



Estudo do diagnóstico, etiologia e (re) habilitação do deficiente auditivo em um centro da Região Sul

Samira Natascha Tschoeke

Fonoaudióloga

Mestre em Distúrbios da Comunicação pela UTP

Lilian Cássia Bórnica Jacob

Docente do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação e do Curso de Fonoaudiologia da UTP

Doutora em Distúrbios da Comunicação

Jair Mendes Marques

Docente do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação e do Curso de Fonoaudiologia da UTP

Doutor em Ciências Geodésicas



Resumo

Investigar a etiologia, as características de diagnóstico e intervenção da deficiência auditiva de alunos de uma organização não-governamental do município de Blumenau - S.C. O estudo foi realizado por intermédio de aplicação de questionário contendo perguntas abertas e fechadas. Foram entrevistados 46 pais ou responsáveis de 50 deficientes auditivos matriculados na Associação Blumenauense de Amigos dos Deficientes Auditivos. Os profissionais assumiram como conduta, o encaminhamento para exames auditivos e/ou avaliação otorrinolaringológica. Nenhum indivíduo foi encaminhado para o diagnóstico por apresentar alteração em algum procedimento de triagem auditiva. A definição do diagnóstico ocorreu, principalmente, entre primeiro e segundo anos de vida. As etiologias apontadas foram: meningite bacteriana, rubéola gestacional, convulsão febril, ototoxicidade, sífilis congênita e prematuridade. Ainda, número elevado esteve relacionado com etiologia idiopática. A forma mais citada de aquisição do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) foi pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com maior facilidade de acesso às faixas etárias mais jovens. Em relação ao processo de (re) habilitação, 68% realizavam acompanhamento fonoaudiológico, sem relação às indicações da Portaria MS 587. A procura por orientação profissional ocorre de forma lenta, aumentando o tempo para definição de condutas, conclusão do diagnóstico e encaminhamentos necessários. Foi constatada a necessidade em realizar investigação da etiologia e medidas de controle epidemiológico. A adoção de políticas públicas voltadas à saúde auditiva no município ainda não é efetiva.

Palavras-chave: audição; perda auditiva; diagnóstico precoce; reabilitação; SUS.

Abstract

Investigate the diagnosis characteristics and hearing loss cause and the intervention of the 50 students from Blumenau Association of Hearing Disabled's Friends, located in Blumenau-Santa Catarina. The study was accomplished through the application of questionnaire which had opened and closed questions. Forty six parents or fifty sponsors of hearing disabled were interviewed enrolled in the Association. The professionals set out for hearing exams and/or neck-head evaluation. None of the individuals was set out for the diagnosis of showing any change at any procedure of hearing valuation. The diagnosis definition happened, mainly, between the first and the second years. The confirmed causes were bacterium meningite, pregnancy german measles, fever grand mal seizure, medicines that cause hearing loss, sifilis and premature. Even that, the high number was related with the unknown source of cause. The most quoted form of acquisition of sound amplification aid was by the Unique System of Health, which has more facility to the younger age rates. Related to the rehabilitation process, 68% had an accompaniment, but there weren't referred cases of accompaniment as indicated by the 587 Decree. The search for professional orientation happens too late, increasing the time to define the behavior, diagnosis conclusion and necessary leading. The adoption of public politics related to the hearing health in the city isn't still permanent.

Key words: hearing, hearing loss, early diagnosis, rehabilitation, SUS.

Introdução

A deficiência auditiva (DA), dependendo de sua natureza etiológica, pode ocorrer de forma distinta em qualquer idade. Entretanto, aquela que apresenta maiores prejuízos ao indivíduo relaciona-se a manifesta no período neonatal ou na primeira infância, pois qualquer grau de perda auditiva que altere a inteligibilidade da mensagem, nesta população, pode interferir na capacidade adequada de interpretação ou aprendizagem (Northern & Downs, 1989).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, a DA afeta cerca de 10% da população mundial. No Brasil, conforme levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a incidência na população brasileira encontra-se na ordem de 16,7% (OMS e IBGE).

A alta incidência da DA e sua identificação tardia geram ônus elevados para o Estado, justificando a necessidade da detecção e intervenção precoces, além do acompanhamento da família e do indivíduo. Na tentativa de minimizar esta elevada incidência e oferecer melhores possibilidades de intervenção precoce ao deficiente auditivo, indica-se conhecer aspectos a respeito do diagnóstico, etiologia e características da DA correlacionadas ao seu local de origem (Bess & Humes, 2000; Godinho, et al, 2003;

Mehl & Thomson, 1998; Andrade, 1997; Lewis, 1996).

Medidas de informação à população, aos profissionais da área da saúde, bem como, a aprovação de legislação que garanta o acesso do deficiente auditivo ao acompanhamento para diagnóstico e intervenção precoces apresentam-se como medidas necessárias. Estes aspectos foram contemplados pelo Ministério da Saúde (MS) na publicação das Portarias GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004 e 587, de 07 de outubro de 2004, porém a implantação das ações voltadas a identificação precoce, diagnóstico e reabilitação do portador de deficiência auditiva ainda não é efetiva na maior parte do país (Darin ET al., 1997; Davoine, 1996; Portarias no 2073 e 587).

Objetivo

Investigar a etiologia, as características de diagnóstico e intervenção da deficiência auditiva de alunos de uma organização não-governamental do município de Blumenau - SC.

Material e Métodos

A presente pesquisa foi realizada com 46 pais ou responsáveis de 50 indivíduos portadores de deficiência

auditiva freqüentadores da Associação Blumenauense de Amigos dos Deficientes Auditivos (ABADA), localizada no município de Blumenau, Estado de Santa Catarina.

A entrevista foi possível pela aplicação de questionário composto por questões abertas e fechadas e elaborado pela pesquisadora principal mediante revisão de literatura, abordando temas como diagnóstico: histórico do indivíduo e da deficiência auditiva, processo de adaptação ao Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e (re) habilitação (Anexo 1). Os entrevistados apresentaram relação direta com os deficientes auditivos e foram submetidos à entrevista pela pesquisadora principal, após concordarem com os termos do consentimento livre e esclarecido.

Em relação ao grau de parentesco com o indivíduo, foi verificado que os entrevistados foram assim representados, 28 mães (60,8%), 11 pais (23,9%), 2 irmãs (4,34%), 2 avós (4,34%), 1 avô (2,17%), 1 pai adotivo (2,17) e 1 tia (2,17%).

Para a análise das respostas os deficientes auditivos foram agrupados conforme a faixa etária. Dos indivíduos participantes, 96% apresentavam perda auditiva do tipo neurossensorial, 2% perda auditiva mista e 2% perda auditiva condutiva. O indivíduo portador de perda auditiva condutiva foi incluído na

pesquisa devido apresentar atresia de meato acústico externo, participando dos projetos desenvolvidos pela ABADA.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa e registrada sob o nº 026/2005.

As respostas do questionário foram digitadas no programa Sphinx Lexica, sendo sua análise realizada de forma quantitativa e, em alguns casos, com agrupamento por categoria de respostas e considerando o uso de AASI.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os dados relativos à(s) atitude(s) dos primeiros profissionais procurados pelos pais ao suspeitarem da DA.

As idades de definição do diagnóstico da DA podem ser visualizadas na Tabela 2.

A respeito das etiologias apontadas pelos entrevistados e confirmadas verbalmente pelos profissionais envolvidos com o diagnóstico (18 deficientes auditivos), as citadas foram meningite bacteriana (38,8%), rubéola gestacional (33,3%), episódio convulsivo (11,1%), uso de ototóxico (5,6%), sífilis (5,6%) e prematuridade (5,6%). Apesar de apontarem suspeitas a respeito da etiologia, 64% não obtiveram a sua definição.

O tempo médio de espera para o início do uso do AASI foi de 26,5 meses. No momento da entrevista, 64% faziam uso do AASI no momento da entrevista e 36% não o utilizavam, sendo que quatro nunca fizeram uso do AASI.

Ao considerar dos indivíduos que faziam uso do AASI no momento da entrevista, a Tabela 3 demonstra os dados relativos à forma de aquisição do primeiro AASI utilizado, considerando as diferentes faixas etárias. A Tabela 4 apresenta os dados referentes a forma de aquisição de novos AASI para 12 indivíduos que fizeram a substituição do mesmo.

Em relação à necessidade de retornos para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), na Tabela 5 encontram-se as informações relativas a ocorrência de acompanhamento pelos Centros de Referência dos indivíduos que obtiveram o primeiro ou os demais AASI por intermédio desses serviços.

Dos 18 indivíduos que nunca utilizaram ou não fazem mais uso do AASI, 11 estão na idade adulta. Para estes, 64% dos entrevistados referiram ter conhecimento acerca da garantia de acesso a programas de (re)habilitação e assistência ao deficiente auditivo conforme instituição das Portarias 2.073/GM e 587. Já 36% negaram conhecer qualquer aspecto garantido pelas citadas Portarias.

Sobre a possibilidade de realizar nova adaptação de AASI, 73% dos entrevistados citaram este interesse e 27% não acreditaram em um bom aproveitamento do AASI pelo usuário.

A respeito da realização de terapia fonoaudiológica, 68% freqüentavam no momento da entrevista e 32% não estavam realizando terapia fonoaudiológica, justificados devido falta de vagas, desistência ou alta no tratamento.

Discussão

Além das discussões acerca da implementação da detecção e intervenção precoce junto aos portadores de deficiência auditiva, outro avanço nessa área está relacionado à adoção de políticas públicas a partir de 2004 (Portarias no 2073 e 587). Entretanto, ainda há a carência de estudos apontando a agilidade, a precocidade e a garantia de atendimento aos usuários do SUS, na esfera da Saúde Auditiva.

Apesar do diagnóstico e encaminhamento urgentes, ainda se apresenta elevado o encaminhamento realizado de forma inadequada, mesmo para indivíduos de idades mais jovens. A espera pelo encaminhamento profissional e acesso aos centros de diagnóstico, aumentam ainda mais o tempo para a adoção de medidas de intervenção.

Mesmo com o fato dos hospitais da cidade de Blumenau apresentarem o profissional fonoaudiólogo em seu quadro de funcionários, do aumento do número de médicos otorrinolaringologistas neste município e das diversas publicações a respeito da importância do diagnóstico precoce, a postura dos profissionais quanto aos encaminhamentos necessários, não apresentou modificações entre as faixas etárias analisadas neste estudo. Nas diferentes faixas etárias foi verificada demora para definir a conduta adequada para a obtenção do diagnóstico. Em estudo desenvolvido com médicos pediatras atuantes no município de Blumenau, verificou-se a necessidade de mais informações sobre a necessidade do diagnóstico precoce, pois 92% afirmaram realizar encaminhamento para o médico otorrinolaringologista nos casos de alto risco e 83% apontaram conhecer os procedimentos de avaliação. Mas, quando em relação ao uso do AASI, apenas 42% acreditaram que a criança possa fazer uso em idade inferior a 6 meses. Ao considerar a importância do médico pediatra no processo de identificação precoce da perda auditiva, esses dados revelaram o despreparo desses profissionais para atuarem neste campo, principalmente quando das possibilidades de intervenção precoce (Zocoli et al., 2006).

Ainda sobre este aspecto, considera-se a importância dos programas para a identificação precoce da deficiência auditiva, mas que podem fracassar se faltar

conhecimento e, acompanhamento multidisciplinar de suporte, principalmente após sua constatação (Watkin, 1990).

Portanto, apesar da constatação dos benefícios do diagnóstico precoce da deficiência auditiva e da oferta de métodos objetivos em consultórios particulares do município e centros de referência de média e alta complexidade, os profissionais da área da saúde ainda apresentaram dificuldades em acolher as queixas relatadas pelos pais, fornecer orientações a respeito da audição e deficiência auditiva e realizar os encaminhamentos necessários para o diagnóstico. Dessa forma, foi possível perceber a necessidade de implementação de informações aos profissionais sobre audição, deficiência auditiva e diagnóstica precoce.

Este fato foi discutido em estudo anterior que relatou mudança nos encaminhamentos realizados entre os períodos de 1970-1981 e 1982-1989 com o investimento em informação e capacitação profissional. No primeiro período avaliado, 15 sujeitos foram encaminhados por clínicas pediátricas, 3 pelo médico otorrinolaringologista, 35 por unidades de cuidados neonatais e pós-natais, 15 pelo médico pediatra e 32 por iniciativa dos pais. Já no segundo período, ocorreram modificações no perfil dos encaminhamentos, 49 sujeitos foram encaminhados por clínicas pediátricas, 18 pelo médico otorrinolaringologista, 17 por unidades

de cuidados neonatais e pós-natais, 14 pelo médico pediatra e 2 por iniciativa dos pais. Nesse estudo, enfatizaram a necessidade do investimento constante na informação dos envolvidos com os cuidados da saúde e de desenvolvimento da criança (Darin et al., 1997).

Kittrel & Arjmand (1997) analisaram 102 questionários que abordavam a respeito dos primeiros atendimentos do filho deficiente auditivo. Destes, 40% dos profissionais consultados negaram a presença de alterações auditivas e solicitaram espera para observação do comportamento da criança. Os profissionais procurados realizaram avaliação informal em 9% dos sujeitos, e encaminhamento de apenas 42% para avaliação audiológica ou otorrinolaringológica.

Ao se considerar a importância do diagnóstico precoce da DA, sobretudo na população em estudo com presença de limiares auditivos elevados que, sugerem a suspeita precoce de pais e, principalmente de profissionais, os dados apresentados confirmam a distância na obtenção do diagnóstico precoce da DA.

A maioria dos indivíduos da presente pesquisa foi identificada no primeiro ano de vida quando analisadas as idades individualmente. Poucos entrevistados correlacionaram a suspeita ao atraso de linguagem ou da interrupção do balbúcio, mas sim à não percepção de respostas frente aos sons, principalmente, em

intensidade elevada. A identificação foi tardia ao considerar o predomínio de perda auditiva profunda. Tal grau de perda auditiva apresenta nítidos sinais, no mínimo, para o profissional atento ao desenvolvimento infantil. Não obstante, observando o resultado total da idade de diagnóstico dos indivíduos, 52% foram diagnosticados em idade superior a 1 ano de idade, o que demonstra a gravidade da situação do deficiente auditivo nesta realidade. Poucos entrevistados referiram receber adequadamente informações ou esclarecimentos a respeito de audição e DA. Mesmo com suspeita e percepção dos comportamentos do indivíduo pelos pais, a desinformação e o aguardo para verificar o desenvolvimento de linguagem foram comuns nos apontamentos dos entrevistados.

Incidência reduzida de identificação precoce foi encontrada em outros estudos, nos quais os identificados em idade inferior a um ano foram apenas 7% dos indivíduos para uma população de 1497 deficientes auditivos e 8,81% dos indivíduos identificados em idade inferior a um ano para uma população de 2545 crianças com suspeita de DA e/ou distúrbios da comunicação (Souza et al., 1996; Silveira et al., 1996).

Há ainda que ressaltar, o elevado número de indivíduos diagnosticados em idade superior a 6 anos. A característica comum aos atendimentos realizados com

estes indivíduos e a sua demora, foi do encaminhamento freqüente a outros profissionais, a não pesquisa efetiva da deficiência auditiva, a dificuldade de acesso aos exames auditivos e a postura de espera e descrédito da suspeita por alguns profissionais da área da saúde. Foi decisivo ao diagnóstico o status sócio-econômico familiar como em outro estudo analisado (Kittrel & Arjmand, 1997).

Mesmo com os resultados obtidos nos indivíduos em idade inferior a 5 anos, onde não foram apresentados casos diagnosticados após 1 ano, não se faz possível a realização de pontuações a respeito de modificações nas condutas de pais e profissionais, devido à casuística reduzida. Mesmo assim, ainda foi verificada idade de diagnóstico além da ideal e da indicada para idade inferior a 6 meses de vida.

De todos os casos diagnosticados antes dos 6 meses de vida, nas diversas faixas etárias, o diagnóstico ocorreu de forma precoce devido relação a indicadores de risco, não estando relacionada a programas de triagem auditiva neonatal ou à suspeita dos pais. Dados concordantes foram obtidos em estudo comparativo entre os períodos de 1990-94 e 1994-2000. O autor não percebeu evolução no segundo período analisado, mesmo com a melhor facilidade de acesso a informações relativas à saúde auditiva (Nóbrega, 2004).

Para indivíduos com idade de diagnóstico

elevada, os entrevistados ou buscaram orientação de profissionais que desacreditaram a possibilidade de deficiência auditiva, ou o tipo de perda auditiva gerava atitudes duvidosas e inconsistentes em comparação ao desempenho de linguagem e comportamento auditivo.

Sobre o diagnóstico tardio, grande parte da literatura apresentada neste trabalho nos parece, num primeiro momento, que devido ao ano de publicação das pesquisas referenciadas, trazem dados desatualizados, porém infelizmente, verificamos que revelaram dados ainda atuais. Neste sentido, constatamos que alguns dados publicados, há 10 anos, são os mesmos que apresentamos nesse momento, não constatando diferenças significativas mesmo com a instituição de políticas referentes à saúde auditiva.

Dos entrevistados que referiram conhecimento sobre a etiologia, os que citaram certeza a respeito da etiologia foram os casos relacionados à meningite bacteriana, rubéola gestacional e sífilis. Entretanto, as demais etiologias colocadas indicaram dados duvidosos a respeito de sua relação com a DA, ou seja, os entrevistados negaram o estudo do profissional a fim de confirmar esta relação. Sobre as etiologias suspeitas, os entrevistados apresentaram desinformação a respeito das causas da deficiência auditiva apontando, inclusive, para fatores que não têm qualquer correlação

com a deficiência auditiva. Ainda, foi alto o índice de entrevistados que não soube relacionar qualquer etiologia. E mesmo referindo suspeitas, estas não foram exploradas coerentemente ou desmentidas pelos profissionais envolvidos com o diagnóstico.

Portanto, para 64% dos indivíduos da presente pesquisa não ocorreu a definição da etiologia, índice superior aos encontrados em outros estudos, todos com valores inaceitáveis e inadequados para o melhor conhecimento das etiologias da deficiência auditiva (Abelha, 1997; Lima et al., 2000).

Segundo os relatos dos entrevistados, a busca pela definição da etiologia não se apresentou como prioritária aos profissionais envolvidos com o diagnóstico, mesmo nos indivíduos mais jovens. O encaminhamento para avaliações complementares para confirmação da etiologia suspeita, quando com indicadores reais ou mesmo o investimento em uma anamnese detalhada, foram atitudes pouco relatadas neste estudo. Mesmo com a maior possibilidade da identificação por intermédio de teste genético da DA não sindrômica, nos últimos anos, não ocorreram encaminhamentos para esta investigação. A ausência de busca da etiologia, seria compreensível de ocorrer nos relatos dos pais cujos filhos têm mais de 15 anos, mas parece desanimador verificar que este fato continua ocorrendo nas crianças mais jovens 22.

A literatura indica para a possibilidade da prevenção de etiologias ambientais, como a sífilis, fator Rh, baixo peso e intercorrências no parto pela prática de orientações pelos profissionais da área da saúde e investimentos no cuidado à gestante e pelo intermédio de avaliações genéticas (Lima et al., 2000; Irisarri et al., 2005).

Apontamos para a importância da investigação da etiologia de forma que a identificação dos agentes patológicos possa colaborar para a adoção de medidas preventivas para a população e realização de estudos epidemiológicos realizados de modo a identificar os agentes patológicos de cada realidade (Lewis, 1996).

Quando do acesso do primeiro AASI por intermédio do SUS, foi constatada insatisfação geral e relatos lamentáveis, de não reconhecimento da urgência da protetização e com os constantes deslocamentos na tentativa de receber este direito. Para a aquisição do segundo AASI, pelo melhor conhecimento a respeito dos locais de acesso e das leis que garantem o direito das estratégias de (re)habilitação, os entrevistados garantiram ter tido maior conhecimento a respeito dos serviços oferecidos pelo SUS, porém o tempo de espera para o acesso foi elevado.

Apesar da melhora na assistência do deficiente auditivo, não constatamos modificações na agilidade do atendimento público após a adoção das medidas da

Portaria 587 e o funcionamento dos quatro Centros de Referência para o Estado de Santa Catarina, dos seis cadastrados. Tal Portaria responsabilizou a atenção básica nas ações de promoção à saúde auditiva, de prevenção, identificação precoce e ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamentos quando necessário para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade que assegura a assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com DA.

Para cada Centro de Referência está contemplado o atendimento integral ao paciente, ou seja, diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação, fornecimento de AASI e terapias. Alguns entrevistados que receberam os AASI após a publicação desta Portaria e definição dos Centros de Referência, perceberam uma maior facilidade para o acesso e fornecimento do AASI. Talvez estas modificações sejam sentidas de forma gradual, pois no ano de 2006 no Brasil, foram habilitados, inicialmente, 87 Centros de Referência sendo efetivadas outras habilitações até o término do referido ano (Portarias 587 e 55).

Entretanto, o próprio acesso ao Centro de Referência ainda se caracteriza como longo. Os entrevistados apresentaram um penoso caminho até o recebimento do AASI. O tempo entre a suspeita e o diagnóstico ocorreu tardiamente. Além de

todo o impacto do diagnóstico, citado por diversos entrevistados, são repassadas diversas informações a respeito da deficiência auditiva e dos procedimentos de (re)habilitação, o que foi considerado como prejudicial à procura por recursos. Além, a burocracia apresentada pelo SUS também foi um fator agravante para a aquisição do AASI. Quando realizada a indicação ao Centro de Referência, há a necessidade de encaminhar o chamado Tratamento Fora de Domicílio, que realiza a solicitação de vaga ao Centro de Referência, conforme as cotas disponibilizadas ao município e seguindo as especificações da Portaria nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Ao conseguir a vaga no Centro de Referência, o indivíduo deve realizar todas as avaliações auditivas no local, aonde ainda, são efetuados os primeiros testes com os AASI indicados. Quando selecionado o AASI compatível com a perda auditiva do indivíduo e de maior satisfação para ele, atualmente, o tempo de espera médio para o recebimento encontra-se, em torno de 8 meses (dados fornecidos pela ABADA). A quantidade de AASI fornecidos pelo SUS efetivamente apresentou aumento, mas ainda restrito para as necessidades do município e região sendo o tempo de acesso ainda tardio e oneroso. Prova disso, são os dados distintos apresentados pelo Ministério da Saúde, aonde o tempo médio de espera para o acesso ao AASI é de 3 meses (Davoine, 2006; Portaria SAS no 55).

O recebimento do AASI por intermédio de doações foi citado como medida alternativa à demora de acesso pelo SUS, muitos entrevistados citaram a ABADA como provedora deste recurso. Outros comentaram sobre a organização de grupos comunitários para obtenção de recursos financeiros e repasse do valor ao indivíduo. Também foi claro o papel de grupos religiosos na obtenção do AASI.

O acesso dos AASI, por intermédio de doações, apresentou ressalvas. Um dos aspectos apontados foi o fornecimento de AASI anteriormente utilizado por outro indivíduo. Mesmo com a doação do AASI indicado para o tipo de perda auditiva do indivíduo, não foi permitido ao indivíduo fazer a opção por outros tipos de aparelho, de optar por novas tentativas, caso não se adaptasse. Há de se considerar, ainda, as limitações de configurações internas, entre outras restrições. Estes aspectos podem ter contribuído para o elevado número de queixas relativas ao uso do AASI.

Para os que adquiriram o AASI de modo particular, a opção por esta alternativa, esteve relacionada com a referência à demora de acesso aos recursos do SUS e pelo conhecimento e esclarecimento pelos profissionais dos benefícios do uso do AASI de forma urgente. Muitos dos entrevistados citaram a venda de bens pessoais para subsidiar a compra. Por apresentar o AASI custo elevado, esta forma de aquisição também

se mostrou onerosa.

Ao usuário do SUS, em relação à Saúde Auditiva, faz-se garantido o retorno ao Centro de Referência cadastrado em caso de inadaptação e obriga-se a realização de até quatro retornos para crianças e um retorno para adultos após o recebimento do AASI. Por este motivo, foi pesquisado como os entrevistados foram orientados a proceder ao receber o AASI.

Ocorreu aumento gradual do agendamento prévio dos retornos efetuados pelo SUS quanto mais jovem encontrava-se o indivíduo, talvez pela instituição, nos últimos anos, de normativas pelo Ministério da Saúde e a prática freqüente de auditorias por este órgão. Quanto mais velho o indivíduo, mais comum foi o relato de não recordar se recebeu informações a respeito. Este tópico pode indicar tanto, realmente, o esquecimento do comparecimento aos retornos necessários ou mesmo a não apresentação de regras claras a respeito deste acompanhamento. O terceiro procedimento citado foi o agendamento dos retornos por responsabilidade do usuário, quando necessário. Esta prática foi relatada como inadequada pelos entrevistados, pois na ocorrência de alterações com o AASI e queixas com o uso, o acesso não aconteceu de forma imediata.

Sobre a terapia fonoaudiológica, por intermédio do SUS, foi citado como de difícil acesso, mesmo após a



protetização apesar de preconizada como prioritária pela Portaria 587 de 07 de outubro de 2004.

Conclusões

Verificou-se a necessidade no investimento em informação e capacitação sobre aspectos relacionados à audição, deficiência auditiva e (re)habilitação precoce para a população e os profissionais atuantes na rede de saúde do município.

A adoção de políticas públicas voltadas à saúde auditiva no município ainda não ocorre efetivamente. Foi nítida, portanto, a urgência de práticas para identificação precoce e o estabelecimento de programas para acompanhamento aos recém-nascidos e crianças com indicadores de risco e/ou suspeita de deficiência auditiva.

Há a necessidade de melhorar a agilidade na aquisição do AASI e da (re)habilitação e a garantia do acesso ao acompanhamento do usuário.

Referências bibliográficas

NORTHERN JL; DOWNS M. *Audição em crianças* (1989). São Paulo: Manole.

OMS: Organização Mundial da Saúde. *Saúde das pessoas*. [acesso em 21 mai 2005]. Disponível em: <http://www.sho.int/en/>; 2005

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2000*. [acesso em 19 mai 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/default.php>; 2000.

BESS F; HUMES L. *Fundamentos em audiologia* (200). Porto Alegre: Artmed.

GODINHO R; KEOGB I; EAVEY R (2003). “Perda auditiva genética”. *Rev bras de otorrinolaringol*, v. 69, n. 1, p. 100-4.

MEHL A.L.; THOMSON V (1998). “Newborn hearing screening: the great omission”. *Pediatrics*, v. 101, n. 1.

ANDRADE C.R.F. (1997). *Intervenção precoce em fonoaudiologia*. In: BEFI D. *Fonoaudiologia na atenção primária à saúde*. Lovise, p. 139-45.

LEWIS D.R. (1996). *As habilidades auditivas do recém-nascido e a triagem auditiva neonatal*. In: ANDRADE C.R.F. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*. Lovise; p. 149-68.

DARIN N; HANNER P; THIRINGER K (1997). “Changes in prevalence, aetiology, age at detection, and associated disabilities in preschool children with hearing impairment born in Göteborg”. *Developmental medicine & child neurology*, v. 39, n. 1, p. 797-802.

DAVOINE S (2006). “Eschuchar a sus discapitados auditivos”. *Audio infos*, v. 36, n.1, p. 59-62.

BRASIL. Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. Institui a política nacional de atenção à saúde auditiva.

BRASIL. Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004. Determina a adoção de providências necessárias à organização e implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva pelas Secretarias de Estado da Saúde.

ZOCOLI A.M.F; RIECHEL F.C.; ZEIGELBOIM B.S.; MARQUES J.M (2006). “Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática”. *Rev bras de otorrinolaringol*, v. 72, n. 5, p. 617-23.

WATKIN P.M.; BALCWIN M; LAOIDE S (1990). “Parental suspicion and identification of hearing impairment”. *Arch of disease in childhood*, v. 65, n. 1, p. 846-50.

DARIN N; HANNER P; THIRINGER K (1997). "Changes in prevalence, aetiology, age at detection, and associated disabilities in preschool children with hearing impairment born in Göteborg". *Developmental medicine & child neurology*, v. 39, n. 1, p. 797-802.

KITTREL A.P.; ARJMAND E.M. (1997). "The age of diagnosis of sensorineural hearing impairment in children". *Int j of pediatric otorhinolaryngol*, v. 40, n. 1, p. 97-106.

SOUZA L.C.A.; PIZA M.R.T.; COSTA S.S.; ANDRADE M.J.; JAEGER W.L.G. (1996). "Surdez infantil: diagnóstico precoce e casuística da Fundação Paparella". *Rev bras de otorrinolaringol*, v. 62, n. 1, p. 9-14.

SILVEIRA J.A.M.; SILVEIRA A.M.; BENTO R.F.; BUTUGÃO O; MINITI A; ALMEIDA E.R. (1996). "Potenciais evocados auditivos (EcoG e/ou BERA) em 2545 crianças com suspeita de disacusia e/ou distúrbios da comunicação (estudo da etiologia, graus da deficiência auditiva e precocidade do diagnóstico)". *Rev bras de otorrinolaringol*, v. 62, n. 5, p. 388-408.

NÓBREGA M. (2004). *Estudo da deficiência auditiva em crianças e adolescentes, comparando-se os períodos de 1990 a 1994 e 1994 a 2000*. São Paulo. Tese de doutorado – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

ABELHA S.A.O. (1997). "Um estudo da prevalência de causas da deficiência auditiva no serviço de audiologia da AMBESP". *Rev bras de otorrinolaringol*, v. 63, n. 4, p. 337-8.

LIMA A.S.; SALLES A.M.; BARRETO A.P.(2000). "Perdas auditivas congênitas e adquiridas na infância". *Rev bras de otorrinolaringol*, v. 66, n. 5, p. 486-92.

SARTORATO E.L.; GUERRA A.T.M. (2002). "Genes do silêncio: a complexidade clínica da surdez genética". *Rev bras de otorrinolaringol*, v. 68, n. 6, p. 903-6.

IRISARRI M.N.; MARTINEZ V; ALEMÁN N; MORENO S; VALIENTE A; ALONSO A.M. (2005). "Epidemiologia de la hipoacusia neurosensorial en la comunidad foral de Navarra". *Ann Sist Sanit Navarra*, v. 28, n. 1, p. 93-104.

BRASIL. Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do sistema de informações ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

Anexo 1

Questionário

1. Informante _____ (parentesco: _____)

2. Iniciais do aluno: _____

3. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

4. Idade: _____

5. Quando ocorreu a suspeita que seu filho era portador de deficiência auditiva?

6. Quem suspeitou?

7. Quais comportamentos de seu filho motivaram tal suspeita?

8. Qual atitude tomou ao suspeitar que seu filho tinha deficiência auditiva?

9. Qual foi a atitude de seus familiares frente a suspeita?

10. Qual profissional procurou, que idade seu filho tinha neste momento?

1. Quais atitudes/orientações foram tomadas por este profissional?

12. Este profissional encaminhou para:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Avaliação Fonoaudiológica | <input type="checkbox"/> 2. Avaliação Otorrinolaringológica | <input type="checkbox"/> 3. Exames auditivos |
| <input type="checkbox"/> 4. Avaliação neurológica | <input type="checkbox"/> 5. Pediatra | <input type="checkbox"/> 6. Escola Especial |
| <input type="checkbox"/> 7. Solicitou que esperasse | <input type="checkbox"/> 8. Outro _____ | |

13. Qual foi sua atitude após esta primeira avaliação?

14. Quanto demorou entre a sua suspeita e o diagnóstico de deficiência auditiva?

1. Antes de 1 ano (___ meses) 2. 1 ano 3. 2 anos
 4. 3 anos 5. 4 anos 6. 5 anos
 7. Outra idade _____

15. Quanto demorou entre o primeiro profissional consultado e a confirmação de deficiência auditiva?

16. Em qual idade foi obtido o diagnóstico de deficiência auditiva?

17. Foi definida a causa da deficiência auditiva? O que ocorreu? Se não, por que não foi definida? O que disseram para você? Quem disse?

18. Você se sujeitaria a passar por uma avaliação genética? Teria tempo disponível para isso? Tem interesse?

19. Você conhece o grau de d.a. de seu filho? Ou você sabe o que o seu filho consegue ouvir com AASI? E sem?

20. Se não foi definida a causa, você suspeita de algo?

1. Fumo 2. álcool 3. drogas
 4. medicamentos () 5. outros _____

21. Na gestação, você teve exposição à:

22. Realizou pré-natal? Desde que mês?

23. Teve algum aborto?

1. Sim 2. Não

24. Quais das doenças abaixo a mãe apresentou durante a gestação?

1. Citomegalovírus 2. Rubéola 3. Sífilis
 4. Toxoplasmose 5. Hiperbilirrubinemia 6. Outra (s) _____

25. No nascimento:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Normal | <input type="checkbox"/> 2. Cesárea | <input type="checkbox"/> 3. Uso de fórceps |
| <input type="checkbox"/> 4. À termo | <input type="checkbox"/> 5. Prematuro | <input type="checkbox"/> 6. Chorou logo |
| <input type="checkbox"/> 7. Não chorou | <input type="checkbox"/> 8. Convulsões | <input type="checkbox"/> 9. Banho de luz |
| <input type="checkbox"/> 10. Transfusão sangüínea | <input type="checkbox"/> 11. Teve anóxia | <input type="checkbox"/> 12. Teve icterícia |
| <input type="checkbox"/> 13. Alguma cicatriz. | | |

26. Peso do bebê no nascimento:

27. Alguma intercorrência durante o parto?

28. Quais doenças abaixo seu filho já apresentou?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Caxumba | <input type="checkbox"/> 2. Meningite | <input type="checkbox"/> 3. Bronquite |
| <input type="checkbox"/> 4. Sarampo | <input type="checkbox"/> 5. Malária | <input type="checkbox"/> 6. Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> 7. Coqueluche | <input type="checkbox"/> 8. Otorréia | <input type="checkbox"/> 9. Hipertensão |
| <input type="checkbox"/> 10. Varicela | <input type="checkbox"/> 11. Otites | <input type="checkbox"/> 12. Sífilis |
| <input type="checkbox"/> 13. Rubéola | <input type="checkbox"/> 14. Cefaléia | <input type="checkbox"/> 15. Desidratação |
| <input type="checkbox"/> 16. Outra(s) _____ | | |

29. Apresenta ou apresentou outro problema de saúde? Qual?

30. Cirurgias? Qual? Quando?

31. Internamento hospitalar? Por quê? Quando? Quanto tempo?

32. Quais dos medicamentos abaixo a criança faz ou fez uso?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Garamicina | <input type="checkbox"/> 2. Gentamicina | <input type="checkbox"/> 3. Neomicina |
| <input type="checkbox"/> 4. Diuréticos | <input type="checkbox"/> 5. Aspirina | <input type="checkbox"/> 6. Quinino |
| <input type="checkbox"/> 7. Outro _____ | | |

33. Faz ou fez uso de outra medicação? Qual a dose? Quanto tempo?

34. Quando começou a utilizar o AASI?

35. O AASI foi:

1. Monoaural 2. Binaural

36. Você percebeu melhora no desenvolvimento da criança após adaptação do AASI?

37. Você conhece o grau de d.a. de seu filho? Ou você sabe o que o seu filho consegue ouvir com aparelho? E sem?

38. Ele queixava-se ou queixa-se de algo com o uso do AASI? O quê? Como está a adaptação? Ele tira o AASI? Não quer colocar? Fica bem com ele? Quantas horas de uso por dia?

39. Ainda utiliza o AASI?

1. Sim 2. Não

40. Se não, qual o motivo pela rejeição ao uso do AASI?

41. Se tem problemas com molde como é resolvido o problema? Se o aparelho quebra ou dá defeito, como é resolvido o problema? Quanto tempo ele fica sem o aparelho até a resolução do problema?

42. E a pilha? Fica sem AASI por causa de falta de pilha?

43. Você comprou o AASI ou recebeu de algum Órgão Público / Instituição filantrópica? Qual?

44. Se recebeu o AASI pelo SUS, como está sendo o processo de atendimento? São marcados retornos? O que se faz nesses retornos? Só marcam quando você liga pedindo?

45. Teve facilidade em conseguir os acompanhamentos necessários após o diagnóstico? Onde? Quais?

46. Você sabe que hoje existe um programa de doação de AASI e assistência ao d.a.? (indivíduo mais velho, nunca usou ou parou de usar)

47. Acha que vale a pena tentar novamente a adaptação de AASI no seu filho?

48. Recebeu orientação com relação ao uso, cuidados e manuseio do AASI?

49. Faz terapia fonoaudiológica? Se não faz, por quê? Se faz, quantas vezes na semana? Individual ou em grupo?

50. A fonoaudióloga conversa periodicamente a respeito do desenvolvimento do seu filho? Sugere atividades em casa?

51. Você ou alguém tem realizado algum trabalho com a criança em casa?

52. Se não faz terapia, como acompanha a audição e o funcionamento do AASI? Mesmo se faz terapia, esse acompanhamento é feito?

53. Você acompanhou o processo de reabilitação de seu filho? Teve apoio dos demais membros da família?

54. Quais dificuldades você percebe que seu filho encontra no dia-a-dia?

55. Antes do nascimento ou na maternidade você recebeu algum tipo de informação sobre audição e deficiência auditiva? Se sim, quem lhe informou?

56. Frequenta escola regular? Especial? Se frequenta regular, recebeu algum tipo de orientação? A fonoaudióloga falou com a professora?

TABELA 1 – ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELO PRIMEIRO PROFISSIONAL PROCURADO

RESPOSTAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)									
	1 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 20		Acima de 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Encaminhamento para exames auditivos	04	44,5	09	42,8	05	45,5	07	46,6	05	71,4
Encaminhamento para avaliação ORL	03	33,3	03	14,2	01	9,1	02	13,4	01	14,3
Encaminhamento para avaliação fonoaudiológica	01	11,1	04	19,1	-	-	01	6,6	01	14,3
Encaminhamento para avaliação neurológica	-	-	01	4,8	-	-	02	13,4	-	-
Solicitou espera	01	11,1	04	19,1	04	36,3	01	6,6	-	-
Encaminhamento para outro profissional ou tomou outra atitude	-	-	-	-	01	9,1	02	13,4	-	-
TOTAL	09	100	21	100	11	100	15	100	07	100

n= número de indivíduos

TABELA 2 – IDADE DA DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

RESPOSTAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)									
	1 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 20		Acima de 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Antes de 1 ano	02	33,3	01	6,7	02	18,2	02	16,6	02	33,6
Primeiro ano	04	66,7	03	20	05	45,4	01	8,4	01	16,6
Segundo ano	-	-	04	26,6	01	9,1	04	33,3	01	16,6
Terceiro ano	-	-	01	6,7	01	9,1	-	-	-	-
Quarto ano	-	-	01	6,7	-	-	01	8,4	-	-
Quinto ano	-	-	02	13,3	-	-	-	-	01	16,6
Acima de 6 anos	-	-	03	20	02	18,2	04	33,3	01	16,6
TOTAL	06	100	15	100	11	100	12	100	06	100

n= número de indivíduos

TABELA 3 – MODO DE AQUISIÇÃO DO PRIMEIRO AASI UTILIZADO

RESPOSTAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)									
	1 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 20		Acima 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Por intermédio do SUS	03	60	04	36,4	03	42,8	02	33,3	01	33,4
Por intermédio de doações	02	40	03	27,2	02	28,6	01	16,7	01	33,3
Modo particular	-	-	04	36,4	02	28,6	03	50	01	33,3
TOTAL	05	100	11	100	07	100	06	100	03	100

n = número de indivíduos

TABELA 4 – MODO DE AQUISIÇÃO DOS DE MAIS AASI UTILIZADOS

RESPOSTAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)							
	6 a 10		11 a 15		16 a 20		Acima 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Por intermédio do SUS	04	100	02	50	01	33,3	-	-
Por intermédio de doações	-	-	02	50	02	66,7	01	100
TOTAL	04	100	04	100	03	100	01	100

n = número de indivíduos

TABELA 5 – SISTEMA DE AGENDAMENTO DE RETORNOS REALIZADOS PELO SUS – CENTROS DE REFERÊNCIA

RESPOSTAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)									
	1 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 20		Acima de 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Local agenda	03	100	07	87,5	-	-	01	25	-	-
Usuário deve procurar	-	-	01	12,5	02	40	02	75	-	-
Não recorda se recebeu orientações	-	-	-	-	03	60	-	-	01	100
TOTAL	03	100	08	100	05	100	03	100	01	100