

DAYANE CABRAL DOS REIS

**SAÚDE AUDITIVA EM JOÃO PESSOA: DA SUSPEITA DA
DEFICIÊNCIA AUDITIVA À INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

PUC/SP

São Paulo - 2006

DAYANE CABRAL DOS REIS

**SAÚDE AUDITIVA EM JOÃO PESSOA: DA SUSPEITA DA
DEFICIÊNCIA AUDITIVA À INTERVENÇÃO FONAUDIOLÓGICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Estudos de Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Altair Cadrobbi Pupo.

PUC/SP

São Paulo – 2006

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João e Luíza, pelo exemplo de força e coragem, principalmente, pelo amor e confiança nos passos de minha vida;

Aos meus irmãos, Sérgio e Klecyus, por estarem sempre ao meu lado, incentivando-me a galgar vãos, cada vez, mais altos;

Ao meu esposo, Flávio, grande amor, pelo companheirismo, compreensão, paciência e carinho, devotados durante os momentos, principalmente durante esta minha conquista.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Com satisfação, agradeço à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Altair Cadrobbi Pupo, pelo carinho, apoio, dedicação e indispensável contribuição de seu saber, que ultrapassa as linhas desta pesquisa, proporcionando um crescimento científico na vida acadêmica e profissional, além de um aprendizado quanto ser humano, diante das experiências trocadas e vividas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, força constante e impulsionadora, sempre presente em minha vida, por conduzir-me pelos melhores caminhos.

Aos Diretores e aos componentes dos setores de Audiologia Educacional da FUNAD e UNIPÊ, pela viabilização desse estudo.

Aos familiares das crianças deficientes auditivas, pelas informações cedidas, pela bela intenção de ajudar aos demais pacientes que usufruirão os progressos obtidos a partir desta pesquisa e de muitos outros estudos futuros.

A CAPES, pelo indispensável auxílio concedido.

Às Fonoaudiólogas Dra. Cecília Bonini e Dra. Kátia Alvarenga, pela valiosa contribuição na Banca de Qualificação e por disponibilizarem seu precioso tempo para os esclarecimentos necessários nesta pesquisa.

Ao Prof. Roberto Quirino, pelo apoio e dedicação ofertados em um dos momentos mais difíceis dessa caminhada.

A Marli, pela paciência, auxílio e compreensão, principalmente nos momentos finais.

A Regina, pela gratificante revisão de português.

A João, pela incansável contribuição.

A minha cunhada, Bianca, pelo apoio e companheirismo nos momentos finais dessa caminhada.

Às amigas Ana Célia, Daniela, Juliana, Luciana, Thaís e Valdete, pela presença, apoio e carinho constantes.

A Alisson, Flavinha, Gabriela e Prof^a. Eneida pelo importante apoio.

À todas as amigas e amigos, pelo companheirismo e amizade.

.

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURA

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivo Geral.....	4
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	6
2.1 A Deficiência Auditiva na Criança.....	7
2.1.1 A deficiência auditiva e suas conseqüências.....	7
2.1.2 Da suspeita ao diagnóstico.....	11
2.1.3 A reabilitação fonoaudiológica.....	14
2.1.4 O impacto da deficiência auditiva para a família.....	18
2.2 A Fonoaudiologia na Saúde Pública / Coletiva.....	19
3. FONOAUDIOLOGIA E SAÚDE AUDITIVA EM JOÃO PESSOA.....	24
3.1 Histórico e Descrição da saúde no município.....	24
3.2 A Fonoaudiologia em João Pessoa.....	26
3.3 Os serviços de saúde auditiva em João Pessoa.....	28
4. MÉTODO.....	35
4.1 Casuística	35
4.2 Locais da Pesquisa.....	35
4.3 Instrumentos.....	38
4.3.1 Procedimentos.....	38
4.3.2 Análise dos Resultados.....	39
5. RESULTADOS E DICUSSÃO.....	41
5.1 Caracterização das crianças deficientes auditivas atendidas na FUNAD e na Clínica-escola de Fonoaudiologia do UNIPÊ.....	42
5.2 Aspectos referentes a idade das crianças na época da suspeita da deficiência auditiva, do diagnóstico, da indicação do AASI e do início da intervenção fonoaudiológica.....	45
5.3 Aspectos referentes ao Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).....	55

5.4 Aspectos referentes a terapia fonoaudiológica e à escolaridade.....	59
6. CONCLUSÕES.....	64
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	76
ANEXOS	

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição percentual das causas da deficiência auditiva das crianças.....	43
GRÁFICO 2 – Distribuição percentual dos tipos de perda auditiva das crianças.....	44
GRÁFICO 3 – Distribuição percentual dos graus da perda auditiva das crianças.....	45
GRÁFICO 4 – Box Plot das Idades Estudadas (Mediana).....	46
GRÁFICO 5 – Box Plot do Intervalo das Idades Estudadas (Mediana).....	49
GRÁFICO 6 – Distribuição dos sujeitos segundo a pessoa que primeiro suspeitou da deficiência auditiva da criança.....	51
GRÁFICO 7 – Distribuição percentual da primeira conduta dos pais após a suspeita da deficiência auditiva.....	52
GRÁFICO 8 – Distribuição percentual dos profissionais que indicaram o AASI para criança.....	56
GRÁFICO 9 – Distribuição percentual segundo o recebimento do AASI.....	56
GRÁFICO 10 – Distribuição percentual de crianças que atualmente usam o AASI.....	57
GRÁFICO 11 – Distribuição percentual da forma de aquisição do AASI.....	57
GRÁFICO 12 – Distribuição percentual de quem fez a adaptação do AASI da criança.....	58
GRÁFICO 13 – Distribuição percentual das informações recebidas pelos pais no momento da adaptação sobre o uso do AASI e sua manutenção.....	58
GRÁFICO 14 – Distribuição percentual da frequência do atendimento fonoaudiológico das crianças.....	60
GRÁFICO 15 – Distribuição percentual das escolas que as crianças freqüentam atualmente.....	61

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Número e percentual das crianças deficientes auditivas de acordo com o gênero.....	42
TABELA 2 – Número e percentual das crianças deficientes auditivas de acordo com a idade na época da coleta dos dados.....	42
TABELA 3 – Distribuição percentual das causas presumidas da deficiência auditiva das crianças.....	43
TABELA 4 – Estatística Descritiva das Idades Estudadas.....	46
TABELA 5 – Estatística Descritiva do Intervalo das Idades Estudadas.....	49
TABELA 6 – Distribuição dos sujeitos que suspeitaram da deficiência auditiva da criança.....	52
TABELA 7 – Distribuição dos profissionais de saúde mais procurados pelos pais na época da suspeita da deficiência auditiva.....	53
TABELA 8 – Distribuição dos exames realizados para o diagnóstico audiológico.....	54
TABELA 9 – Distribuição dos exames realizados para o diagnóstico da deficiência auditiva.....	55
TABELA 10 – Idade da criança durante o tempo que frequenta o atendimento fonoaudiológico.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APACs	Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AASIs	Aparelhos de Amplificações Sonoras Individuais
CAME`s	Centros de Atendimento Médico Especializado
CAP`s	Centro de Apoio Psicossocial
COCA	Centro Odontológico de Cruz das Armas
COPLAN	Coordenação de Planejamento
CMCE	Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados
CLIM	Clínica Integrada da Mulher
EOAs	Emissões Otoacústicas
FUNAD	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência
PETAE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS/JP	Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SISREG	Central de Leitos e Internamentos
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
UNIPÊ	Centro Universitário de João Pessoa
UBS	Unidade Básica de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família

RESUMO

Introdução: A realização dessa pesquisa surgiu a partir da detecção sobre a carência de pesquisas relacionadas ao tema em João Pessoa, Paraíba. Sabemos que a deficiência auditiva nos primeiros anos de vida provoca atraso no desenvolvimento da fala/linguagem, que interfere no desenvolvimento social, psíquico e educacional da criança. Desta forma, sentimos a necessidade de realizar um estudo exploratório que apontasse as condições de atendimento de crianças com deficiência auditiva em João Pessoa, descrevendo alguns serviços de referência para população. **Objetivo:** Verificar o tempo decorrido entre a suspeita, o diagnóstico da deficiência auditiva e o início da intervenção fonoaudiológica em crianças assistidas em instituições de João Pessoa, além de caracterizar achados fonoaudiológicos, etiológicos e educacionais da população estudada. **Método:** Foram entrevistados 54 pais de crianças deficientes auditivas de duas instituições de João Pessoa - Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD) e Clínica-Escola de Fonoaudiologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). **Resultados:** Observamos que o intervalo de tempo entre a suspeita e o diagnóstico foi de 12 meses e entre o diagnóstico até o início do atendimento fonoaudiológico foi de 14 meses. **Conclusões:** Constatamos que, em João Pessoa, ainda existe um longo intervalo de tempo decorrido entre a suspeita da deficiência auditiva pelos pais e o início da (re) habilitação fonoaudiológica, prejudicando o desenvolvimento das crianças. Com a implantação das Portarias de Saúde Auditiva Nº. 587, 589 e 2.073, esperamos uma maior conscientização dos gestores e da própria população sobre a importância das ações voltadas à saúde auditiva em seus municípios, a fim de que um grande número de crianças possa ser assistido, o que poderá levar à diminuição da prevalência da deficiência auditiva no Brasil.

Palavras-chaves: deficiência de audição, diagnóstico audiológico, intervenção fonoaudiológica.

ABSTRACT

Introduction: The accomplishment of this research appeared from the detention on the lack of research related to the subject in João Pessoa, Paraíba. We know that the auditory deficiency in the first years of life provokes delay in the development of the speech/language, that intervenes with the social development, psychic and educational of the child. From this form, we feel the necessity to carry through a explorety study that pointed the conditions of attendance of children with auditory deficiency in João Pessoa, describing some services of reference for population. **Objective:** To verify the passed time between the suspicion, the diagnosis of the auditory deficiency and the beginning of the fonoaudiológica intervention in children attended in institutions of João Pessoa, besides characterizing found fonoaudiológicos, etiológicos and educational of the studied population. **Method:** 54 parents of auditory deficient children of two institutions of João Pessoa had been interviewed Person - Foundation Center Integrated of Support to the Carrier of Deficiency (FUNAD) and Clinic-School of Fonoaudiology of the University Center of João Pessoa (UNIPÊ). **Results:** We observe that the interval of time between the suspicion and the diagnosis was of 12 months and enters the diagnosis until the beginning of the fonoaudiológico attendance was of 14 months. **Conclusions:** We evidence that, in João Pessoa, still a long interval of passed time exists enters the suspicion of the auditory deficiency for the parents and the beginning of (re) the fonoaudiológica qualification, harming the development of the children. With the implantation of vestibule de Auditory Health in 587, 589 and 2,073, we wait a bigger awareness of the managers and the proper population on the importance of the actions come back to the auditory health in its cities, so that a great number of children can be attended, what it will be able to lead to the reduction of the prevalence of the auditory deficiency in Brazil.

Word-keys: audition deficiency, diagnosis audiológico, intervention fonoaudiológica

1. INTRODUÇÃO

Sabemos que a audição é um dos principais órgãos dos sentidos, pois traz informações importantes para o desenvolvimento de habilidades humanas, principalmente no que se refere à linguagem oral. Por meio dela, é possível discriminarmos, reconhecermos e atribuímos significados às informações acústicas.

Segundo Lewis et al. (1987), dentre os cinco sentidos do homem (audição, tato, olfato, visão e paladar), a audição é o principal sentido a distância, pois ela fornece informações sobre acontecimentos no meio ambiente; é uma forma de vínculo socioemocional e fornece sinais de alerta importantes para nossa segurança física. Por meio da audição, a linguagem falada é adquirida e desenvolvida, uma vez que a fala precisa ser detectada, reconhecida, interpretada e entendida.

Russo e Santos (1994) afirmaram que a relação entre a audição e a aquisição da linguagem é própria do ser humano e está relacionada aos períodos maturacionais que ocorrem muito cedo na vida do bebê. Se um bebê deficiente auditivo não receber estimulação adequada durante os dois ou três primeiros anos de vida, ele dificilmente terá seu potencial de linguagem completamente desenvolvido.

Almeida (2001) relatou que a criança deficiente auditiva pode ter um desenvolvimento da linguagem e do aprendizado semelhante ao do ouvinte, desde que seja adequadamente estimulado. Por outro lado, a reabilitação insuficiente ou tardia pode representar déficits irreversíveis, levando a alterações nas habilidades comunicativas e cognitivas, com implicações psicológicas, educativas, sociais e econômicas que justificam o esforço do diagnóstico nos primeiros anos de vida.

A deficiência auditiva seja ela adquirida ou congênita, pode ocasionar uma série de dificuldades à criança deficiente auditiva, e nesse sentido, quanto antes ela for identificada e diagnosticada, melhores serão as possibilidades de

desenvolvimento da criança. A recomendação dos diversos comitês científicos sobre audição na criança é que o diagnóstico aconteça entre o terceiro e o quarto mês de vida do bebê, seguido da intervenção fonoaudiológica imediata.

Atualmente, pesquisas realizadas no Brasil vêm demonstrando que o tempo decorrido entre a suspeita da perda auditiva pela família, a realização do diagnóstico e o início da intervenção fonoaudiológica em crianças deficientes auditivas, é grande.

Segundo Nakamura et al. (2000), em estudo realizado no Ambulatório de Neurodiagnóstico das Deficiências Sensoriais na cidade de São Paulo, a confirmação da deficiência auditiva ocorre três anos após a suspeita da família, e vários aspectos podem estar relacionados com essa demora: nível sócio-econômico-cultural dos pais que dificulta a chegada até um profissional especializado (médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo), sistema educacional e de saúde precários e falta de informação ou orientação inadequada do profissional à família.

É importante ressaltar que, durante muito tempo, esses serviços precários de saúde auditiva citados por Nakamura et al. dependiam do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo deficitários tanto do ponto de vista do diagnóstico audiológico como da terapia fonoaudiológica. Atualmente, com as portarias de saúde auditiva (587, 589 e 2073) editadas pelo Ministério da Saúde, a realidade desses serviços está começando a mudar. O credenciamento SUS para prestação de serviços baseado nessas portarias exige a realização de muitos exames para o diagnóstico audiológico, inclusive o potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) e para a seleção e indicação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), prevê a necessidade da terapia fonoaudiológica e de uma assistência multiprofissional envolvendo médicos otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

Como Martinez (2004) ressaltou a eficácia do diagnóstico e do tratamento da perda auditiva na criança depende do entrosamento e da competência da equipe multiprofissional, do uso de protocolos que permitam as avaliações médica e funcional da audição e da integração com a (re) habilitação, garantindo

orientação, informação e suporte adequados à família durante o processo de diagnóstico e, principalmente, após a confirmação da perda auditiva.

Para Nakamura et al. (2000), o diagnóstico da deficiência auditiva deveria ser uma preocupação de Saúde Pública, visando à melhoria da qualidade de vida da população infantil. À família, caberia a responsabilidade pelo comparecimento às consultas, de tantos retornos quanto forem necessários, primeiramente para o diagnóstico e posteriormente para a (re) habilitação.

Vista a importância do diagnóstico, nos primeiros anos de vida, para a audição e com o objetivo de avaliar um maior número de crianças, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) vem sendo realizada em hospitais e maternidades, por meio de testes objetivos e subjetivos.

Segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), existem aproximadamente 5.735.099 pessoas com deficiência auditiva no Brasil. A cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, é composta por 649.410 habitantes (IBGE, 2004), dos quais não se têm dados precisos sobre a prevalência de deficientes auditivos.

São poucos os serviços de saúde auditiva nessa cidade (Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência, Clínica-Escola de Fonoaudiologia do Centro Universitário de João Pessoa, Hospital Edson Ramalho, Clínica Oto-Oftálmica) e raros os programas de Triagem Auditiva Neonatal (Maternidade Cândida Vargas, Clínica Integrada da Mulher e Maternidade Lady Center). Em função disso, parece haver uma demora na realização do diagnóstico audiológico, e do início do atendimento fonoaudiológico, uma vez que os pais têm dificuldades para conseguir vagas nesses serviços.

A partir dessas observações, levantamos a hipótese de que o intervalo de tempo entre a suspeita, o diagnóstico e a intervenção fonoaudiológica de crianças deficientes auditivas assistidas na cidade de João Pessoa – PB, é longo.

Nesse sentido, apontamos para a necessidade de realizar um estudo exploratório que aponte as condições de saúde auditiva em João Pessoa, descrevendo alguns serviços de instituições de referência para a população e para os profissionais na cidade, levantando alguns indicadores sobre a deficiência auditiva na criança. Acreditamos que esse estudo promoverá a necessidade do desenvolvimento de ações integradas relacionadas à promoção da saúde auditiva, à prevenção, ao diagnóstico e à intervenção fonoaudiológica do indivíduo com deficiência auditiva.

1.1 OBJETIVO

Verificar o tempo decorrido entre a suspeita, o diagnóstico da deficiência auditiva e o início da intervenção fonoaudiológica, em crianças assistidas em instituições de João Pessoa, além de caracterizar achados fonoaudiológicos, etiológicos e educacionais da população estudada.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Com o objetivo de facilitar a leitura do capítulo de literatura, este será subdividido em itens, e, para privilegiar o sentido da escrita, a ordem cronológica nem sempre será estabelecida. Os itens apresentados serão relacionados a seguir:

2.1 – Deficiência Auditiva na Criança

2.1.1 – A deficiência auditiva e suas consequências

2.1.2 – Da suspeita ao diagnóstico

2.1.3 – A reabilitação fonoaudiológica

2.1.4 – O impacto da deficiência auditiva para a família

2.2 – Fonoaudiologia na Saúde Pública / Coletiva

2.1 – Deficiência Auditiva na Criança

2.1.1 – A deficiência auditiva e suas consequências

Northen e Downs (1978), em seus estudos, encontraram a prevalência de 1 ou 2 bebês com perda auditiva severa profunda em cada 1000 nascidos vivos. Esses dados foram confirmados 20 anos depois por Sibbald (1998), que afirmou que aproximadamente um, em cada mil recém-nascidos, apresenta surdez, e duas, em cada mil crianças, têm perda auditiva durante os três primeiros anos de vida.

A Academia Americana de Pediatria (1999), também, afirmou que significativa perda auditiva bilateral está presente entre 1 e 3 recém-nascidos em cada 1000 nascimentos em berçários de bebês normais e entre 2 e 4 recém-nascidos para cada 100 nascidos em unidades de cuidados intensivos.

No Brasil, Azevedo (2004) afirmou que a deficiência auditiva é uma das alterações congênitas mais frequentes em recém-nascidos, ocorrendo em cerca de 3:1000 nascimentos, mostrando ser mais comuns que a fenilcetonúria (1:10.000), o hipotireoidismo (2,5: 10.000) e a anemia falciforme (2: 10.000), para os quais a triagem é realizada na rotina dos berçários.

O Joint Committee on Infant Hearing (2000) recomendou os seguintes indicadores de risco para DA, do nascimento até 28 dias:

- qualquer intercorrência que faça o neonato permanecer na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por 48 horas ou mais;
- estigmas ou qualquer outro achado associado a síndromes que acarretam perdas auditivas sensorineurais ou condutivas;
- história familiar de perda auditiva sensorineural na infância;
- anomalias craniofaciais, incluindo aquelas com anormalidades morfológicas;
- infecções intra-uterinas como citomegalovirus, herpes, toxoplasmose ou rubéola.

Quanto ao tipo das perdas auditivas, Russo e Santos (1998) descreveram a seguinte classificação:

- Perdas auditivas condutivas resultantes de patologias que atingem o ouvido externo e/ou médio;
- Perdas auditivas sensorineurais resultantes de distúrbios que comprometem a cóclea ou o nervo coclear (VIII par);
- Perdas auditivas mistas em que aparece tanto componente condutivo como sensorineural em um mesmo ouvido;
- Perda auditiva central é aquela que atinge a via auditiva central, ou seja, a porção do nervo coclear e de suas conexões, que se encontram entre o núcleo coclear e o córtex do lobo temporal.

Davis e Silverman (1970) propuseram a seguinte classificação para o grau da perda auditiva em adultos, considerando a média das frequências de 500Hz, 1 e 2 KHz:

- Audição Normal: de 0 a 25dB;
- Perda auditiva leve: de 26 a 40 dB;
- Perda auditiva moderada: de 41 a 70 dB;
- Perda auditiva severa: de 71 a 90 dB;
- Perda auditiva profunda: de 95dB em diante.

Os autores acima referiram ainda a classificação para o grau da perda auditiva em crianças, considerando a média das frequências:

- Audição Normal: de 0 a 15dB;
- Perda auditiva leve: de 16 a 40 dB;
- Perda auditiva moderada: de 41 a 70 dB;
- Perda auditiva severa: de 71 a 90 dB;
- Perda auditiva profunda: de 91dB em diante.

No que se refere às causas da deficiência auditiva, pode-se referir alguns estudos realizados no Brasil. Tabith et al. (1989) fizeram uma pesquisa no Instituto Educacional São Paulo, escola especial para deficientes auditivos da PUCSP, com 119 alunos e encontraram os seguintes fatores etiológicos: 14,28% por rubéola congênita; 10,08% por meningite; 10,08% por fatores genéticos; 6,72% de genética com consangüinidade dos pais; 4,20% por ototoxicidade; 6,72% por anoxia neonatal; 1,68% por prematuridade; 1,68% por kernicterus; 0,84% por irradiação e 5,88% por fatores associados. Para 37,81% da população estudada, não foi possível determinar o provável fator etiológico.

Dishtchekenian (1993) realizou uma pesquisa em São Paulo, com 104 indivíduos com deficiência auditiva sensorioneural e observou os seguintes fatores etiológicos: 77,1% desconheciam a etiologia; 22,1% por rubéola congênita e 6,7% por meningite.

Nóbrega (1994), em pesquisa realizada com 200 crianças e adolescentes do Ambulatório de Deficiência Auditiva do Departamento de Otorrinolaringologia e Distúrbio da Comunicação Humana da Escola Paulista de Medicina, encontrou os seguintes fatores etiológicos suspeitados para a população estudada: 42 casos com fatores genéticos; 35 casos por rubéola congênita; 24 casos com intercorrências perinatais (hipóxia neonatal, exsanguíneo transfusão, infecções); 20 casos por meningite; 5 casos por ototoxicidade pré, peri e pós-natal e 22 casos com outros fatores. Em 64 casos, não foi possível identificar qualquer fator que pudesse ter levado à deficiência auditiva.

Russo e Santos (1994) afirmaram que é importante conhecer as causas da deficiência auditiva, pois, apesar de sabermos o que fazer com a criança deficiente auditiva é também importante sabermos com que tipo de problema estamos trabalhando. Para as autoras, é comum encontrarmos a descrição de todos os sintomas da deficiência auditiva, mas a etiologia da deficiência é, muitas vezes, subestimada. O diagnóstico preciso da causa da deficiência auditiva, portanto, é de suma importância, tanto para sua prevenção como para a adequação dos métodos fonoaudiológicos e educacionais que deverão ser utilizados.

Costa Filho e Lewis (2003) afirmaram que programas de identificação, diagnóstico de deficiência auditiva em recém-nascidos e intervenção fonoaudiológica até o sexto mês de vida possibilitam estudos epidemiológicos regionais, informando sobre causas e prevalência das perdas auditivas nessa população, o que conseqüentemente trará informações sobre medidas preventivas necessárias para a diminuição das perdas auditivas e uma melhor qualidade de vida para esse grupo social.

Para Northern e Downs (2005), a deficiência auditiva em crianças é uma incapacidade silenciosa e oculta, pois as crianças, em especial os lactentes e as pequenas, não podem dizer que não estão escutando. Dessa forma, a deficiência auditiva deve ser detectada e tratada o mais cedo possível, para minimizar seus efeitos sobre o desenvolvimento de fala e linguagem e sobre os problemas sociais, emocionais e educacionais.

Segundo Camões (1998), a deficiência de audição tem como conseqüência mais evidente o déficit de comunicação. A criança deficiente auditiva, contudo, ao se deparar com suas limitações de comunicação frente ao seu meio social, sofre outras implicações, de origem emocional, cognitiva e intelectual, determinadas pela dificuldade da aquisição da linguagem oral.

Jamieson (1999) concorda com Camões e enfatiza que a idade em que a perda auditiva ocorre é um fator crítico, para se determinar seus efeitos no desenvolvimento da linguagem da criança. Para o autor, o impacto global que uma deficiência auditiva terá na vida de uma criança está relacionado com a idade do acometimento, do diagnóstico, do grau da perda auditiva e da etiologia. Mesmo uma perda auditiva leve em bebês e crianças pequenas pode ter um impacto significativo no desenvolvimento da linguagem.

Diefendorf e Weber (2001) ressaltaram que as dificuldades na comunicação e o baixo desempenho acadêmico frequentemente associado podem levar à auto-estima reduzida e ao isolamento social das crianças com perda auditiva.

2.1.2 – Da suspeita ao diagnóstico

Conforme relataram Nakamura et al. (2000), ao realizarem um trabalho clínico no Ambulatório de Neurodiagnóstico das deficiências sensoriais da UNICAMP, em geral, é a mãe ou familiares próximos que suspeitam da deficiência auditiva. Em contrapartida, nos primeiros meses de vida, o fato de as crianças emitirem sons, embora diferentes ou com poucas variações, pode fazer com que a família não suspeite de nem um tipo de problema auditivo, contribuindo para o atraso no diagnóstico. Passado algum tempo, a criança emitirá um número cada vez menor de sons, e a suspeita da deficiência auditiva ocorrerá por volta dos 12 a 18 meses, quando os pais perceberem que a criança não apresenta as primeiras palavras.

Heck e Raymann (2003) realizaram uma pesquisa em Curitiba / PR, sobre o tempo decorrido entre a suspeita da surdez, a primeira ida ao médico e/ou fonoaudiólogo, o diagnóstico e o início da reabilitação fonoaudiológica, e constataram que a pessoa que mais suspeitou da deficiência auditiva da criança foi a mãe (50%), seguida da avó (11,6%), do pai (8,9%), do médico (7,5%), pai e mãe (5,5%), do avô (3,4%), da professora (2,7%), da tia (2,7%), de um amigo ou amiga (2,1%), do primo do casal (0,7%), da irmã (0,7%) e da madrinha (0,7%). Na pesquisa uma pessoa referiu não suspeitar da deficiência auditiva da criança (0,7%) e três não responderam a questão (2,1%).

Balieiro et al. (1997), em estudo retrospectivo realizado em São Paulo, em que o objetivo era analisar o percurso de crianças deficientes auditivas diagnosticadas nos primeiros anos de vida e que iniciaram o atendimento fonoaudiológico, encontraram o seguinte resultado: 50% dos pais suspeitaram da perda auditiva entre o primeiro e o segundo mês de vida; 35% antes do primeiro ano; e 15% após os dois anos, sendo a mãe quem primeiro suspeitou da deficiência auditiva, e o otorrinolaringologista foi o profissional mais procurado, para a confirmação da suspeita.

Ferro et al. (2002) no estudo sobre o tempo de latência entre a suspeita, diagnóstico e intervenção em crianças deficientes auditivas na cidade de Campo

Grande / MS; observaram que no momento da suspeita 39 pais procuraram um profissional de saúde, sendo o otorrinolaringologista o mais procurado (50%), seguido do pediatra (15,96%), do neurologista (10,87) e do fonoaudiólogo (4,35%).

Azevedo (1996) relatou a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento das habilidades auditivas e da linguagem, alertando para o processo de maturação do sistema auditivo central, a qual ocorre mais intensamente no primeiro ano de vida, em virtude de ser um período de grande plasticidade, em que a experiência auditiva é fundamental para o desenvolvimento normal da audição e da linguagem.

Para Diefendorf e Weber (2001), a identificação precoce da deficiência auditiva e a intervenção imediata aumentam a probabilidade de otimizar o potencial de linguagem, de alfabetização (leitura e escrita), desempenho acadêmico e desenvolvimento emocional e social das crianças.

Em 1970, o Joint Committee on Infant Hearing (JCHI) recomendou a detecção de perdas auditivas o mais cedo possível. Por volta de 1990, recomendou a triagem auditiva em neonatos de risco para deficiência auditiva, utilizando o potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) como procedimento para triagem. Em 1994, o JCHI recomendou a triagem auditiva em todos os neonatos, mesmo aqueles sem risco para deficiência auditiva, podendo ser utilizado para a triagem o PEATE e as emissões otoacústicas. A recomendação permaneceu para o JCHI de 2000.

O Joint Committee on Infant Hearing (2000) referiu que o diagnóstico médico e audiológico das perdas auditivas deveriam ser realizados antes dos três meses de vida, e a intervenção, antes dos seis meses, devido à privação sensorial, que resulta em dificuldades no processamento de estímulos auditivos, e ao fato de que as crianças em fase de aquisição de linguagem precisam estar em contato com pistas acústicas as mais íntegras possíveis.

Portanto, como uma das formas de identificação das perdas auditivas, a triagem auditiva neonatal (TAN) surgiu como um excelente veículo, para atingir essa meta, sendo um procedimento simples e rápido que se aplica a um grande

número de indivíduos e busca identificar aqueles que têm alta probabilidade de apresentar perda auditiva e necessitam de um diagnóstico audiológico completo (Azevedo, 2004).

No Brasil, em 2000, surgiu a recomendação do Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (período neonatal) de que todas as crianças deveriam ser triadas ao nascimento ou, no máximo, até os 3 meses e, em caso de deficiência auditiva confirmada, deveriam receber intervenção educacional até os 6 meses.

Em relação à média de idade na época da confirmação do diagnóstico da deficiência auditiva, podem-se destacar alguns estudos realizados no Brasil.

Novaes (1986) realizou uma pesquisa em São Paulo, com o objetivo de verificar a média de idade em que o diagnóstico da deficiência auditiva foi confirmado, e a autora concluiu que essa média estava em torno de 21 meses, sendo a variação de idade entre os 8 e os 45 meses.

Nóbrega (1994), em pesquisa realizada em São Paulo quanto à idade do indivíduo na suspeita da deficiência auditiva, obteve 27,5% antes do primeiro ano e 28,5% entre um e dois anos, perfazendo 56% de crianças que tiveram suspeita de deficiência auditiva antes dos 2 anos. Estudando o tempo decorrido entre a suspeita e a confirmação da referida, constatou que, para 42% dos indivíduos, este tempo foi superior a 24 meses, caracterizando uma perda de tempo precioso para a confirmação diagnóstica e o início da reabilitação.

Ferro et al. (2002), mostraram em seu estudo que o tempo médio decorrido entre a suspeita e o diagnóstico foi de um ano e três meses, e, para o início da intervenção fonoaudiológica, foi de um ano e sete meses.

Heck e Haymann (2003) realizaram uma pesquisa no Rio Grande do Sul com o objetivo de verificar a idade da criança surda, quando ocorreu a suspeita de perda auditiva, a ida ao médico pela primeira vez, o diagnóstico e a reabilitação auditiva. Os resultados demonstraram que a média de idade na época da suspeita foi 15 meses; da ida ao profissional pela primeira vez foi 21 meses; do diagnóstico foi 26 meses e do início da reabilitação, 41 meses.

Meyer (2003), analisando 928 prontuários de crianças atendidas de 1994 a 1999 no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, em Bauru, encontrou 11 meses como idade média para a suspeita dos familiares acerca da perda auditiva; 18 meses como a idade média para o diagnóstico, e 33 meses como a idade média para a adaptação do aparelho de amplificação sonora individual.

Ozcebe et al. (2005) realizaram estudo com 199 crianças com perda severa à profunda, atendidas de 1999 a 2004, em um Centro na Turquia, com o objetivo de determinar a idade da suspeita, da identificação, da amplificação e da intervenção terapêutica de crianças deficientes auditivas. Os resultados apontaram 12,5 meses como média de idade da suspeita; 19,4 meses como média de idade da identificação; 26,5 meses como média do início da amplificação e de 33 meses na intervenção.

O Fórum de Debates: Criança e Audição (1995) levantou a necessidade de divulgar a importância da implantação de programas oficiais de prevenção e identificação de perdas auditivas, por meio de ações coletivas, interdisciplinares e intersetoriais. Órgãos públicos deveriam ser sensibilizados, para viabilizar pesquisas e a implantação destes programas. Os componentes do Fórum também afirmaram que ações voltadas à identificação precoce de deficiências auditivas podem ser fixadas nos diferentes níveis de atenção, segundo as diferentes realidades.

2.1.3 – A reabilitação fonoaudiológica

Segundo Azevedo (1996), o objetivo de identificar o mais cedo possível as perdas auditivas no Brasil ainda não foi atingido. O período entre a suspeita da deficiência auditiva pelos familiares e o diagnóstico audiológico ainda permanece longo. Na maioria dos casos, apesar de a suspeita auditiva ocorrer no primeiro ano de vida, o diagnóstico e a intervenção ocorrem apenas entre o segundo e o terceiro ano, perdendo-se o período crítico e ideal de estimulação da linguagem e audição.

Roslyng-Jensen (1997) concordou que um dos grandes problemas para detecção da deficiência auditiva é que as crianças chegam aos fonoaudiólogos, muitas vezes, com idades de 3 a 6 anos, tendo já passado a importante fase da maturação dos processos auditivos, tornando o andamento da reabilitação mais difícil.

Balieiro et al. (1997) concluíram que o tempo entre o diagnóstico e o atendimento fonoaudiológico de crianças com deficiência auditiva ainda é muito grande, se considerados os serviços de saúde pública disponíveis nessa área. Para as autoras, não basta apenas diagnosticar o mais cedo possível; a intervenção deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico.

Em se tratando da (re) habilitação propriamente dita, podemos citar a abordagem oralista, a comunicação total e o bilingüismo.

Freeman et al. (1999) definem a abordagem oralista como aquela que permite à criança adquirir a língua falada pela maioria das pessoas como a língua natural, para que, assim, possa viver normalmente “no mundo ouvinte”, sendo a integração o resultado ideal. Uma outra abordagem a ser considerada é a comunicação total que utiliza todos os métodos disponíveis e adequados para o desenvolvimento individual de uma criança deficiente auditiva e para estabelecer e manter uma comunicação precoce tanto interna (pensamento) como externa.

Já o bilingüismo, segundo Guerra (2004), é uma abordagem que expõe o deficiente auditivo a duas línguas, sendo a primeira a de sinais e a segunda a oral.

Balieiro e Novaes (2004) referiram que a terapia de linguagem para crianças deficientes auditivas que percebem sons de fala por meio de dispositivos eletrônicos proporciona à criança e ao adulto o conhecimento lingüístico, assim como a interação entre eles por meio do jogo dialógico. Ao fonoaudiólogo, caberia o papel de identificar as diferenças, adaptando e transformando os elementos que determinam a interpretação desse diálogo.

Para as autoras acima, a criança deficiente auditiva não aprende a falar com os outros falantes, e sim apreende, na atividade dialógica, os sentidos das palavras, apropriando-se do discurso do outro, enquanto constrói o seu. Existem

alguns fatores, porém, que podem interferir nesse processo terapêutico, tais como: o ruído de fundo, que mascara a fala; a distância do falante, que dificulta a captação da fala pelo microfone e a apreensão incidental da língua falada, que não é dirigida diretamente à criança. Dessa forma, o fonoaudiólogo deve criar condições de promover elementos que facilitem a compreensão da fala da criança, mesmo antes de ela tornar-se inteligível, por meio de determinadas técnicas e desde as primeiras experiências dialógicas de atribuição de sentido à fala do outro.

O caderno de experiência que retrata as vivências da criança no cotidiano e na terapia tem sido apontado como instrumento eficaz, tomado como o terceiro elemento do diálogo. Ele permite voltar a situações do passado e remeter a futuros eventos, possibilitando diálogos que não dependem do contexto imediato. (Melo e Novaes, 2001).

Yoshinaga – Itano et al (1998), em estudo realizado nos Estados Unidos, verificaram que crianças deficientes auditivas adaptadas com aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) antes dos 6 meses podem desenvolver habilidades de fala e linguagem equivalente às crianças ouvintes.

Segundo Almeida e Santos (2003), após o diagnóstico da deficiência auditiva, a intervenção deve ser iniciada pelo uso do AASI, para que a criança possa receber toda a estimulação necessária e desenvolver a fala e a linguagem. Para as autoras, os aparelhos ideais para a população infantil devem conter: versatilidade de parâmetros eletroacústicos, bobina telefônica, entrada direta de áudio e chave seletora microfone / telefone. Atualmente, o aparelho mais comum adaptado à população infantil é o retroauricular, que apresenta todos os dispositivos descritos anteriormente.

É importante, durante o processo de seleção e adaptação do AASI, ficar claro o papel do otorrinolaringologista e do fonoaudiólogo. Para Almeida et al. (2003), o otorrinolaringologista deve ser consultado antes de qualquer indivíduo submeter-se à seleção e à adaptação de um AASI; o fonoaudiólogo, por sua vez, tem um importante papel na seleção e adaptação do AASI, no trabalho de

desenvolvimento da função auditiva, nas orientações quanto à audição e ao AASI, nas avaliações periódicas da audição e na terapia fonoaudiológica.

As autoras acima afirmaram que o importante é os profissionais trabalharem em equipe multidisciplinar, a fim de que possam auxiliar o deficiente auditivo a lidar melhor com as incapacidades e as desvantagens geradas pela deficiência auditiva, por meio de AASI adequados às suas necessidades audiológicas e estéticas, assim como transmitir essas informações aos pacientes e familiares.

Lichitig (1997) afirmou que os serviços de terapia fonoaudiológica no sistema de saúde brasileiro são insuficientes para o grande número de pessoas deficientes auditivas. Referiu que os serviços fonoaudiológicos ambulatoriais associados a universidades e hospitais públicos normalmente recebem as crianças de classe socioeconômica mais baixa, porém o número de vagas disponíveis para terapia é sempre menor que a demanda existente. Quanto à aquisição, adaptação e uso do AASI, pré-requisito para sua (re) habilitação, muitas dificuldades são enfrentadas. Mesmo que o diagnóstico ocorra o mais precocemente possível, foi observado pela autora que o AASI dificilmente é adaptado de imediato, se isso depender de doações. Além disso, a manutenção destes também é dispendiosa.

Em relação à escola para deficientes auditivos, Lima e Menezes Bisneto (2002) salientaram que, embora haja uma legislação que garanta a entrada e a permanência de crianças deficientes auditivas no ensino regular, a escola não está estruturada, para recebê-las, e os profissionais não estão preparados, para realizar este trabalho. Para os autores, o professor do ensino regular se sente incapaz e atordoado com tanta informação e orientação supostamente novas, mas, na verdade, já deveriam fazer parte de sua prática diária.

Concordando com a referida opinião, Freeman et al. (1999) ressaltaram que o benefício potencial da inclusão da criança deficiente auditiva na escola dependerá da preparação dos funcionários da escola.

Trenche (1998) afirmou que existem duas visões que explicam o fracasso escolar da maior parte dos alunos deficientes auditivos. Na primeira visão, negam-se as diferenças, ao acreditar que, trabalhar as dificuldades perceptivas,

emocionais e de linguagem, o deficiente auditivo se integrará naturalmente ao grupo ouvinte, portanto deve estar no ensino regular. A segunda não acredita que a escola comum possa ser adequada ao desenvolvimento, pois esta desconsidera os valores culturais e a língua dos deficientes auditivos, portanto mantém a exclusão social.

“É preciso trazer a criança para escola, mas também é preciso garantir que ela não fique a margem das atividades que envolvem a sociabilização do saber”. (Trenche, 1998).

2.1.4 – O impacto da deficiência auditiva para a família:

No que se refere ao impacto na família de uma criança deficiente auditiva, Lora (1992) ressaltou que, de imediato, ocorre um trauma. O agravamento do mesmo irá depender de algumas variáveis, como: a estrutura familiar, o grau da perda auditiva, as condições oferecidas para o crescimento e o desenvolvimento da criança atingida pela deficiência e, principalmente, da orientação a ser recebida pela família por meio dos profissionais que poderão ser envolvidos no atendimento médico, terapêutico e/ou educacional da criança.

Os sentimentos de culpa e ressentimento aparecem, principalmente, em muitos pais de crianças deficientes auditivas os quais, em alguma fase, acreditam ser responsáveis pela deficiência auditiva de seu filho. Nesta fase, a vulnerabilidade e a superproteção aparecem, e os pais tendem a superproteger a criança (Boscolo, 2002).

Luterman (1987) descreveu outras reações paternas frente ao diagnóstico da deficiência auditiva, são elas: a fase de choque, de reconhecimento, de negação, de aceitação e a de ação construtiva. Todas estão englobadas por uma reação mais geral, a reação de luto. Para Luterman, uma forma de trabalhar estas dificuldades com os pais é voltar-se para um programa centrado neles, em que a criança seria o “beneficiário indireto”, ou seja, o objetivo central do programa seria os pais se darem conta de seus sentimentos em relação à deficiência auditiva de

seu filho, para poderem viver com esse novo filho e construírem uma relação saudável com o mundo, para além da deficiência de audição.

Segundo Boscolo (2002) a família, na maioria das vezes, sente-se insegura, confusa e sem saber como agir frente aos problemas causados pela deficiência auditiva de seu filho. É de costume que os familiares utilizem gestos ou mímicas, para se comunicarem com sua criança, não surgindo uma troca efetiva de pensamentos com seu filho, tornando o contato limitado e incompleto.

Para autora citada anteriormente, os pais precisam ser ouvidos e compreendidos, a fim de que obtenham respostas inerentes às suas dúvidas e que encontrem suporte e forças, para desabafar seus sentimentos e superar suas dificuldades iniciais ante a deficiência auditiva de seu filho. Sem conhecer a dinâmica familiar, seus valores culturais, sociais e crenças, é praticamente impossível o fonoaudiólogo estabelecer uma aliança construtiva com essa família.

2.2 – A Fonoaudiologia na Saúde Pública / Coletiva

Realizando uma retrospectiva da Fonoaudiologia em Saúde Pública, Befi (1997) definiu-a como um campo de conhecimento e atividades o qual tem por objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde fonoaudiológica da população em geral. Pertencem e/ou destinam-se ao povo, ao uso comum, por meio de ações conjugadas e organizadas que visam ao controle dos fatores causais das patologias comunicativas; a organização dos Serviços de fonoaudiologia (para o mais rápido e eficiente diagnóstico e atendimento precoce) e o aperfeiçoamento da “máquina social”, que irá assegurar, a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde global e da saúde fonoaudiológica.

No final dos anos 80, durante o processo de redemocratização no Brasil, surgiu a implantação da nova política de saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS) -, que é um conjunto de ações de 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 (Masson, 1995).

Segundo Natalini (2004), o SUS foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988, por meio do seu artigo Nº 198 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, e tem entre seus princípios básicos a universalidade do atendimento, isto é, proporcionar à população brasileira o acesso às ações e aos serviços de saúde, por meio de entidades vinculadas ao sistema, observando os princípios da equidade, da integralidade, da resolutividade e da gratuidade.

Para autora acima, O SUS representa o modelo vigente de política de saúde no Brasil, sendo imprescindível para a sua plena implementação que o conjunto das ações das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal) esteja articulado. O setor privado, quando contratado pelo SUS, atua com as mesmas normas do serviço público.

Natalini (2004) referiu que o SUS deve:

- Atuar de maneira integral, com as ações de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento.
- Ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços. Os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais) exercem o controle social no SUS, com o critério de composição paritária, ou seja, participação igual entre os usuários e os demais, com poder de decisão e não apenas consultivo.
- Ser equânime: a equidade é diferente de igualdade. Todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e com necessidades diversas. O princípio da equidade vê que o sistema deve estar atento às desigualdades.

No início da década de 90, segundo Penteado e Servilha (2004), com a significativa inserção de fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde, a formação e a atuação desses profissionais não davam conta dos novos desafios do trabalho em Saúde Pública. Aquela atuação elitista e excludente, focalizada no

indivíduo isolado de seu contexto histórico-cultural, não mais interessava a uma Fonoaudiologia que começava a assumir uma postura crítica perante a sua prática e a sua própria identidade.

Para Mendes (1999), a partir do estabelecimento do diálogo com os serviços de fonoaudiologia das Unidades de Saúde e, em particular, de como concebem e organizam o acesso dos usuários ao atendimento, poderíamos identificar e refletir sobre a lógica dos profissionais e dos serviços, evidenciando suas concepções, prioridades e critérios para atender à clientela e se relacionar com ela, criando um campo propício à produção de um saber capaz de fazer aparecer os referenciais teóricos que direcionam nossa prática e, ao mesmo tempo, possam abri-los a críticas, reorientações e recriações.

Para a autora citada, é importante pensar na saúde pública a partir da idéia de saúde coletiva, uma vez que o primeiro termo está contaminado pela tradição médico-positivista, e o segundo apresenta-se como crítica e alternativa à tal tradição. A autora ressalva que os dois termos não são campos distintos, e sim constituem enunciados diversos do mesmo conceito e recobrem um mesmo campo de práticas sociais.

Portanto, na busca da construção de uma prática voltada para o coletivo e para a intervenção precoce, os fonoaudiólogos encontraram, no modelo de prevenção, um referencial teórico que subsidia as ações fonoaudiológicas até os dias atuais (Penteado e Sevilha, 2004).

Pensando na Deficiência Auditiva e no fonoaudiólogo atuando na saúde pública/coletiva, torna-se de fundamental importância que pesquisas sejam realizadas, demonstrando o grau de extensão do problema, podendo-se, então, pensar nas intervenções necessárias.

Segundo Costa Filho e Lewis (2003), 50% das perdas auditivas poderiam ser evitadas, ou suas seqüelas diminuídas, se medidas de identificação, diagnóstico e reabilitação fossem implementadas o mais cedo possível. Para os autores, programas de identificação, diagnóstico de perdas auditivas no recém-nascido e reabilitação até o sexto mês de vida pode modificar as possibilidades de

qualidade de vida das crianças portadoras de deficiência auditiva, por meio do melhor desenvolvimento lingüístico, de fala, acadêmico, profissional e social.

O Fórum de Debates: criança e audição (1995), que ocorreu durante o X Encontro Internacional de Audiologia, propôs que as ações de promoção, prevenção, identificação, diagnóstico e reabilitação de indivíduos deficientes auditivos deveriam iniciar no nível de atenção primária. Estas ações deveriam ter um custo que possa ser mantido, ser de fácil aplicação e de acesso a todos, além de haver a necessidade de uma aceitação por parte da comunidade. Os níveis de atenção secundária e terciária deveriam fornecer a retaguarda necessária às ações desenvolvidas no nível de atenção primária.

Segundo Moret, Ficker e Martinez no Fórum de (re) habilitação auditiva (2000), ocorrido no XV Encontro Internacional de Audiologia, algumas recomendações foram propostas, tais como: importância da idade do diagnóstico para (re) habilitação, uso do aparelho de amplificação sonora individual, acompanhamento otológico e audiológico, suporte fornecido ao deficiente auditivo e sua família: terapêutico, educacional, emocional, social e legal; ambiente de audição e linguagem oferecido à criança em casa, na clínica e na escola: compromisso com a linguagem oral; documentação, planejamento e registro da evolução e critérios que determinem o sucesso do atendimento.

Recentemente, tivemos um importante avanço nas políticas públicas criadas para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos com deficiência de audição; a edição das portarias Nº 2.073 de 28 de setembro de 2004, Nº 587 de 07 de outubro de 2004 e Nº 589 de 08 de outubro de 2004, que promovem a ampla cobertura no atendimento aos pacientes deficientes auditivos no Brasil e garantem a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva.

3. Fonoaudiologia e Saúde Auditiva em João Pessoa

Este capítulo abordará questões gerais referentes ao histórico da saúde em João Pessoa, seguido de um breve levantamento da profissão de Fonoaudiologia no Município e, por último, descreverá sucintamente os atuais serviços em saúde auditiva existentes.

3.1 – Histórico e Descrição da saúde no Município

A saúde na cidade de João Pessoa, antes da introdução do SUS, era de responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social (INANPS). Como em todos os Estados do Brasil, as internações eram pagas por esse órgão, tanto em hospitais públicos como em privados.

Em 1988, com a criação do SUS, a atenção à Saúde, que antes era realizada pelo Município e pelo Estado, passa a ser responsabilidade do Município, ou seja, a assistência depende da gestão plena, da boa administração do Prefeito.

As informações relatadas a seguir foram baseadas no relatório de atividades da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Planejamento (COPLAN) da cidade de João Pessoa, de outubro de 2004.

O Município de João Pessoa é composto por 649.410 habitantes (IBGE, 2004), apresenta uma extensão territorial de 211Km², sendo a altitude de 47m, a longitude de 34.85796, e a latitude de 7.10915.

A Gestão do Sistema Municipal de Saúde passou pelas seguintes etapas, para ser implantada: Gestão Incipiente Norma Operacional Básica (NOB)/93 em 27 de junho de 1994, Gestão Semi-Plena NOB/96 em 27 de janeiro de 1997, Gestão Plena de Sistema de Saúde NOB/96 em 14 de maio de 1998, Adequação da Gestão Plena de Sistema a Norma Operacional da Assistência

(NOAS)/SUS/2002 – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) em 10 de dezembro de 2002, e, por último, a conquista da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, ao ser habilitada no início do ano de 2004, na condição de Gestão Plena de Sistema, de acordo com a NOAS 01/2002, em 20 de janeiro de 2004.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP) desenvolve ações e serviços de saúde, por meio dos seguintes níveis de atenção:

- **Atendimento Pré-Hospitalar à Urgência:** o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU 192 - apresenta-se como porta de entrada do Sistema, funcionando 24 horas por dia e atuando em conjunto com o Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Departamento de Trânsito e a Defesa Civil.
- **Atenção Básica:** é a referência dos usuários da saúde, por meio das sete (07) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cento e oitenta e um (181) Programas de Saúde da Família (PSF) que realizam a vigilância e o gerenciamento da evolução da saúde do indivíduo e sua família. Não há a participação do fonoaudiólogo nas UBS e nos PSF.
- **Atenção Especializada:** é a retaguarda da atenção básica, por meio dos serviços médicos mais complexos, tais como: Centros de Atendimento Médico Especializado (CAME's); Centro Odontológico de Cruz das Armas (COCA) e Serviço de Apoio ao Diagnóstico Terapêutico (Laboratório, RX).
- **Assistência Hospitalar:** Atualmente a rede hospitalar do SUS é composta por 12 hospitais públicos, 4 filantrópicos e 8 privados. A rede própria do Município de João Pessoa é composta pelos seguintes hospitais: Santa Isabel, Valentina de Figueiredo, Maternidade Cândida Vargas e Maternidade Santa Maria, esta pertencente ao Complexo Hospitalar Prof. Humberto Nóbrega.
- **Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCE) / Centrais de Leitos e Internamentos (SISREG):** a CMCE indica o local, a especialidade ou procedimento, o dia e o horário em que o paciente será atendido. A SISREG, por sua vez, regula a entrada de pacientes na rede hospitalar, controlando os leitos e os internamentos em cada hospital que compõe o SUS.

Inicialmente o usuário passa pelo Programa de Saúde da Família (PSF) ou pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo encaminhado para a central de marcação de consultas ou exames, ou, dependendo de sua necessidade, passará primeiro pelo Centro de Apoio Psicossocial (CAP's), para, só depois, ser encaminhado à marcação de consultas ou exames. Posteriormente, o usuário passará pelo Centro de Atendimento Especializado (CAME's) ou pelas policlínicas, sempre com a parceria dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento; para, em seguida, ser encaminhado aos hospitais, dependendo de sua necessidade. De acordo com o quadro de saúde do usuário, ele poderá ser encaminhado diretamente para os hospitais, por meio do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU).

3.2 – A Fonoaudiologia em João Pessoa

A implantação do primeiro curso de Graduação em Fonoaudiologia na Paraíba aconteceu apenas em 1998, no Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). O curso foi criado, para atender à finalidade da formação acadêmica em uma área que necessitava de profissionais especializados, devido à demanda de pacientes na cidade. Passados três anos (junho de 2001), foi implantada a clínica-escola de fonoaudiologia.

O UNIPÊ tem um papel importante no aumento visível do número de profissionais atuantes na Paraíba, nos últimos anos, sendo responsável pela formação de 53,7% desses fonoaudiólogos. Até a conclusão da primeira turma, em 2001, eles eram oriundos, predominantemente, de Pernambuco, graduados na Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), e do Rio de Janeiro, graduados na Universidade Católica de Petrópolis (UCP) e na Universidade Estácio de Sá.

É importante salientar que, embora o surgimento do UNIPÊ represente um marco para a área em questão, não se pode esquecer da atuação dos primeiros

profissionais que chegaram à cidade de João Pessoa, nem a criação, em 1997, da FAP (Fonoaudiólogos Associados da Paraíba), órgão associativo, voltado à promoção do trabalho fonoaudiológico no Estado.

Almeida et al (2005) realizaram um estudo voltado para a caracterização da formação do fonoaudiólogo atuante no Estado da Paraíba quanto ao gênero, à faixa etária, à motivação e à forma de ingresso dos alunos no aludido curso, à formação acadêmica desses futuros profissionais (Instituição, período de graduação e titulação) e a seus modos de atualização profissional após a conclusão da Graduação.

As principais conclusões encontradas foram as seguintes: os fonoaudiólogos atuantes no Estado da Paraíba são, predominantemente, do gênero feminino (91,0%); são jovens, a maioria (58,2%) na faixa etária entre 21 e 29 anos; foram graduados recentemente, a maioria (55,3%) na década de 2000; são oriundos, predominantemente (53,0%), do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ); a maioria deles (58,2%) indicou ser a “realização pessoal” a principal motivação para a escolha do Curso de Fonoaudiologia; poucos (28,4%) possuem Curso de Especialização em áreas de Fonoaudiologia ou em áreas afins, e 58,2% utilizam-se, simultaneamente, de diversas formas para educação continuada.

Convém salientar que a totalidade dos fonoaudiólogos com curso de especialização nas áreas de Fonoaudiologia obteve essa titulação em instituições de outros Estados brasileiros, pois, na Paraíba, apenas em 2003 foi iniciado o primeiro Curso de Especialização em Motricidade Oral, vinculado à Universidade Potiguar (UNP), e recentemente, em 2005, o Curso de Especialização em Audiologia, vinculado ao Centro Educacional do Deficiente Auditivo (USP – Bauru/SP) e à Faculdade Integrada de Patos (FIP).

Atualmente, em João Pessoa, existem aproximadamente 246 fonoaudiólogos inscritos no Conselho Regional de Fonoaudiologia - 4ª região.

3.3 – Os serviços de saúde auditiva em João Pessoa

Nos dias atuais, em João Pessoa, existem aproximadamente seis serviços de referência em assistência à saúde auditiva, juntamente com algumas clínicas fonoaudiológicas e otorrinolaringológicas, que realizam o diagnóstico da deficiência auditiva. Quando falamos em referência, estamos nos referindo aos serviços mais conhecidos pela população. Desses, apenas um é credenciado pelo sistema de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e é o único que faz o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE).

3.3.1 – Serviços em saúde auditiva não-credenciados pelo SUS no sistema de alta complexidade

- **Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD)**, criada pela Lei Nº 5.208 de 18 de dezembro de 1989, que tem como atribuição básica (re) habilitar, profissionalizar e inserir, no mercado de trabalho, sujeitos com qualquer tipo de deficiência, bem como desenvolver programas de prevenção e capacitação de recursos humanos. Atende pessoas com deficiências visuais, mentais, auditivas, físicas, acidentado de trânsito, do trabalho, sequelado de hanseníase, portadores de necessidades educativas especiais ou com múltiplas deficiências.

Os serviços são oferecidos por meio do SUS, e grande parte dos usuários que freqüentam a FUNAD são de classe socioeconômica média-baixa. Os necessitados de auxílio médico, procuram por si só, a fundação ou vêm encaminhados dos municípios vizinhos, ou por médicos (neurologista, cardiologista e ortopedistas) ou enviados do setor da genética do Hospital Universitário da Paraíba. Quando se trata de deficiência auditiva, o Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) também encaminha, por haver uma fila de espera grande.

Primeiramente, o usuário é atendido pela Coordenadoria de Triagem e Diagnóstico (CORDI), que tem como objetivo realizar a triagem visando à hipótese diagnóstica ou diagnóstico para posterior encaminhamento às coordenadorias de acordo com a área de deficiência. A triagem é feita por uma equipe profissional composta por clínico-geral, pediatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Dependendo de sua necessidade, o usuário é encaminhado a uma equipe específica, composta por neurologista, otorrinolaringologista, fisioterapeuta, psiquiatra, pedagogo, fonoaudiólogo e oftalmologista.

A equipe interdisciplinar elabora um estudo de caso, para, só assim, analisar a qual coordenadoria esse usuário será encaminhado. No caso específico da deficiência auditiva, o otorrinolaringologista encaminha ao fonoaudiólogo, que analisa o caso, e se necessário, o usuário será encaminhado ao Hospital Edson Ramalho (único serviço credenciado pelo SUS, por meio das portarias 587, 589 e 2073 referentes à Saúde auditiva no Município de João Pessoa), para concluir o diagnóstico audiológico. Vale ressaltar que, segundo os fonoaudiólogos da FUNAD, o sistema de referência e contra-referência entre a fundação e o hospital está começando a ser implantado nesse período.

Após a triagem, o usuário será encaminhado, dependendo de sua necessidade, às coordenadorias existentes na FUNAD, são elas: coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Mental (CODAM); Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Física (CODAFI); Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Visual (CODAVI); Coordenadoria de Educação Integrada (CODEI); Comissão Permanente de Prevenção das Deficiências e Interiorização (COPREDI) e Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Auditiva (CODAPA), local em que realizamos esta pesquisa. O usuário, ainda, poderá passar pela Coordenadoria de Treinamento de Produção e Apoio Profissionalizante (CORPU), para inserir-se no mercado de trabalho.

Em se tratando do local específico da nossa pesquisa, podemos definir a **CODAPA** como uma coordenadoria que apresenta os seguintes serviços:

social, psicológico, orientação familiar, “estimulação precoce”, habilidades básicas, ludoteca, laboratório de leitura e escrita I e II, fonoterapia, orientação para o trabalho, audiologia (audiometria tonal e vocal) e língua de sinais. É importante deixar claro que a CODAPA só aceita deficientes auditivos com perda auditiva de grau severo a profundo.

Os fonoaudiólogos da CODAPA realizam um trabalho voltado para o treinamento auditivo, leitura orofacial e estimulação da linguagem oral com apoio de língua de sinais; referem que a maioria dos usuários já chega com o AASI e, quando não chegam, encaminham ao hospital Edson Ramalho, para possível indicação, adaptação e aquisição do AASI e para conclusão da avaliação audiológica, uma vez que, na FUNAD, só é realizado o exame de audiometria tonal e vocal. Os fonoaudiólogos referem que não reavaliam o AASI, pois não existe o sistema de referência e contra-referência da fundação com o hospital Edson Ramalho e da fundação com as empresas de AASI, não enviando os prospectos dos mesmos para possível reavaliação e para o acompanhamento da adaptação desse aparelho. Ressaltaram ainda que a fonoterapia é realizada em grupos de até cinco crianças, predominando a mesma faixa etária, tendo duração de 30 a 40 minutos. Algumas dessas crianças dependem do carro da Prefeitura dos municípios em que residem, para virem à terapia. Atualmente, existem aproximadamente 70 crianças sendo atendidas nessa coordenadoria.

É importante esclarecer que, mesmo a FUNAD tendo sido fundada em 1989, e o primeiro curso de Fonoaudiologia da Paraíba ter surgido em 1998, a FUNAD, na época de sua fundação, já contava com fonoaudiólogos do Estado de Pernambuco.

- **Clínica-Escola de Fonoaudiologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)**, inaugurada em junho de 2001, com serviço de triagem, terapia fonoaudiológica, diagnóstico audiológico (Audiometria, Imitanciometria, Emissões Otoacústicas (EOAs) e exames Otoneurológicos); Reabilitação Labiríntica, Laboratório de AASI e serviço de Audiologia Educacional.

A Clínica funciona com três unidades integradas: Unidade de Fonoaterapia I, Unidade de Fonoaterapia II e Unidade de Audiologia, além das dependências administrativas. Alguns dos serviços prestados à comunidade são: terapia de linguagem, de voz com laboratório de análise acústica e terapia para deficientes auditivos no setor de Audiologia Educacional.

No decorrer da inauguração da Clínica, houve um trabalho de divulgação da mesma por meio de rádios e campanhas informativas da profissão “fonoaudiologia”. Dessa forma, os usuários foram sendo encaminhados de escolas, creches e da própria FUNAD, que apresenta uma longa fila de espera. Recentemente, estão recebendo encaminhamentos de médicos (otorrinolaringologistas e pediatras) do setor de câncer do Hospital Universitário e de alguns hospitais do Estado, como Padre Zé, Pan de Jaguaribe e Edson Ramalho (credenciado pelo SUS por meio das portarias de saúde auditiva).

Os serviços da Clínica são gratuitos, pois a UNIPÊ é um Centro Universitário filantrópico; e a maioria dos usuários que a freqüentam são de classe socioeconômica média-baixa.

Inicialmente, o usuário passa pelo serviço de triagem fonoaudiológica, recebendo, juntamente com seus familiares, orientações básicas e encaminhamentos para a realização de exames e/ou tratamentos na própria clínica - escola ou em outros serviços (neurologista e otorrinolaringologista da própria clínica, clínica-escola de psicologia do próprio Centro Universitário etc). Nessa triagem, o usuário é avaliado quanto à acuidade auditiva, aspectos oromiofuncionais, à voz e linguagem.

No caso específico da deficiência auditiva, o usuário passa pelo otorrinolaringologista da clínica, para posteriormente ser encaminhado aos fonoaudiólogos da Unidade de Audiologia, para realização dos exames audiológicos (audiometria, imitanciometria e EOAs). Caso ele necessite do exame de PEATE, será encaminhado ao Hospital Edson Ramalho. A indicação do AASI é realizada pelo médico otorrinolaringologista, e, segundo a fonoaudióloga responsável pelo serviço, algumas crianças já chegam com o

AASI ao UNIPÊ, e quando não chegam são encaminhadas para o hospital Edson Ramalho para sua seleção, adaptação e aquisição.

Os fonoaudiólogos do serviço de audiologia educacional visam à melhoria da qualidade de vida do usuário por meio da oralização, com o apoio das outras abordagens de (re) habilitação do deficiente auditivo, tais como: comunicação total e língua de sinais.

A terapia fonoaudiológica no setor de audiologia educacional é formada por três grupos chamados inicial, intermediário e avançado, os quais variam de acordo com a faixa etária do usuário. A terapia tem duração de 45 minutos.

Estão sendo atendidas atualmente aproximadamente 58 crianças no setor, e existem aproximadamente 100 na lista de espera.

- **Maternidade Cândida Vargas**, que realiza a TAN por meio do SUS (Maternidade pública), começou com o serviço em setembro de 2004, por meio do exame de emissões otoacústicas transientes e por produto de distorção. Atualmente, são realizados 100 exames/mês, dando preferência aos bebês de risco e aos do programa mãe-canguru.
- **Clínica Oto-Ofthalmica**, com serviço de fonoaudiologia, atende por convênios e por consultas particulares, realizando atendimento voltado para a avaliação e o diagnóstico audiológico por meio da audiometria tonal e vocal, imitanciometria e EOAs transientes e produto de distorção.
- **Clínica Integrada da Mulher (CLIM) e Maternidade Lady Center**, com um serviço particular e por convênios de TAN, por meio das EOAs transientes juntamente com a avaliação comportamental, tendo iniciado suas atividades em 2003. Após o nascimento da criança, as fonoaudiólogas oferecem o serviço de triagem aos pais.

É necessário deixar claro que existem outras clínicas otorrinolaringológicas e fonoaudiológicas no Município de João Pessoa que realizam serviços voltados ao diagnóstico da deficiência auditiva e sua (re) habilitação. Destacamos porém, apenas os serviços mais conhecidos pela população e pelos profissionais da cidade.

3.3.2 – Serviço de saúde auditiva credenciado pelas portarias de Saúde auditiva:

- **Hospital Edson Ramalho** (hospital militar), que iniciou o serviço de audiologia e foi credenciado em agosto de 2004, com a realização de exames de audiometria, imitanciometria, PEATE e EOAs (transientes e por produto de distorção), possui serviço de indicação e adaptação de AASI, um setor para assistente social e o setor de (re) habilitação, que está começando a se estruturar, para atender à população. A equipe é composta por um otorrinolaringologista, nove fonoaudiólogos e uma assistente social. Segundo o otorrinolaringologista responsável pelo serviço, os usuários vêm encaminhados de PSF, hospitais, FUNAD, UNIPÊ, municípios vizinhos e outros locais. O acesso da pesquisadora ao local foi restrito, dificultando a descrição mais detalhada do serviço.

É importante ressaltar que, na cidade de João Pessoa, até o início do ano de 2004, não havia o exame eletrofisiológico (PEATE). Para a realização do mesmo, era necessário que os pacientes se deslocassem até Campina Grande – PB ou Recife – PE, ambos a 120 km de distância de João Pessoa, para serem atendidos em uma clínica privada.

4. MÉTODO

Esta pesquisa teve um caráter exploratório, do tipo transversal e prospectivo. Foi analisada pelo Comitê de Ética do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP, esteve baseada nas resoluções da Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa que envolve seres humanos, e aprovada pelo Comitê de Ética no dia 14 de fevereiro de 2006, sob o Nº 0038/2004 (**Anexo I**).

4.1 Casuística

Participaram do estudo 29 pais¹ da Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD) e 25 da Clínica-Escola de Fonoaudiologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Os critérios de seleção desses sujeitos foram:

- Pais de crianças deficientes auditivas, usuários ou não de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e que estavam em atendimento fonoaudiológico;
- Aceitação do termo de consentimento da pesquisa pelo sujeito.

4.2 Locais da Pesquisa

Foi realizada na FUNAD e no UNIPÊ, locais considerados referência no atendimento a indivíduos com deficiência auditiva no Município de João Pessoa e municípios vizinhos. Essas instituições prestam serviços à população nas áreas de otorrinolaringologia, audiologia clínica e audiologia educacional.

¹ Pai, Mãe ou ambos.

Vale salientar, que essas duas instituições não estão credenciados ao SUS no que se refere às portarias de saúde auditiva (APAC). O único serviço credenciado na cidade de João Pessoa está começando a estruturar o setor de terapia fonoaudiológica para os usuários, em função disso não pôde participar desse estudo.

É importante ressaltar ainda que a maioria dos usuários atendidos nessas instituições apresenta nível sócio-econômico baixo.

Inicialmente contatamos com os diretores das instituições, a fim de explicitar o objetivo da pesquisa e solicitar a autorização para realização da mesma, por meio de um Termo de Concordância do Local da Pesquisa (**Anexo II**).

A seguir, descreveremos as duas instituições:

A FUNAD tem como atribuição básica, (re) habilitar, profissionalizar e inserir, no mercado de trabalho, sujeitos com qualquer tipo de deficiência, bem como desenvolver programas de prevenção e capacitação de recursos humanos. Atende a pessoas com deficiências visuais, mentais, auditivas, físicas, acidentado de trânsito, do trabalho, sequelado de hanseníase, portadores de necessidades educativas especiais ou com múltiplas deficiências. Os serviços são oferecidos através do SUS.

A FUNAD é dividida em oito Coordenadorias: CORDI – Coordenadoria de Triagem e Diagnóstico que tem como objetivo realizar a triagem nos usuários, visando à hipótese diagnóstica ou diagnóstico para posterior encaminhamento às coordenadorias, de acordo com a área de deficiência; CODAM – Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Mental; CODAFI – Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Física; CODAVI – Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Visual; CORPU – Coordenadoria de Treinamento de Produção e Apoio Profissionalizante; CODEI – Coordenadoria de Educação Integrada; COPREDI – Comissão Permanente de Prevenção das Deficiências e Interiorização e, por último, a CODAPA – Coordenadoria de Atendimento ao Portador de Deficiência Auditiva, local em que fizemos nossa pesquisa.

A CODAPA tem como objetivo desenvolver programas de (re) habilitação e orientação para o trabalho, visando à inclusão social do deficiente auditivo. Os serviços disponíveis nessa coordenadoria são: social, psicológico, orientação familiar, “estimulação precoce”, habilidades básicas, ludoteca, laboratório de leitura e escrita I e II, fonoterapia, orientação para o trabalho, audiologia (audiometria tonal e vocal) e língua de sinais.

Essa pesquisa foi realizada no setor de Audiologia Educacional da CODAPA, que iniciou suas atividades em dezembro/1989, oferecendo atendimento audiológico (audiometria tonal e vocal) e fonoterapia. Atualmente, existem aproximadamente 70 crianças sendo atendidas nesse setor, e o critério de seleção delas na instituição é a existência de uma perda auditiva de grau severo a profundo.

Por sua vez, na clínica-escola de Fonoaudiologia do UNIPÊ, o paciente é inicialmente atendido no serviço de triagem fonoaudiológica, recebendo, juntamente com seus familiares, orientações básicas e encaminhamentos para a realização de exames e/ou tratamentos na própria Clínica-Escola ou em outros serviços.

A Clínica funciona com três unidades integradas: Unidade de Fonoterapia I, Unidade de Fonoterapia II e Unidade de Audiologia, além das dependências administrativas. Alguns dos serviços prestados à comunidade são: terapia de linguagem, de voz com laboratório de análise acústica e terapia para deficientes auditivos no setor de Audiologia Educacional.

A Unidade de Audiologia possui consultórios de Otorrinolaringologia e Neurologia; realiza exames de audiometria tonal e vocal, imitanciometria, EOAs e exames Otoneurológicos; possui serviços de Reabilitação Labiríntica e Audiologia Educacional e um Laboratório de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). Todos os exames, consultas e tratamentos são realizados sem nem um custo para os usuários e seus familiares.

A pesquisa foi realizada no setor de Audiologia Educacional da Unidade de Audiologia, onde são atendidas aproximadamente 60 crianças.

4.3 Instrumentos

Obtivemos a coleta de dados por meio de entrevista (**Anexo III**), composta de 24 perguntas, sendo seis abertas, onze fechadas e sete semi-abertas. As perguntas foram relacionadas à época da suspeita e confirmação da deficiência auditiva; às características da deficiência auditiva (causa, tipo e grau da perda auditiva); à época da indicação, do uso e das características do AASI; à época da intervenção fonoaudiológica e aspectos voltados à escolaridade das crianças. O questionário utilizado para a entrevista foi uma adaptação dos questionários propostos por Remencius (1998), Figueiredo et al. (2002), Ferro et al. (2002) e Heck e Raymann (2003). Antes da aplicação das entrevistas foi realizado um estudo piloto com 10 pais de crianças deficientes auditivas, a fim de verificarmos a adequação ou a necessidade de possíveis alterações no instrumento. Algumas modificações foram realizadas a partir desse pré-teste inicial. Foi utilizado um gravador da marca SONY modelo TCM – 150 como recurso de apoio para o registro das entrevistas.

Para classificação do grau da perda auditiva foram adotados os critérios de Davis e Silverman (1970).

4.3.1 Procedimentos

Inicialmente, houve uma reunião com as fonoaudiólogas das duas instituições, a fim de explicitar os objetivos da pesquisa. Em seguida, as fonoaudiólogas ofereceram a relação das crianças atendidas, assim como os dias e horários de atendimento. Foi estabelecido, que antes da terapia fonoaudiológica as terapeutas avisariam aos responsáveis pela criança a presença da pesquisadora no local e a sua finalidade.

A pesquisadora chamava individualmente cada responsável e esclarecia sua presença e objetivo da pesquisa através de uma conversa informal e de uma Carta de Informação ao Participante (**Anexo IV**) que continha dados do estudo,

objetivos, procedimentos, benefícios, garantia de confidencialidade, privacidade e anonimato de cada participante; o que ressalta o respeito pelo indivíduo pesquisado nos aspectos morais e éticos. Os responsáveis que concordaram em responder o questionamento proposto na entrevista assinaram um Termo de Consentimento (**Anexo V**) ratificando sua participação. Foram feitas duas cópias do Termo, sendo que uma via foi entregue ao participante e outra permaneceu com a pesquisadora. Após o consentimento do sujeito, era iniciada a entrevista. As questões foram respondidas oralmente, com duração média de 20 minutos.

As respostas dadas pelos pais sobre as questões 6, 7 e 8 relacionadas aos exames realizados para o diagnóstico da deficiência auditiva, ao tipo e grau da perda auditiva foram confirmadas, por meio de consulta ao prontuário dos respectivos pacientes.

Após a coleta de dados sentimos a necessidade de ratificar as respostas dos pais para as perguntas 9, 10 e 12 referentes à idade na época da indicação do AASI e ao profissional que indicou e fez a adaptação do mesmo. Portanto, a pesquisadora reformulou a maneira de questionar essas perguntas e fez novo contato com cada um dos pais.

4.2.3 Análise dos Resultados

O método de análise das informações obtidas nas questões das entrevistas foi o quantitativo, para o qual utilizou-se a construção de tabelas, gráficos e estatísticas descritivas convencionais (média, desvio-padrão e mediana).

Os dados obtidos nas entrevistas serão arquivados e guardados pela pesquisadora por um período de cinco anos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, serão apresentadas e discutidas as características das crianças deficientes auditivas atendidas na FUNAD e na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da UNIPÊ. No segundo momento, serão apresentados os dados referentes à idade das crianças na época da suspeita da deficiência auditiva, do diagnóstico audiológico, da indicação e do início do uso do aparelho de amplificação sonora individual e à idade do início da intervenção fonoaudiológica. Além disso, apresentaremos os resultados referentes à pessoa que primeiro suspeitou da perda auditiva da criança e a conduta tomada na época. Os resultados serão apresentados a partir de tabelas e gráficos e discutidos em seguida.

No terceiro momento, serão apresentados os resultados referentes à adaptação do AASI: profissional que indicou e adaptou o AASI, época do recebimento, tipo de AASI indicado, forma de aquisição e uso do AASI pela criança. Em seguida, abordaremos os aspectos relacionados à terapia fonoaudiológica e à escolaridade.

5.1 - Caracterização das crianças deficientes auditivas atendidas na FUNAD e na Clínica-escola de Fonoaudiologia do UNIPÊ

Apresentaremos as características das 54 crianças deficientes auditivas, filhos dos pais entrevistados.

Em relação ao gênero (Tabela 1), observamos que 32 das crianças atendidas nas instituições são do gênero masculino (59,25%) e 22 crianças (40,75%) do feminino.

TABELA 1 – Número e percentual das crianças deficientes auditivas de acordo com o gênero.

Gênero	Frequência	Percentual %
Masculino	32	59,25
Feminino	22	40,75
Total	54	100

Quanto à faixa etária, podemos observar que variou de três a dez anos, como demonstra a Tabela 2, e a média da idade foi seis anos e seis meses.

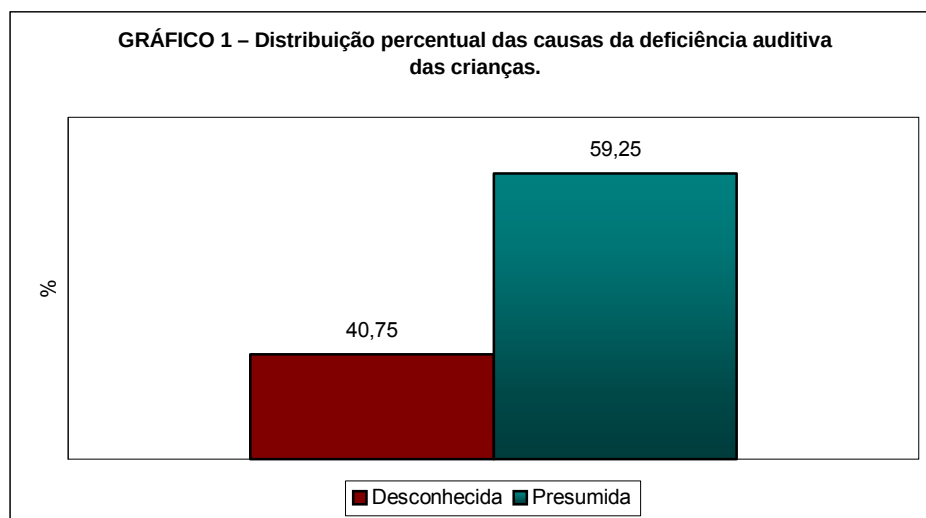
TABELA 2 – Número e percentual das crianças deficientes auditivas de acordo com a idade na época da coleta dos dados.

Idade (anos e meses)	Frequência	Percentual %
0 - 3,0	0	0,0
3,1 - 6,0	24	44,4
6,1 - 10.0	30	55,6
Total	54	100

A maior parte da população estudada encontra-se na faixa etária entre 6,1 e 10 anos (55,6%), caracterizando a faixa prevalente das crianças em atendimento nessas instituições. É importante observar que nenhuma criança abaixo de três anos estava sendo atendida no momento da coleta dos dados, o que indica que o diagnóstico e o início da (re) habilitação nessas instituições são tardios, perdendo uma importante fase de maturação e plasticidade do sistema auditivo (Azevedo

(1996), Russo e Santos (1994), Almeida (2001), Jamieson (1999) e Yoshinaga - Itano et al (1998)).

Com relação à causa da deficiência auditiva (Gráfico 1), 40,75% (22 sujeitos) são de causas desconhecidas, e, em 59,25% (32 sujeitos), a etiologia é presumida.



As causas presumidas (Tabela 3) foram: rubéola (46,9%), meningite (21,9%), hereditariedade (15,6%), ototoxicidade (12,5%) e intercorrências no parto (3,1%).

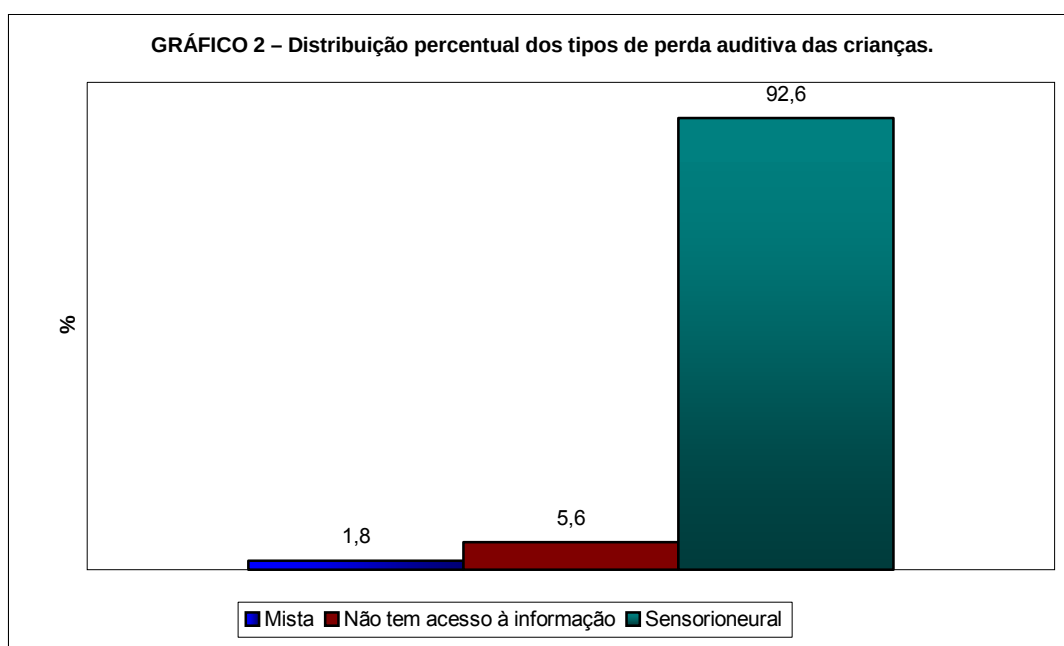
TABELA 3 – Distribuição percentual das causas presumidas da deficiência auditiva das crianças.

Causa Presumida	Freqüência	Percentual %
Rubéola	15	46,9
Meningite	7	21,9
Hereditariedade	5	15,6
Ototoxicidade	4	12,5
Intercorrências no parto	1	3,1
Total	32	100

Observamos que existe um número muito grande de causas desconhecidas (40,75%), concordando com os achados de outras regiões do Brasil, nos estudos de Tabith et al. (1989), Dishtchekenian (1993) e Nóbrega (1994). Considerando as

causas infecciosas, a rubéola, apesar de quase extinta em países desenvolvidos, devido à vacinação, ainda é uma das principais causas da deficiência de audição no grupo estudado.

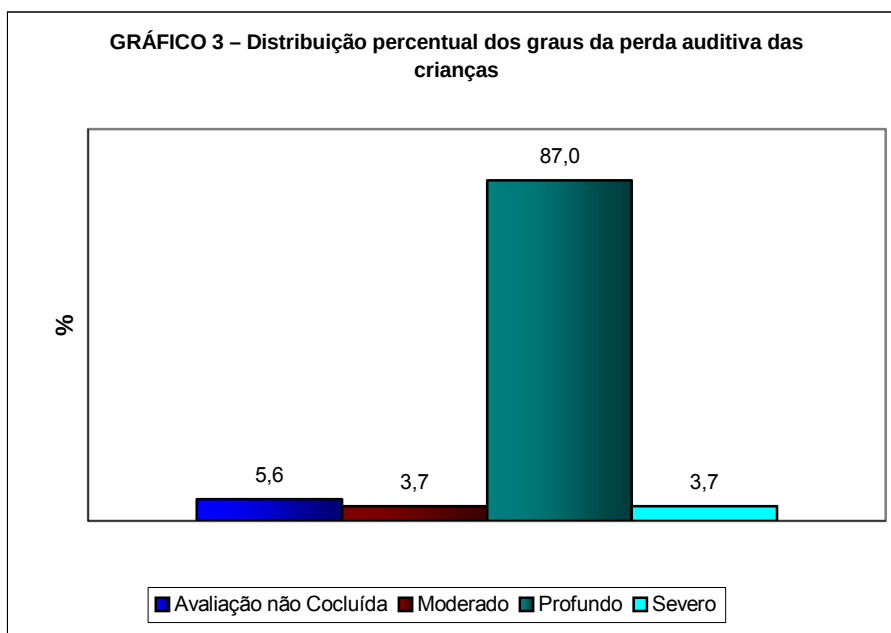
Com relação ao tipo de perda auditiva das crianças (Gráfico 2), 92,6% (50) apresentaram perda sensorineural, apenas 1,8% (1), mista, e 5,6% (3) dos pais não souberam informar. Os dados referentes ao tipo da deficiência auditiva são precários, uma vez que a maioria das crianças não passa por um protocolo de avaliação que determine, com segurança, o tipo da perda de audição. Nesse sentido, poderá haver casos de perdas auditivas retrococleares, neuropatias e outros tipos, que, pelo fato de não terem passado por uma bateria de exames, inclusive laboratoriais e de imagem, dificultam a compreensão do diagnóstico diferencial das perdas auditivas.



Quanto ao grau da perda de audição (Gráfico 3), 87,0% dos pais (47 sujeitos) referiram que o grau da perda é profundo, 5,6% (3 sujeitos) ressaltaram que a avaliação ainda não foi concluída, 3,7% (2 sujeitos) informaram que o grau da perda é moderado, e 3,7% (2 sujeitos), severo. Esse alto índice de perdas auditivas de grau profundo pode ser justificado pelo fato de que, das 54 crianças,

29 eram da FUNAD, e, como já foi citado, essa instituição somente aceita crianças com perdas auditivas de grau severo e profundo.

Os dados referentes aos exames realizados pelas crianças para o diagnóstico audiológico, o tipo e o grau da perda auditiva foram confirmados pela análise dos prontuários das crianças.



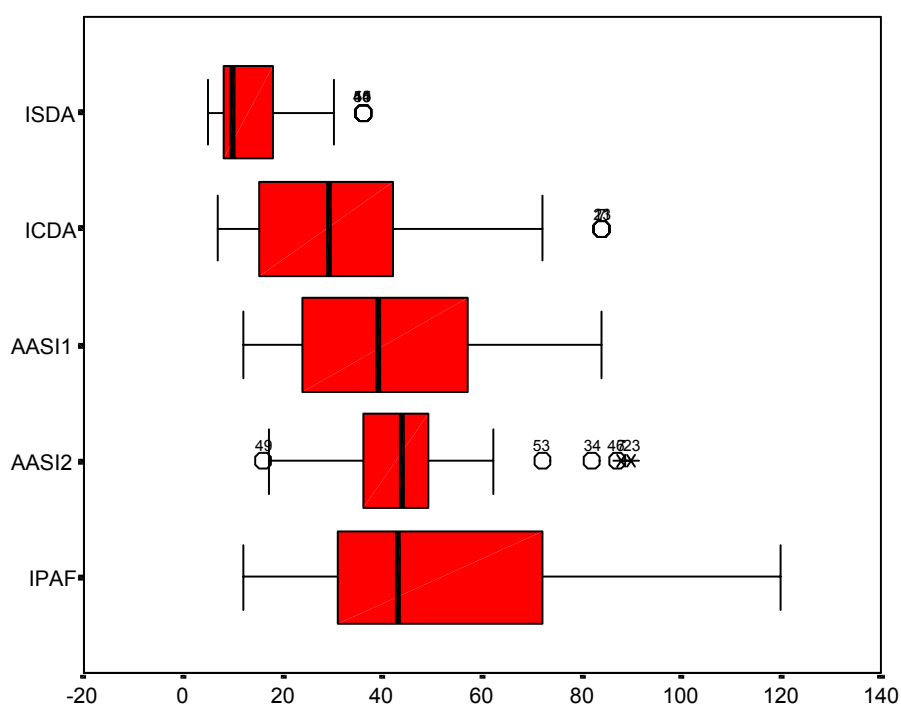
5.2 - Aspectos referentes à idade das crianças na época da suspeita da deficiência auditiva, do diagnóstico, da indicação do AASI e do início da intervenção fonoaudiológica

A Tabela 4 apresenta as idades da época da suspeita da deficiência auditiva, da confirmação do diagnóstico e intervenção fonoaudiológica. Foram considerados, para análise desses itens, apenas os casos de deficiência auditiva congênita. Dessa forma, foram excluídos os casos de meningite.

TABELA 4 - Estatística Descritiva das Idades Estudadas.

IDADE (meses)	Casos Observados	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio - Padrão	Mediana
Idade da criança na época da suspeita da deficiência auditiva. (ISDA)	47	5	36	13	1	9
Idade da criança na época da confirmação da deficiência auditiva. (ICDA)	47	7	84	31	3	29
Idade da criança na época da indicação do AASI ou outro recurso auditivo. (AASI1)	54	12	84	43	22	39
Idade da criança na época do início do uso do AASI ou outro recurso auditivo. (AASI2)	36	16	90	45	19	44
Idade da criança na época do início do primeiro atendimento fonoaudiológico. (IPAF)	54	12	120	52	27	43

GRÁFICO 4 - Box Plot das Idades Estudadas (Mediana).



Observamos que a idade mínima da época da suspeita da deficiência auditiva **(ISDA)** foi cinco meses; a máxima, trinta e seis meses (três anos); a média de idade, treze meses (1a e 1m), e a mediana, nove meses.

Observamos, por meio da mediana, que as suspeitas dos pais ocorreram, quando a criança tinha em torno dos nove meses; pode-se supor que os pais começaram a suspeitar da deficiência auditiva de seu filho, quando observaram que ele não apresentava as manifestações de linguagem esperadas para sua faixa etária. Além disso, como afirmam Nakamura et al. (2000), às vezes, pelo fato de as crianças emitirem sons, embora diferentes ou com poucas variações, pode fazer com que a família não suspeite de um problema auditivo em seu filho.

Os resultados dessa pesquisa em relação à média (13 meses) de idade, na época da suspeita da deficiência auditiva, não se distanciaram muito de estudos de outras regiões: de Heck e Haymann (15 meses) no Rio Grande do Sul (2003), Meyer (2003) em Bauru (11 meses) e o de Ozcebec et al. (2005) na Turquia (12,5 meses).

Quanto à época da confirmação da deficiência auditiva (**ICDA**), a idade mínima referida foi sete meses, a máxima foi 84 meses (7 anos), a média de idade foi 31 meses (2a e 7m), e a mediana foi 29 meses (2a e 5m).

O Joint Committee on Infant Hearing (2000) referiu que o diagnóstico médico e audiológico das perdas auditivas deveriam ser realizados antes dos três meses de vida, e a intervenção, antes dos seis meses de vida, devido à privação sensorial. Os resultados obtidos nessa pesquisa, considerando a média da idade das crianças (29 meses), na época do diagnóstico da deficiência auditiva, foram semelhantes ao estudo de Heck e Raymann (2003), que obteve 26 meses, porém bastante superior ao de Meyer (2003), 18 meses e ao de Ozcebec, et al (2005), 19,4 meses.

Quanto à época da indicação do AASI ou de outro recurso auditivo (**AASI1**), a idade mínima foi 12 meses (1 ano), a máxima foi 84 meses (7 anos), a média de idade foi 43 meses (3a e 7m), e a mediana, 39 meses (3a e 3m).

O nível socioeconômico-cultural das crianças atendidas nessas instituições, na sua maioria, é baixo, o que impossibilita a compra de AASIs por parte de seus pais. É importante observar que, somente a alguns meses da época da coleta dos dados, houve o credenciamento de um centro no SUS, que iniciou a doação de

AASIs, decorrente da portaria da saúde auditiva, esclarecendo, assim, o porquê da demora da aquisição do AASI.

Quanto ao início do uso do AASI ou de outro recurso auditivo indicado para o caso **(AASI2)**, observamos que, das 36 crianças que receberam o AASI, a idade mínima do uso foi 16 meses (1a e 4m); a máxima, 90 meses (7 a e 6m); a média de idade foi 45 (3a e 9m), e a mediana, 44 meses (3a e 8m).

Com o início das doações de AASI pelo SUS em João Pessoa (Hospital Edson Ramalho), espera-se que esse intervalo de tempo do diagnóstico para a indicação e início do uso do AASI possa diminuir.

Baseando-se na média de idade para o início do uso do AASI ou de outro recurso auditivo, os dados de nossa pesquisa foram bastante superiores (3a e 9m) aos de Meyer (2003), os quais foram 33 meses (2a e 9m), e aos de Ozcebe et al. (2005), resultando 26,5 meses (2a e 2m, aproximadamente).

Quando questionados sobre a idade da criança no início do primeiro atendimento fonoaudiológico (**IPAF**), a idade mínima referida foi 12 meses (1 ano); a máxima, 120 meses (10 anos); a média, 52 meses (4a e 4m), e a mediana, 43 meses (3a e 7m).

A partir da mediana, observamos que a idade das crianças foi 3 anos e 7 meses, dados esses que vão de encontro com os estudos de Azevedo (1996) e Roslyng-Jensen (1997).

Em relação à média, os achados em nossa pesquisa sobre o início do atendimento fonoaudiológico (4a e 4m) foram superiores aos encontrados nos estudos de Ferro et al. (2002) - 1a e 7m -, de Heck e Raymann (2003) - 3a e 5m - e Ozcebec et al. (2005) - 26,5 meses.

Esses dados nos mostram que o atendimento à criança deficiente auditiva começa muito tarde em João Pessoa. Isso provavelmente ocorre, porque não há ainda uma política implantada de saúde auditiva na região. Apesar das edições das portarias, estas ainda são recentes e não determinaram ações que modificassem o cenário de atendimento do surdo na região. A falta dessa política exclui outros fatores: falta de conhecimento da população e dos profissionais

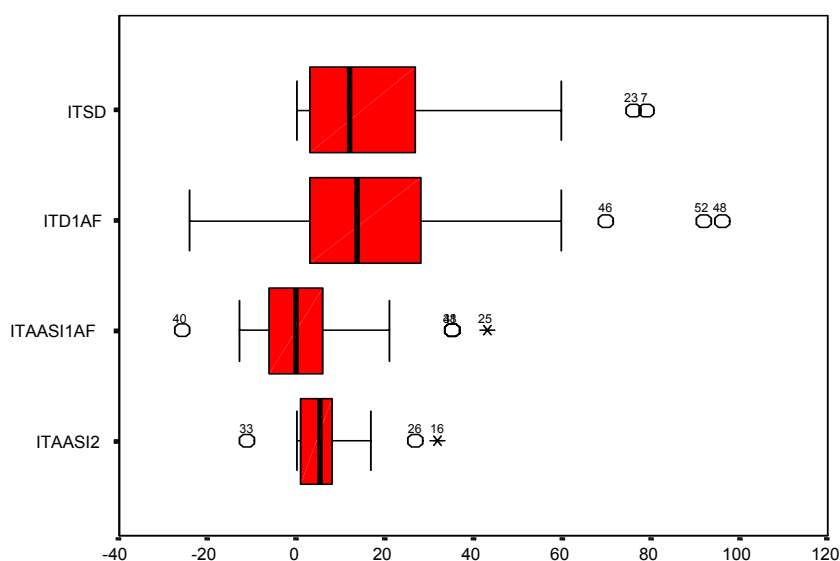
sobre a possibilidade de atendimento de crianças surdas; atuação multiprofissional precária; existência de poucos serviços públicos que atendam às crianças deficientes auditivas.

Analizamos também o intervalo de tempo entre a suspeita e o diagnóstico, entre o diagnóstico e o início do atendimento fonoaudiológico, entre o início do uso do AASI e o início do atendimento fonoaudiológico, e o intervalo de tempo entre a indicação e o início do uso do AASI.

TABELA 5 – Estatística Descritiva do Intervalo das Idades Estudadas.

Intervalo das Idades (meses)	Casos Observados	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
Intervalo de Tempo entre a Suspeita e o Diagnóstico. (ITSD)	54	0	79	19	19	12
Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do atendimento fonoaudiológico. (ITD1AF)	54	-24	96	20	24	14
Intervalo de tempo entre o início do uso do AASI ou outro recurso auditivo até o início do atendimento fonoaudiológico. (ITAASI1AF)	36	-26	43	2	2,3	0
Intervalo de tempo entre a indicação do AASI ou outro recurso auditivo e o início do uso do mesmo. (ITAASI2)	36	0	32	6	1	6

GRÁFICO 5 - Box Plot do Intervalo das Idades Estudadas (Mediana).



O intervalo de tempo entre a suspeita e o diagnóstico (**ITSD**) foi aproximadamente 12 meses. Há, com certeza, várias questões que impedem a redução desse referido tempo, como dificuldades da própria família se mobilizar, à procura de auxílio; a falta de médico especialista (otorrinolaringologista) em seus Municípios; a precariedade de locomoção disponibilizada pelos Municípios vizinhos até a capital (João Pessoa), e inúmeros obstáculos oferecidos pelos serviços para a realização do diagnóstico (fila de espera, falta de equipamentos para a avaliação diagnóstica, entre outros).

Alguns pais referiram que, durante a procura pelo atendimento, muitas dificuldades surgiram: financeiras, marcação da consulta, falta do médico otorrinolaringologista em sua cidade, distância de sua cidade até João Pessoa (capital) e a dificuldade em concluir o diagnóstico, pois o equipamento para a realização do PEATE só existia no Município vizinho ou em outro Estado.

O intervalo de tempo entre a suspeita e o diagnóstico foi, em média, 19 meses. Esse tempo, mesmo considerando as condições da região, foi inferior ao tempo encontrado no estudo de Nóbrega (1994), 24 meses, realizado em São Paulo, e superior ao de Ferro et al (2002), 15 meses, em Campo Grande/MS.

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do primeiro atendimento fonoaudiológico (**ITD1AF**) foi 14 meses (1a e 2m). Vale salientar que, das 54 crianças, uma começou a terapia fonoaudiológica antes mesmo de confirmar a deficiência auditiva, justificando o valor mínimo (-24 meses).

Constatamos que existe um espaço grande de tempo entre diagnóstico e o atendimento fonoaudiológico, ocasionando o início tardio da (re) habilitação. Desta forma, observamos que as crianças perderam um período ideal de estimulação da linguagem e audição. Como afirmam Balieiro et al. (1997), não basta apenas diagnosticar o mais cedo possível; a intervenção deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico.

É importante ressaltar que, tanto na FUNAD como no UNIPÊ, o serviço de terapia fonoaudiológica tem uma grande fila de espera, o que pode justificar esse intervalo grande de tempo. Espera-se que, com o surgimento do serviço de terapia fonoaudiológica pelo hospital Edson Ramalho (credenciado pelo SUS, por

meio das portarias de saúde auditiva), em João Pessoa, esse intervalo de tempo possa diminuir.

As questões referentes ao início do uso do AASI só foram analisadas pelo total de 36 sujeitos, pois, dos 54, apenas 36 receberam o AASI e começaram a usá-lo.

O Intervalo de tempo entre o início do uso do AASI ou de outro recurso auditivo até o início do primeiro atendimento fonoaudiológico (**ITAASI1AF**) foi zero meses. Esse valor da mediana é explicado pelo fato de cinco crianças terem começado a usar o AASI na mesma época em que começou a terapia fonoaudiológica. Observamos que algumas crianças começaram, primeiro, a terapia e depois colocaram o aparelho, isso justifica o valor negativo que corresponde ao valor mínimo de -26 meses (2a e 2m), referindo-se a uma criança que começou a terapia aos 36 meses e, 26 meses depois, colocou o AASI.

O Intervalo de tempo entre a indicação do AASI e o recebimento (**ITAASI2**) foi de 6 meses. Observamos nesses resultados que das 36 crianças, quatro receberam a indicação e o AASI na mesma época por isso o valor mínimo de zero meses. Dessas quatro crianças, duas receberam o AASI por doação de órgão público e duas adquiriram por recursos particulares.

Quando os pais foram questionados sobre quem primeiro suspeitou da deficiência auditiva, 96,20% (52 sujeitos) responderam que foi a família / responsável; 1,90% (1 sujeito), foram outras pessoas, e 1,90% (1 sujeito), foram um profissional da saúde. A distribuição desses dados pode ser observada na Tabela 6.

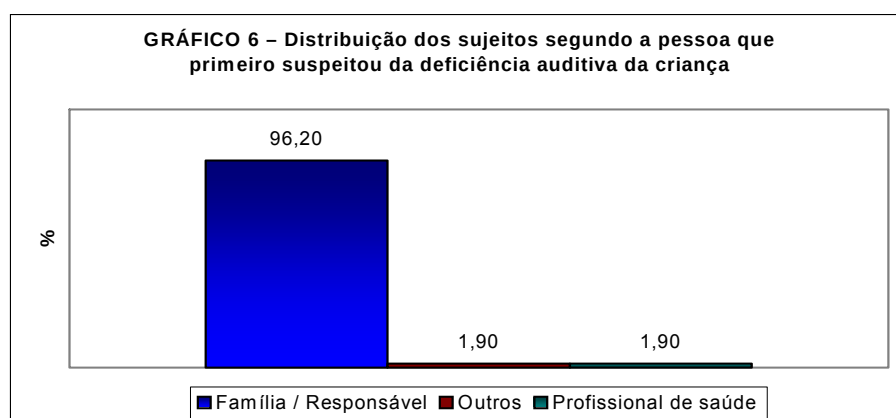
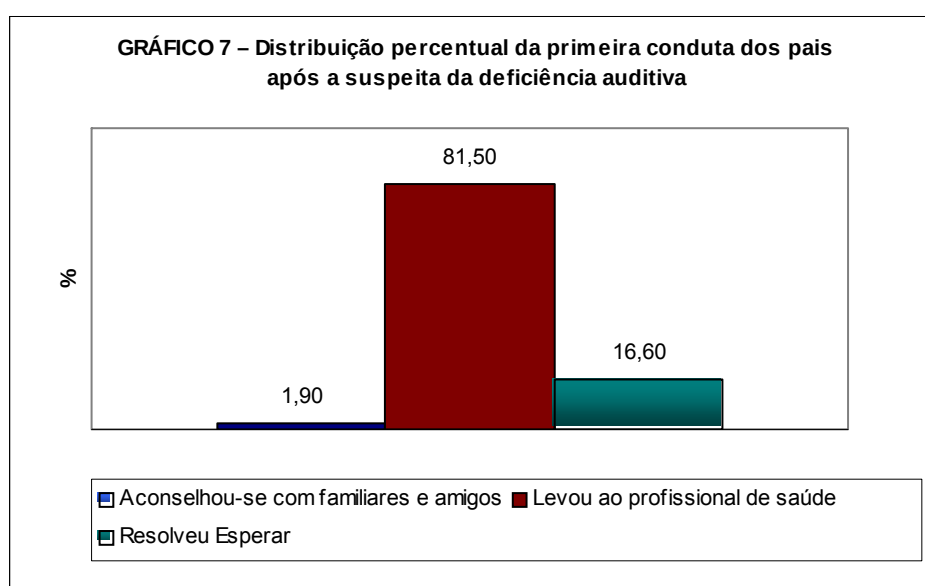


TABELA 6 – Distribuição dos sujeitos que suspeitaram da deficiência auditiva da criança.

Sujeitos	Frequência	Percentual %
Família / responsável (mãe)	19	35,2
Família / responsável (avó)	12	22,2
Família / responsável (pai e mãe)	12	22,2
Família / responsável (pai)	5	9,2
Família / responsável (mãe e avó)	1	1,9
Família / responsável (padrinho)	1	1,9
Família / responsável (tia)	1	1,9
Família / responsável (tio)	1	1,9
Profissional de saúde (fonoaudiólogo)	1	1,9
Outros (vizinho)	1	1,9
Total	54	100

A partir destes resultados, observamos que, nessa amostra, a maioria das suspeitas da deficiência auditiva na criança partiu da mãe (35,2%), seguida dos dois (pai e mãe) (22,2%) e da avó (22,2%), provavelmente por serem as pessoas mais próximas da criança. Estes dados confirmam aqueles observados por Nakamura et al. (2000), Balieiro et al. (1997), Heck e Haymann (2003), os quais afirmam ser a família quem normalmente suspeita da deficiência auditiva.

Quando perguntamos aos pais qual a conduta tomada após a suspeita da deficiência auditiva, 81,50% (44) referiram que levaram a um profissional de saúde, 16,60% (9) resolveram esperar um pouco, e 1,90% (1 sujeito) aconselhou-se com familiares e amigos.



Dos 81,50% dos pais (44) que procuraram um profissional de saúde na época da suspeita, 23 foram ao otorrinolaringologista (52,3%), 12 foram ao pediatra (27,3%), 7 ao clínico-geral (15,9%) e 2 procuraram o fonoaudiólogo (4,5%). Esses dados podem ser mais bem visualizados na Tabela abaixo.

TABELA 7 – Distribuição dos profissionais de saúde mais procurados pelos pais na época da suspeita da deficiência auditiva.

Profissionais de Saúde	Frequência	Percentual %
Otorrinolaringologista	23	52,3
Pediatra	12	27,3
Clínico - geral	7	15,9
Fonoaudiólogo	2	4,5
Total	43	100

A partir destes resultados, podemos constatar que a maioria dos pais procura um profissional de saúde no caso da suspeita da deficiência auditiva. Estes dados concordam com os apresentados por Balieiro et al. (1997) e por Ferro et al. (2002), em que o otorrinolaringologista foi o profissional mais procurado para a confirmação da suspeita da deficiência auditiva.

É importante ressaltar ainda que, tanto a FUNAD como o UNIPÊ, nos casos de suspeita da deficiência auditiva, têm, como porta de entrada para o funcionamento do serviço, o paciente passar primeiro pelo médico otorrinolaringologista, para depois ir ao fonoaudiólogo, o que justifica a maior procura por esse profissional.

Dos exames realizados para o diagnóstico audiológico (Tabela 8), o PEATE foi o mais realizado, apresentando 25,18% (34 sujeitos), seguido da audiometria tonal, com 22,22% (30 sujeitos), audiometria vocal, com 20% (27 sujeitos), avaliação comportamental, com 17,03% (23 sujeitos), imitanciometria, com 8,88% (12 sujeitos), audiometria de reforço visual, com 4,44% (6 sujeitos) e emissões otoacústicas, com 2,22% (3 sujeitos).

TABELA 8 – Distribuição dos exames realizados para o diagnóstico audiológico.

Exame	Qtde.	%
Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE)	34	25,2
Audiometria Tonal (AT)	30	22,2
Audiometria Vocal (AV)	27	20
Audiometria comportamental (AC)	23	17
Imitanciometria (I)	12	8,9
Audiometria de reforço visual (VRA)	6	4,5
Emissões Otoacústicas (EOAs)	3	2,2
TOTAL	135	100

Vale ressaltar que grande parte dos exames de PEATE foi feita recentemente pelas crianças, uma vez que, na época do diagnóstico, somente o Município vizinho e o Estado próximo da capital, ambos a 120Km, tinham condições para realizar esse exame. Atualmente, por meio da portaria da saúde auditiva, com o credenciamento do SUS, houve um aumento significativo na realização do PEATE. As EOAs, no entanto, não foram utilizadas para complementar o diagnóstico, uma vez que poucas foram as crianças submetidas a esse exame.

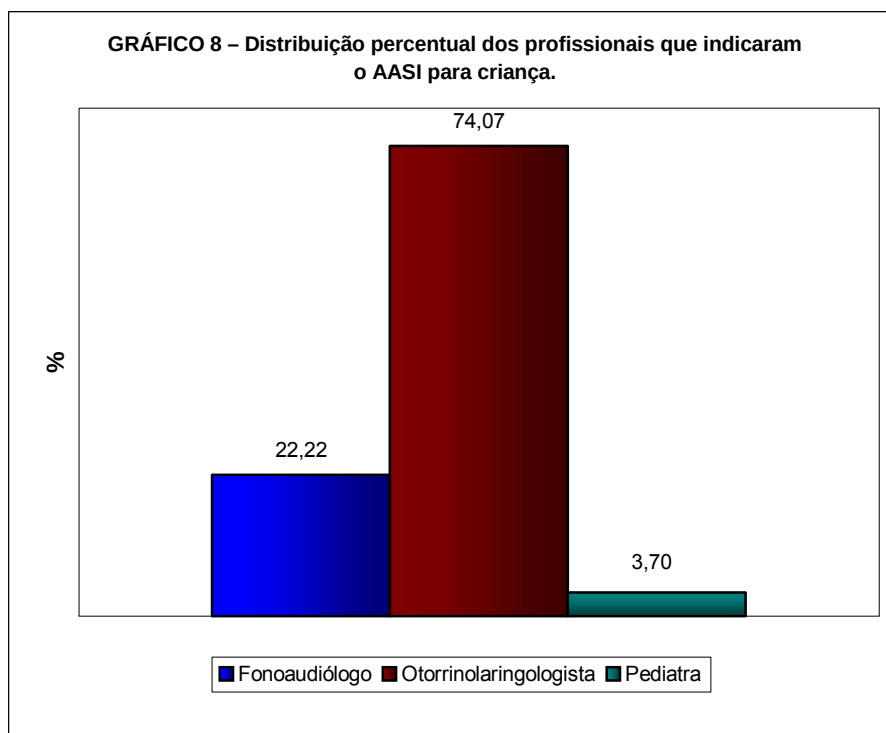
Na Tabela abaixo, observamos que o diagnóstico audiológico foi feito por exames isolados. Poucas foram as crianças que passaram por um protocolo de avaliação audiológica infantil que permitisse chegar a diagnósticos mais precisos. As instituições FUNAD e UNIPÊ não têm os equipamentos necessários para a realização desses exames, e, mesmo para aqueles que fazem, há uma fila de espera para a realização do mesmo. Assim, poucas crianças passaram por uma bateria de exames. Acreditamos que essa realidade poderá modificar-se, após o credenciamento dos centros no SUS. De qualquer forma, é importante salientar que os tipos e graus da perda auditiva das crianças, já citados anteriormente nesse capítulo, podem estar equivocados, uma vez que as crianças não passaram por um protocolo cuidadoso de diagnóstico da perda auditiva. Como afirmou Martinez (2004), um dos aspectos que garantem a eficácia do diagnóstico e do tratamento da perda auditiva na infância é o uso de protocolos que permitam a avaliação médica e funcional da audição.

TABELA 9 – Distribuição dos exames realizados para o diagnóstico da deficiência auditiva.

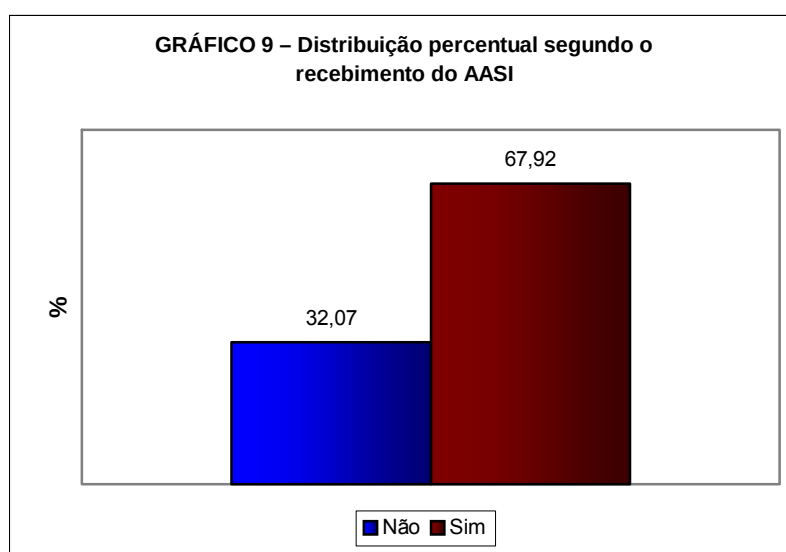
Exames	Frequência	%
PEATE	10	18,5
AT/AV	9	16,7
AT/AC	1	1,9
I/PEATE	1	1,9
PEATE/AC	6	11,1
EOA/AC	1	1,9
VRA/AC	2	3,7
AT/AV/I	2	3,7
AT/AV/PEATE	6	11,1
AT/AV/AC	1	1,9
AT/I/AC	1	1,9
I/PEATE/AC	1	1,9
I/VRA/AC	1	1,9
PEATE/VRA/AC	1	1,9
AT/AV/I/PEATE	2	3,7
AT/AV/I/AC	1	1,9
AT/AV/PEATE/VRA	1	1,9
AT/AV/PEATE/AC	3	5,6
AT/AV/AC/VRA	1	1,9
I/PEATE/EOA/AC	1	1,9
AT/AV/I/PEATE/AC	1	1,9
AT/I/PEATE/EOA/AC	1	1,9
Total	54	100,0

5.3 – Aspectos referentes ao Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).

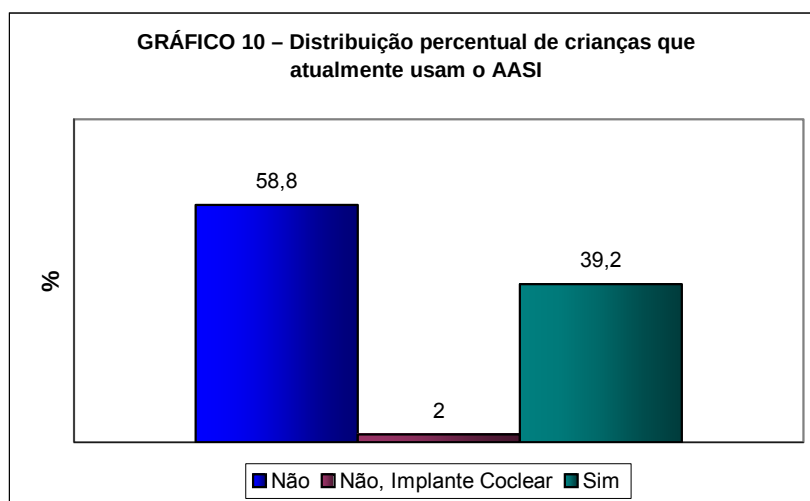
O profissional que mais indicou o AASI foi o otorrinolaringologista (74,07%), seguido de fonoaudiólogos (22,22%) e pediatras (3,70%) conforme o Gráfico 8. Diante destes dados, ressaltamos a importância do papel do médico na equipe multidisciplinar para o atendimento da pessoa com deficiência auditiva. Esses achados confirmam as afirmações referidas por Russo e Santos (1994) e Almeida et al. (2003).



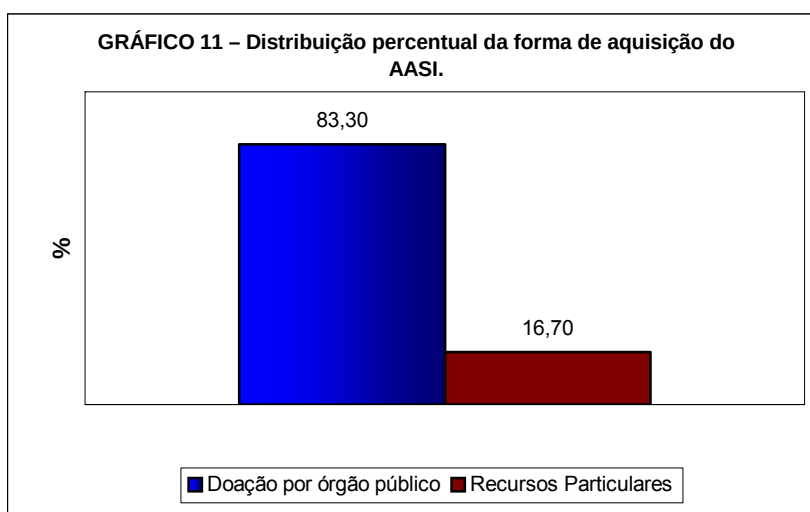
Quanto à aquisição do AASI, observamos, no Gráfico 9, que 32,07% das crianças (17) ainda não o receberam, enquanto os 67,92% (36) restantes o adquiriram. Uma criança, apesar de ter tido indicação para o uso de AASI, não faz uso do mesmo, pois foi submetida à cirurgia de implante coclear e não utiliza AASI na orelha em que o instrumento não foi implantado.



Analisando as 36 crianças que receberam AASI, 55,55% (20) o adaptaram, e 44,44% (16) não o utilizam. Os pais justificam que isso ocorre, devido a dificuldades financeiras de realizarem a manutenção e também porque algumas crianças recusam-se a colocá-lo. Esse dado é muito preocupante e talvez mereça uma maior investigação dos motivos que levam uma criança a receber os AASIs e não usá-los.

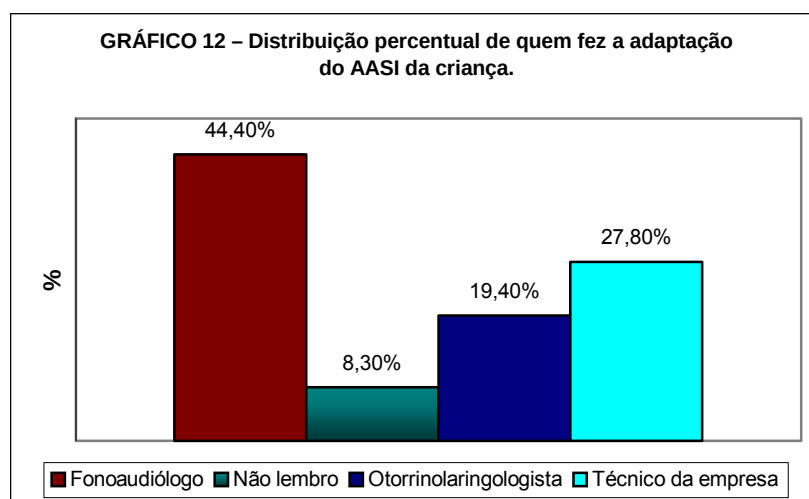


Quanto à forma de aquisição do AASI, dos 36 sujeitos (Gráfico 11) que receberam o AASI, 30 (83,30%) foram doados pelo SUS e apenas 6 (16,70%) foram adquiridos com recursos particulares.

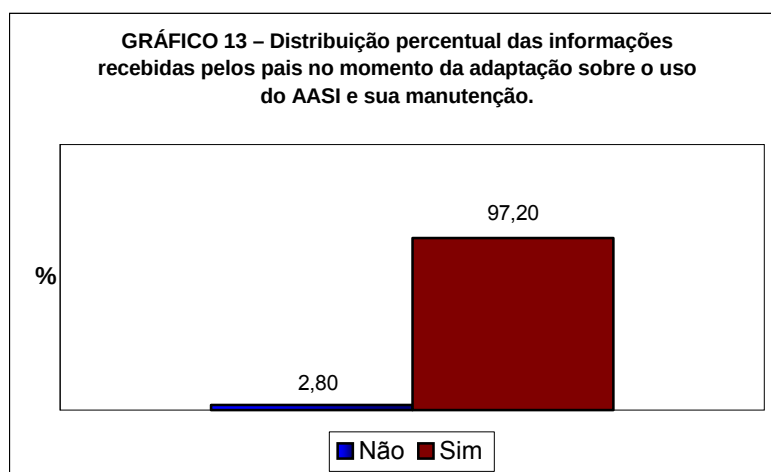


É importante observar que tanto a FUNAD, o UNIPÊ como o hospital Edson Ramalho (único serviço credenciado no SUS em João Pessoa) têm uma fila de espera de deficientes auditivos aguardando a doação do aparelho. Isso está ocorrendo, porque o credenciamento do SUS desse hospital é recente (há apenas 1 ano).

Considerando as crianças que receberam o AASI, a maioria das adaptações do referido aparelho foi feita pelo fonoaudiólogo 44,40% (16), seguido pelo técnico da empresa 27,80% (10), do otorrinolaringologista 19,40% (7), e 8,30% (3) dos pais não lembraram quem fez a adaptação.



A maioria - 97,20% (35 sujeitos) - recebeu informação sobre como usar o AASI e sua manutenção, e 2,80% (1 sujeito) não recebeu qualquer informação.



Das informações recebidas, 26 sujeitos (72,2%) referiram a higienização do AASI; 21(58,3%) responderam ter recebido informação sobre a manutenção do aparelho; 21 (58,3%) foram informados sobre o cuidado com o AASI; 7 (19,45%) referiram ter sido informados sobre a época da manutenção, e outros 7 (19,45%) receberam orientação para adaptação do AASI.

Pudemos notar que, embora a maioria dos pais (97,20%) tenha recebido informações sobre o uso e manutenção do AASI, essas informações foram incompletas. É importante enfatizar a importância de uma boa orientação aos pais, familiares e até mesmo aos deficientes auditivos sobre o aparelho, detalhando o uso, a manutenção, os benefícios e a função. Os achados concordam com as citações de Almeida et al. (2003).

Quando perguntamos quais os tipo de AASIs indicados, 36 crianças (66,66%) referiram o retroauricular; 17 crianças (31,48%) ainda não receberam o AASI, por isso não sabem o tipo indicado, e uma criança (1,85%) usa implante coclear. Os dados obtidos ratificam a afirmação de Almeida e Santos (2003) de que os AASI do tipo retroauricular são os mais recomendados para a população infantil, uma vez que eles apresentam todos os dispositivos necessários: versatilidade de parâmetros eletroacústicos, bobina telefônica, entrada direta de áudio e chave seletora microfone / telefone.

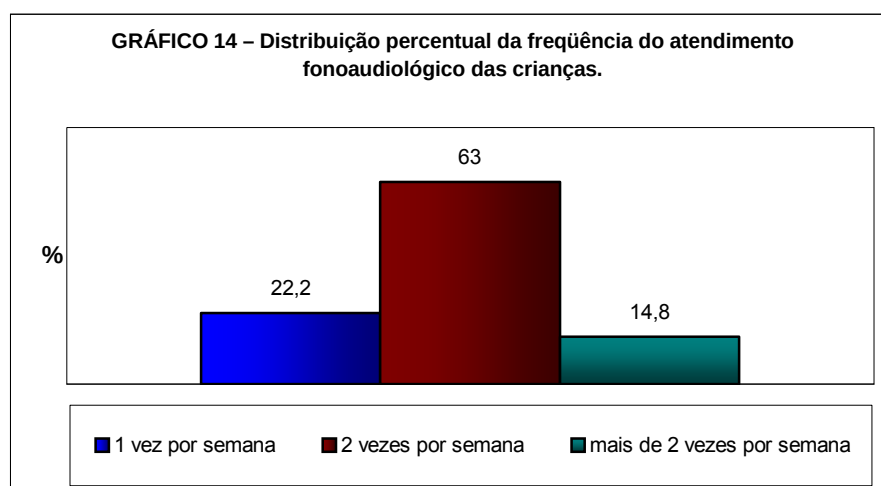
5.4 – Aspectos referentes à terapia fonoaudiológica e à escolaridade

Quando perguntamos o tempo de atendimento fonoaudiológico das crianças, o tempo mínimo foi um mês; o máximo, 120 meses (10 anos); a média de tempo foi 33,94 meses (2a e 10m aproximadamente), e a mediana foi 40,1 meses (3a e 4m).

TABELA 10 – Idade da criança durante o tempo que freqüenta o atendimento fonoaudiológico.

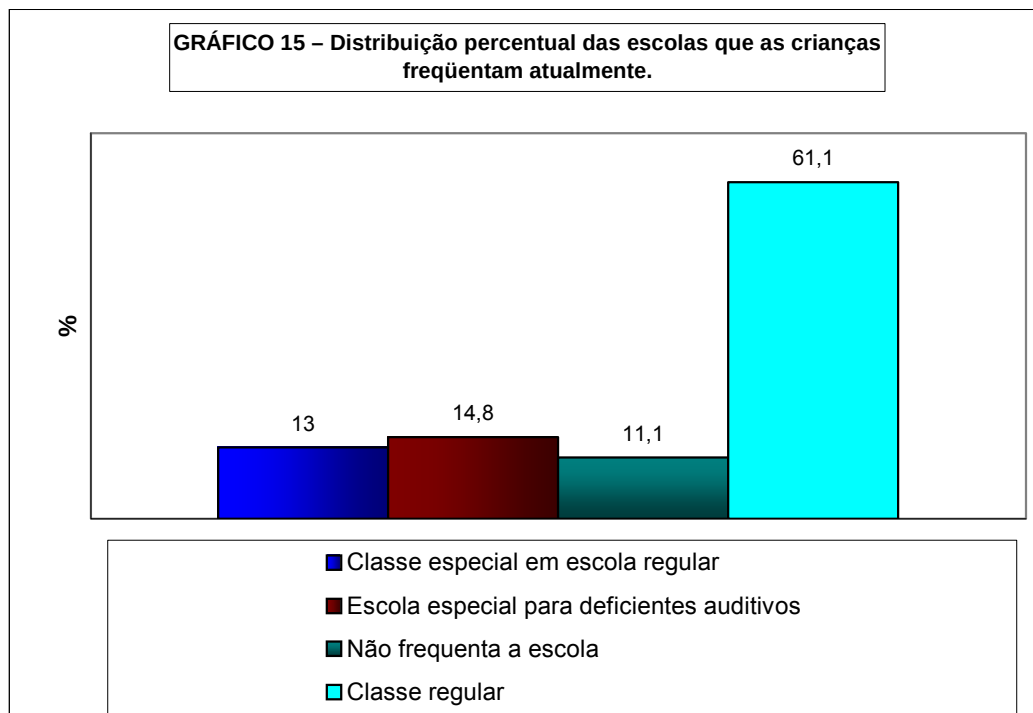
Casos Observados	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio - Padrão	Mediana
54	12	84	44,05	2,85	40,1

A maioria das crianças (34) freqüenta atendimento duas vezes por semana (63,0%), 12 crianças freqüentam uma vez por semana (22,2%), e oito crianças freqüentam mais de duas vezes por semana (14,8%).



É importante observar que, na FUNAD e no UNIPÊ, a terapia fonoaudiológica é, geralmente, em grupo; há crianças que dependem de transporte da Prefeitura dos Municípios onde moram, para deslocarem-se, portanto são atendidas somente uma vez por semana.

Quanto à escolaridade, 33 (61,1%) freqüentam escola em classe regular, oito crianças (14,8%) freqüentam escola especial para deficientes auditivos, sete crianças (11,1%) freqüentam classe especial em escola regular (13,0%), e seis crianças não freqüentam a escola.



A partir dos relatos dos pais, ficaram explícitos a dificuldade em encontrar escola para seus filhos e o despreparo de algumas escolas de classe regular, para trabalharem com crianças surdas, apesar de toda a discussão sobre a inclusão do deficiente auditivo. Lima e Menezes Bisneto (2002) salientaram que, embora haja uma legislação que garanta a entrada e a permanência de crianças deficientes auditivas no ensino regular, a escola não está estruturada para recebê-las, e os profissionais não estão preparados, para realizarem este trabalho.

Faz-se urgente um trabalho de divulgação entre os profissionais da área da saúde, com o propósito de promover a conscientização da importância do diagnóstico nos primeiros anos de vida, bem como da intervenção e adaptação do AASI antes dos seis meses de vida.

Com a implantação das portarias de nºs 587, 589 e 2.073, esperamos uma maior conscientização dos gestores e da própria população sobre a importância das ações voltadas à saúde auditiva em seus Municípios, a fim de que um grande número de crianças possa ser assistido, o que poderá levar à diminuição da prevalência da deficiência auditiva no Brasil.

É imprescindível que as secretarias de saúde implantem essas políticas de saúde auditiva elaboradas pelo Ministério da Saúde, para realizarem ações de promoção de saúde auditiva, de identificação de bebês deficientes auditivo e de melhorias da qualidade do atendimento de pessoas com deficiência auditiva.

Esperamos que esta pesquisa incentive outros estudos nesta área em João Pessoa e em outras regiões do Brasil.

6. Conclusões

Diante do que pudemos extrair desse estudo, acreditamos poder concluir que:

- Os familiares são os primeiros a suspeitarem da deficiência auditiva das crianças, e, entre eles, as mães são prevalentes.
- A mediana da idade das crianças na época da suspeita da deficiência auditiva foi 9 meses; da confirmação do diagnóstico, foi 29 meses; da indicação do AASI ou de outro recurso auditivo, foi 39 meses; do início do uso do AASI, foi 44 meses, e, do início do atendimento fonoaudiológico, foi 43 meses.
- Existe um período de latência considerável entre a suspeita e o início da (re) habilitação fonoaudiológica, o que prejudica, consideravelmente, o desenvolvimento das crianças.
- A principal conduta dos pais na época da suspeita da deficiência auditiva foi levar a criança a um profissional de saúde, e o otorrinolaringologista foi o profissional mais procurado.
- A maioria dos pais desconhece a causa da deficiência auditiva de seu filho, e, entre os que presumem quais seriam as causas, a rubéola foi a prevalente, seguida da meningite, hereditariedade, ototoxicidade e intercorrências no parto.
- Os exames mais realizados para o diagnóstico audiológico foram PEATE, seguidos pela audiometria tonal e vocal, audiometria comportamental, imitanciometria, VRA e EOAs. Poucas crianças passaram por mais de um teste para a realização do diagnóstico da deficiência auditiva.
- Em relação ao tipo e grau da perda auditiva, a maioria das crianças apresentou perda sensorineural de grau profundo.
- 67,92% das crianças receberam AASI, e, dessas, apenas 55,55% o adaptaram. A maioria das crianças adquiriu o AASI por doação de órgão

público (SUS); o tipo mais indicado foi o retroauricular, e a maioria das adaptações foi realizada pelo fonoaudiólogo.

- A maioria dos pais recebeu informações sobre o uso e manutenção do AASI.
- A maioria das crianças recebe atendimento fonoaudiológico duas vezes por semana e freqüenta escola regular.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida RR. Diagnóstico precoce da Deficiência Auditiva. In: Fonseca VRJRM. Surdez e Deficiência Auditiva: a trajetória da infância a idade adulta. São Paulo: casa do psicólogo, 2001.

Almeida K e Santos TMM. Seleção e Adaptação de Próteses Auditivas em Crianças. In: Almeida K e Iorio MCM. Próteses Auditivas: Fundamentos teóricos e aplicações clínicas. São Paulo: Lovise, 2003. 2ed.

Almeida K, Campos CAH e Russo ICP. Indicação, Seleção e Adaptação de Próteses Auditivas: Princípios Gerais. In: Almeida K e Iorio MCM. Próteses Auditivas: Fundamentos teóricos e aplicações clínicas. São Paulo: Lovise, 2003. 2ed.

Azevedo MF. Triagem Auditiva Neonatal. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM e Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

Azevedo MF. Programa de Prevenção e Identificação Precoce dos Distúrbios da Audição. In: Schochat E. Processamento Auditivo. São Paulo: Lovise, 1996. (Atualidades em Fonoaudiologia, v.2).

American Academy of Pediatrics. Newborn and Infant hearing loss: Detection and Intervention. Pediatrics: v. 103(2), fev., p. 527-530, 1999.

Balieiro CR, Pupo AC, Ficker LB. Deficiência Auditiva: ênfase na reabilitação precoce. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo: 1997, vol 1. n° 2, p. 14 a 17.

Balieiro CR e Novaes BCAC. Terapia Fonoaudiológica da Criança Surda. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM e Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

Befi, D. Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Lovise, 1997. (Atualidades em Fonoaudiologia: n.3).

Bevilacqua MC e Formigoni GMP. Audiologia Educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. São Paulo: Pró-fono, 1997.

Boscolo CC. A deficiência auditiva e a família: análise do discurso do sujeito coletivo. [Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia - PUCSP]. São Paulo: 2002.

Camões PF. Entendendo a Criança Surda. Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo: 1998, jun. (3).

Costa Filho AO. e Lewis DR. Surdez no Recém-nascido. In: Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo: Roca, 2003.

Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância. Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia. Recomendação 01/99. Brasília: maio/junho, n5, 2000.

Davis H e Silverman RS. Hearing and Deafness. New York, Holt, Rinehart e Winston, 1970.

Diefendorf A. e Weber BA. Triagem Auditiva Neonatal. In: Musiek FE. e Rintelmann WF. Perspectivas Atuais em Avaliação Auditiva. São Paulo: Manole, 2001.

Dishtchekenian A. Deficiências auditivas neurossensoriais: estudo de uma população ambulatorial. [Monografia da Escola Paulista de Medicina]. São Paulo: 1993.

Ferro L, Gonçalves I, Cieri CC. Tempo de Latência entre suspeita, diagnóstico e intervenção em crianças portadoras de deficiência auditiva na cidade de Campo Grande/MS. Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia. Curitiba: v.3, n.11, p.108-113, abr./jun.2002.

Figueiredo RSL, Pupo AC, Balieiro, CR. Estudo retrospectivo de crianças e jovens com deficiência auditiva: caracterização das etiologias e quadro audiológico. Anais do V Congresso Internacional de Fonoaudiologia e XI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Fortaleza; 2002.

Fórum de Debates: criança e audição. Resolução nº 1 de abril de 1995. Jornal do Conselho Regional de Fonoaudiologia – 2ª. Região. Jun/jul, 1995.

Freeman RD, Carbin CF e Boese RJ. Seu filho não escuta? Um guia para todos que lidam com crianças surdas. Brasília: Corde, 1999.

Guerra GR. Escolarização da criança com deficiência auditiva. Temas sobre o Desenvolvimento. São Paulo: v.13. n76, p 25-35, 2004.

Heck F, Raymann BCW. Tempo Decorrido entre a suspeita da surdez, a primeira ida ao Médico e/ou Fonoaudiólogo, o diagnóstico e o início da reabilitação com crianças surdas. Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia. Curitiba: v.4, n.16, p.175-185, jul./set., 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE (www.ibge.gov.br). In: Relatório de Atividades de janeiro a outubro de 2004 da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Planejamento – COPLAN. João Pessoa: 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE (www.ibge.gov.br). Censo demográfico, 2000.

Jamieson JR. O impacto da deficiência auditiva. In: Katz J. Tratado de Audiologia Clínica. São Paulo: Manole, 4 ed, 1999.

Joint Committee on Infant Hearing (1970). Statement on neonatal screening for hearing impairment. In: Mencher G. Early identification of hearing loss. Basel: S. Karger, 1976., p.5.

Joint Committee on Infant Hearing (1990). Position Statment. ASHA: 33 (SUPPL.5), 3-6, 1991.

Joint Committee on Infant Hearing (1994). Position Statment. Audiol. Today: 6(6): 6-9, 1994.

Joint Committee on Infant Hearing. Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. American Academy of Audiology Position Statement. Audiology Today Special Issue. Aug, 2000.

Lewis DR; Raca R e Bevilacqua MC. Identificação Precoce da Deficiência Auditiva. Revista Distúrbios da Comunicação. São Paulo: 2(3/4), 133 – 142, jul/dez, 1987.

Lima DS e Menezes Bisneto JB. A experiência do CEAL na integração do surdo com vistas ao exercício da cidadania. Congresso Internacional de Surdez Pós-Modernidade. Rio de Janeiro: Ministério da Educação, 2002.

Lichtig I. Considerações sobre a Situação da Deficiência Auditiva na Infância no Brasil. In: Lichtig I, Carvalho RMM. Audição: Abordagens Atuais. Carapicuíba: Pró Fono Editorial, 1997.

Lora AB. Aspectos básicos para a orientação da família e da criança portadora de deficiência auditiva. Revista Distúrbios da Comunicação. São Paulo, 5(1): 87 – 108, setembro, 1992.

Luterman D. Deafness in yhe family. Boston (MA) by Little, Brown and Company (Inc), 1987.

Masson, MLV. É melhor prevenir ou remediar? Um estudo sobre a construção do conceito de prevenção em Fonoaudiologia. [Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia / PUCSP]. São Paulo: 1995.

Martinez MANS. Avaliação Audiológica na Criança. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM e Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

Mendes VLF. Fonoaudiologia e Saúde Coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. Distúrbios da Comunicação: São Paulo, 10(2): 213-224, 1999.

Meyer ASA. Caracterização dos aspectos diagnósticos e de intervenção das crianças atendidas nos serviços de deficiência auditiva do HRAC/USP [Tese de Doutorado - USP]. Bauru, 2003.

Melo ME e Novaes BCAC. Caderno de experiências no processo terapêutico de uma criança portadora de deficiência auditiva. Pró-fono, v13, n2, p.242-248, 2001.

Moret ALM. Ficker LB e Martinez MANS. Fórum de (re) habilitação auditiva / 2000. XV Encontro Internacional de Audiologia. Distúrbios da Comunicação. São Paulo: 11(2): 339-348, jun., 2000.

Nakamura HY, Lima MCMP e Gonçalves VMG. Ambulatório de Neuropsicodiagnóstico da surdez: papel da equipe interdisciplinar. In: Nakamura HY, Lima MCMP e Gonçalves VMG. Fonoaudiologia: Surdez e Abordagem Bilíngüe. São Paulo: Plexus, 2000.

Natalini G. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

Nóbrega M. Aspectos diagnósticos e etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes [Dissertação de Mestrado em Otorrinolaringologia - USP]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1994.

Northern JL e Downs MP. Hearing in children. Baltimore: Williams e Wilkins, 2ed, 1978.

Northern JL e Downs MP. Audição na Infância. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 5ed, 2005.

Novaes BCAC. Hearing impaired children. In: São Paulo, Brazil: Knowledge and attitudes of mothers regarding hearing impairment and early intervention programs and implications for habilitation. [Tese de Doutorado]. Teachers College, Columbia University, 1986.

Ozcebe E, Sevinc S e Belgin E. The ages of suspicion, identification, amplification and intervention in children with hearing loss. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. Turkey: 2005.

Penteado, RZ e Servilha, EAM. Fonoaudiologia em Saúde Pública / Coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. Distúrbios da Comunicação. São Paulo, 16 (1): 107-116, abril, 2004.

Relatório de Atividades da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Planejamento – COPLAN. João Pessoa: janeiro a outubro, 2004.

Revista Fonoaudiologia Brasil. Atuação dos Fonoaudiólogos na Paraíba. 2005, 3(1):1-3.

Remencius, NR. Aspectos de Acessibilidade de Serviços Públicos de Saúde no Atendimento a Crianças Portadoras de Deficiência Auditiva. [Dissertação de Mestrado / PUCSP]. São Paulo, 1998.

Roslyng-Jensen AMA. Importância do Diagnóstico Precoce na Deficiência Auditiva. In: Lopes Filho O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997.

Russo ICP e Santos TMM. Audiologia Infantil. São Paulo: Cortez, 1994.

Russo ICP e Santos TMM. A prática da Audiologia Clínica. São Paulo: Cortez, 1998.

Sibbald A. Pesquisa (Screening) da Hipoacusia na Infância. In: SIH, T. org. Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. São Paulo: 1998.

Tabith JR, Franco E. e Barberi J. Levantamento da etiologia da deficiência auditiva em uma escola especial para deficientes auditivos. Revista Distúrbios da Comunicação: 3(1), 119-123, 1989.

Trenche MACB. A inclusão da criança surda no ensino comum. Distúrbios da Comunicação. São Paulo: v.10, n.1, p 9-19, 1998.

Yoshinaga – Itano C, Sedey AL, Coulter DK e Mehl AL. Language of early and later identified children with hearing loss. Pediatrics, 1998.

8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Eco U. Como se faz uma tese. São Paulo: 19 ed., Perspectiva, 2004.

Portaria N° 2.073 / 2004 que instituiu a política nacional da pessoa portadora de deficiência auditiva. In: www.audiologiabrasil.org.br/noticias.php.

Portaria N° 589 / 2004 que determina a organização e a implantação de redes estaduais de atenção a saúde auditiva. In: www.audiologiabrasil.org.br/noticias.php.

Portaria N° 587 / 2004 que estabelece os procedimentos para política a política nacional de deficiente auditivo. In: www.audiologiabrasil.org.br/noticias.php.

Rosner, B. Fundamentals of Biostatistics, 2nd ed., Boston: Duxbury Press, 1986.

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética.

Anexo II – Termo de Concordância do Local da Pesquisa.

Anexo III – Protocolo da Entrevista.

Anexo IV – Carta de Informação ao Participante.

Anexo V – Termo de Consentimento.

ANEXO III

PROTOCOLO DA ENTREVISTA

Nome do Responsável: _____.

Endereço: _____.

Telefone: _____.

Nome da criança: _____.

Idade da criança: _____. DN: ____/____/____.

Sexo da criança: () Feminino () Masculino

Grau de Escolaridade da criança: _____.

Nome da Instituição: _____.

Fonoaudióloga Responsável pela criança: _____.

Data da entrada na Instituição: ____/____/____.

1. Quem suspeitou da deficiência auditiva em primeiro lugar?

- () família / responsável;
- () profissional de educação;
- () profissional de saúde;
- () não lembro.
- () outros _____.

2. Qual era a idade do (a) seu (sua) filho (a) (em meses) na época da suspeita da deficiência auditiva?

_____ meses

3. Qual foi a primeira conduta realizada?

- () Levou ao profissional de saúde (Qual? _____).
- () Resolveu esperar.
- () Aconselhou-se com familiares e amigos.

4. Qual era a idade do (a) seu (sua) filho (a) (em meses) na época da confirmação da deficiência auditiva?

_____ meses

5. Qual a causa da deficiência auditiva do (a) seu (sua) filho (a)?

() Desconhecida

() Presumida Qual? _____

() Não sei

6. Quais foram os exames realizados para o diagnóstico da deficiência auditiva?

() Audiometria tonal;

() Audiometria vocal;

() Imitanciometria;

() PEATE;

() EOA;

() VRA;

() Sons não calibrados;

() ECOGE.

7. Qual o tipo da perda auditiva do (a) seu (sua) filho (a)?

() Condutiva

() Sensorineural

() Mista

() Central

() Não tem acesso à informação

8. Qual o grau perda auditiva do (a) seu (sua) filho (a)?

() Leve () Moderada () Severa () Profunda

() Avaliação não concluída () Não sei

9. Qual a idade (em meses) do (a) seu (sua) filho (a) na época da primeira indicação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) ou outro recurso auditivo? (Caso não tem sido indicado o AASI, passar para pergunta 18)

()meses

() Ainda não foi indicado o AASI

() Não tem acesso à informação

10. Qual foi o profissional que indicou o AASI do (a) seu (sua) filho (a)?

() Otorrinolaringologista () Fonoaudiólogo () outro _____

11. Já recebeu o AASI? (Caso na tenha recebido o AASI, passar para pergunta 18).

Sim () Não ()

12. Quem fez a adaptação do AASI do (a) seu (sua) filho (a)?

13. No momento da adaptação recebeu alguma informação sobre o uso do AASI e sua manutenção?

() sim Qual? _____

() não

14. Qual foi o tipo de AASI indicado para o (a) seu (sua) filho (a)?

() retroauricular

() caixa

() intra-auricular

() intra-canal

() não sei

15. Qual a idade (em meses) na época do início do uso do AASI ou outro recurso auditivo indicado para o caso?

()meses.

() Ainda não usa o AASI

16. Seu (sua) filho (filha) atualmente usa o AASI? Sim () Não ()

17. Qual foi a forma de aquisição do AASI?

() doação por órgão público;

() recursos particulares (próprios ou não);

() não tem acesso à informação.

18. Qual a idade (em meses) do (a) seu (sua) filho (a) no início do primeiro atendimento fonoaudiológico (terapia)?

() meses

19. Há quanto tempo (em meses) seu (sua) filho (a) frequenta atendimento fonoaudiológico?

() _____ meses

20. Qual a freqüência do atendimento fonoaudiológico do (da) seu (sua) filho (a)?

() 1 vez por semana

() 2 vezes por semana

() mais de 2 vezes por semana

21. Atualmente como seu (sua) filho (a) se comunica?

gestos () fala () gestos e fala ()

22. A escola que seu (sua) filho (a) freqüenta atualmente é:

() não freqüenta escola

() classe regular

() classe especial em escola regular

() escola especial para deficientes auditivos

() não sei

23. No atendimento fonoaudiológico e caso freqüente a escola: Qual a abordagem utilizada pelo (pela) seu (sua) filho (a) atualmente?

<u>Atendimento Fonoaudiológico</u>	<u>Escola</u>
() oral;	() oral;
() comunicação total;	() comunicação total;
() língua de sinais;	() língua de sinais;
() bilingüismo;	() bilingüismo;
() não tem acesso à informação.	() não tem acesso à informação.

24. Descreva qual foi o seu percurso desde o momento da suspeita, diagnóstico e intervenção fonoaudiológica do (da) seu (sua) filho (a)?

Data de Preenchimento ____/____/____

ANEXO IV

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia
Curso de Mestrado em Fonoaudiologia

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Nome do Participante:_____.

Pesquisadora: Dayane Cabral dos Reis (Mestranda em Fonoaudiologia pela PUC-SP).

- 1) **Título do estudo:** Tempo decorrido entre a suspeita, diagnóstico e intervenção de crianças deficientes auditivas na cidade de João Pessoa – PB.
- 2) **Objetivo do estudo:** Verificar o tempo decorrido entre a suspeita, o diagnóstico da deficiência auditiva e o início da intervenção fonoaudiológica, em crianças atendidas em instituições da cidade de João Pessoa/PB.
- 3) **Procedimentos:** Serão realizadas entrevistas abertas, semi-abertas e fechadas com os pais de crianças deficientes auditivas assistidas em instituições na cidade de João Pessoa/PB. As entrevistas serão gravadas em fitas cassetes e transcritas para posterior análise.
- 4) **Riscos e desconfortos:** Não existem riscos médicos ou desconfortos associados com este projeto.
- 5) **Benefícios:** Os resultados deste estudo possibilitam a busca de novas ações que estimulem a aquisição de linguagem e o desenvolvimento da criança surda no tempo adequado.

- 6) **Direitos do participante:** Podem retirar-se da pesquisa a qualquer momento.
- 7) **Compensação financeira:** O projeto não dispõe de verba própria e o participante não terá nenhuma despesa para participar da pesquisa, desta forma, não se cria a necessidade de reembolso financeiro por sua participação no estudo.
- 8) **Confabilidade:** Não serão revelados dados pessoais comprometedores de seu (sua) filha (o) como nome, endereço, telefone ou características pessoais peculiares que possam trazer à tona a identidade pessoal do(a) mesmo(a). A fita gravada com a entrevista será ouvida somente pelo pesquisador e seu orientador. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em meios acadêmicos e científicos ou apresentados em congressos, mas as gravações não serão reveladas a menos que a lei as requisite.
- 9) Se tiver alguma dúvida telefonar para Dayane Cabral dos Reis (pesquisadora) (83) 246-4039 / 2466707 ou (83) 93030348 a qualquer momento.

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu

_____,
RG _____, declaro ter sido informada (o), verbalmente e por escrito, a respeito da pesquisa e concordo em participar espontaneamente, de uma entrevista, que será gravada em fita cassete, uma vez garantido meu anonimato. Autorizo o uso integral ou de partes desta entrevista para fins científicos.

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

Assinatura da Testemunha