdobramentos.

DESCRITORES: fonoaudiologia preventiva, audição, programa de triagem auditiva neonatal, ações educativas em saúde.

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to determine know the operation of a Neonatal Auditory Screening Program introduced six years ago in a São Paulo's state province, Brazil. It was verified if the way that this program has been developed has also helped the neonatal deafness diagnosis, and if the educative actions of the program can improve its efficiency. Considering the objective of the study, there was an explorer stage in order to do the initial diagnosis, then, it was followed by the description of the studied population, the after labor mothers and the recognition and description of the neonatal auditory screening section and its specificities. Thus, mothers were required to fill out a form in other to determine theirs knowledge about this program. The data presented in this work were collected between 1999 and 2003. During this period, it was born 52,451 babies on that hospital and it was done 12,961 screening with the newborns in two different admission systems, public and private. Thirty-one questionnaires were applied to thirty-one mothers in two different situations: first, mothers who were still admitted on the hospital, but in discharge process, after theirs babies born; and second, mothers who had been discharged from the hospital and, days after this, came back asking for the neonatal audition screening. The questionnaires results presents that the mothers, irrespective of the admission system and the time toke before the neonatal audition screening, doesn't know about the audition tests and what it means; they also doesn't know about the spread actions of the program in other to improve the babies audition health like courses for pregnant woman, the audiologist visit to the mother room and the support informative material that they provide. The obtained data are relevant since they refer to factors that can interfere on the program effectiveness that has getting little success including only few patients in relation of the 95% attention goal as suggested by the Brazilian hearing loss Committee. The neonatal audition screening require: qualified professionals to do the audition test, standardize procedures, an efficient data file system in other to accompany the patient and mainly a spread program that tell everyone interested about the test existence and its benefits for the babies and the families. The screening is not enough if there is no diagnosis and the children accompaniment as well as efficient management of the data. Based on this work, is possible to point out that a particular moment in the screening test, that focus the parents in other to those take part of the program and be conscious about its features.

Key words: warning audiology, hearing, neonatal audition screening program, health educative actions.

Lista de abreviaturas e siglas

CEPRE = Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof.Dr.Gabriel O.S.Porto” – é vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, tendo por finalidade a pesquisa, o ensino e a assistência na área das deficiências sensoriais.

EOA-T = Emissão Otoacústica por transiente – registro da energia sonora provocada como resposta a um estímulo muito breve, um clique – que estimula a cóclea como um todo obtendo, portanto, uma resposta global e avaliando o sistema auditivo pré-neural. Para a realização do exame não há necessidade de sedação da criança, é um teste objetivo e rápido, realizado durante o sono fisiológico após a mamada. Pode gerar falso-positivo pela presença de vérxix ou secreções no canal auditivo logo depois do nascimento. Isto pode ser atenuado quando o exame é feito antes da alta hospitalar.

GATANU = Grupo de Apoio a Triagem Auditiva Neonatal Universal – Grupo brasileiro defensor da triagem auditiva neonatal que vem desenvolvendo um árduo trabalho desde 1988, para a divulgação e sensibilização da sociedade para a necessidade do diagnóstico o mais cedo possível da surdez seguindo os preceitos do Comitê Americano adaptados à realidade do nosso país.

ORL = Médico Otorrinolaringologista.

PEATE/ ABR (auditory brain response)/BERA = registro de ondas eletrofisiológicas geradas em resposta a um som apresentado e captado por eletrodos colocados na cabeça do recém nascido, que avalia a integridade neural das vias auditivas até o tronco cerebral. Requer, na maior parte das vezes, sedação da criança e pode resultar em falso-positivo pela imaturidade do sistema nervoso, na faixa etária de RN até 4 meses de vida.

SUS = Sistema Único de Saúde brasileiro criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira pudesse ter acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os demais eram considerados "indigentes" e eram atendidos apenas em serviços filantrópicos.

TAN = Triagem Auditiva Neonatal

TANU = Triagem Auditiva Neonatal Universal – procedimentos que permitem que todos os recém-nascidos realizem testes para avaliar a integridade do sistema auditivo em até 24 horas após o nascimento.

Lista de ilustrações

<u>Tabela 1.</u> Crianças nascidas vivas no hospital estudado, segundo tipo de atendimento no período de 1999 até 2003	63
<u>Tabela 2.</u> Tabela demonstrativa das crianças nascidas vivas no hospital estudado e das que realizaram a triagem auditiva neonatal em quantidade percentual, segundo tipo de atendimento no período de 1999 até 2003	64
<u>Tabela 3.</u> Perdas auditivas diversas, diagnosticadas na população de recém-nascidos triados no hospital estudado, segundo atendimento, no período de 1999 até 2003	66
<u>Tabela 4.</u> Crianças com e sem risco para perda auditiva, que realizaram a triagem auditiva neonatal em 1º. screening e quando necessário em 2º. sceening (re-teste) durante o período de 1999 até 2003	68
<u>Tabela 5.</u> Crianças que retornaram ao programa de triagem após serem encaminhadas para ORL e tiveram seus PEATE normais	69
<u>Tabela 6.</u> Dados coletados por meio de questionários com as mães no momento da alta hospitalar. N=15 = número de mães em que foi aplicado o questionário sendo: 7SUS; 7 convênios e 1 particular	70
<u>Tabela 7.</u> Dados coletados por meio de questionários com as mães após alta hospitalar. N=16 = número de mães em que foi aplicado o questionário sendo: 6SUS; 7 convênios e 3 particulares	73

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	iv
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1. AÇÕES EDUCATIVAS	15
CAPÍTULO 2. SAÚDE AUDITIVA: AÇÕES DE PROMOÇÃO E DE PREVENÇÃO...30	
2.1. O PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL.....	36
2.2. ASPECTOS RELEVANTES PARA O PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL.....	45
2.3. IMPACTO DA DETECÇÃO DA SURDEZ PARA FAMÍLIA.....	47
CAPÍTULO 3. MATERIAL E MÉTODO	51
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO ESTUDADO	51
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	57
3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	58
CAPÍTULO 4. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.....	62
4.1. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS	69
CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO	77

CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS.....	95

INTRODUÇÃO

O presente estudo visa acompanhar o funcionamento de um programa de triagem auditiva neonatal implantado em uma maternidade do interior de São Paulo e verificar se a forma como este vem sendo desenvolvido, tem auxiliado no diagnóstico da surdez neonatal, bem como se as ações educativas do programa favorecem sua efetividade.

O interesse pela pesquisa surgiu em 2001 quando a autora recém graduada em Fonoaudiologia realizou um estágio no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Professor Dr. Gabriel O. S. Porto” - CEPRE, na Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) junto ao Programa de Atendimento às Mães de Crianças Surdas de 0 a 3 anos e verificou que o número de participantes era extremamente pequeno em vista do que o programa poderia oferecer. Assim, impôs-se uma inquietação: por que o número de bebês surdos numa cidade tão populosa era tão pequeno? Buscaram-se, então, informações para saber como esses bebês eram diagnosticados, qual o percurso para chegar ao programa e o que era o serviço de triagem auditiva neonatal. Para obter tais informações foi necessária a integração da pesquisadora a um curso/formação de seis meses sobre avaliação auditiva em bebês, em uma instituição de referência do município, que mais tarde evoluiu para um campo de trabalho onde houve atuação desta pesquisadora como supervisora de novas estagiárias, por dois anos. A experiência foi intensa e proveitosa, pois dela nasceram este novo projeto e muitas amizades. Deste modo, este estudo pretende responder algumas das indagações iniciais.

Para este trabalho, percebeu-se a necessidade de conhecer o local onde se realiza o programa de triagem auditiva e as ações educativas aí desenvolvidas para a divulgação do programa junto à população a que se destina. Neste percurso, foi feita uma breve retomada dos conceitos de práticas educativas na área da saúde, contextualizando a realidade brasileira. Não seria, então, possível deixar de mencionar questões sobre a promoção da saúde, sobre o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), sobre Educação em Saúde e sobre Qualidade de Vida.

Em seguida, explicita-se especificamente a saúde auditiva e maneiras de atuação sobre a mesma, tendo em conta que o bom funcionamento da audição é determinante para a eficaz e natural aquisição da linguagem oral e conseqüente desenvolvimento do potencial lingüístico e cognitivo do sujeito. Sendo assim, ter ações preventivas que evitem a restrição auditiva é fundamental. Nesse sentido, serão explorados os conhecimentos sobre novas tecnologias que possibilitam a avaliação objetiva da audição, desde o início da vida da criança fora do ventre materno, permitindo que se possa realizar a intervenção fonoaudiológica o mais cedo possível, diminuindo, assim, os possíveis danos causados pela demora no diagnóstico da surdez.

Descreve-se, então, um breve histórico sobre a realização da Triagem Auditiva Neonatal Universal no Brasil e em alguns países mais desenvolvidos. Em seguida, discute-se sobre o atendimento à criança e sobre programas do Ministério da Saúde voltados à saúde infantil contextualizando a saúde auditiva neste cenário, ressaltando que no município estudado a avaliação auditiva do neonato é lei regulamentada.

Faz-se, na seqüência, um estudo descritivo das etapas de realização do referido exame no hospital focalizado e pesquisa-se o nível de conhecimento das mães sobre a triagem auditiva neonatal, bem como sobre a divulgação desse programa no ambiente hospitalar pesquisado.

Justifica-se o presente trabalho pela necessidade de se conhecer possíveis fatores que limitam a efetivação do programa de triagem auditiva neonatal, para o fim a que se destina, na intenção de otimizá-lo e torná-lo mais um instrumento da promoção e prevenção da saúde e da aquisição de melhor qualidade de vida.

Capítulo 1.

Ações Educativas

Na formação em Fonoaudiologia estudamos, entre outros assuntos, o percurso da profissão até seu reconhecimento em 1981 e, no decorrer desta breve história, vemos a transformação da atuação profissional de uma visão predominantemente biomédica, que entendia a saúde como ausência de doença para uma visão educativa, preocupada em transmitir o saber, porém ainda sem levar em conta o outro e suas características individuais. Atualmente, há na Fonoaudiologia um deslocamento de muitos profissionais e formadores para uma visão holística do sujeito, ressaltando suas questões sociais e histórica, preocupando-se com sua qualidade de vida, ganhando, assim, novos campos de atuação e, com eles, certamente, novos saberes.

A atuação fonoaudiológica não se modificou sozinha. Houve mudança também na sociedade como um todo e os reflexos desta mudança atingem o fazer, a prática do profissional da saúde que começa a perceber que apenas a resolutividade de um problema não necessariamente é sinônimo de bom atendimento. Há de se levar em conta outros aspectos do sujeito e seu entorno para solucionar algo que para ele é fonte de aflição e incômodo. Porém, nem todos os profissionais estão capacitados para o acolhimento do paciente e isto passa a ser um diferencial na qualidade da interação profissional/cliente.

Nesta perspectiva, vemos hoje vários segmentos das áreas da Saúde Pública e da Educação voltados para a formação de multiplicadores, ou seja, de pessoas que são incentivadas a realizar cursos, seminários, congressos, assumindo o compromisso de re-passar a informação obtida em tais eventos aos demais servidores do setor em que atuam, capacitando a si e a outros colegas para o melhor atendimento à população. Todavia, para alcançar o efeito desejado, tal prática tem de ser planejada e avaliada continuamente, para que se torne parte da rotina do local de trabalho e para que apareçam efeitos desejáveis para um maior número de pessoas, continuamente.

Segundo Puccini (2000), o foco do atendimento em saúde foi direcionado principalmente para o cuidado individual, com uma visão paternalista reforçada pela atuação social e política do nosso país. Mas esta maneira de atuação deve ser modificada para que o usuário se conscientize¹ que não é apenas o caráter curativo que assegura qualidade de vida.

A prática educativa deveria ser comum à maioria dos trabalhadores da área da Saúde, consciente ou inconscientemente, pois quando se recebe um indivíduo que procura ajuda para a solução de seu problema, estão sendo discutidas possibilidades de resolução e, dentro dos limites, ajudando este sujeito a superar uma dificuldade ou a minimizar um sofrimento.

Práticas educativas associadas às ações em saúde não surgiram por acaso. No Brasil, o movimento pela reforma sanitária teve forte influência da reforma sanitária realizada na Itália, que adotou o entendimento de saúde como processo socialmente determinado e que exigiu o concurso de políticas sociais e econômicas para a consolidação dessa nova definição de saúde (SILVA, 2002).

Ao definir a prática da Educação em Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), influenciada pelo espírito da declaração de Alma Ata, enfatizava elementos pertencentes ao domínio profissional - "*qualquer combinação de informação e educação*" - bem como fatores dependentes da vontade dos destinatários da prática: "*que as pessoas queiram ser saudáveis, saibam como manter-se em tal estado, que façam o possível - individual e coletivamente - para permanecerem saudáveis, e que procurem ajuda quando seja necessário*" (WHO-GPHC, 1981, p.41).

O conceito de educação em saúde vem sofrendo mudanças ao longo das décadas. Em Rice e Candeias (1989) delinea-se esta mudança desde 1977, na IV Reunião dos Ministros das Américas, em que muito se discutiu sobre o conceito de participação comunitária como instrumento capaz de ampliar os serviços de saúde. Assim, vemos que falar da ação da comunidade em conjunto com o governo na

¹ Conscientizar aqui não é apenas fornecer informação, é preciso informar e fazer sentido para o sujeito, algo que leve a mudança de postura do próprio sujeito, ou seja, acima de tudo, uma mudança interna.

busca de melhor atendimento em saúde não é assunto novo, e ainda está em formação. Em 1978, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária em Saúde, os países reconheceram o direito e a responsabilidade que os indivíduos têm de planejar e implementar seus próprios serviços de atendimento, tornando-os atores ativos e não mais passivos da ajuda veiculada por outros. Mais tarde, a OMS opta pelo termo “envolvimento comunitário” em vez de participação comunitária, para garantir a criação de mecanismos para o envolvimento ativo dos indivíduos, tornando-os responsáveis por suas próprias decisões e capazes de desenvolver atividades conjuntas com os profissionais de saúde (RICE e CANDEIAS, 1989).

Uma outra interessante definição de educação em saúde é:

que falar em educação e saúde sugere quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas (ou seja, não acidentais mas de forma sistematizada) com vistas a facilitar ações com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nestas ações, que conduzam à saúde (CANDEIAS, 1997, p.22)

Todavia, é possível compreender a idéia de que, se o indivíduo que procura ajuda tivesse clareza de suas dificuldades e dos meios utilizados para otimizar o seu próprio bem-estar, isto poderia ser alcançado rapidamente. Mas na história dos cuidados com a saúde, no Brasil, vê-se que não há tradição em serviços que conscientizem os indivíduos sobre suas necessidades e possibilidades. Os modelos de educação em saúde idealizados em instituições acadêmicas e governamentais são, posteriormente, prescritos como receitas, não levando, necessariamente, em consideração a especificidade do sujeito, sem atender adequadamente às necessidades dos destinatários.

Reverendo a história, temos que, em 1903, no Brasil, Oswaldo Cruz inicia o combate à febre amarela urbana. Em 1904, é promulgada a lei de vacinação obrigatória contra varíola e é criada a Diretoria Geral de Saúde Pública. Apenas em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, essencialmente voltado para a realização de campanhas sanitárias, impõe-se aos estados e municípios assistência às doenças endêmicas nos Centros de Saúde. Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, constituído pelos serviços nacionais de tuberculose, peste,

malária, hanseníase, câncer, doenças mentais, febre amarela, além de serviços de educação sanitária, fiscalização da Medicina e bioestatística. As práticas em saúde, na época, eram autoritárias e prescritivas.

De acordo com Pereira, Penteado, Marcelo (2000), a expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945, pelo canadense Henry Sigerist, que definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e sua reabilitação. Outros autores criticaram a visão deste médico-historiador, apontando que estes são “fatores gerais” de determinação da saúde e que deveriam ser privilegiados outros fatores. Entre esses autores, destaca-se Lalonde que, em 1974, chamou a atenção para a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde, identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propôs então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais.

O Movimento Canadense de Promoção de Saúde teve como reflexo a divulgação do documento conhecido como Relatório Lalonde, que recomenda mudanças no foco das ações sanitárias, e preconiza que as ações de saúde devam ter como objetivo *adicionar anos à vida e adicionar vida aos anos* (CARVALHO, 2004, p.670). Nessa perspectiva, apenas mudanças comportamentais não dão conta do processo de promoção de saúde; assim, não se pode considerar o indivíduo como exclusivo responsável por sua saúde; mas devem ser responsabilizados também governos e os formuladores das leis.

De acordo com Sícoli e Nascimento (2003), a promoção de saúde, aos poucos, ampliou seu marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a valorizar mais intensamente determinantes sócio-econômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais.

É a partir da década de 1980, que a promoção de saúde passa a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, tendo o seu conceito definido oficialmente pela OMS, passando a ser identificada como um novo paradigma mundial para a

saúde. Em novembro de 1986, com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Ottawa, no Canadá, estabeleceu-se que o conceito de Promoção de Saúde seria:

o processo de capacitação das comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.(...) A saúde deve ser vista como recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (...) promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.19).

Na década de 1990, as propostas sobre a promoção de saúde ganham destaque no Brasil e as recomendações das Conferências Internacionais suscitam a discussão do conceito de saúde e de maneiras pelas quais os cuidados com a promoção de saúde possam ser socialmente adotados.

A Carta de Ottawa foi um marco importante e, dentre os campos de ação da promoção de saúde mencionados, nela estão o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes apropriados para promoção, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários.

Outras grandes conferências aconteceram ao longo dos últimos anos. Em 1997 é elaborada a Declaração de Jacarta na IV Conferência Internacional, ocorrida na Indonésia, que reconhece a promoção da saúde como um processo que visa capacitar pessoas a identificar os determinantes do processo saúde-doença, assegurando os direitos humanos e formando-o capital social (BRASIL, 2001, p.43). Essa conferência estabeleceu algumas prioridades para a condução da promoção da saúde para o século XXI, como: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo e conseguir infra-estrutura para a promoção da saúde.

Esta Declaração reitera a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento humano” (BRASIL, 2001, p. 19).

A OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, eqüidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1988).

Tornar possível a promoção da saúde requer a cooperação entre governos federal, estadual e municipal e ainda entre os diversos setores envolvidos como: legislativo, sistema tributário, medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, cultura, etc.

É grande o movimento e árdua a tarefa de adaptação a esses novos paradigmas por meio de políticas sociais e econômicas que sejam justas e eficientes. Para favorecer a saúde, atender um maior número de pessoas na comunidade e oferecer qualidade de vida para a população, além das ações governamentais, há que existir um movimento da própria comunidade, do próprio cidadão reivindicando seus direitos, e atribuindo um valor positivo a eles. Quando se consegue atingir o indivíduo que irá atuar na coletividade, podemos dizer que estamos atuando na Educação em Saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária representa os esforços na busca de um melhor atendimento à população, propondo alternativas para um novo sistema de saúde com características democráticas. Por meio destas, ampliou-se o número de defensores das mudanças no sistema de saúde, que já se manifestavam desde 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, em que houve a elaboração de uma proposta de reorientação do sistema de saúde, tendo como finalidade a estruturação de um Sistema Único de Saúde (RODRIGUES NETO, 1994).

Com a proposta da Reforma inicia-se a discussão sobre a determinação social da doença, introduz-se a noção de estrutura e sistema, bem como se propõem os processos do trabalho médico. Surgem, também, projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias.

De acordo com o sanitarista Sérgio Arouca, que participou do início do movimento da Reforma Sanitária no país, naquela época articulou-se um documento chamado “Saúde e Democracia”, pois se pensava que havia a necessidade da conquista da democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque era claro que ditadura e saúde eram incompatíveis (Biblioteca virtual Sergio Arouca, 2006).

No ano de 1986, intensificou-se o Movimento Sanitário, sendo convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), visando discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país. Como resultado desse encontro surgiram propostas de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, sendo documentadas e conhecidas como projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RODRIGUES NETO, 1994).

A Reforma Sanitária cria novos atores na área da saúde, não mais a dicotomia médico/paciente. A saúde, então, foi incluída em um capítulo chamado de Seguridade Social e passa a ser um direito constitucional. A concepção de que os fatores sociais, somados ao modo de inserção do indivíduo na sociedade, resultam em diferentes perfis de saúde, e a saúde sendo vista como um processo dinâmico entre saúde e doença e não como pólos opostos, é adotada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira de 1988.

É assim que a promoção de saúde é referida no Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 e institui a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Essa reorganização dos serviços sugere aumento de pesquisas em saúde, bem como mudanças na educação e ensino dos profissionais formados para atuar na área da Saúde, que devem ver o indivíduo que procura cuidados como pessoa integral. Necessário se faz, também, um novo olhar para o modelo assistencial, que passa a não ser apenas voltado para o tratamento da doença.

Deste modo é que em 1988, a Constituição adota a proposta da reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS passa a ser implantado em 1991; contudo, em 1993 foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica nº.1 que estabeleceu normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. A descentralização foi importante, entre outros motivos, por considerar a desigualdade entre as populações e regiões do país, favorecendo a municipalização da saúde (GARBIN, 2000).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o SUS *é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público* (BRASIL,1990).

Neste contexto, a Educação em Saúde deve ser uma ação permanente nos Serviços de Saúde voltados para uma visão global do sujeito, conforme preconiza o SUS pois, desenvolver a consciência de cada indivíduo sobre o que deve ser sua saúde é o modo mais efetivo dele buscar seus direitos e cuidar de sua saúde. Parte-se de concepções que vêem a educação como processo de comunicação que visa à liberdade e a felicidade dos seres humanos. Nelas, os educandos, tanto quanto os educadores, constituem sujeitos ativos em uma relação de reciprocidade e crescimento. Considera-se igualmente essencial o reconhecimento da natureza social, política e intersubjetiva das relações destes sujeitos, o que conduz a uma concepção mais abrangente do processo pedagógico envolvido (MENDES e VIANNA, 2000).

Todavia, o mau gerenciamento de recursos humanos e financeiros faz com que o SUS não seja totalmente eficiente e não tenha conseguido implantar todas as suas diretrizes até os dias de hoje. Mas o SUS é relativamente novo, muitas ações têm sido tomadas para que ele tenha sucesso, e outras também têm sido concretizadas visando interesses políticos; entretanto, para controlar tudo isso é preciso conscientizar a população quanto aos seus direitos em relação à Saúde, quanto a sua participação na gestão do SUS e quanto à idéia de que com maior participação na fiscalização dos recursos e com maior transparência se possa influir

e controlar políticas e ações dirigidas à comunidade. A conscientização deve ser promovida pelos profissionais da área da Saúde associados aos profissionais da área de Educação, por meio de ações planejadas em conjunto com os governantes para que sejam cada vez mais efetivas.

Compreender o funcionamento do SUS é fundamental para entender o sentido das ações educativas e de saúde. O SUS é um **sistema** para a saúde formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado contratado e conveniado (o serviço privado quando contratado pelo SUS deve atuar como se fosse público), lembrando que os parâmetros de trabalho e regulamentação dos serviços de saúde do país são geridos pelo SUS.

Ele é **único**, isto é, tem a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado nos princípios de universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolutividade, participação e descentralização (GUIA SUS, 2005). Deve atender a todos de acordo com suas necessidades, sem cobrar nada, mesmo que o usuário não contribua com a Previdência Social. A pessoa deve ser vista por ele como um todo e como parte de uma sociedade (prevenção e tratamento); deve ser descentralizado, ou seja, o poder das decisões deve ser dos responsáveis pela execução das ações (municipalização da saúde); deve ser racional, ou seja, se organizar de maneira que sejam oferecidos serviços e ações de acordo com as necessidades da população; deve ser eficaz e eficiente e ser democrático.

Segundo o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, com a promulgação da Constituição Federal, a participação popular, ao lado da descentralização das ações e políticas de saúde e da integralidade da assistência, passou a ser uma necessidade para o Sistema de Saúde². Assim, a lei 8.142, de 1990, institui os Conselhos e as Conferências de Saúde como instrumentos de controle social ao lado do próprio governo. A formação dos Conselhos locais de saúde acontece no Centro de Saúde e ele deve levantar as pautas para os demais Conselhos –

² www.conselho.saude.gov.br/ Acessado em julho de 2005

Municipal, Estadual ou Federal, para aprovação de diretrizes, normas, legislação em saúde.

O Ministério da Saúde cria, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e logo em seqüência, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) (SOUSA, 2000), que constituem, em conjunto, formas de proporcionar um tipo de assistência mais voltada à prevenção e promoção da saúde dentro de um novo paradigma (saúde como qualidade de vida é uma questão de cidadania). A partir de então se começou a focar a família como unidade de ação pragmática de saúde e não mais somente o indivíduo.

É importante, em todos os níveis de atuação, fazer com que a população conheça as diversas gamas de variabilidade de ações com vistas à saúde que são oferecidas, para a organização do Sistema, do seu potencial de assistência, bem como das condições de acesso e consumo dos Serviços de Saúde.

Como cita o documento preparado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira em julho de 2006, no Rio de Janeiro:

A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados (ABRASCO, 2006).

O conhecimento, porém, não é tudo em Educação em Saúde, que deve ser vista como processo entre informação e prática, de tal forma que o conhecimento assimilado seja utilizado na prática. Segundo Mendes e Viana (2000) as mudanças de comportamento individuais devem estar relacionadas com objetivos pessoais, valores, pressões de grupos, crenças culturais, situação econômica e percepções de determinadas situações, podendo ainda levar à demanda por mudanças sociais. Sendo assim, às pessoas devem ser fornecidos os conhecimentos e os meios para que realizem as práticas de promoção de saúde de modo a proporcionar atitudes e procedimentos novos, frente aos problemas colocados pela doença. Deste modo, a

saúde é encarada como responsabilidade de todos e não somente atribuição do governo. A aprendizagem não é apenas acrescentar alguma coisa ou aumentar o conhecimento, antes deve permitir uma intervenção que atue qualitativamente.

De acordo com Rice e Candeias (1989) a Educação em Saúde deveria focalizar ações comunitárias factíveis e práticas, que possam realmente ser alcançadas no contexto de situações locais. Porém é preciso que tenhamos cautela, porque nem sempre a comunidade tem conhecimento e tampouco treinamento relativo a problemas de saúde.

O conceito de saúde adquire, nos tempos atuais, aspectos de maior amplitude com a definição de saúde integral (total) proposta pela OMS, (BRASIL,1998) que define saúde como “o completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças” (p.25). Mas, a saúde deve ser vista como algo mais atingível, menos idealizada. Desta forma, entre as muitas definições, há uma bastante abrangente, que consta do Dicionário de termos técnicos de Medicina e Saúde, organizado por Luís Rey (2003):

Saúde é uma condição em que um indivíduo ou grupo de indivíduos é capaz de realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente. A saúde é um recurso para a vida diária, e não um objetivo de vida; é um conceito positivo, enfatizando recursos sociais e pessoais, tanto quanto as aptidões físicas. É um estado caracterizado pela integridade anatômica, fisiológica e psicológica; pela capacidade de desempenhar pessoalmente funções familiares, profissionais e sociais; pela habilidade para tratar com tensões físicas, biológicas, psicológicas ou sociais com um sentimento de bem-estar e livre do risco de doença ou morte extemporânea. É um estado de equilíbrio entre os seres humanos e o meio físico, biológico e social, compatível com plena atividade funcional".(p.205)

Canguilhein (1982) caracteriza a doença como um viver cotidiano impedido e a saúde como a especificidade concreta que qualifica o modo, próprio de cada sociedade, de “andar a vida”. Assim, podemos pensar que o modo de produção e suas conseqüentes relações sociais e interpessoais, em uma dada sociedade, está intimamente relacionado com a definição do que seja saúde e doença.

Estudos como o de L.S.Kawashi, realizados em Havard e citados por Allyene (2001), mostram que a saúde de uma população está associada à situação econômica de seu país, fato demonstrado pela relação que existe entre índices de pobreza absoluta, de privação relativa, de má distribuição da renda e de má saúde. Essa afirmação é reforçada pela persistência mundial de doenças infecciosas e pelo crescimento da prevalência de doenças não infecciosas e comportamentais entre as camadas pobres da população. É de se notar que para muitas destas doenças já foram desenvolvidos medicamentos e que elas já estão erradicadas em muitos países ricos.

Ainda Pate et al. (2001) trazem para discussão um outro dado: no mundo morrem, a cada ano, 600.000 mulheres entre 15 e 45 anos de idade por complicações na gravidez ou durante o parto. O trágico é que essas mortes não são causadas por doenças, mas por falta de acesso à informação, à educação e aos serviços básicos de saúde, o que pode sugerir que esta mortalidade não é causada apenas por questões de saúde, mas por uma importante desigualdade social global.

Falar em saúde e mais ainda, em Saúde Pública, implica em práticas sociais de informação, de educação, tendo como objetivo a promoção da saúde. Isso tudo articulado com medidas de apoio social e com serviços de assistência de qualidade e resolutibilidade. Há, portanto, uma interface entre saúde e educação que não pode e não deve ser ignorada; pelo contrário, deve ser trabalhada, a fim de se obter a interdisciplinaridade necessária para melhor integração entre as duas áreas.

Aprender a cuidar de si, a melhorar a qualidade de vida é fundamental. Esta aprendizagem deve considerar a adesão ou a aceitação da comunidade a certas regras ou procedimentos como um processo em que os argumentos de autoridade já não valem, pois o que é imposto, não é aprendido, incorporado, é coação. Há de se fazer um trabalho de conscientização, que não é fácil, porém fundamental. Como exemplo, podemos citar o controle dos focos da Dengue (doença transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*) que é realizado por meio de visitas de agentes comunitários de saúde em residências para checar se há ou não lugares de criadouros do mosquito no local. O indivíduo é orientado a modificar antigos hábitos, a não acumular entulho, a garantir que no seu espaço doméstico não haja

proliferação do agente causador da doença para não prejudicar seus vizinhos e a si mesmo. O agente que consegue convencer o sujeito sobre a importância dos cuidados e, consegue a modificação dos hábitos é um agente vitorioso; mas, como assegurar que todos vão realizar as mudanças necessárias e abrir suas casas para a entrada de um estranho? Esses são entraves das ações que devem ser repensadas para se minimizar os insucessos. A adesão ou não dos usuários faz parte do funcionamento humano e das ações em saúde e o sistema precisa se capacitar para enfrentar esta realidade.

Os novos conhecimentos relacionados ao processo saúde/doença possibilitaram ao homem formas de controle de várias doenças, especialmente daquelas transmissíveis, mas, é preciso conscientizar a população sobre tais conhecimentos para que ela possa participar afirmativamente do processo de promoção de saúde. Estudo de Lewin em 1951, citado por Mendes e Vianna (2000) discute, na década de 1950, que uma adesão forçada era, algumas vezes, a única forma pela qual as pessoas podiam mudar seu comportamento a fim de proteger a sua própria saúde e a da comunidade. Se, depois, o indivíduo reconhece a vantagem de sua ação, ele pode até aceitar e assumir o novo comportamento. Um exemplo disto é a vacinação que, historicamente em um primeiro momento, é obrigatória por lei, sendo depois procurada voluntariamente. Atuar na promoção da saúde significa atuar neste espaço de adesão e rejeição dos sujeitos, e de tentativas constantes de conscientização sobre os problemas. Não se deve esquecer que a propagação da informação e a educação são as bases para a tomada de decisão e para a incorporação de componentes importantes para a promoção da saúde.

Moura e Silva (1996) defendem a tese de que todo profissional da saúde deve oferecer condições para que a população se conscientize sobre a atuação de promoção da saúde e prevenção e desmistifique a idéia de que apenas o caráter curativo contribui para a qualidade de vida.

Minayo, Hartz e Buss (2000), afirmam que “qualidade de vida”:

é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que

determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (p.22) (grifo nosso).

Desta forma, deve-se ter claro que, ao se falar em qualidade de vida, é preciso se considerar o público para quem se fala. Ou seja, analisar o indivíduo e a comunidade na qual ele está inserido para se adotar meios que o auxiliem a melhorar sua forma de vida. Pode-se adotar um patamar mínimo para se falar em qualidade de vida, qual seja, satisfazer as necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer mas, há um contexto sócio-histórico-cultural que quando melhor conhecido pode gerar ações mais efetivas sobre uma determinada comunidade.

A promoção da saúde então tem como objetivo evitar que doenças se instalem ou se agravem. Não é desejável pensar em uma prática de saúde isolada de ações preventivas. Por outro lado o próprio conceito de prevenção é difícil de ser compreendido porque trata de algo que ainda não aconteceu. Ela inclui diversos tipos de ações como cuidados primários da saúde, puericultura, pré-natal e pós-natal, campanhas de vacinação, realização de triagens entre muitos outros.

De acordo com as normas e recomendações internacionais sobre deficiência citadas por Pereira (2004), por prevenção se entende adoção de medidas com vistas a impedir que se produza uma deterioração física, intelectual, psiquiátrica ou sensorial (prevenção primária) ou a impedir que essa deterioração cause uma deficiência ou limitação funcional permanente (prevenção secundária).

Segundo a OMS (BRASIL, 1988) 70% das deficiências poderiam ser evitadas se houvesse maior investimento na área de prevenção. E neste aspecto, não necessariamente se fala em custo elevado, pois há ações de prevenção com custo irrisório se comparado ao custo com a reabilitação que, na maioria das vezes, tem necessidade de tecnologias mais avançadas e de pessoal especializado.

No Brasil, o censo de 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que 14,5% da população possui algum tipo de deficiência; isto representa 24,5 milhões de pessoas. Nesse censo, a deficiência auditiva está em terceiro lugar ficando atrás apenas das deficiências visual e motora respectivamente (IBGE, 2000).

A seguir iremos situar ações de promoção e prevenção relativas à saúde auditiva que é o foco do nosso estudo.

Capítulo 2.

Saúde Auditiva - ações de promoção e prevenção

A audição íntegra é fundamental para aquisição e desenvolvimento da linguagem oral. Por esta razão a detecção de alterações auditivas no recém nascido e encaminhamento para programas de intervenção o mais cedo possível são de extrema importância para que a criança possa desenvolver seu potencial lingüístico e cognitivo e ter um desenvolvimento global saudável.

Segundo Russo (1999, p. 69) *entre o nascimento e os 36 meses de idade, o milagre da comunicação humana desenvolve-se a uma incrível velocidade. Sabe-se que a audição desempenha papel importante neste desenvolvimento bem como no desenvolvimento intelectual da criança. A surdez de grau severo e profundo traz sérias implicações no curso do desenvolvimento da criança, seja em nível emocional, social e educacional, já que a restrição auditiva tem grande impacto sobre a aquisição e desenvolvimento de linguagem. Assim, a detecção o mais cedo possível da surdez é considerada um fator crítico para melhores resultados no processo terapêutico (BASSETO,1998).*

Azevedo (1997) diz que a plasticidade do sistema nervoso central e a maturação são, em parte, dependentes da estimulação, visto que a experiência auditiva ativa e estimula vias neurais específicas. Logo, quanto antes a estimulação for iniciada, melhor o desempenho futuro da criança com relação à audição. Esta autora ainda nos lembra que a criança precisa ser capaz de prestar atenção, detectar, discriminar e localizar sons, memorizar e integrar as experiências auditivas para atingir o reconhecimento e a compreensão da fala. Além disso, o desenvolvimento auditivo adequado é fundamental para aquisição de linguagem oral, permitindo o desenvolvimento sócio-psíquico e educacional da criança, permeados pela linguagem.

Em estudo de grande repercussão no meio acadêmico, Yoshinaga-Itano (1999) revela que a criança com perda auditiva quando submetida a tratamento (estimulação) antes dos seis meses de idade tem a possibilidade de desenvolver a linguagem normalmente.

Assim, pensar em ações preventivas que evitem a restrição auditiva e suas conseqüências se mostra fundamental. Lewis (1996) observa que a preocupação com a triagem auditiva no bebê já existia há 30 anos, quando vários procedimentos foram realizados com este fim tais como, por exemplo, a audiometria de respostas cardíacas, a audiometria respiratória, observação de alterações nos padrões de sucção, movimentos e sobressaltos em respostas a sinais acústicos, vários paradigmas comportamentais e observação de reflexos em neonatos, como: Moro e cócleo palpebral. Porém, apenas nos últimos 15 anos é que a opção pela realização da triagem auditiva neonatal com o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico foi possível e atualmente, mais recentemente, com o exame de emissões otoacústicas abre-se a possibilidade de universalizar este procedimento pela facilidade e custos relativamente baixos do exame.

A escolha da metodologia a ser utilizada para detecção da alteração auditiva é fator muito importante nos dias de hoje, pois, com o desenvolvimento de novas tecnologias, o profissional da saúde tem recursos bem mais objetivos para a avaliação, que diminuem a possibilidade de dúvidas como acontecia nas avaliações subjetivas. O diagnóstico da surdez depende então de um conjunto de exames que são: as emissões otoacústicas (realizadas no processo da triagem), a Audiometria de Tronco Cerebral, a Observação de Respostas Comportamentais³, a Pesquisa do reflexo cócleo-palpebral⁴, e de profissionais como: o pediatra, o otorrinolaringologista e o fonoaudiólogo para sua realização. Estes profissionais devem conhecer claramente o desenvolvimento auditivo no primeiro ano de vida da criança para diferenciarem reações e resultados normais daqueles patológicos.

³ As respostas comportamentais são movimentos oculares ou de cabeça realizados pela criança em direção à fonte sonora. Aos 6 meses de idade é esperado que o bebê normal realize movimentos de localização razoavelmente claros, e estas respostas de orientação são valiosas para a avaliação da sensibilidade auditiva das crianças do ponto de vista do desenvolvimento entre 5 meses e 2 anos de idade. (HODGSON, 1999.) Geralmente, utilizam-se instrumentos musicais para realizar este teste (sino, agogô, chocalho, guizo, pratos).

⁴ Reflexo cócleo palpebral é o piscar de olhos mediante um som de alta intensidade (forte).

O desenvolvimento de trabalhos sobre a fisiologia da cóclea (GOLD, 1948; KEMP, 1978) possibilitou o estudo e captação das Emissões Otoacústicas. Foram criados aparelhos que contém uma pequena sonda com microfone sensível, amplificador e conversor analógico-digital acoplados a um microcomputador que fornece informações tais como: estabilidade da sonda; nível de pressão sonora do estímulo; tempo do exame; amplitude geral e amplitude por banda de frequência. Tudo isso indicando se o estímulo auditivo conseguiu atravessar a orelha média e ser identificado/reconhecido pela cóclea, orelha interna, indicando integridade auditiva.

Assim, atualmente, dispomos de procedimentos eletrofisiológicos como potencial evocado auditivo de tronco encefálico – PEATE - e otoemissões acústicas - EOA, que possibilitam juntamente com a pesquisa do reflexo cócleo palpebral, da coleta da história familiar e gestacional do bebê e das condições de nascimento, a triagem auditiva neonatal⁵ e, conseqüentemente, a realização do diagnóstico de alterações auditivas. Esse avanço tecnológico não só permite que a detecção seja realizada mais cedo, como também que o processo de reabilitação favoreça uma melhor qualidade de vida para o surdo.

O exame das Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias (EOA) é rápido, objetivo e de fácil realização, possibilitando respostas imediatas. O registro da resposta é feito por meio da sonda colocada no meato acústico externo (orelha) do bebê que deve estar em sono leve, ou silencioso. Emitem-se cliques com ampla gama de frequências, breves e não lineares, captando-se movimentação de células ciliadas externas provindas da cóclea do bebê. É feita a leitura na tela do microprocessador a partir de parâmetros delineados como padrões de normalidade (SOARES, 2000). Esse exame vem se popularizando com o nome de “teste da orelhinha” e o equipamento utilizado para a realização possui um custo relativamente baixo se levarmos em conta sua complexidade tecnológica e

⁵Adotamos aqui o termo Triagem conforme a definição de Northen e Downs, 1974: *é um processo de aplicar em grande número de indivíduos, rápidas e simples avaliações que irão identificar aqueles indivíduos com alta probabilidade de apresentarem desordens na função testada. Não é um procedimento diagnóstico; ela apenas identifica aqueles com suspeita de apresentar alguma desordem e que necessitam procedimentos diagnósticos mais elaborados.* (grifo nosso)

benefício. Além disso, a versão portátil do aparelho possibilita a realização do exame dentro do próprio berçário onde se encontra o bebê, evitando-se, assim, a manipulação excessiva da criança.

O exame dos potenciais evocados auditivos de tronco encefálico, também é conhecido como ABR (auditory brain response), ou ainda como audiometria de tronco cerebral exame que capta potenciais elétricos gerados em vários níveis do sistema nervoso em resposta à estimulação acústica, de maneira não invasiva e sem desconforto para o paciente com uso de eletrodos aplicados à pele. É um exame que avalia a integridade neurológica do nervo auditivo e do tronco encefálico. Pode levar cerca de vinte a trinta minutos para sua realização e não necessariamente o paciente tem que ser sedado (ROGER,1999). Existem duas versões do equipamento para realização do exame: uma portátil e outra não. O custo do aparelho, nestes casos, vai depender da finalidade do exame, se for para realização de triagem (o portátil), é mais barato; se for para realização de diagnóstico, é mais custoso. De qualquer modo, o maior tempo para realização do exame, é que o torna menos utilizado em triagens.

Os testes – EOA e PEATE- são utilizados na realização da triagem e posterior diagnóstico da surdez e podem ser aplicados em crianças com horas de vida, mas requerem a utilização de equipamentos sofisticados e específicos, não sendo comumente encontrados em todas as maternidades. Esses métodos exploram formas diferentes da reação auditiva e fornecem informações sobre a integridade de vários níveis do sistema auditivo.

O exame de EOA, quando utilizado isoladamente, é rápido, de baixo custo, não invasivo, capaz de detectar perdas pequenas e unilaterais testando a função coclear e por estas razões, é o mais indicado para realização da triagem auditiva neonatal em maternidades. Porém, pode deixar escapar casos de surdez central que poderiam ser detectados quando realizados os PEATE associados, o que implica em aumento de custo, podendo inviabilizar a triagem.

O alto custo de programas de triagem auditiva com metodologia híbrida (PEATE+ EOA) faz com que a opção pela triagem, em recém nascidos, com uso

exclusivo das EOAs seja a mais utilizada no Brasil. Dos 75 programas cadastrados no Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal (GATANU⁶), no estado de São Paulo, 62 utilizam as EOA, 12 utilizam EOA + PEATE + Avaliação comportamental + Imitanciometria e apenas 1 o PEATE + avaliação comportamental (GATANU, 2003).

Segundo Vohr e cols. (2002) os serviços de triagem auditiva geralmente utilizam ou as emissões otoacústicas evocadas (EOA), ou os potenciais auditivos de tronco encefálico automáticos (PEATE), ou uma combinação de ambos (EOA + PEATE). Nesse estudo, os autores mostraram que um programa realizado com os PEATE possui uma taxa baixa de bebês, 3,21%, que não passam no primeiro exame, mas passam em uma segunda avaliação (re-teste). Já os programas que realizam a combinação dos dois procedimentos têm uma taxa maior de bebês que falham num primeiro exame de 4,67% e o programa que utiliza apenas as EOA tem uma taxa maior ainda, de até 6,49%. Há menção, no trabalho, para o fato de que ao se utilizar mão de obra treinada para realização do exame, a taxa de bebês que falham no primeiro exame cai significativamente se comparado ao uso de voluntários e estudantes. Isto indica que não importa apenas o tipo de exame, mas também, a qualificação do pessoal que o realiza.

Desde 1990, o Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)⁷, recomenda que os exames supracitados sejam realizados para detecção de alterações auditivas diminuindo a porcentagem de *falsos-positivos* - resultados muitas vezes obtidos quando se utilizam os métodos de avaliação audiológica comportamental (NÓBREGA, 1999) isto é, quando crianças que falharam na triagem, em constatação posterior não apresentam perda auditiva.

Almeida (2003), em trabalho realizado no Brasil, refere que 98% dos neonatos ouvintes apresentam resposta ao “teste da orelhinha”, o que dá ao teste confiabilidade, e que mais de 95% das alterações da audição ocorrem na cóclea,

⁶ Grupo de Apoio a Triagem Auditiva Neonatal Universal - organização não governamental criada no Brasil em maio de 1988 para apoiar a realização em bebês da triagem auditiva neonatal.

⁷ É um comitê criado devido aos problemas com a eficiência da triagem auditiva neonatal, em 1969, o Joint Committee of the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, da American Academy of Pediatrics e da American Speech and Hearing Association.

órgão avaliado no exame, o que dá ao teste efetividade, quando aplicado por pessoas que entendam do funcionamento da orelha humana, portanto pessoas treinadas para a realização do exame.

Os procedimentos para avaliação da surdez devem ser realizados em todos os recém nascidos, pois quando houver uma gestação, parto ou pós-parto que apresentem prováveis agentes etiológicos positivos, a realização dos exames estará prevenindo futuros problemas, caso o diagnóstico da alteração auditiva se confirme. Se a triagem auditiva neonatal não for realizada nos berçários, muito tempo pode decorrer para o diagnóstico da perda auditiva. Geralmente, são os pais ou a família os primeiros a detectar problemas de audição em seus filhos, o que pode ocorrer por volta dos 12 meses de idade ou dos 18 aos 24 meses, quando a fala já deveria estar aparecendo (SOUZA et al, 1998; PARVING,1996; NOBREGA, 1999), comprometendo ações que poderiam ser feitas para prevenir problemas maiores de desenvolvimento decorrentes da surdez.

Holzheim et al. (1997) afirmam que o atraso no diagnóstico resulta em frustração, estresse e sentimento de impotência familiar, além de privar a criança de receber os benefícios da estimulação auditiva, fala e linguagem e do uso precoce do aparelho auditivo. O atendimento integrado por profissionais de diferentes áreas da Saúde, considerando o sujeito como um todo e que está em comunhão com o ambiente em que vive, é a forma mais recente de se preservar a saúde. Sendo assim, é adequado o médico pediatra ser o primeiro profissional a dispensar cuidados à criança, e a ele cabe a responsabilidade pelo encaminhamento da criança para um atendimento mais especializado quando necessário, como por exemplo, ao otorrinolaringologista e ao fonoaudiólogo.

Na maioria das cidades brasileiras não contamos com serviços que atentem para os problemas auditivos em bebês e crianças. O exame auditivo no neonato ainda não é obrigatório e por meio de dados fornecidos pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia ficamos sabendo que existem projetos de Lei em diversos estados, alguns relacionados à saúde auditiva de modo geral e outros especificamente ao “teste da orelhinha”. Há lugares em que, mesmo sendo lei, portanto de caráter

obrigatório, o teste não é realizado na maioria da população de recém-nascidos, já que as sanções àqueles que descumprem a lei não estão previstas (CFFa, 2000).

Deste modo, o objetivo maior de identificar as alterações auditivas em recém-nascidos ainda não foi atingido. Aparentemente, a questão não está no debate a respeito da metodologia a ser empregada nos diferentes serviços existentes de triagem auditiva neonatal, mas na falta de políticas governamentais, programas de divulgação do exame que estabeleçam condições para sua realização, conscientização da população para que exija seus direitos, entre outros fatores. Desta forma, consideramos importante acompanhar um programa que realize a triagem auditiva neonatal observando como ele se desenvolve, quais seus limites e abrangência, e colaborar para pensar ações que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população.

2.1. O programa de triagem auditiva neonatal

A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) é um assunto bastante discutido nos congressos e encontros de profissionais da área da saúde, talvez pelo fato de haver várias possibilidades para sua inserção nos programas de saúde da criança, pela sua relativa simplicidade de aplicação - levando-se em conta o exame das EOA – e pelo seu grande valor no diagnóstico da surdez. Porém, ao mesmo tempo é um procedimento não padronizado em todo o território brasileiro e bastante recente em suas diretrizes.

Nos EUA, a Triagem Auditiva Neonatal Universal vem sendo utilizada desde 1990, e em maio de 1998, em Milão, Itália, foi estabelecido o consenso em triagem auditiva neonatal devendo esta *ser a primeira parte de um programa de habilitação do deficiente auditivo, que deve, ainda, incluir o diagnóstico e a intervenção* (European Consensus Statement on Neonatal Hearing Screening, 1998).

Vale ressaltar ainda que, no Congresso realizado em Milão, resolveu-se que: um sistema de controle de qualidade é um componente essencial do programa de TANU. O controle de qualidade inclui treinamento de pessoal e auditoria do

desempenho; a pessoa responsável pelo controle de qualidade deve ser identificada e qualificada e estas ações são consideradas fundamentais para o sucesso do programa.

É na década de 1990 que ações mais efetivas são tomadas, inicialmente em países mais ricos, visando a triagem auditiva neonatal universal. Segundo Bess e Humes (1998), nos EUA, em 1993, foi organizada uma força-tarefa, composta por vários membros de áreas diferentes para elaboração de uma declaração de consenso sobre a identificação precoce da surdez. Esta força tarefa apoiou a triagem universal nos primeiros três meses de vida do bebê, recomendando um protocolo de triagem no qual os bebês que não passassem na triagem com EOAs fossem submetidos a uma triagem com PEATE⁸. Caso a criança não passasse no PEATE seria feita uma avaliação e conclusão diagnóstica da audição em seis meses.

Desde 1969, o *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH) recomenda a utilização do registro de alto risco para a deficiência auditiva e a triagem auditiva. Em 1991 e 1994, o comitê elencou indicadores de risco para que fosse feito um acompanhamento das crianças de 1 a 28 dias de vida que tivessem fator de risco para a surdez (JCIH,1994, 2000) . Os critérios observavam⁹:

1. história familiar de deficiência auditiva hereditária;
2. infecção congênita perinatal (citomegalovírus, rubéola, herpes, toxoplasmose, sífilis);
3. malformações anatômicas envolvendo a cabeça ou o pescoço, incluindo as alterações morfológicas de orelha externa e conduto auditivo externo;
4. peso ao nascimento inferior a 1500g;
5. hiperbilirrubinemia em níveis que excedam as indicações para exsangüíneo transfusão;

⁸ Os bebês realizam a primeira vez o teste das emissões otoacústicas com horas ou dias de vida; caso haja falha, ou seja, o bebê não passe no teste, o mesmo é convocado a repetir o procedimento em até um mês após o primeiro teste. Havendo novamente falha, o bebê é submetido ao exame do potencial auditivo evocado e, caso não passe neste novo exame é encaminhado para procedimento diagnóstico com profissional médico.

⁹ Esta é a base dos critérios; porém, os mesmos diferem em serviços distintos, conforme a realidade de cada hospital.

6. meningite bacteriana, especialmente *Haemophilus influenzae*;
7. apgar de 0-4 no primeiro minuto, ou 0-6 no quinto minuto;
8. medicação ototóxica;
9. síndromes associadas à deficiência auditiva condutiva e neurosensorial;
10. ventilação mecânica por período maior ou igual a cinco dias.

Importante lembrar que, nos EUA, desde março de 1993, o National Institute of Health's, no Consensus Development Conference (NIH), recomendou que todos os bebês realizassem a triagem auditiva antes da alta hospitalar; naquele momento apenas dois estados possuíam legislação apoiando tal iniciativa, e esta decisão foi fundamental para ampliar o alcance desse serviço.

Quanto às leis americanas que regulamentam os procedimentos, temos que: 22 delas regem sobre a triagem em todos os bebês, o que vem aumentando as recomendações sobre acessibilidade e cobertura do exame; 24 pedem que o hospital forneça dados sobre a triagem ao Departamento de Saúde do Estado, portanto, enfatizando a intenção de tornar os programas benéficos para a Saúde Pública; 17 incluem uma provisão indicando que a triagem será um benefício coberto pelas Políticas de Saúde do Estado, porém, devido às falhas nas leis sobre como devem ser feitos os reembolsos, os hospitais, na maioria dos estados, têm sido incapazes de arrecadar qualquer quantia referente aos procedimentos de triagem em neonatos. Em 05 estados americanos pede-se aos pais consentimento por escrito para realizar o exame, o que enfatiza a questão de que a triagem está sendo considerada como parte da rotina dos cuidados com o neonato; todavia, ainda há estados que não solicitam por escrito tal consentimento.

No ano de 2000, o JCIH faz novas recomendações, incluindo a triagem auditiva universal para todos os recém-nascidos, preferencialmente na alta hospitalar, sejam eles de alto risco ou não, e, no máximo, até os três meses de idade. Traça princípios e referenciais para controlar a efetividade dos programas, tais como: - todo lactente deve ter acesso à triagem auditiva por medida fisiológica; - diagnóstico até 3 meses; - intervenção até 6 meses; - monitoramento auditivo; - respeito aos direitos da criança e da família, garantidos por meio de escolha informada, decisão e consentimentos; - garantia que as informações sobre a criança,

família e resultados dos testes sejam sigilosos; -determinação de sistema de informação utilizado em levantamentos epidemiológicos; -monitoramentos dos programas, mantendo suportes junto às comunidades, seguindo legislação e regulamentação.

No Brasil, importantes trabalhos realizados por Durante et al. (2004), nos mostram que ao possibilitar a triagem de todos os recém nascidos, as EOA têm feito a identificação precoce de perdas auditivas em um número substancial de neonatos sem indicadores de risco auditivo. É importante notar que embora o uso dos critérios propostos pelo JCIH possa identificar alguns bebês com perda auditiva, muitos outros que apresentam a surdez não manifestam quaisquer dos fatores de risco listados, daí a relevância da triagem ser realizada em todos os nascimentos.

Ainda, nos EUA, Weber e Diefendorf (2001) relatam que na década de 1990, uma coligação de mais de 200 organizações estaduais e de departamentos de saúde territoriais desenvolveram uma iniciativa com o objetivo de redução da idade média de detecção das crianças portadoras de perda auditiva significativa para não mais do que doze meses. Acompanhando este movimento a Academia Americana de Pediatria (AAP), em 1999, sugeriu orientações para que a etapa da detecção fosse efetiva e publicou um documento de apoio à detecção e intervenção de alterações auditivas neonatais e infantis para que toda maternidade implantasse um programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal (PTANU) com médicos responsáveis e profissionais suficientes para desenvolverem as seguintes recomendações:

- estabelecer protocolo e escolher metodologia para triagem auditiva;
- informar pais ou responsáveis sobre a importância da detecção precoce, o procedimento de avaliação, custo, necessidade de acompanhamento e intervenção;
- o consentimento dos pais para a realização da triagem deve ser obtido;
- necessidade de profissional treinado para execução do procedimento, conhecimento sobre as rotinas hospitalares e práticas de controle de infecção;
- documentação dos resultados e das orientações feitas na triagem;
- comunicação do resultado aos pais e médico de forma apropriada, provendo condições de retorno, e se necessário, reavaliação;

- criar sistema de monitoração local, estadual e nacional para identificar os casos de falsos-negativos dos PTANU;
- controlar a performance dos PTANU conforme as normas estabelecidas.

Na Inglaterra, desde a década de 1960, estudiosos realizam a triagem auditiva, porém, por meio de métodos subjetivos. Entretanto, Davis et al. (1997), na década de 1990, fizeram um extenso estudo demonstrando que estas formas de avaliação não eram efetivas. Então, naquele país, programas de triagem auditiva neonatal utilizando as emissões otoacústicas evocadas passaram a ser realizadas, em alguns locais, a partir de dezembro de 2001. Vale citar que lá nascem aproximadamente 840 crianças por ano com algum tipo de perda auditiva significativa e há um forte empenho de seus dirigentes em contar com programas de triagem auditiva neonatal em todo país até o final de 2006. Ou seja, mesmo em países ricos a triagem auditiva neonatal universal ainda não é uma realidade.

Programas de triagem auditiva neonatal tiveram início no Brasil no final da década de 1980 e são poucos os que, hoje, atingem a testagem de 85-95% dos nascimentos (RIBEIRO, 2001). Poucos, também, são os hospitais que têm um setor de triagem auditiva neonatal bem estruturado, principalmente, fora do estado de São Paulo e o acompanhamento dos neonatos acaba não ocorrendo de modo efetivo. Somado a isso, temos o fato de que a rede pública de saúde não fornece em todo território nacional suporte eficiente para identificação e conclusão diagnóstica, tampouco, para protetização dos bebês diagnosticados. E quando a protetização acontece, na maioria dos casos, não há suporte local para que a adaptação se efetive. Há aqui um grande campo ainda a ser aprimorado para que realmente a atenção à saúde auditiva seja de fato assegurada ao usuário do SUS. Há de se comentar que em algumas regiões do país o serviço é melhor gerenciado, porém mesmo nestas regiões, como no Sul e no Sudeste, por exemplo, não há um padrão de excelência.

A deficiência auditiva não é considerada uma doença de notificação compulsória, como o são, por exemplo: acidente de trabalho, botulismo, antraz, câncer, dengue, desnutrição infantil moderada ou grave, difteria, poliomielite, hepatites B e C, meningites, tétano acidental e neonatal, tuberculose, sarampo,

febre amarela, gestação com sífilis e outras. Desta forma, não possuímos um banco de dados que nos permita realizar um censo sobre a condição dos surdos no Brasil como um todo, nem dados de como direcionar a assistência ou campanhas necessárias para auxiliar aqueles que têm o problema auditivo.

Segundo o GATANU, como vimos, a triagem auditiva neonatal universal consiste no rastreamento auditivo de todos os neonatos antes da alta hospitalar. A realização da triagem deve constar de quatro etapas: triagem; diagnóstico audiológico (EOAs, PEATE, imitanciometria e comportamental); protetização (indicação, seleção e adaptação de próteses auditivas) e intervenção fonoaudiológica. Entre os vários objetivos do grupo temos: o desenvolvimento de estudos multicêntricos para levantar a prevalência brasileira da deficiência auditiva nos bebês normais e de risco, bem como aumentar a consciência coletiva para o problema da surdez infantil no país.

Atualmente no Brasil, a triagem auditiva é realizada em 21 dos 26 estados brasileiros em aproximadamente 208 locais. No estado de São Paulo são 75 serviços credenciados junto ao GATANU, desde 1990. O ano em que houve maior número de programas credenciados foi em 2001, com 18 novos serviços. Em 2004, houve apenas 02 novos serviços cadastrados. A partir de setembro de 2005, durante o II Encontro sobre Triagem Auditiva Neonatal com o lançamento do novo site do GATANU, foram registrados 40 serviços no país, sendo 33 em maternidades e 7 em clínicas. Mas sabe-se que muitos serviços existentes não se cadastraram no site, o que torna a atualização do número de serviços no país uma tarefa complexa (GATANU, 2006).

O Grupo sugere protocolos para os programas de triagem auditiva: um para bebês de baixo risco e outro para bebês de alto risco (anexo A), e reconhece que há fatores que dificultam a implementação da TANU em todas as maternidades do país, incentivando então a triagem auditiva, inicialmente, nos neonatos de risco para surdez e, gradualmente, a extensão do serviço para todos os recém-nascidos do hospital.

Em 1999, o Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância, composto por entidades representativas dos segmentos envolvidos na área do diagnóstico da surdez na infância, elaborou a primeira recomendação brasileira sobre a perda auditiva na infância, a Resolução nº 01/99 que recomenda: 1) a implantação da Triagem Auditiva Neonatal Universal em que todas as crianças devem ser testadas no nascimento ou, no máximo, até 3 (três) meses de idade e, em caso de deficiência auditiva confirmada, receber intervenção educacional até 6 (seis) meses; 2) o processo de confirmação diagnóstica da surdez deve estar completo até 45 (quarenta e cinco) dias após o seu encaminhamento; 3) a avaliação e o atendimento de uma criança com perda auditiva devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar. O trabalho deve ser conjunto com o pediatra da criança e o serviço de aconselhamento de pais (JORNAL DO CFFa., 2000).

É importante compreender como vem sendo organizado o atendimento à criança no Brasil, de forma ampla, para compreendermos o lugar que as questões relativas à saúde auditiva têm ocupado.

A saúde da criança no Brasil conta com ações realizadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com os estados e municípios que são chamadas de “ações estratégicas”; dentre elas temos:

– Programa Nacional de Imunização (que já existe há 28 anos!) e que conseguiu erradicar a poliomielite – não há registro da doença desde 1989. As crianças recebem também vacinas contra a meningite e contra a hepatite B, e as mulheres em idade fértil recebem vacinas contra o tétano e a difteria;

– Rede Nacional de Bancos de Leite Humano em unidades hospitalares que beneficiam crianças prematuras e de baixo peso em todo o país;

– Hospitais Amigo da Criança iniciativa que visa promover, proteger e apoiar a amamentação. Os hospitais com este “título” recebem 20 reais a mais para cada procedimento obstétrico realizado pelo SUS e, para obter tal benefício, o hospital deve ter além de outros requisitos: norma escrita sobre aleitamento materno; treinar equipe de saúde; informar as gestantes sobre as vantagens do leite materno; ajudar as mães a iniciar esta prática e não dar aos neonatos outro alimento ou bebida além do leite materno;

– Projeto Carteiro Amigo que capacitou carteiros a passarem informações e entregarem materiais educativos sobre amamentação para as famílias com crianças menores de um ano e/ou com gestantes;

– Assistência ao neonato contribuindo para a redução das taxas de mortalidade neonatal: Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência à Atenção à Gestante de Alto Risco apoiando uma rede de 255 maternidades que tiveram aumento nos valores remunerados pelo SUS nas internações de gestantes de alto risco;

– Programa de Triagem Neonatal que visa a identificação por meio do “teste do pezinho”¹⁰, que indica bebês portadores de doenças congênitas como a fenilcetonúria e o hipotireoidismo, para tratá-los precocemente e acompanhar o seu desenvolvimento;

– Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, que visa integrar as atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mais freqüentes na infância, objetivando a redução da morbimortalidade por doenças infecciosas. Esta ação está sendo realizada em parceria com o Programa de Saúde da Família.

Como podemos notar, nenhum destes programas está atento às questões auditivas, ou a ações preventivas em relação a elas.

No interior do estado de São Paulo temos ainda o Programa de Combate às Carências Nutricionais e o Programa do Recém-nascido de Risco nos quais os casos são notificados à Secretaria de Saúde que os encaminha para o Centro de Saúde mais próximo de sua moradia para desencadear procedimentos de visita domiciliar e atendimento imediato na unidade de saúde. Porém, mesmo estes programas não estão atentos às questões da identificação da surdez infantil.

O Ministério da Saúde reconhece que, com exceção das doenças congênitas, as demais podem ser prevenidas na primeira infância. Todavia, os diversos

¹⁰ O teste do pezinho consiste na coleta de algumas gotas de sangue, geralmente tiradas do calcanhar do bebê, - daí o nome do teste - para a realização de exames, que podem diagnosticar algumas doenças congênitas (fenilcetonúria, hipotireoidismo).

programas de ações estratégicas não focalizam uma série de problemas e deficiências que poderiam ser prevenidas. O “teste da orelhinha”, que tem se mostrado eficaz na detecção de alterações auditivas, não está incorporado às ações estratégicas, ficando a mercê de decisões locais de estados e municípios quanto à sua realização.

Em relação à saúde auditiva o Ministério da Saúde propõe uma Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, que desde 2004, prevê o atendimento integral a portadores de deficiência auditiva com ações que englobam a atenção básica, de média e de alta complexidade, ou seja, deveríamos ter disponível à população todos os exames necessários para o diagnóstico da surdez. Mas não é exatamente isso que se verifica na prática. Com essa política, hoje, o que o surdo consegue (não de maneira equivalente em todos os estados brasileiros) é a doação de próteses auditivas pelo SUS (Portaria SAS/MS 587). O que não significa necessariamente acompanhamento da saúde auditiva do sujeito (embora isto também esteja previsto em lei GM nº. 2073) e tampouco garante que novos casos sejam conhecidos mais cedo do que os que chegam a este nível de atendimento. Os serviços de adaptação e, muitas vezes, até o de seleção da prótese ainda deixam muito a desejar, haja vista o número de pacientes que chegam aos consultórios com queixas sobre o seu aparelho auditivo. Hoje, existem por volta de 90 serviços na rede SUS que fornecem os aparelhos auditivos. A meta do Ministério da Saúde é aumentar esse número em 2007. Todavia, a fiscalização de como esses serviços atuam deve ser uma preocupação necessária para que sua efetividade seja garantida.

O fato é que não há uma política eficiente em âmbito nacional para a questão do diagnóstico da surdez. Desde 1997 está em tramitação o Projeto de Lei nº 03842 que deverá tornar a Triagem Auditiva Neonatal obrigatória em todo país. Em setembro de 2004, o Projeto de Lei foi enviado para o Senado Federal. Neste sentido, o que temos em alguns municípios são iniciativas de profissionais liberais como médicos otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos que realizam a triagem auditiva neonatal como procedimento pré-diagnóstico em alguns hospitais e maternidades. Desta maneira, a demanda reprimida, perante o pequeno número de centros que oferecem os exames objetivos, é uma realidade quando se trata de

identificação precoce, não havendo perspectiva imediata de mudança sem que haja intervenção efetiva de políticas públicas mais pontuais.

Utilizamos como referência a ocorrência relatada pela literatura internacional de crianças nascidas surdas, que é bastante significativa, pois em cada 100 crianças que passam pela UTI neonatal de 2 a 4 bebês apresentam problema auditivo e em cada 1000 nascidos em berçários normais, isto é, sem risco, o número é de 1 a 3 bebês ou ainda de 5 a 6 bebês, se contabilizadas as perdas unilaterais (GRACEY, 2003). No Brasil não há um censo sobre estes dados. Os números, quando comparados aos números do diagnóstico da fenilcetonúria e do hipotireoidismo, realizado por meio do teste do pezinho, revelam que a surdez em neonatos é 100 vezes mais freqüente que a fenilcetonúria e 10 vezes mais freqüente que o hipotireoidismo, justificando, se não por outros fatores, apenas por este dado, a necessidade de melhor implantar e implementar este serviço no SUS.

2.2. Aspectos relevantes para o programa de triagem auditiva neonatal

O programa de triagem auditiva no recém nascido, como já visto em parágrafos anteriores, não trata apenas da realização de um teste objetivo, mas de um procedimento que envolve desde a acolhida às mães que chegam para realizar o teste até o acompanhamento da criança que tem uma resposta negativa diante da primeira testagem para posterior confirmação, ou não, de uma possível alteração auditiva, bem como do encaminhamento do bebê, quando necessário, ao profissional médico para se eliminar possível impedimento mecânico para realização do exame, por exemplo: presença de vérnix (casquinhas) no conduto auditivo da criança; ou presença de infecção. E ainda a orientação aos pais do bebê no qual é detectada alteração, sobre quais os próximos procedimentos até se chegar a um diagnóstico mais preciso.

Para se obter bom seguimento da criança, em um programa de triagem auditiva neonatal, devem ser realizados exames objetivos na mesma, antes da alta hospitalar. Se a criança não apresentar alteração, mas possuir algum risco para surdez, deve ser re-avaliada aos 6 meses de idade. Já se a criança, ao ser avaliada, falha no primeiro teste, repete-se o mesmo dentro de dez a trinta dias e se,

novamente, há falha, ela deve ser encaminhada para outros exames para diagnóstico definitivo. A criança que não possui risco para surdez e passa no primeiro exame que realiza não precisa retornar para novo exame.

Um aspecto importante num programa de triagem auditiva neonatal é providenciar adequada monitoração dando seguimento ao serviço, ou seja, é necessário controle sobre aqueles bebês que realizam o primeiro teste de emissões otoacústicas e não passam (falham) para garantir o retorno destas crianças para um novo teste.

Segundo Penn e Gibson (1994), em estudo realizado no Arkansas em quatro diferentes tipos de hospitais (filantrópico, particular, religioso e do estado) este é o componente do programa mais difícil de ser administrado, pois os pais acabam negligenciando o retorno para seguimento do bebê uma vez que a surdez é uma patologia “silenciosa”, “não visível”.

Trabalho como o de Delb, Merkel, Pilorget, Schmit (2003), realizado na Alemanha, mostra que é possível organizar programas de triagem efetivos baseados em EOAs, desde que fatores importantes para se obter a mínima perda dos bebês avaliados sejam gerenciados, como por exemplo: integração entre as diferentes especialidades médicas envolvidas com o bebê e implementação de um sistema de dados que possibilite identificar e contatar os pais cujos filhos não retornam para reavaliação, quando necessário.

Araújo e Almeida (2002) sugerem que caso a criança não passe nas EOAs na primeira vez, o exame deverá ser refeito após 15 dias e, se persistir a falha, será necessária uma investigação mais completa, até mesmo com realização de uma avaliação otológica, PEATE, e de uma avaliação comportamental, que confirmem ou não essa perda, sua possível extensão, permitindo, desta forma, o diagnóstico e inserção do bebê em um programa de reabilitação.

Já Azevedo (1997) recomenda que a reavaliação da criança que passou no primeiro teste deva ser realizada no primeiro ano de vida, em casos de: crianças que tenham em sua história pregressa antecedentes relacionados à presença de algum

dos indicadores de risco para deficiência auditiva periférica e/ou central, de acordo com o critério adaptado do JCIH em 1994; crianças que tenham permanecido em UTI neonatal por mais de 5 (cinco) dias; crianças, com ou sem risco auditivo, que falharam em triagens auditivas neonatais; crianças que passaram na triagem auditiva neonatal, porém, apresentaram risco de perda auditiva progressiva ou perda auditiva transitória ou, ainda, distúrbio do processamento auditivo central (hemorragia ventricular, asfixia perinatal, hiperbilirrubinemia, etc).

Ressalta-se, aqui, o fato de que uma alteração auditiva é passível de falhar no primeiro teste por outras razões que precisam ser conhecidas e investigadas tais como vértex no conduto auditivo, líquido na orelha média, movimentação e/ou choro da criança durante o teste, equipamento com defeito ou inexperiência do avaliador (GRACEY, 2003).

Finitzo e Grosse (2003), afirmam que a otimização de um programa de triagem auditiva neonatal requer que cada componente do processo seja gerenciado para que falhas mínimas ocorram. O gerenciamento deve ser feito a longo tempo e sistematicamente por meio de um efetivo seguimento da criança que passou pela triagem inicial. Dependerá da cooperação do hospital onde se realizou o exame, do seguro de saúde da criança, dos profissionais da saúde envolvidos e das agências públicas e privadas do governo para a execução eficiente do programa.

2.3. Impacto da detecção da surdez para a família

Oponentes da triagem auditiva neonatal universal questionam se o nível de ansiedade pelo qual a família do bebê avaliado passa, vale a pena, diante do alto número de bebês que falham no primeiro exame, sem que sejam surdos (falsos - positivos). Os motivos das alterações são, principalmente, restos de líquido amniótico e/ou vértex (casquinhas) no ouvido do recém-nascido.

Os pais precisam ser ouvidos e, se possível, compreendidos pelos profissionais, e estes têm que propiciar informações realistas sobre a criança. Desta forma, um diagnóstico precoce, se por um lado é desejável, de outro lado pode dificultar ou prejudicar a interação mãe/bebê no início do desenvolvimento, trazendo

grandes problemas para a dinâmica familiar. Tais aspectos devem ser considerados pelo profissional que realiza a triagem auditiva neonatal, uma vez que este é o primeiro estágio para a identificação do bebê que nasce surdo.

Uzcategui (1997) fala em seu artigo sobre um estudo realizado para avaliar o grau de ansiedade dos pais que realizaram a triagem auditiva neonatal. Fizeram parte deste estudo dois hospitais do Colorado que atendiam populações de classes econômicas diferentes (classe média para alta e classe mais baixa). Os resultados mostraram que os pais geralmente não relatam emoções negativas; pelo contrário, eles se mostraram satisfeitos por terem sido informados sobre o exame e não houve diferença significativa entre ambos os hospitais.

Weichbol e Welzl -Mueller (2001) realizaram um estudo no qual avaliaram o grau do estresse materno ao realizarem exames auditivos em seus bebês. Este trabalho, num primeiro momento, revelou que 59% das mães não ficaram preocupadas com os resultados, 27% ficaram ligeiramente preocupadas com os resultados e 14% revelaram alto índice de preocupação. Em um segundo momento, os autores avaliaram o grau de estresse daquelas mães que tiveram que esperar um mês para reavaliar seus bebês, período entre o primeiro e segundo teste evoluindo para diagnóstico. Destas mães, 42% disseram não ficar preocupadas, 37% ficaram ligeiramente preocupadas e 21% ficaram altamente preocupadas. Com este estudo, os autores tentaram mostrar que o estresse materno é considerado baixo e que cabe ao programa de triagem auditiva saber lidar com a ansiedade dos pais por meio de informações precisas sobre as implicações na criança que falha no primeiro teste e reduzir/controlar a taxa de falhas do bebê no programa.

Olusanya, Luxon e Wirz (2004), autores do Reino Unido, relatam em seu texto, entre outros tópicos, que a detecção precoce da surdez faz com que os pais sintam-se com o “poder” de escolher a tempo quais são as medidas necessárias para o bom desenvolvimento lingüístico dos seus filhos, o que é muito importante para o sucesso da intervenção o mais cedo possível.

Entretanto, um trabalho voltado para a detecção de uma alteração em um indivíduo não pode perder de vista a participação da família, pois o sujeito é

primariamente produto das relações vividas no meio familiar e, os modos como esta possível alteração é compreendida pode se refletir em ações ao longo de toda sua vida (LIMA; MAIA; DISTLER, 1999). Durante a década de 1980, grande parte dos profissionais da área começa a entender que mudanças ocorridas em qualquer parte do sistema familiar afetam o sistema como um todo. Ignorar este ecossistema, com o objetivo de se focar em uma de suas partes, é algo arriscado e comprometedor (HOLZHEIM et al., 1997).

De acordo com Silva (1988), os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento, muitas vezes, além de não estarem preparados para lidar com os aspectos emocionais dos pais com relação ao filho com deficiência, também não oferecem um diagnóstico claro quanto a informações e terminologia, o que faz com que os pais tenham concepções distorcidas sobre a deficiência e expectativas divergentes em relação à recuperação total e impossibilidade de recuperação.

Alves e Martinez (1995) mostram a ocorrência de alterações no nível das interações extra-familiares e na dinâmica intra-familiar. O nascimento de um membro, com necessidades especiais faz com que os pais repensem seus papéis na dinâmica familiar. Os pais anseiam, em geral, por tratamentos mágicos, respostas exatas, diagnósticos conclusivos que possam resolver ou diminuir a “carga” que irão carregar. Sentem-se frágeis diante do impacto e impotentes, acreditando que somente um cuidado especializado será capaz de fazer com que seu filho aproxime-se do padrão de normalidade. O profissional bem preparado sabe que tudo isso não é verdade, pois são os pais, principalmente neste começo de vida da criança, que terão habilidades, paciência, sensibilidade e um *setting* natural que propiciará o desenvolvimento da criança de modo satisfatório.

Luterman (1979) descreve alguns processos pelos quais os pais passam quando recebem o diagnóstico de surdez do filho. O primeiro ele denomina estágio de choque (*shock*), tal como uma sensação de ausência de sentimentos. Neste momento, é difícil que os pais assimilem as informações dadas sobre a surdez. Este estágio pode demorar dias e em alguns casos se prolonga por algum tempo. O segundo momento é o de reconhecimento (*recognition*), quando os pais reconhecem a severidade do problema, mas não o reconhecem como sendo “deles”, ou seja,

ainda não encaram o problema em si; neste estágio surgem: culpa, raiva e depressão. O terceiro estágio, é o de negação, recusa (*denial*), os pais agem como se o problema não existisse e, portanto, nada precisasse ser providenciado para enfrentá-lo. O quarto estágio é novamente de reconhecimento (*acknowledgment*) porém, agora, aceitando o fato real, ou seja, é um reconhecer e aceitar a realidade. E o quinto e último estágio proposto, é o de ações construtivas (*constructive actions*), no qual os pais procuram formas de auxiliar o filho buscando materiais que expliquem o fenômeno, terapias reabilitadoras, enfim, passam a falar sobre o assunto com naturalidade. Este modelo proposto por Luterman não necessariamente ocorre em todas as famílias, mas ajuda a compreender processos bastante freqüentes, sendo importante que os profissionais de saúde estejam atentos a isso!

Desta forma, o futuro de uma criança que nasce com alteração auditiva depende de quando ela é identificada e da intervenção adequada. O método de triagem auditiva é sensível e confiável e as conseqüências da não identificação da alteração auditiva são significativas e levam ao sofrimento se não do próprio indivíduo, da família que o acompanha.

Capítulo 3.

Material e Método

Optou-se por realizar uma fase exploratória para realização do diagnóstico da instituição focalizada, seguida da descrição da população-alvo do estudo (no caso, as mães parturientes), e do conhecimento/descrição do setor de triagem auditiva neonatal e suas especificidades. Em uma fase posterior, foram aplicados questionários junto às mães e em seguida foi feita sua análise, o que possibilitou compreender o grau de conhecimento dessas mães sobre o referido programa e, então, discutir aspectos relativos à efetividade deste programa de triagem auditiva.

3.1. Caracterização do serviço estudado:

O serviço acompanhado é terceirizado e se realiza em um hospital que tem como preocupação o atendimento às mães carentes. O hospital é uma entidade filantrópica e 64% de seus usuários são provenientes do SUS. É responsável por mais de 40% dos nascimentos da cidade e região. Sua média de nascimentos por mês é de aproximadamente 700 bebês (entre SUS, particulares e conveniados).

A análise institucional do hospital permitiu que se observasse que se trata de uma instituição de grande porte, responsável por parte significativa dos nascimentos do município e região; que é dividida em andares diferentes e específicos para os atendimentos segundo o tipo de internação que a puérpera realiza (SUS, convênio ou particular) e que é um hospital do município que oferece o serviço de triagem auditiva neonatal por meio de OEA em um setor estruturado dentro da própria instituição.

No serviço, o exame de emissões otoacústicas no bebê é feito em sala própria com cabine acústica e o equipamento utilizado é o ILO 292. A criança, com

um dia de vida, pode realizar as emissões otoacústicas transientes e a pesquisa do reflexo cócleo-palpebral - que consiste no movimento de fechar e abrir rápido (piscada) os olhos, imediatamente após um estímulo sonoro de alta intensidade e curta duração (RABINOVICH, 1997). A estimulação é feita com um agogô (instrumento musical) percutido em forte intensidade. Ambos os exames são complementares e podem indicar o bom funcionamento auditivo da criança.

O prédio do hospital possui andares nos quais estão distribuídos os diferentes serviços: no térreo encontram-se anfiteatros e a recepção dos pacientes; no primeiro andar, o atendimento às mães que terão seus filhos utilizando o SUS; nos segundo e terceiro andares encontram-se o centro cirúrgico, o setor de internação de pacientes que não foram ao hospital para ter filhos (retirada de útero, cirurgias otológicas, cauterizações, entre outros) e a UTI neonatal; quarto andar: atendimento para parturientes conveniadas de Serviços de Saúde ou que pagarão o parto de modo particular e quinto andar para as mães credenciadas no convênio médico majoritário na cidade.

Desta forma, o andar que recebe as mães usuárias do SUS é um andar mais movimentado devido ao maior número de pacientes, se comparado aos andares destinados às mães conveniadas e/ou particulares que representam menor número de atendimentos.

O vínculo do usuário com o serviço hospitalar (pagamento particular, convênio ou SUS) determina modos específicos de encaminhamento e de acesso aos serviços prestados, entre eles, a triagem auditiva neonatal.

Para os bebês que nascem no hospital e pagam diretamente por este serviço e não necessitam ficar internados no berçário de risco – UTI neonatal, as mães, ainda internadas, recebem no quarto a visita de uma fonoaudióloga que irá lhes falar sobre o exame de emissões otoacústicas evocadas, seus benefícios, custos e que o exame pode ser realizado no bebê após 24 horas de vida. As mães optam pela realização ou não da triagem, geralmente, após a visita da fonoaudióloga ao quarto.

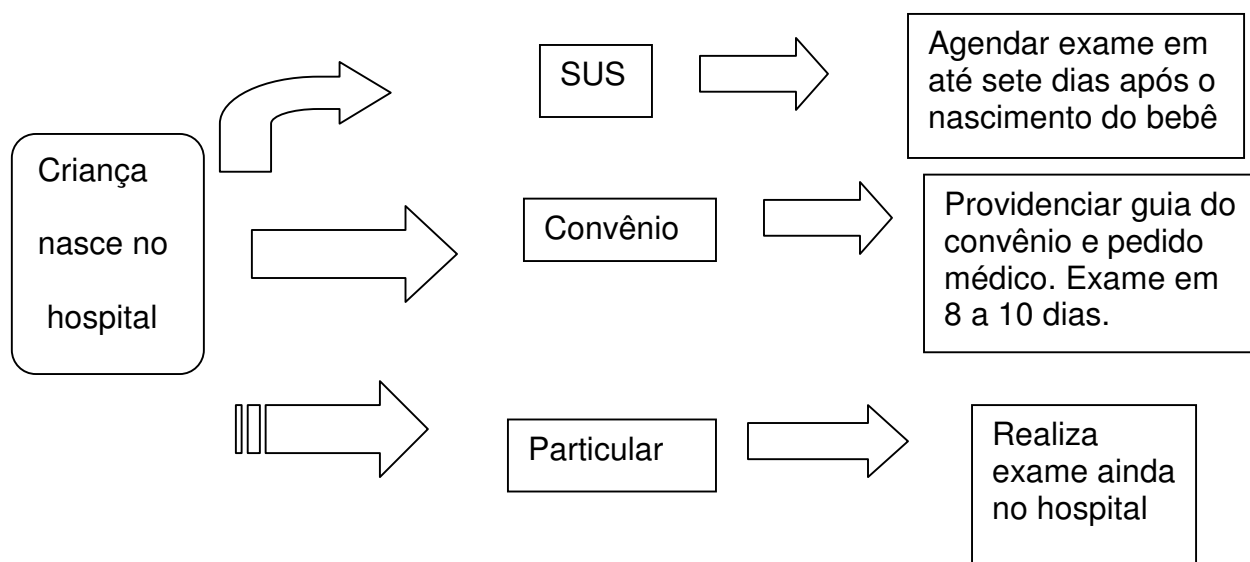
Para aquelas mães que se internam e vão fazer uso do convênio médico e que optam por realizar o exame utilizando a cobertura de seu plano (caso ele cubra, pois não são todos os que cobrem) há orientação direta dada pela fonoaudióloga que vai ao quarto falar sobre a necessidade do pedido ser assinado por um médico e da troca deste pedido pela guia de execução de serviço oferecida pelo seu plano; assim, a mãe é informada de que o exame só será realizado após 8 ou 10 dias de vida da criança, quando ela deve retornar ao serviço com horário agendado, de posse da guia de autorização do procedimento pelo convênio médico.

As visitas das fonoaudiólogas não acontecem durante os finais de semana, período em que o setor de triagem auditiva neonatal permanece fechado na instituição, seja qual for o tipo de internação da mãe (SUS, convênio ou particular).

Segundo dados fornecidos por alguns médicos, há uma cota mensal de solicitação de exames permitida pelos convênios o que não favorece a realização da triagem auditiva universal, já que limita o número de pedidos autorizados. Há que se ressaltar que a cota autorizada pelos convênios contabiliza também as solicitações feitas nos consultórios particulares. Desta forma sabe-se que alguns profissionais optam por não realizar o pedido no período de internação da mãe esperando que a mesma vá ao seu consultório e aí, sim, ele efetiva o pedido, recebendo uma consulta a mais paga pelo convênio.

As mães internadas por meio do SUS, em maior número no hospital, recebem um informativo por escrito que é colado junto com a carteirinha de saúde do bebê, no momento da alta, dizendo que seu bebê tem direito a realizar gratuitamente a triagem auditiva, bastando que a mãe telefone em até sete dias após o nascimento do bebê e agende um horário para realizá-lo (anexo C). Este procedimento foi adotado, pois muitas mães usuárias do SUS, por vezes, não marcavam o exame para seus filhos até eles completarem cinco, seis ou oito meses de vida o que é muito ruim quando se pensa no benefício do diagnóstico o mais cedo possível. Por outro lado, é um procedimento que não garante o retorno destas mães ao hospital para realizar o exame, já que faz restrições e exige o agendamento e novo retorno da mãe ao hospital.

Fluxograma do atendimento às mães que desejam realizar o exame em seus filhos:



A criança que precisa dos cuidados da UTI, qualquer que seja sua vinculação com o hospital (SUS, particular ou convênio) realiza o exame auditivo antes da alta hospitalar. Atualmente, no hospital, o exame faz parte do processo de alta nesses casos, e sua mãe também recebe orientações de como proceder em caso de cobertura do exame por um plano de saúde, quando ela acompanha o exame do filho, ou recebe um papel que explica o procedimento entregue pela equipe de enfermagem da UTI. Assim, o exame é realizado ainda no hospital para nascidos particulares, ou UTI, e após uma semana, em média, para conveniados e SUS que se interessam em retornar para a realização do exame.

O setor está aberto à comunidade como um todo, portanto bebês nascidos em outros locais também podem se beneficiar do programa de triagem auditiva neonatal desenvolvido na instituição. Assim também, aquelas mães que tiveram seus filhos no hospital e durante a internação optaram por não realizar a triagem, podem voltar ao hospital para realizar o exame a qualquer momento, desde que agendem seus retornos. Entretanto, essa prerrogativa é vedada às mães usuárias do SUS, pois estas têm o compromisso de, caso queiram retornar para fazer o

exame auditivo na criança, devem primeiro, ligar e agendar seus horários em até sete dias após o nascimento do bebê.

Caso haja falha da criança no exame, realiza-se imitânciometria com o equipamento MINI Timp 626 e meatoscopia. Esses exames são complementares e indicam a integridade do sistema de condução do som pela orelha externa e orelha média. Se houver suspeita de vértice no conduto auditivo da criança a mesma é re-marcada para um período de no máximo 15 dias. Em caso de suspeita de patologias condutivas, surdez ou neuropatias a criança é encaminhada para um otorrinolaringologista e/ou PEATE e pede-se retorno após a conduta médica.

O programa de triagem auditiva é baseado no “princípio de confirmação” proposto por Jerger e Hayes, em 1976, no qual nenhuma medida pode ser utilizada isoladamente na avaliação da audição em crianças. Assim, o passo seguinte para uma criança que falha no teste de emissões otoacústicas e possui curva timpanométrica tipo A (que sugere uma audição normal, ou seja, uma orelha média livre de “impedimentos” para que o som chegue até a orelha interna) e/ou apresenta reflexo cócleo-palpebral ausente (o que não é esperado na audição normal), é o encaminhamento para o potencial auditivo de tronco encefálico (PEATE), exame que poderá “mostrar” como está a audição da criança, mesmo que ela tenha alterações de orelha média ou necessidade de estimulação sonora acima do nível esperado para a normalidade, para desencadear respostas.

A criança que é diagnosticada como surda, após falhas no processo da triagem, realização de PEATE, e exames outros, tem sua mãe orientada sobre as possibilidades de reabilitação, sobre equipamentos públicos e entidades filantrópicas na cidade que realizam trabalhos com crianças surdas, uma vez que o SUS, no município, não dispõe de vagas suficientes para o atendimento de toda a demanda. São também oferecidas informações sobre a possibilidade da protetização e sobre profissionais que atuam na área de reabilitação da criança no primeiro ano de vida.

A criança que apresenta no seu histórico algum risco para surdez e passa no primeiro exame, portanto uma criança dita “de risco” tem sua mãe orientada para retorno dentro de seis meses para seguimento da saúde auditiva do seu bebê, com

realização da audiometria comportamental. Esta mãe recebe um informativo escrito com a anotação feita em destaque, para a data do novo exame. Quando ela retorna mais uma vez, é orientada para uma nova visita em mais seis meses, para acompanhamento do desenvolvimento da comunicação da criança.

Até agosto de 2003, o controle dos pacientes que passaram pelo setor de triagem auditiva no hospital focalizado foi realizado por uma secretária e/ou fonoaudióloga, em cadastro próprio do serviço. Assim, a ficha cadastral, os resultados dos exames e os retornos agendados eram feitos em livros de registro de forma manuscrita. Este sistema gerou alguns contratempos para a coleta de dados, tais como: dados de leitura incompreensíveis, falta de dados e duplicidade de dados, dificultando o seguimento daqueles bebês que precisavam de um retorno para novo exame. A partir de agosto de 2003, implantou-se um programa computadorizado (Hi – tracking) que possibilita maior controle sobre os usuários do serviço. Porém, isso não soluciona a questão de como localizar aqueles pacientes que deveriam voltar para o re-teste, após meses da realização do exame, para o seguimento da triagem, pois, dados como endereço e telefone, muitas vezes, não mais conferem com os que foram relatados no momento do exame.

Como ações de promoção de saúde, o hospital oferece à comunidade-gestante aulas gratuitas: “Curso Multidisciplinar para Gestantes”, que acontecem em quatro módulos, ocorrendo uma vez por semana à noite com palestras de aproximadamente 30 minutos. São diversos profissionais que passam informações sobre o desenvolvimento do bebê, tipos de parto, anestésias utilizadas, amamentação, aspectos psicológicos da maternidade, desenvolvimento de fala e linguagem no bebê, nutrição materna, entre outros. Um destes módulos é apresentado por uma fonoaudióloga do setor das emissões otoacústicas que fala para os pais presentes sobre o desenvolvimento da fala no bebê, da importância da audição íntegra, da existência do exame para detecção de surdez, dos aspectos relacionados à aquisição de linguagem, do uso de chupetas com bicos ortodônticos, da importância da consistência dos alimentos oferecidos ao bebê e dos benefícios para a musculatura facial como um todo.

O curso é divulgado pelo *site* do hospital e a gestante interessada deve telefonar para se matricular, tendo direito de levar um acompanhante. Existem vagas para 50 pessoas/mês. Este serviço pode ser considerado como uma ação para conscientizar e divulgar a triagem auditiva neonatal; todavia atinge um número restrito de pessoas se considerarmos a média de 700 partos mensais e as 50 vagas para o curso e o fato de ser divulgado apenas pela internet, sendo acessível a um público restrito, comprovado pelas vagas ociosas freqüentes no curso em pauta.

A realização do exame auditivo em crianças que nascem utilizando o SUS está vinculada à disponibilidade de horários de atendimento de acordo com a demanda; sendo assim, há exames que levam até 20 dias após o nascimento da criança para serem feitos. A mãe fica com a responsabilidade de agendar o exame nos sete dias subseqüentes ao nascimento do bebê, e ele é marcado quando há vaga.

Para os agendamentos utilizando convênios médicos a realização do exame depende da burocracia do próprio convênio, ou seja, do tempo para liberação da guia de atendimento, que em média ocorre em três dias após a mãe deixar o hospital.

3.2. Caracterização do município

O município, no qual se localiza o serviço pesquisado é de grande porte, concentra um grande número de indústrias de ponta e exhibe feições de metrópole. Segundo historiadores, na década de 1960, a cidade possuía um tamanho considerável e ostentava o “status” de primeiro município em qualidade de vida do país, mas em 1970, houve uma grande explosão demográfica e a cidade viveu uma fase de expansão industrial que fez com que aumentasse o contingente de famílias e indivíduos pobres. Este fato está refletido na deterioração da capacidade e qualidade de atendimentos dos serviços públicos. A partir de então, nasceu e se expandiu uma periferia com condições precárias de habitação e serviços.

O município é hoje eminentemente urbano. Na região, a agricultura é de grande expressão, mas a cidade focalizada é movida por indústrias, comércio e um potente setor de serviços. Em sua maioria, as indústrias são de grande complexidade tecnológica: metalúrgica, transportes, mecânica e micro-eletrônica. E, a maior parte das demandas por serviços de qualquer natureza pode ser, satisfatoriamente, coberta sem precisar sair do município.

Neste município já existe uma lei aprovada referente ao teste das emissões otoacústicas ou “teste da orelhinha”: LEI nº.10.759 de 28 de dezembro de 2000, *que dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de exames que detectem a surdez ou alterações correlatas nas maternidades e estabelecimentos hospitalares congêneres do município* e o Decreto é o de nº.14.640, de 16 de fevereiro de 2004. Entretanto, a falta de fiscalização para punição daqueles que não cumprem esta lei faz com que muitas instituições, nas quais nascem bebês, não ofereçam o exame às mães que, por sua vez, por falta de conhecimento, não solicitam o teste em seus neonatos.

Essa situação nos mostra que a lei, por si só, não garante a efetividade de seu conteúdo. É preciso que ações educativas sejam realizadas para que as pessoas saibam de seus direitos e possam se beneficiar do que rege a lei. É importante destacar que essas ações precisam extrapolar os muros dos hospitais para atingirem a população. Neste sentido, cabe aos profissionais da área da Saúde a cobrança da existência do serviço em seus estabelecimentos de trabalho, bem como o acompanhamento da efetividade do mesmo, pois se os usuários e os profissionais não cobrarem esses direitos legais, pouco será a transformação observada.

3.3. Procedimento de coleta de dados:

O trabalho foi desenvolvido a partir de dados coletados junto à instituição que realiza o programa de triagem auditiva desde 1997, referência na região em que atua. Naquele ano, um médico otorrinolaringologista, como responsável pelo setor de triagem, e uma fonoaudióloga, como realizadora dos exames, iniciaram o serviço no hospital.

Inicialmente, foi realizado o diagnóstico institucional do serviço para acompanhamento da dinâmica do mesmo, a fim de se ter conhecimento de como era feita a triagem neonatal (descrita anteriormente). A partir desse conhecimento foi consultado o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico da instituição para o levantamento do número de nascidos vivos no período compreendido entre: 1999 e 2003¹¹ e, posteriormente, foi feita a comparação com o número de neonatos que realizaram a triagem auditiva neonatal.

Dos neonatos triados foi feito um levantamento que visava descobrir o seguinte:

quantos nasceram com cobertura do Sistema Único de Saúde do Brasil;
quantos fizeram uso de convênio de saúde;
quantos nasceram de modo particular;
quantos passaram, sem indicador de risco¹², no primeiro teste (screening);
quantos passaram, sem indicador de risco, no segundo teste (screening);
quantos passaram, sem indicador de risco, no terceiro teste (screening) - após +/- 25 dias do primeiro teste;
quantos passaram, com indicador de risco, no primeiro teste (screening);
quantos passaram, com indicador de risco, no segundo teste (screening);
quantos não retornaram¹³ para o segundo teste e não possuíam indicador de risco;
quantos não retornaram para o segundo teste e possuíam algum indicador de risco;
quantos retornaram e não possuíam indicador de risco da visita ao ORL trazendo resultados de exames complementares sem alterações;
quantos retornaram e possuíam indicador de risco da visita ao ORL trazendo resultados de exames complementares sem alterações;
quantos não retornaram (não possuíam risco) após encaminhamento para ORL;

¹¹ Optou-se pelo ano de 1999 porque o SAME não disponibilizou os dados dos dois anos anteriores justificando "falha no sistema".

¹² Indicadores de risco para perda auditiva tais como os elencados pelo Joint Committee of Infant Hearing em 1994, para neonatos.

¹³ O bebê só retorna para novo teste caso tenha indicador de risco para surdez (retorno aos seis meses de idade) ou caso tenha falhado no primeiro teste e não tenha risco para surdez (retorno em até um mês após o primeiro teste).

quantos não retornaram (possuíam indicador de risco) após encaminhamento para ORL;
quantos foram diagnosticados.

Estes parâmetros foram selecionados porque se acreditou serem eles norteadores do funcionamento do serviço.

Posteriormente à coleta desses dados que indicavam aspectos relativos aos diagnósticos e aos encaminhamentos feitos pelo serviço, decidiu-se pela aplicação de um questionário (anexo B) para conhecer melhor como o serviço era visto pelos usuários (mães dos bebês nascidos no hospital) e como elas compreendiam a necessidade da triagem auditiva e sua função, bem como de que forma tinham sido informadas sobre o serviço. Para tal, foi aplicado para mães atendidas nas diferentes formas de vínculo de atendimento-hospitalar, internação particular, internação por convênios e internação via SUS. O questionário foi dividido em dois momentos distintos; um para mães internadas no hospital logo após o nascimento de seus filhos, e outro para mães que procuraram o setor de emissões otoacústicas para realizar o exame em seus bebês, após alta hospitalar. Foram aplicados 31 questionários em 31 mães nas duas diferentes situações.

O questionário para as mães ainda internadas foi aplicado por uma fonoaudióloga que trabalha na instituição hospitalar e atua no setor de triagem auditiva neonatal estudado. Como rotina do hospital, a profissional visitava os quartos/apartamentos daquelas mães, que estavam em processo de alta, para divulgação da triagem auditiva no bebê e, nesta oportunidade, aplicava o questionário. Para aplicar o questionário nas mães usuárias do SUS, a fonoaudióloga, excepcionalmente, visitou os quartos/apartamentos destas mães, já que esta visita não era feita rotineiramente. Foram aplicados 15 questionários, sendo 07 para mães que utilizaram o sistema SUS de internação, 01 para mãe usuária do sistema particular e 07 para mães conveniadas de Serviços Médicos de Saúde. O critério para escolha das mães foi a alta hospitalar de mães e filhos durante a semana em que a fonoaudióloga estava disponível para essa coleta.

Outros 16 questionários foram aplicados em mães que estavam voltando ao hospital, após uma semana ou mais de vida do bebê, para realizar o exame auditivo em seus filhos pela primeira vez. As mães foram abordadas na sala de espera do

setor de triagem auditiva neonatal antes da realização do exame. Dessas mães, 06 eram usuárias do SUS, 04 do sistema particular e 06 de convênios de saúde. Todas as mães que estavam na sala foram abordadas. Foram descartadas da pesquisa apenas aquelas mães que estavam retornando para o re-teste do bebê.

Capítulo 4 .

Análise dos dados e resultados

A presente pesquisa incluiu dados coletados sobre nascimentos durante os anos de 1999, 2000, 2001, 2002 e 2003. Nasceram no hospital, neste período, 52.451 bebês. Foram realizados no setor de emissões otoacústicas 12.034 screenings (triagem auditiva) em bebês nos diferentes sistemas de internação (regimes SUS, conveniados e particulares).

Segundo dados do IBGE nasceram vivos e em hospital no município focalizado em 1999, 2000, 2001, 2002 e 2003 respectivamente, por ano citado: 22.680 bebês, 22.135 bebês, 19.723 bebês, 19.015 bebês e 18.735 bebês. Portanto, mais da metade dos bebês nascidos no município o fizeram no hospital pesquisado.

Vale ressaltar que de acordo com Carniel, Antonio, Mota et al (2003) o sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (MS) foi implantado no Brasil a partir de 1990, com o intuito de se obterem informações fidedignas sobre gestação, nascimentos e características maternas, podendo-se, assim, através da elaboração de diversos indicadores, planejar ações de saúde destinadas à população materno-infantil. Ainda, esses autores nos mostram que no município focalizado na pesquisa, a implantação do SINASC ocorreu em 1991, sob a coordenação da Regional Estadual de Saúde (atual DIR XII), acatando as diretrizes do Ministério da Saúde, podendo, com isso, viabilizar políticas e ações para mães e recém-nascidos.

Somando-se a importância do registro de número de bebês nascidos vivos, ao número de nascidos no hospital podemos perceber o quanto é representativo realizar no local, campanhas que divulguem ações para melhorar a qualidade de vida das mães e seus bebês, bem como, a implementação de ações que levem ao conhecimento do público em geral a existência de um programa de triagem auditiva e seus benefícios.

Tabela 1

Crianças nascidas vivas no hospital estudado, segundo tipo de atendimento no período de 1999 até 2003

Período	Sus Frequência		Convênio Frequência		Particular Frequência	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
1999	6.199	61,9	3.605	36,0	201	2,1
2000	5.887	46,0	6.589	51,5	320	2,5
2001	5.800	58,3	3.816	38,4	332	3,3
2002	5.182	46,1	5.743	51,1	322	2,8
2003	5.107	60,4	3.005	35,5	342	4,1
TOTAL	28.175		22.758		1518	

Na tabela 1 podemos observar o número elevado de pacientes conveniados, o que pode ser explicado pela forte industrialização da região em que se localiza o hospital, e conseqüente possibilidade de aquisição de convênios médicos por parte dos trabalhadores assalariados. Ao mesmo tempo, ainda na tabela, vê-se maior número de pacientes SUS, o que está de acordo com a caracterização do hospital em ser uma entidade filantrópica destinada àquelas mães que não têm outra forma de acesso à saúde que não seja o sistema ofertado pelo governo.

Segundo dados coletados no SAME – Serviço de Atendimento Médico e Estatístico e outros dados coletados no setor de triagem auditiva neonatal da instituição obteve-se:

Tabela 2

Tabela demonstrativa das crianças nascidas vivas no hospital estudado e das que realizaram a triagem auditiva neonatal em quantidade e percentual, segundo tipo de atendimento no período de 1999 até 2003

Condição	Sus	Convênio	Particular	Total
Crianças nascidas vivas	28.175	22.758	1.518	52451
Crianças que realizaram exame	8.709	2.734	591	12034
Percentual de crianças que realizaram exame em relação ao total de nascidos vivos	31%	12%	39%	23%

Os dados coletados não estão de acordo com o que sugere o Comitê Brasileiro de Perdas Auditivas que diz que, pelo menos, 95% dos bebês nascidos no hospital deveriam realizar a triagem auditiva neonatal. No hospital a maior parte das crianças nascidas não realiza o exame de emissões otoacústicas e, conseqüentemente, não passa pelo processo da triagem auditiva.

Podemos observar que entre os sistemas SUS, convênio e particular há diferenças percentuais relativas ao número de bebês que realizaram o exame, respectivamente 31%,12% e 39%. Percentualmente, o maior número de atendimentos ocorreu entre os bebês internados no modo particular, seguido pelo SUS e depois pelos conveniados. Uma possível explicação para estes percentuais pode estar no fato de que a mãe internada para parto particular, quando recebe a visita da fonoaudióloga em seu quarto, e faz a opção de realizar o exame em seu filho, com cujo custo, em geral, ela pode arcar sem maiores dificuldades, não necessita de qualquer procedimento especial (apresentação de guia médica ou receita, outros documentos, ou deslocar-se). Destaca-se que esse é um procedimento menos burocrático, se comparado ao sistema de internação por convênio médico, o qual exige, para ressarcimento do serviço, uma guia específica, a ser solicitada e carimbada pelo médico, além da liberação do pedido pelo respectivo convênio, procedimento a ser realizado fora do hospital, em local definido pelo convênio, exigindo o retorno posterior da mãe e do bebê ao hospital para

realização da triagem. Quanto aos usuários SUS, as mães, para realizarem o exame, precisam telefonar ao serviço, agendar um atendimento e retornar com seu bebê para a triagem, o que envolve procedimentos às vezes bastante complicados/dispêndiosos para a população de baixa renda. Mesmo assim, a procura dessa população pelo exame se destaca se comparada às demais.

Vale lembrar que a mãe usuária SUS recebe informação menos enfática que as outras mães, através de uma filipeta no momento da alta, que precisará ser lida em casa, posteriormente.

Cabe salientar também que a porcentagem de mães internadas para parto particular que realizam o exame é pouco maior que aquelas atendidas pelo SUS (39% e 31% respectivamente) indicando que, ainda que o poder aquisitivo e os procedimentos permitam o acesso fácil à realização da triagem, uma minoria opta por realizar o exame em seus bebês, apontando para a pertinência de ações educativas planejadas junto a essa população.

Em relação às mães conveniadas em de Serviços de Saúde, o principal convênio do município cobre esse exame, mas parece que a forma de divulgação e os caminhos para tornar o exame possível, se tornam um obstáculo importante, já que apenas 12% acabam retornando para realizar a triagem.

Em relação às mães usuárias do SUS, cabe esclarecer que o SUS paga uma cota mensal de exames ao hospital (30 triagens auditivas). Caso o hospital realizasse o exame como rotina em todos os bebês nascidos vivos, ele teria que arcar com os custos, já que o SUS se responsabiliza apenas por aquela cota. A saída encontrada para manter a equipe trabalhando e recebendo pelo serviço foi orientar as mães a agendarem a triagem, retornando posteriormente. Deste modo, os exames podem ser marcados de acordo com as cotas pagas pelo SUS e com a disponibilidade de atendimento do sistema. Todavia, esse procedimento mostra dificultar o retorno das mães, que sendo, em geral, pertencentes à população de baixa renda, terão que telefonar, agendar nova data e retornar de bairros distantes (periferia) com seus bebês recém-nascidos para ter acesso à triagem. Considerando

tais dificuldades, o percentual de mães que retornam e buscam o serviço se mostra significativo diante do conjunto de obstáculos que se impõem.

Destacam-se aqui duas ações importantes a serem implementadas: cobrar do SUS a cobertura do exame para todos os nascidos vivos usuários do sistema e ampliar a divulgação para que haja reivindicação e uma busca maior por um serviço que é direito dos munícipes.

Tabela 3

Perdas auditivas diversas, diagnosticadas na população de recém-nascidos triados no hospital estudado, segundo atendimento, no período de 1999 até 2003

Período	Sus		Convênio		Particular	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1999	2	28,6	2	28,6	3	42,8
2000	2	100,0	0	0	0	0
2001	2	66,7	1	33,3	0	0
2002	1	50,0	1	50,0	0	0
2003	6	66,7	3	33,3	0	0
Total	13		7		3	

Conforme a tabela foram diagnosticados na população de recém-nascidos triados entre 1999 e 2003, 23 bebês com perdas auditivas diversas. Destes, 14 bebês apresentavam, no mínimo, um indicador de risco para deficiência auditiva como proposto pelo JCIH (1994) e 09 não apresentavam risco auditivo. Este número de identificados com surdez está de acordo com a média internacional de detecção, que mostra que a cada 1000 bebês nascidos vivos entre 01 a 03 bebês nascem com alterações auditivas. Neste levantamento o número foi de que a cada 1000 bebês triados, 02 apresentaram perda auditiva. Isso mostra que a maneira de se realizar a identificação é eficiente; todavia, não podemos esquecer o elevado número de bebês nascidos no período não triados e, conseqüentemente, não diagnosticados a

tempo para intervenções precisas visando minimizar o efeito sobre o desenvolvimento global da criança com déficit auditivo.

O modo como foi feito o registro dos atendimentos não permitiu uma análise segura quanto ao número de crianças que realizaram a triagem auditiva neonatal, passaram pelo exame e não apresentaram risco para surdez ou apresentaram um ou mais riscos, pois não houve uniformidade na forma de registrar dos dados ao longo dos anos. Assim, a mãe que trazia seu bebê para iniciar o processo, muitas vezes, não sabia referir se a criança apresentava ou não o risco e, dependendo de quem (estagiárias, secretária, fonoaudiólogas) naquele dia, fazia a entrevista, a informação ficava deficitária. Por exemplo: mães referiam seus bebês como prematuros, mas quando eram checadas suas carteirinhas de nascimento, verificava-se que os bebês haviam nascido a termo. Como não há garantia que as carteirinhas tenham sido conferidas em todos os casos, os registros mostram-se pouco confiáveis.

O mesmo problema aconteceu no levantamento de dados sobre o seguimento realizado com as crianças que falharam no teste, pois o registro manual e a falta de várias informações indicam inúmeras falhas, tais como: bebês que não foram relacionados no retorno, bebês que foram encaminhados ao otorrinolaringologista e quando retornavam ao serviço eram elencados como novos bebês, além de dados ilegíveis, entre outros.

A seguir serão apresentadas algumas tabelas com dados coletados em prontuários do programa.

Tabela 4

Crianças com e sem risco para perda auditiva, que realizaram a triagem auditiva neonatal em 1º screening e quando necessário em 2º screening (re-teste) durante o período de 1999 até 2003

Período	1º screening sem risco	2º screening sem risco	Frequência relativa de retorno	1º screening com risco	2º screening com risco	Frequência relativa de retorno
1999	961	80	8,32%	183	12	6,55%
2000	1670	194	11,62%	134	26	19,40%
2001	2037	283	13,89%	222	44	19,81%
2002	2334	170	7,28%	404	48	11,88%
2003	2575	234	9,09%	357	66	18,49%
Total	9577	961		1300	196	

A tabela mostra que, ao longo dos anos, o número de atendimentos aumentou o que revela ampliação do alcance do programa. Todavia, os atendimentos realizados ainda estão aquém dos índices desejáveis, já que a maior parte das crianças nascidas no hospital não realiza a triagem.

Outro aspecto que merece destaque é o fato de os bebês que apresentam risco para perda auditiva retornarem em maior número do que aqueles que não têm risco, o que talvez reflita a apreensão dos pais diante da possibilidade do resultado final.

Tabela 5

Crianças que retornaram ao programa de triagem após serem encaminhadas para ORL e tiveram seus PEATE normais .

	1999	2000	2001	2002	2003
Crianças encaminhadas para o ORL.	4	4	65	65	94
Crianças que retornaram ao programa após resultado de PEATE normal	2	1	5	16	12
Número de crianças que possuíam risco para perda auditiva	1	4	9	27	36
Número de crianças que não possuíam risco para perda auditiva	3	0	56	38	58

A tabela mostra que o retorno ao programa, após a consulta ao otorrinolaringologista, é pequeno. Mas isto talvez se justifique pelo resultado do exame PEATE ser normal, ou seja, muitas mães optam por não realizar o exame de emissões novamente após um resultado normal de potenciais auditivos.

4.1. Análise dos questionários:

Os questionários foram realizados no hospital com mães que acabavam de ter seus filhos e estavam deixando a internação, portanto, em processo de alta e com outras mães que, após dias da alta, retornavam ao setor de triagem auditiva do hospital para realizar o exame em seus bebês. No total foram aplicados 31 questionários, em 31 sujeitos diferentes.

Tabela 6

Dados coletados por meio de questionários com as mães no momento da alta Hospitalar. n = 15 = Número de mães em que foi aplicado o questionário sendo: 7 SUS; 7 convênio e 1 particular.

Perguntas	SUS		Convênio		Particular	
	sim	não	sim	não	sim	não
Sabe o que é o exame da orelhinha?	0	7	2	5	0	1
Veio ao curso para gestantes?	0	7	1	6	0	1
Lembra quando a fonoaudióloga passou no quarto para conversar sobre o teste da orelhinha?	0	0*	1	6	1	0
Recebeu material escrito sobre o teste da orelhinha	0	7	1	6	1	0

*a pergunta não era aplicada a este grupo de mães pois não havia visita da fonoaudióloga aos quartos de internação SUS.

Analisando tais questionários observou-se, nas respostas das quinze mães no momento da alta hospitalar (sete usuárias de convênios, sete usuárias SUS e uma modo particular)¹⁴ que treze não sabiam o que é o “exame da orelhinha”, uma mãe usuária do SUS disse ter observado, naquele momento, um pôster no corredor do hospital, que mencionava o exame e a importância de realizá-lo; uma outra mãe, usuária de convênio, disse ter freqüentado o curso para gestante e lá ter sabido sobre o exame e uma outra mãe, usuária de convênio, não soube explicar como soube do exame. Esse dado nos mostra a falta de informação/conhecimento do público acerca do processo da triagem auditiva realizado no hospital.

¹⁴ O número de mães por atendimento se explica pela tentativa de se obter um número igual dentro de cada categoria de atendimento (Sus, convênio, particular), porém isso não foi possível durante a coleta dos dados ficando o particular em menor número.

Interessou, então, buscar compreender como se deu o acesso dessas mães aos diversos modos de divulgação do exame de emissões otoacústicas. Em relação à frequência ou não ao curso para gestantes: apenas uma mãe realizou um curso, porém, vale dizer, que não foi o curso oferecido pela instituição, e sim um outro dado pela igreja que a mãe frequenta, no centro da cidade. Pode-se perceber quanto é falha a divulgação do curso na e pela instituição, pois a maioria das mães afirmava desconhecer sua existência. Vale destacar que se todas as mães que têm seus filhos no hospital desejassem realizar o curso não haveria vagas suficientes, pois são em média 23 mães/dia e o curso oferece 50 vagas mensais. É patente a distorção entre o número de vagas mensais ofertadas pela instituição e a realidade dos partos nela realizados.

A respeito da ida da fonoaudióloga aos quartos/apartamentos para esclarecimentos e convite para a realização do EOA, as sete mães internadas usuárias SUS não receberam essa visita, porque ela não é rotina neste hospital. Das sete mães internadas por convênios médicos apenas uma disse se lembrar da profissional. A mãe internada de modo particular lembra da visita da profissional e de suas explicações. Essas respostas sugerem que a visita da profissional ao quarto não garante a divulgação do programa, pois, das mães que receberam a visita, apenas duas disseram se lembrar. Uma possível explicação para tal fato poderia ser que, por uma grande coincidência, as mães pesquisadas tenham tido seus bebês durante o final de semana e, como neste período não há fonoaudiólogas atuando no setor de triagem auditiva no hospital, elas ficaram desassistidas deste serviço.

No momento da visita da fonoaudióloga ao quarto/apartamentos das mães, com convênios médicos, é entregue a elas um informativo breve a respeito do procedimento para realização do exame por meio do seu convênio: primeiro é necessário o pedido médico para realização do exame ou a guia do convênio devidamente assinada pelo médico; em seguida é preciso que a guia seja autorizada pelo convênio e, então, os pais podem realizar o exame em seu bebê. As mães particulares recebem o mesmo informativo. O material entregue (Anexo D) embora tenha um interessante texto explicativo sobre a realização do exame é, visualmente,

pouco atrativo, o que talvez o torne mais um papel no montante que a mãe recebe ao deixar o hospital, o que pode explicar que elas, muitas vezes, não lhe dêem a devida atenção. Vale lembrar que nos finais de semana as mães não recebem o informativo, pois o setor não funciona aos sábados e domingos.

As mães do SUS, para as quais não está prevista a visita da fonoaudióloga nos quartos, recebem em suas carteirinhas um papel/filipeta anexado explicando que seus filhos têm direito a realizar o exame gratuitamente desde que a mãe ligue dentro de sete dias após o parto para o setor e agende o dia/horário para realização do exame.

Quanto ao material escrito entregue às mães: as sete mães usuárias do SUS dizem não ter recebido; seis das mães internadas pelo convênio também dizem não ter recebido e apenas uma diz ter recebido, mas refere não ter lido; a mãe internada pelo modo particular também afirma que recebeu, mas não leu o informativo. O material entregue às mães SUS é inadequado para divulgação da saúde auditiva do bebê, pois não focaliza a importância do exame e tampouco esclarece sobre o programa de triagem auditiva neonatal.

As formas de divulgação sobre a existência do exame: no curso de gestantes, papéis/filipetas e as visitas das fonoaudiólogas aos quartos durante a internação das mães acabaram se mostrando pouco efetivas. O curso não é divulgado, os papéis/filipetas estão mais voltados para procedimentos de acesso ao exame do que ao seu real benefício e as visitas são restritas às mães em sistema particular e convênio e, assim mesmo, apenas nos dias úteis. Desta forma, a ação de promoção/educação à saúde pretendida pelo setor de triagem auditiva se mostrou pouco eficiente indicando a necessidade de rever este procedimento para se obter a conscientização dos pais sobre os cuidados com a saúde auditiva de seus filhos.

Tabela 7

Dados coletados por meio de questionários com as mães após a alta hospitalar n = 16. Número de mães em que foi aplicado o questionário sendo: 6 SUS; 7 convênios e 3 particulares.						
Perguntas	SUS		Convênio		Particular	
	Sim	não	sim	não	sim	não
Sabe o que é o exame da orelhinha?	0	6	3	4	0	3
Veio ao curso para gestantes?	0	6	2	5	1	2
Lembra quando a fonoaudióloga passou no quarto para conversar sobre o teste da orelhinha?	0	0*	6	1	0	3
Recebeu material escrito sobre o teste da orelhinha	0	6	7	0	1	2

*a pergunta não era aplicada a este grupo de mães pois não havia visita da fonoaudióloga aos quartos de internação SUS.

Dos questionários aplicados às mães que retornavam ao hospital para realizar a triagem auditiva após a alta, foi possível observar que o retorno ao hospital se deu em tempos diferentes: as seis mães atendidas pelo SUS retornaram num intervalo compreendido entre nove dias após o nascimento do bebê, até um mês e vinte e seis dias. As três mães provenientes do sistema particular e que optaram por não realizar o exame, quando ainda estavam internadas, retornaram num intervalo entre vinte dias e um mês após o nascimento e as sete mães usuárias dos convênios de saúde retornaram no intervalo compreendido entre um mês e dois meses e dez dias. O fato das mães que realizam o exame pagando por ele não dependerem de qualquer burocracia não gerou grande impacto em relação ao tempo de latência até realização do exame inicial se comparado àquelas que utilizam os convênios de saúde. A explicação para tal fato talvez se dê pelo desconhecimento das mães sobre a importância e procedimentos ligados à triagem auditiva ou, o que é mais provável, que a ida da mãe à primeira consulta com o médico pediatra seja um

agente importante para que esta mãe procure o serviço da triagem auditiva, após indicação médica, já que sua busca pelo serviço coincide com a primeira visita do bebê ao pediatra.

Quando perguntado às mães que estavam na sala de espera, se elas sabiam o que era o “exame da orelhinha”, tivemos que: as mães usuárias do SUS eram as menos informadas. Essas mães foram seguidas pelas mães que pagaram pelos exames que, por sua vez, não souberam dizer o que era o exame, mas que estavam ali porque o médico pediatra perguntou se elas haviam realizado o exame e as orientou a procurar o serviço. As que se mostraram mais informadas foram as mães usuárias de convênio. Talvez isto ocorra porque as mães usuárias do SUS receberam apenas um papel que dizia que deveriam retornar para realização do exame (o que em alguns casos foi até enfatizado pela enfermeira de plantão no momento de alta da mãe como sendo de dever da mãe a realização do teste, segundo informações das próprias mães). Cabe observar que, também no caso das mães usuárias SUS pesquisadas antes da alta hospitalar, a resposta obtida é que poucas sabiam da existência do exame.

Aqui podemos destacar a persistência da desinformação, ou seja, tanto antes como após a alta hospitalar, há falta de informação para as mães que procuram o setor de triagem auditiva infantil, indicando ser este um ponto frágil do serviço que mereceria ser modificado se o objetivo é promover a saúde auditiva e educar a população. O que parece ter motivado as mães a buscar o serviço foi a orientação do médico ou da enfermeira sobre a necessidade do exame, ainda que a mãe não saiba bem qual é e para quê ele serve. Tal movimento se justifica, pois ainda vivemos em uma sociedade em que médicos e alguns profissionais da saúde gozam de muito prestígio, e suas orientações são seguidas sem questionamentos.

As mães que utilizaram seus convênios para realizar o exame precisam de um pedido médico para aquisição da guia. No momento em que o médico faz o pedido, geralmente, na primeira consulta dessas mães ao pediatra ou o médico comenta com elas sobre o exame ou elas, diante da tarefa de explicar ao médico o que desejam, acabam tomando maior contato com a finalidade e o exame auditivo em si, realizando uma troca de informações sobre o processo da triagem e, neste

sentido, acabam sendo melhor informadas. Assim, um procedimento que poderia inicialmente ser compreendido como mais complexo para o acesso ao exame (apenas 12% dos usuários dos convênios realizaram o exame no período do estudo), parece se mostrar paradoxalmente eficiente no que se refere à qualidade da informação recebida pelas mães. Vale lembrar que esta é uma informação obtida fora do serviço da triagem auditiva neonatal focalizado, todavia o próprio percurso das mães para chegar ao exame o divulga.

Quanto à frequência ao Curso de Gestantes oferecido pela instituição, as mães usuárias do SUS referem não saber da existência do curso; duas mães provenientes dos convênios freqüentaram o curso do hospital, cinco não e uma mãe do sistema particular fez o curso em outro local, e referiu não se lembrar se houve abordagem sobre a triagem auditiva durante o seu curso. As demais mães (duas) não freqüentaram cursos.

Quanto à visita da fonoaudióloga às mães nos quartos/apartamentos do hospital, as seis mães do sistema SUS referem não ter recebido o que está de acordo com a rotina do hospital. As mães do sistema particular referem não ter recebido tal visita. Das mães conveniadas, seis lembram da presença da fonoaudióloga, porém não se lembram do que foi dito. Há aqui, novamente, exclusão das mães SUS se pensarmos na divulgação do programa de triagem no próprio hospital, reforçando a idéia de que a qualidade ao acesso às informações acontece de modo desigual para classes sociais também desiguais. Outro aspecto relevante é que a visita não supre adequadamente suas finalidades, já que várias mães referem não recordar o conteúdo do que foi tratado. A efetividade das visitas merece ser discutida e uma investigação cuidadosa parece ser necessária para compreender porque esse contato individual com um profissional habilitado não favorece a conscientização e esclarecimento da população-alvo.

Quanto ao material escrito entregue às mães, somente após a alta: as mães do sistema particular referiram receber material, mas poucas leram. As mães conveniadas referem ter recebido o material escrito, mas não lembrar o que ele informava. Já as mães usuárias do SUS levam grampeado, na carteirinha de saúde do bebê, um papel indicando que elas têm até sete dias após o nascimento da

criança para ligar para o setor de emissões e agendar a triagem auditiva gratuita. Este modo de comunicação pode ser interpretado como uma obrigação pelas mães como acontecia, e, talvez, ainda aconteça na Campanha contra a Poliomielite, em ações educativas sobre a vacinação obrigatória; ou seja, a mãe realiza o procedimento sem questionar ou procurar se informar sobre o que é, e o faz porque é (ou se sente) obrigada a fazê-lo. Tal fato não invalida as metas desejadas de triagem universal, pois o que se inicia como uma aparente obrigação aos poucos pode tornar-se uma rotina. A população vai conhecendo, divulgando, assimilando e passando a exigir tais ações como direito. Como já comentado sobre o exame da fenilcetonúria (ou teste do pezinho), hoje ele faz parte da rotina do recém-nascido, porém, muitas vezes, a mãe sequer tem conhecimento dele ou de sua realização.

Dos questionários temos que, tanto no momento em que mãe e filho estão deixando o hospital (alta), como no momento em que, dias após o nascimento, mãe e filho retornam a ele para realizar a triagem auditiva, o desconhecimento sobre o procedimento e suas implicações é enorme, revelando a pouca efetividade das práticas de divulgação e conscientização sobre a importância e necessidade do exame. Em relação ao curso de gestantes oferecido pela instituição, ele não é de conhecimento da maioria das mães, já que poucas mães disseram ter freqüentado tal curso. O curso mostra-se mal divulgado, e o número de vagas oferecido indica que a instituição não tem o interesse de atingir de forma abrangente as parturientes que a buscam. Assim, não cabe creditar ao curso a tarefa de divulgação do exame, já que ele é acessível a um número reduzido de mães.

Quanto à visita da fonoaudióloga aos quartos das mães esta ação também não se mostra eficiente, pois das mães que foram abordadas no momento da alta apenas duas lembram da presença da profissional no quarto (uma usuária convênio e uma particular) e as mães que foram abordadas após a alta, seis mães, usuárias de convênio, referem lembrar da profissional, mas não do que foi dito no quarto sobre a triagem. Ou seja, a visita também não atinge plenamente o objetivo de conscientizar as mães sobre a importância da avaliação auditiva de seus bebês.

Sobre o material escrito, poucas mães referem ter recebido, e a maioria não o leu indicando sua pouca eficácia para divulgação do exame.

Capítulo 5.

Discussão

Na análise dos dados coletados pôde-se observar que o número de nascidos vivos no hospital reproduz a realidade social do País e as formas de acesso da população aos Serviços de Saúde. A parcela de mães que optam pelos partos atendidos de forma particular tem um número bem menor de nascimentos; e isto está de acordo com a pirâmide de natalidade brasileira.

Na amostra da pesquisa, a cada 1000 nascidos vivos obtivemos 2 bebês com surdez o que está em acordo com a bibliografia pesquisada sobre incidência da surdez (NÓBREGA,1994; DAVIS et al.,1997; HODGSON,1999; CBPAI,2000 ; RIBEIRO,2001; WEBER,2001; DURANTE,2004; GATANU,2006) e, considera-se, também que este é um número bastante significativo de incidência de doença infantil, devendo, portanto, ser considerado como foco de políticas públicas para sua prevenção.

A população pode e deve ser alertada sobre os cuidados com a saúde auditiva desde o início da vida por meio de comunicações informativas e educativas. Isto pode ser realizado na atenção primária à saúde (desde os berçários das maternidades até as Unidades Básicas de Saúde) e também nos equipamentos de bem-estar social e de educação (creches e escolas).

A provisão de serviços sistemáticos de atenção à saúde da gestante e do bebê é essencial para a promoção da saúde; entretanto, não adianta organizar um sistema, se este não for divulgado à população, de forma que todos saibam que ele existe e quais são os passos a seguir, para que possam ser amplamente utilizados. Lembrando a Declaração de Jacarta (1997): *a promoção da saúde é desenvolvida pelas pessoas e com as pessoas, não para elas.*

No serviço acompanhado, ao responderem os questionários, as mães mostram desconhecimento da possível avaliação auditiva de seus bebês, o que

indica que tanto nos serviços de pré-natal, quanto no atendimento oferecido pelo hospital, esse aspecto não é eficiente. No pré-natal as mães poderiam ter sido orientadas por seus médicos sobre seus direitos e os de seus bebês em realizar o exame auditivo, principalmente aquelas que, por diversas razões, enfrentam dificuldades para o acesso aos serviços gratuitos de saúde. Ou seja, muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida da população – e isso não se aplica apenas à classe menos favorecida, mas a todas elas, porque mesmo as mães com maior poder aquisitivo desconheciam a importância do exame.

Destaca-se a necessidade de revisão em relação à abordagem por meio do material escrito entregue, pois as informações não estão atingindo o seu propósito – limita-se em explicar procedimentos para realizar o exame (guias, datas telefones) e não focaliza a importância do mesmo. Pensar em algo com maior apelo didático, ou atrativo, para que os pais se interessem e absorvam parte da informação pode ser uma alternativa. Ou ainda, ponderar que, no momento pós-parto, ou durante a permanência da mãe no hospital, geralmente 48 horas, a quantidade de informações transmitidas é bastante grande. Somado a isso, a mãe se encontra num estado de expectativa em relação ao bebê e a ela mesma e, por isso, quando papéis são entregues não há muita atenção para as informações ali escritas e tampouco retenção do que foi lido. Assim, para que estes folhetos tenham alguma efetividade eles precisam ser mais atrativos e conterem informações objetivas e interessantes sobre cuidados com a saúde auditiva da criança desde seu nascimento até a aquisição da fala.

A existência do exame auditivo para o recém nascido tem tanta importância quanto o Teste do Pezinho, ou seja, medida preventiva que impede danos maiores à criança se detectada a tempo de intervenções pontuais como relatam Azevedo (1997); Basseto, (1998); Russo (1999) e Yoshinaga-Itano (1999). Espera-se que, dentro de pouco tempo, todos os recém nascidos sejam submetidos ao teste auditivo e que as mães estejam conscientes da importância do exame, uma vez que a triagem auditiva neonatal universal se justifica pela prevalência da alteração auditiva.

O programa de triagem auditiva neonatal requer: pessoas qualificadas para realizar o exame; procedimentos padronizados; sistema de arquivo de dados

eficiente para acompanhamento dos casos. Acima de tudo, um projeto de divulgação que envolva todos os participantes no processo, sobre a existência do exame, seus benefícios para a criança e conseqüentemente para sua família. A triagem não é benéfica por si só sem que haja um seguimento, diagnóstico e acompanhamento da criança a tempo e gerenciamento de dados consistentes. Esta maneira de organizar o serviço faz parte das diretrizes do GATANU para implantação e implementação de serviços de triagem auditiva neonatal.

Vale ressaltar que o papel da equipe que assume um serviço como o proposto é de grande importância e cabe a ela a integração dos vários profissionais que podem (e devem) complementar a atuação do fonoaudiólogo no hospital. Estudo como o de Blank (2003) mostra que enfermeiros investem mais tempo do que médicos nas ações de promoção de saúde, com os mesmos resultados e nível de satisfação das famílias, podendo exercer papel relevante ainda pouco aproveitado nas instituições. Em BRASIL (2001), há a informação de que o responsável pela orientação e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é de responsabilidade do enfermeiro que atua como instrutor/supervisor lotado numa Unidade de Saúde, sendo de sua competência supervisionar no máximo 30 ACS. Deste modo, vê-se neste profissional um grande parceiro para a implementação do programa de triagem auditiva no ambiente hospitalar.

O fato de mães que têm seus filhos durante os finais de semana no hospital não receberem informação sobre o programa é muito preocupante e mostra que não há integração entre a equipe de fonoaudiólogos do programa e demais funcionários do hospital. Ainda destaca-se a ausência do fonoaudiólogo em seu papel de multiplicador e sua falha na ação educativa, pois as mães que responderam o questionário não se lembravam do que foi dito nas visitas aos quartos. Esta prática deve ser revista na tentativa de se atingir as mães que estão internadas, conscientizando-as sobre os benefícios da avaliação auditiva do seu recém-nascido.

A educação pode ser um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos e a aceitação de novos/diferentes valores. A Educação para a Saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência

crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança como já apontavam Mendes e Vianna (2000).

Por ser a Educação em Saúde um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde ela precisa ser vista como um recurso, por meio do qual o conhecimento produzido no campo da saúde, alcance a vida cotidiana das pessoas, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. Vemos que, na prática, ela é apenas uma parte das atividades voltadas para a saúde e mais próxima em desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a Promoção em Saúde é mais próxima de mudanças de comportamento em maior número de indivíduos, portanto, mais ampla e, sendo assim, muito pode se beneficiar do apoio da legislação.

Neste sentido, podemos pensar que o curso para gestantes deveria fazer parte do programa de pré-natal, obrigatoriamente, cada qual adaptado à região, de todas as maternidades do país. E deveria ser freqüentemente avaliado para que não ocorra o exemplo que acontece no hospital estudado, ou seja, o desconhecimento por parte das mães, o que leva ao questionamento de qual o verdadeiro interesse, para a própria instituição, do fornecimento de informações para as mães? Será que o sistema de saúde do próprio hospital não se beneficiaria em ter mães melhor informadas? Esse espaço pode ser mais aproveitado para a divulgação do programa e de outros disponíveis na instituição e que não estão sendo otimizados (banco de leite, projeto canguru, etc). Esse é um espaço que poderia ser aproveitado para informar a população como sugerem Rice e Candeias (1989) *é necessário fundamentar as idéias e opiniões dos membros da comunidade com dados econômicos, de saúde, científicos e sócio-demográficos.*

É importante destacar que visões fragmentadas do ser humano e dos fenômenos ligados ao homem privilegiam leis gerais que são cômodas porque são simples, e que, às vezes, não dão conta de todos os aspectos necessários para atender a determinada parcela da população de modo igual e acabam por construir identidades (falsas) não condizentes com as realidades, como por exemplo, a idéia de que este tipo de programa de triagem auditiva neonatal é possível apenas para

classes sociais mais altas. Porém, vale ressaltar que o programa, tal como oferecido no hospital estudado, por meio de suas “cotas”, não atinge as diferentes classes sociais de modo equivalente, negando os princípios de integralidade e universalidade do SUS.

Desta forma, é preciso que se pense em medidas que podem e devem ser de responsabilidade de todos os envolvidos no programa de triagem auditiva neonatal; todavia, considerando o que é muito importante: devem estar associadas às realidades locais para cada região do País, levando-se em conta sua população e cultura locais.

Não há receitas prontas. A integração entre população e instituição, bem como a capacitação para o exercício da cidadania, são processos em formação, com contribuições inestimáveis para a prática da Promoção de Saúde, intermediada por profissionais e multiplicadores que podem auxiliar, e muito, o processo de acesso ao bem-estar da comunidade. As estratégias passam, então, pelos Serviços de Saúde, pela escola, mídia, informação e conscientização em larga escala e por medidas legislativas e econômicas que aqueles que conhecem e atuam nestes âmbitos podem e devem colaborar para a implementação.

Capítulo 6.

Considerações Finais

São urgentes ações para promoção da saúde e prevenção das deficiências auditivas por meio de campanhas de imunização, campanhas explicativas, atendimento eficaz no pré-natal, boas condições de parto, acesso aos Serviços de Saúde, para que o atendimento às futuras mães seja garantido e de qualidade. Tais atendimentos devem visar não apenas a quantidade, mas a qualidade dos serviços oferecidos.

Debruçar-se sobre as questões propostas neste trabalho significou abordar as múltiplas dimensões que o processo da triagem auditiva neonatal envolve, incluindo questões de esfera organizacional, técnica e humana. Isto também implicou em reconhecer que os êxitos e desacertos do programa de triagem estudado guardam relação com a possibilidade de que aconteçam outras intervenções, complementares às educativas e necessárias para a transformação do problema.

Há dificuldades identificadas em que claramente a ação se orienta para a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos (melhor monitoramento dos dados coletados); outros problemas envolvem dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, indicando a necessidade de melhor integração da equipe que atua no programa e demais profissionais do hospital, principalmente enfermeiros e auxiliares de enfermagem na busca de ampliar a divulgação e eficácia das ações. Não se pode deixar de admitir que, freqüentemente, problemas aparentemente de natureza técnica, podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e de atuar dos profissionais. De qualquer forma, não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema. Assim, a participação efetiva dos vários profissionais que compõem o corpo clínico do hospital no programa pode garantir a informação aos pais quanto aos procedimentos para a realização da TANU, destacando-se a atuação do setor de enfermagem que, em geral, está bastante próximo das mães e bebês em sua estadia no hospital, e do setor de

pediatria que irá acompanhar o desenvolvimento da criança. O serviço em questão pode se beneficiar e muito desta parceria.

Além disso, uma melhor organização do banco de dados se faz necessária, visando oferecer suporte para uma intervenção e acompanhamento dos casos com maior eficiência.

Ainda, seria bastante positivo que o serviço fosse organizado de tal forma que quando o bebê necessitar do PEATE, que este possa ser realizado no mesmo dia, tornando mais fácil a organização dos pais (locomoção, dispensa do trabalho, etc), favorecendo a realização de um diagnóstico completo e rápido.

Em relação à divulgação do serviço, destaca-se a necessidade de desenvolver um meio de comunicação com os familiares sobre informações prévias da TANU e dos procedimentos utilizados, o que pode minimizar a ansiedade dos pais, ampliar seus conhecimentos e frequência de adesão à realização do EOA. Neste sentido, poderia ser elaborado um informativo sobre o significado do exame de triagem e seus resultados, visando facilitar a compreensão dos pais sobre o mesmo, dando especial atenção à qualidade e objetividade da informação.

A criação de um serviço de aconselhamento às famílias também poderia ser uma ação interessante, oferecendo esclarecimentos e orientações, apoiando-se no fonoaudiólogo, já que ele é o profissional capacitado para esta atuação global junto aos casos de identificação o mais cedo possível da surdez. Esse espaço de ação seria mais bem aproveitado se os profissionais que ali atuarem tiverem conhecimentos sobre os desafios e as várias realidades socioculturais existentes no País e buscarem nelas possibilidades de auxiliar da melhor maneira possível aquela família que vem em busca de orientações.

Há necessidade de muita pesquisa e estudo sobre os vários aspectos da triagem auditiva neonatal e, ao mesmo tempo, divulgação desses estudos a fim de que um maior número de profissionais tenha acesso a eles permitindo que procurem um mesmo resultado, qual seja, o maior número possível de bebês recém-nascidos avaliados quanto aos seus aspectos auditivos.

Referências bibliográficas

ABDALA U., C.; YOSHINAGA-ITANO, C. Parent's reactions to newborn hearing screening. *Audiology Today*, 9, 24-27, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Disponível em: www.abrasco.org.br - acesso em agosto de 2006.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS –Task Force On Newborn and Infant Hearing. *Pediatrics* 1999; vol.103, number 2, pp 527-530.

ALMEIDA, V., F. Dê ouvidos ao seu filho. In: *Boa Escola*, ano 1, junho/julho:9-13,2003.

ALLEYNE, G.O.A. Health in the Américas: a search for equity. IN: DAVID ROCKEFELLER CENTER FOR LATIN AMERICAN STUDIES. *Health and equity in the Americas*. Disponível em < <http://www.fas.harvard.edu/~drclas/publications/newsletter/allylene.htm> > acesso em 26.set.2006.

ARAÚJO, F. C.R.S.; ALMEIDA, E. O.C. Avaliação audiológica do Recém-Nascido no alojamento conjunto. Cap7, pp89-100. IN TASCAS, S.M.T.; ALMEIDA, E.O.C.; SERVILHA, E.A.M. (orgs). *Recém Nascido em alojamento conjunto: visão multiprofissional*. Carapicuíba, SP: Pró Fono, 2002.

AZEVEDO, M. F. Avaliação audiológica no primeiro ano de vida. IN: LOPES FILHO O. *Tratado de Fonoaudiologia*, São Paulo: Rocca,1997,pp239-264.

BASSETO, M. C.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. *Neonatologia – um convite à atuação fonoaudiológica*. São Paulo: Lovise, 1998, pp.255-293.

BESS F.H.; HUMES, L.E. *Fundamentos de Audiologia*. 2ed. Porto Alegre: Artmed,1998,315p.

Biblioteca virtual Sérgio Arouca. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.Br>> acesso em agosto de 2006.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro), v.79, pp.13-12. Porto Alegre, 2003.

BONAMIGO, A.W. *Audição na infância: o conhecimento do pediatra*. São Paulo: PUC –SP, 1991. (Tese de Mestrado)

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil – Título VIII, Capítulo II, Seção II*. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Jacarta*. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/html>> Acesso em setembro de 2005.

BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei no. 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *LEX*, São Paulo, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Percentual de nascidos vivos segundo a idade das mães. In: _____. *Indicadores e dados básicos Brasil, 1997*. Brasília: 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 2001.

CADASTRO NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://conselho.saúde.gov.br/legislação>> Acesso em julho de 2005.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista Saúde Pública*, vol.31, pp.26-35. São Paulo: 1997.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Ed Forense Universitária, 1982, 308p.

CARNIEL, E. F.; ANTONIO, M. A.R.G.M.; MOTA, M. R.M. e outros. A Declaração de Nascidos Vivo como orientadora de ações de saúde em nível local. In: *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Junho, vol 3, no.2, p.165-174, 2003.

CARTA DE OTTAWA 1986. Disponível em www.opas.org.br/promoção/uploadArq/Ottawa.Pdf - acessado em 23.07.2006.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciências saúde coletiva*, Jul/Set, 9(3):669-678, 2004.

CHAPCHAP, M. J. Potencial evocado auditivo de tronco cerebral e das Emissões otoacústicas evocadas em Unidade Neonatal. pp.169-199. IN: FURQUIM DE ANDRADE, CR. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*, São Paulo: Lovise, 1996.

COMITÊ BRASILEIRO SOBRE PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA – Recomendação 01/99. *Jornal do CFFa.*, 5: 3-7, 2000.

DAVIS, A.; BAMFORD, J.; WILSON, I. e col. A critical review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment. *Health Technology Assessment*, v.1, no.10, 1997.

DELB, W; MERKEL, D.; PILORGET, K.; SCHMITT, J.; PLINKERT, P.K. Effectiveness of a TEOAE- based screening program. Can a patient-tracking system effectively be organized using modern information technology and central data management? *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 261, pp.191-196, Germany, 2004.

DONAIÓ,C.A.; GONÇALVES,V.M.G.; LIMA, M.P.C; BADUR,S; NAKAMURA,H. Achados preliminares do ambulatório de neurodiagnóstico da deficiência auditiva em 105 casos protocolados no HC Unicamp,IN: *Anais da X Reunião da Sociedade Brasileira de Otolgia*, Porto Alegre: 1993, 95p.

DURANTE, A.S. et al. A Implementação de programa de triagem auditiva neonatal universal em um hospital universitário brasileiro. *Revista Pediatria* 26(2):78-84, 2004.

_____ et al. Programa de Triagem Auditiva neonatal – Modelo de Implementação. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, vol.8, no.1, jan/març/2004. Disponível em: www.arquivosdeorl.org.br/portugues/arevista - acesso em dezembro de 2006.

DURRANT,J.D. ; FERRARO,J.A. Potenciais auditivos evocados de curta latência: ele-trococleografia e audiometria de tronco encefálico.pp.193-232. IN: MUSIEK,F.E.;RINTELMAN *Perspectivas Atuais em Avaliação Auditiva*, Barueri,SP: Manole, 2001.

European Consensus Statement on Neonatal Hearing Screening. Milan, 15-16 May, 1998. Disponível em: <www.ecdcevents.biomed.polimi.it> Acessado em dezembro de 2005.

FINITIZO, T. E GROSSE, S. Quality monitoring for early hearing detection and intervention programs to optimize performance. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 9(2):73-78, 2003.

FRANCISCO, W. Estatística Básica: síntese da teoria, exercícios propostos e resolvidos. 2ª ed. Piracicaba: Editora Unimep,1995.

GOLD, T. The physical basis of the action of the cóclea. *Proc.Roy. Soc.*, London: 1948.

GONÇALVES, V.M.G. Aspectos neurológicos de uma população definida de crianças deficientes auditivas. Campinas, 1990 (Tese de Doutorado - Unicamp).

GLAT, R. A integração social dos portadores de deficiências: uma reflexão. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1995.

GARBIN, W. O Sistema de Saúde no Brasil. pp.23-43. IN: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M.M.; AVILA, C.R.B.; PEREIRA, L.D., *Fonoaudiologia e Saúde Pública*, 2^a.ed., Carapicuíba: Pró-Fono, 2000.

GRACEY, K. et al Current concepts in Universal Newborn Hearing Screening and Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Advances in Neonatal Care*, 3(6):308-317, 2003.

GUEDES, M. L. S.; GUEDES, J. S. *Bioestatística: para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Ao livro Técnico; Brasília : CNPq. 1988

GRUPO DE APOIO A TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL – GATANU. Disponível em: www.gatanu.org - último acesso em janeiro de 2007.

HODGSON, W.R. Avaliação de bebês e crianças pequenas. pp.461-471. IN: KATZ, J. *Tratado de Audiologia Clínica*, 4^a. ed. São Paulo: Manole, 1999.

HOLANDA, A.B. *Novo Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

HOLZHEIM, D.C.P.M.; LEVY, C.C.AA.; PATITUCCI, S.P.R.; GIORGI, S.B. Família e Fonoaudiologia: o aprendizado da escuta. IN: LOPES FILHO, O. *Tratado de Fonoaudiologia*, São Paulo: Rocca, 1997.

HORTON, K.B. Early intervention through parent training. *Otolaryngology Clinical North Am.* 8:143-57; 1970.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística). 2000, www.ibge.gov.br

IERVOLINO, S.M.S. & SOUZA, M.C.C.F. Audiologia Educacional. IN: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. *Monografias Médicas*, série Pediatria, V. XXXII, 1991. 207-218p.

JENSEN, A.M.A.R. Princípios na habilitação e reabilitação da criança deficiente auditiva. pp.195-198 IN: SIH, T. e CALDAS, M. *Otologia e Audiologia em pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING (1994) position statement, *Asha*, 33 (Suppl.5), 3-6.

_____. Joint Committee on Infant Hearing, 2000. Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*;106:798-817,2000.

KEMP, D.T. Stimulated acoustic emission from within the human auditory system. *Journal Acoustic Soc. Am.* 1978, 64:1386-91.

LASMAR, A, CRUZ A.C, NAVEGA, R.A.B. A audição da criança. IN: *Temas de Audiologia*, São Paulo: Pfizer.S.A.,1983,pp.16-25.

LASMAR, A, LASMAR, M.F. Deficiência Auditiva – métodos de avaliação.. IN: SIH, T. *Otorrinolaringologia Pediátrica*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998, pp.53-59.

LEMES, V.A.M.P. O trabalho auditivo e a importância da atuação dos pais no desenvolvimento da criança. IN: SIMONEK, MC & LEMES, VAMP *Surdez na infância: diagnóstico e terapia*. Cap VII. Rio de Janeiro, 1996,197 p.

LEWIS, D.R. As habilidades auditivas do recém-nascido e a triagem auditiva neonatal, cap.6 IN: ANDRADE, C.R.F. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*, vol.I, pp.45-64 São Paulo: Lovise, 1996.

LIMA, R.P.; MAIA, R.; DISTLER, S.D.C. Reflexão sobre um trabalho com famílias. IN: *Espaço: informativo técnico-científico do INES*, no.11, RJ, jan/junho, 1999.

LUTERMAN, D. *Counseling parents of hearing- impaired children*. 1a.ed., EUA: Little,Brown and Company, 1979.

Marion Downs National Center for Infant Hearing – MDNC. Disponível em: www.colorado.edu/slhs/

MENDES, D.; VIANNA, R.D. Educação em saúde – Tendência atual. IN: VIEIRA,R.M.; VIEIRA, M.M.; AVILA C.R.B.; PEREIRA, L.D. (organizadores), *Fonoaudiologia e Saúde Pública*, 2^a.ed., Carapicuíba: Pró Fono, 2000, pp.57-80.

MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1):07-18, 2000.

MOURA, F.M. e SILVA, S.L. A Fonoaudiologia e o trabalho interdisciplinar na Saúde Pública : uma triagem auditiva em creches. In: MARCHESAN,I. ZORZI, J (org.). *Tópicos em Fonoaudiologia*. Vol III, Editora Lovise: São Paulo, 1996.

MUSIEK, F.E.; BORENSTEIN, S.P.; HALL, J.W.; SCHWABER, M. Audiometria de tronco encefálico (ABR): neurodiagnóstico e aplicações intra-operatórias. IN: KATZ, J. *Tratado de Audiologia Clínica*, 4^a. ed. São Paulo: Manole, 1999, pp.349-371.

National Center for Hearing Assessment and Management. NCHAM. Utah State University. Disponível em:<www.infanthearing.org> Acesso em dezembro de 2005.

NÓBREGA, M. Triagem audiológica universal. Cap 32. IN: SIH,T.e CALDAS, *Otologia e Audiologia em pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999,pp.232-42.

_____. Aspectos diagnósticos e etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes. Escola Paulista de Medicina, São Paulo:1994 (Tese de Mestrado).

NORTHERN, J.& DOWNS, M. P. *Hearing in children*. Baltimore, The Williams & Wilkins Co., 1974, pp.01-31.

OLUSANYA, B.O.; LUXON, L.M.; WIRZ, S.L.. Benefits and challenges of newborn hearing screening for developing countries. *International journal of Pediatric Otorhino*,68,pp.287-305, 2004.

PATE, E.; COLLADO, C.; SOLIS, J.A Health equity and maternal mortality. In: Pan American health organization. *Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington: 2001.

PARVING , A , SALOMON, G. The effect of Neonatal Universal Hearing Screening in a Health Surveillance Perspective – a Controlled Study of Two Health Authority Districts. *Audiology* (35):87-92, 1996.

PENN T.O.; GIBSON, B. Utilization of a questionnaire to provide follow-up services in an infant hearing screening program. *J Am Acad Audiol* 5:325-329, 1994.

PEREIRA, M.M., Prevenção às deficiências: Alcances e limitações. *Pedagogo Brasil*, 2004. www.pedagogobrasil.com.br acessado em março de 2004.

PEREIRA, I.M.T.B., PENTEADO, R.Z., MARCELO, V.C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *O mundo da saúde*, São Paulo 24, (1): 39-44, 2000.

PIALARISSI, P.R, GATTAZ, G. Emissões otoacústicas: conceitos básicos e aplicações clínicas. IN: *Arquivos da Fundação Otorrinolaringologia*, São Paulo, 1(2):41-43, 1997.

Portal do Ministério da saúde. <http://portal.saúde.gov.br/saúde>. Acesso em outubro de 2005.

PUCCINI, R.F. História da Saúde Pública no Brasil. In: VIEIRA, R.M., VIEIRA, M.M., AVILA, C.R., PEREIRA, L.D. *Fonoaudiologia e Saúde Pública*, 2^a.ed., Carapicuíba, SP: Pró-Fono, 2000.

REY, L. Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde, Guanabara-Koogan: 2003.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M.F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – um projeto pioneiro. *Revista de Saúde Pública*, vol.23, no. 4, São Paulo, 1989. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/scielo.php?>

RABINOVICH, K. Avaliação da audição na criança. IN: FILHO, Otacílio L. *Tratado de Fonoaudiologia*, editora: Rocca multimídia, 1997, pp.265-283.

Revista da Fonoaudiologia, CRFa.,no.46, 2^a.Região, agosto, p.15, 2002.

RIBEIRO, F.M. Programa de triagem auditiva neonatal. IN: HERNANDEZ, A.M.e MARCHESAN, I. *Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar*, Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

RODRIGUES NETO, E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Textos Técnicos para Conselheiros em Saúde Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS*. Ministério da Saúde, Brasília: 1994.

RUSSO, I.C.P. Orientação a pais de crianças deficientes auditivas. Cap.37,IN: SIH,T.e CALDAS, M.*Otologia e Audiologia em pediatria*. Rio de Janeiro, Revinter, 1999.

RUSSO, I.C.P; SANTOS,T.M.M. *A prática da Audiologia clínica*. 4ed. São Paulo: Cortez, 1993.

SACALOSKI, M. Deficiência auditiva: diagnóstico e conduta na visão dos pais. Escola Paulista de Medicina. São Paulo: 1992 (Monografia de Especialização em Fonoaudiologia).

SICOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12):101-122, 2003.

SILVA, S.F. Experiências e necessidades de mães após o diagnóstico de deficiência mental do filho. São Carlos: UFSCAR, 1988 (Dissertação de Mestrado).

SOARES, E. Emissões Otoacústicas Evocadas em neonatos saudáveis: critérios de referência para uso clínico. São Paulo, 2000 (Dissertação de Mestrado).

SOUZA, L.C.A., PIZA, M.R.T., COSTA, S.S. et al. A importância do diagnóstico precoce da surdez infantil na habilitação do deficiente auditivo. *Acta Awho* 17(3), 1998.

SOUSA, M. F.; A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Revista Brasileira de Enf.* v.53, n Esp., p. 25-30, 2000.

SCARPIN, A.S. et al. Rubéola congênita: suspeita, diagnóstico e estudo do perfil audiológico. Trabalho apresentado como TEMA LIVRE, no IX Encontro Internacional de Audiologia. 26 a 29 de março, 1994, em Bauru – SP.

The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century. The 4th. International Conference on Health Promotion; Jul 21-5; Jakarta, Indonesia, 1997.

UZCATEGUI, A. Parent's reactions to newborn hearing screening. *Audiology Today: Bulletin of the American Academy of Audiology*, 9:24-27, Ontario, 1997.

VIEIRA, S. *Introdução à bioestatística*. 3ed., Rio de Janeiro: Campus, 1980.

VYGOTSKY, L.S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

VOHR, B.R., MOORE, P.E., TUCKER, R.J. Impact on family health insurance and other environmental factors on universal newborn hearing screening program effectiveness. *Journal Perinatol*, 22:380 – 385, 2002.

WEBER, B. A.; DIEFENDORF, A. Triagem auditiva neonatal. Cap11. IN: MUSIEK F.E.; RINTELMANN, W.F. *Perspectivas Atuais em avaliação auditiva*. Barueri: Manole, 2001, pp.323-341.

WEICHBOL, V. e WELZL-MUELLER K. Maternal concern about positive test results in universal newborn hearing screening. *Pediatrics*, 108, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1988.

WHO – GPHC – Group on Primary Health Care. Analysis of the content of the eight essential elements of primary health care. Geneva, 1981.

YOSHINAGA – ITANO, C. Early identification: an opportunity and challenge for audiology. *Seminars Hearing*; 20, 1999.

Anexos

A -protocolo de procedimento na triagem auditiva neonatal proposto pelo GATANU

B -cópia do questionário aplicado junto às mães

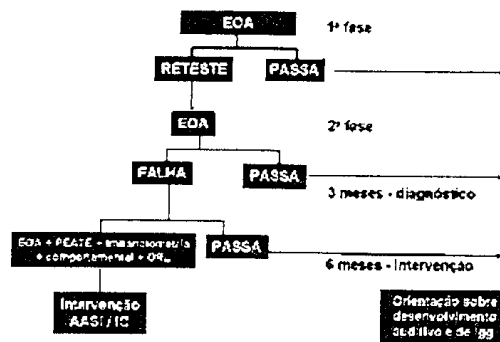
C -cópia do informativo/filipeta entregue às mães SUS divulgando o exame

D -cópia do informativo entregue às mães conveniadas divulgando o exame

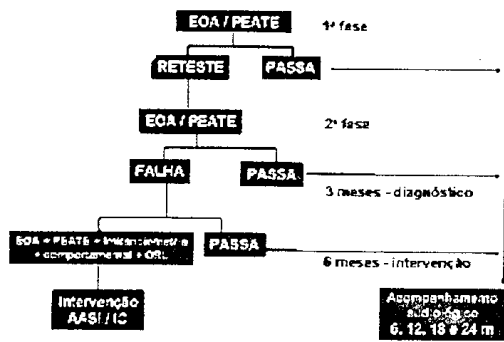
E -cópia da autorização do hospital para realização do estudo

ANEXO A

Protocolo de Baixo Risco



Protocolo de Alto Risco



ANEXO B

Campinas, setembro de 2005.

Questionário avaliação do usuário do serviço de Emissões Otoacústicas Evocadas - “teste da orelhinha” :

IDADE DO BEBÊ:

Convênio:

SUS:

Particular:

1. Você sabe o que é o exame da orelhinha?

() sim () não . O que vc acha que é? _____

2. Você veio ao Curso para Gestantes deste hospital?

() sim () não

Por quê?

3. Você se lembra quando a fonoaudióloga passou no quarto para conversar sobre o teste da orelhinha?

() sim () não

O que se lembra sobre a fala da fonoaudióloga?

4. Você recebeu algum material escrito sobre o teste da orelhinha? Leu?

() sim () não

O que dizia tal material?

5. Sobre o teste da orelhinha você tem algum comentário?

ANEXO C

PREZADA MAMÃE _____

Não realizamos triagem auditiva neonatal em seu filho, pois o exame somente é realizado mediante solicitação. Caso você tenha interesse em saber sobre a saúde auditiva de seu filho, ligue no telefone _____ e marque o exame o mais rápido possível, o exame é gratuito e é direito de seu bebê. Não se esqueça é através da audição que seu filho irá desenvolver fala e linguagem. O exame deve ser agendado até no máximo 7 dias de vida do bebê.

Obs.: traga este papel e a carteirinha de saúde do seu bebê.

Obrigada

ANEXO D

Aos pais

Você conhece a Triagem Auditiva Neonatal? Este exame tem o objetivo de prevenir e detectar surdez em recém-nascidos e já existe neste hospital há alguns anos, sendo realizado por uma fonoaudióloga.

Esse exame não causa dor, nem machuca o bebê e é realizado durante seu sono natural, sendo o silêncio indispensável na realização do mesmo. As células do ouvido serão avaliadas através de estímulos sonoros.

Apesar de ser um exame de fundamental importância, alguns convênios ainda não oferecem a cobertura. Sendo assim solicitamos aos pais que verifiquem sua cobertura para que possamos realizá-lo.

Para que vocês possam ter acesso às informações no convênio devem proceder da seguinte forma:

-tenha em mãos o cartão de convênio do bebê ou do titular do plano;

-o convênio precisará do código do procedimento 51.010.399;

-planos de alguns convênios exigem solicitação do pediatra e emissão de guias, verifique se seu plano se enquadra nestas exigências;

-nosso setor é terceirizado, por isso não podemos atender todos os convênios aceitos no hospital, pois não somos credenciados; neste caso verifique se seu convênio oferece reembolso.

Se o seu convênio não oferecer cobertura o custo do exame é de R\$50,00.

Estaremos à disposição para atendê-lo de Segunda à Sexta, ligue e marque um horário para a realização do exame. Nosso número

Atenciosamente
Setor de Emissões Otoacústicas

ANEXO E

Campinas, 27 de agosto de 2003

Ilmo. Sr.

Serviço de Emissões Otoacústicas/MC

Prezado Doutor,

A Comissão de Ética da _____ reunida em 27/08/2003 analisou sua solicitação e concluiu pela aprovação da mesma.

Desejamos sucesso na pesquisa, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,


Dr. Pec

Presidente da Comissão de Ética Médica/■