



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**  
**CAMPUS SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RAFAELA BEZERRA FAÇANHA CORREIA**

**ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA NO MUNICÍPIO DE  
SOBRAL/CEARÁ: UM ENFOQUE NA TRIAGEM AUDITIVA DO ESCOLAR**

**SOBRAL-CEARÁ**  
**2015**

**RAFAELA BEZERRA FAÇANHA CORREIA**

**ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA NO MUNICÍPIO DE  
SOBRAL/CEARÁ: UM ENFOQUE NA TRIAGEM AUDITIVA DO ESCOLAR**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), *Campus* Sobral, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.**

**Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.**

**SOBRAL-CEARÁ  
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

- 
- C847a      Correia, Rafaela Bezerra Façanha.  
            Análise do serviço de atenção à saúde auditiva no município de Sobral / Ceará: um enfoque na  
            triagem auditiva escolar. / Rafaela Bezerra Façanha Correia. – 2015.  
            147 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral,  
            Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.  
            Área de Concentração: Interdisciplinar.
- Orientação: Prof. Dr. Percy Antônio Galimberti Catanio.
1. Saúde escolar. 2. Ossículos da orelha. 3. Saúde pública. I. Título.

**RAFAELA BEZERRA FAÇANHA CORREIA**

**ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL/CEARÁ: UM ENFOQUE NA TRIAGEM AUDITIVA DO ESCOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), *Campus* Sobral, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

DATA DA APROVAÇÃO: 22/12/2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Doutor Percy Antonio Galimbertti Catanio  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Professora Doutora Antônia Eliana de Araújo Aragão  
Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

---

Professora Doutora Maria Socorro de Araújo Dias  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Dedico este trabalho ao grande amor da minha vida, minha vó, segunda mãe e madrinha: Maria Ivonilde Bezerra Façanha (In Memoriam), pelo incentivo aos estudos e por acreditar no meu potencial. Suas palavras positivas sempre me deram ânimo, tornando-me mais forte e decidida a chegar até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus em primeiro lugar, pelo seu infinito amor e fonte de sabedoria, guiando-me e inspirando-me ao longo da vida.

À minha amada família. À minha mãe Helena Maria, pela dedicação e garra na minha formação moral e educacional. Às minhas tias Tânia e Cláudia, por todo o amor dedicado e pelas palavras de incentivo.

Ao meu esposo, pelo apoio e motivação na vida acadêmica. Sempre me ajudando a ser uma pessoa e profissional melhor. Esteve comigo em todas as etapas dessa jornada.

À minha nova família de Sobral, em especial aos meus sogros Maria e Raimundo, pelo acolhimento e carinho oferecidos.

À minha eterna professora Denise Klein Antunes, por me fazer conhecer e acreditar na Saúde Pública. Seus ensinamentos na graduação foram fundamentais para o início da minha carreira profissional.

À Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e toda a sua equipe de profissionais de ontem e hoje, pela amorosidade e oportunidades de aprendizado e crescimento profissional e pessoal.

Às amigas do mestrado, Denise Nogueira, Heluana Cavalcante, Patricia Feitoza, Roberta Farias e Sara Eloia, pelas inesquecíveis risadas e força nos momentos de desânimo.

À minha brilhante Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF de Meruoca, por acreditar sempre e por fazer parte desses momentos marcantes de crescimento profissional.

Aos Profissionais do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva- SASA do município de Sobral, em especial à Joara Linhares, Efigênia Medeiros e Carla Linhares pela atenção e todo apoio na coleta de dados, sem eles, esse trabalho não existiria.

À Secretaria Municipal de Educação do município de Sobral, em especial à Sabrina Nascimento e Arinede Enaira pela articulação e facilitação no processo de coleta de dados nas instituições de ensino fundamental. Este apoio foi imensurável.

Ao professor Percy Antonio Galimbetti Catanio pela paciência e serenidade na condução do processo.

Às ilustres professoras Antonia Eliana de Araújo Aragão e Maria Socorro de Araújo Dias que compuseram a banca de qualificação, pelas palavras, considerações e cuidado oferecidos no projeto.

Aos docentes do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família pela dedicação e esforço constantes, contribuindo diretamente para a qualidade do curso.

Por fim, a todos aqueles que de alguma forma estiveram presente nessa minha caminhada como mestrandos, seja com palavras, atitudes ou pensamentos positivos.

## RESUMO

A audição humana é um fator primordial para o desenvolvimento da linguagem oral, o que exige uma atenção especial aos cuidados auditivos na infância. Nesta fase, algumas alterações auditivas podem passar despercebidas. Considerando a importância do tema, esta pesquisa teve por objetivo analisar o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Sobral/Ceará, com enfoque na Triagem Auditiva do Escolar. Trata-se de uma pesquisa mista, exploratória e descritiva, utilizando-se de procedimentos documentais e de campo. O cenário do estudo foi o município de Sobral. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2015, nos horários de funcionamento das instituições de ensino municipais e horário de funcionamento do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA). Constituíram sujeitos da pesquisa: a Coordenadora do SASA, a Fonoaudióloga responsável pela Saúde Auditiva do Escolar e oito representantes do núcleo gestor de dezesseis escolas participantes da triagem auditiva na sede do município. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, com parecer nº 1.143.359. Realizada em dois momentos: seleção do arquivo no Excel, contendo as informações das 1545 triagens auditivas do ano de 2013; em seguida, foram selecionados os 14 prontuários dos alunos/pacientes que apresentaram Perda Auditiva no processo diagnóstico. Posteriormente, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. Utilizou-se a estatística descritiva, representando estes dados através de tabelas, gráficos e quadro. As entrevistas foram analisadas utilizando o método de Análise do Conteúdo Temática. Em seguida, os resultados foram discutidos com a literatura. O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Sobral foi implementado em 2002, e realiza a Triagem Auditiva do Escolar anualmente com alunos do 2º ano do ensino fundamental. São testadas, através de um audiômetro, as frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 HZ, com resultado “passou” ou “falhou”. No ano de 2013, das 1396 (90,4%) crianças participaram da Triagem Auditiva Escolar, 689 (49,3%) foram encaminhadas para o SASA, na qual apenas 311 (45,1%) compareceram. Ao final, foram detectadas 14 (4,5%) perdas auditivas, onde 8 (57,1%) eram do tipo condutiva e todas (100%) de grau discreto ou leve. As sugestões para o aperfeiçoamento foram: capacitação dos professores, realização da triagem auditiva no 1º ano e devolutivas às escolas. A Triagem Auditiva Escolar é uma realidade em toda a sede do município de Sobral, sendo necessárias algumas mudanças para a melhoria desta ação.

Palavras-chave: Saúde Escolar. Triagem. Audição. Saúde Pública.



## ABSTRACT

Human hearing is a key factor for the development of oral language, which requires special attention to hearing care during childhood. At this stage, some hearing loss may go unnoticed. Considering the importance of this topic, this study aimed to analyze the Hearing Health Assistance Service in the city of Sobral/Ceará, focusing on the hearing screening of school children. It is a mixed, exploratory and descriptive study, in which one used documentary and field procedures. The study setting was the city of Sobral. Data collection was conducted during the months of July and August 2015, during the business hours of public schools and of the Hearing Health Assistance Service [*Serviço de Atenção à Saúde Auditiva*] (SASA). The research subjects were: the SASA coordinator, the speech therapist responsible for the school children's hearing health and eight representatives from the management team of sixteen schools that participated in the hearing screening in the city hall. Data collection took place after approval of the Research Ethics Committee, with opinion No. 1,143,359. It was conducted in two stages: file selection in the Microsoft Excel software containing the information of 1,545 hearing screening in the year of 2013; then 14 records of students/patients with hearing loss were selected in the diagnostic process. Then, one selected the semi-structured interviews that were recorded and transcribed by the researcher. The descriptive statistics was used, and the data were represented through tables, figures and charts. The interviews were analyzed using the method of content analysis. Then, the results were discussed using the literature. The Hearing Health Service from Sobral was implemented in 2002 and it performs annually hearing screening with students from the 2<sup>nd</sup> grade of elementary school. The frequencies of 500, 1000, 2000 and 4000 Hz are tested through an audiometer, with the result "passed" or "failed". In 2013, from 1,396 (90.4%) children who attended the School Hearing Screening, 689 (49.3%) were referred to the SASA, and only 311 (45.1%) actually went there. In the end, 14 cases of hearing loss were detected (4.5%); where 8 (57.1%) were conductive and all of them (100%) of mild or low degree. Suggestions for improvement were: teacher training, hearing screening in the 1<sup>st</sup> year and feedback to schools. The School Hearing Screening is a reality across the city of Sobral, but it requires some changes to improve this action.

Keywords: School Health . Screening. Hearing. Public Health.

## LISTA DE QUADRO E FIGURA

Figura 1- Fluxograma de Pesquisa.....	49
Quadro 1- Consolidado dos prontuários dos alunos/pacientes com diagnóstico de Perda Auditiva.....	68

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 – Resultado, em porcentagem, dos alunos que realizaram a Triagem auditiva na sede de Sobral, no ano de 2013.....	58
Gráfico 2 – Resultado, em porcentagem, do processo diagnóstico auditivo, dos alunos que compareceram ao Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, em Sobral, no ano de 2013.....	67
Tabela 1 – Consolidado, por escola, da Triagem Auditiva do Escolar da sede de Sobral, n ano de 2013.....	59
Tabela 2 – Total de alunos que participaram da Triagem Auditiva do Escolar e foram encaminhados para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva.....	62
Tabela 3 – Resultado, em número absoluto, do processo diagnóstico.....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonoro Individual
APS	Atenção Primária à Saúde
ATL	Audiometria Tonal Limiar
CAE	Conduto Auditivo Externo
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DA	Deficiência Auditiva
dB	Decibel
EOAE	Emissões Otoacústicas Evocadas
EOAT	Emissões Otoacústicas Transientes
EOPD	Emissões Otoacústicas por Produto de Distorção
Hz	Hertz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPRF	Índice de reconhecimento de fala
LDV	Limiar de detecção de voz
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
LRF	Limiar de reconhecimento da fala
MES	Ministério da Educação e Saúde
OIEB	Índice de Oportunidades de Educação Brasileira
PA	Perda Auditiva
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
PSE	Programa Saúde na Escola
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SASA	Serviço de Atenção à Saúde Auditiva
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Triagem Auditiva do Escolar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Objetivo geral .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>18</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Sistema Único de Saúde .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Contextualizando a Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Saúde Auditiva.....</b>	<b>25</b>
<b>3.4. Saúde na Escola .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4.1 Triagem Auditiva do Escolar .....</b>	<b>38</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2 Cenário do estudo .....</b>	<b>43</b>
<b>4.3 Período do Estudo.....</b>	<b>44</b>
<b>4.4 Sujeito do Estudo.....</b>	<b>44</b>
<b>4.5 Instrumentos e fonte para coleta de dados.....</b>	<b>45</b>
<b>4.6 Análise dos dados.....</b>	<b>47</b>
<b>4.7 Aspectos éticos.....</b>	<b>49</b>
<b>4.8 Fluxograma da Pesquisa .....</b>	<b>50</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>5.1 Caracterização do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva .....</b>	<b>51</b>
<b>5.2 Triagem Auditiva do Escolar: processo de trabalho.....</b>	<b>52</b>
<b>5.2.1 A importância da Triagem auditiva do Escolar: o olhar da educação.....</b>	<b>57</b>
<b>5.3 Triagem Auditiva do Escolar: resultados.....</b>	<b>58</b>
<b>5.3.1 Sugestões para o aperfeiçoamento.....</b>	<b>70</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE A- Roteiro para entrevista com o coordenador do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar.....</b>	<b>97</b>

<b>APÊNDICE B- Roteiro para entrevista com Fonoaudiólogo sobre as Ações em Saúde Auditiva .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE C- Roteiro para entrevista do representante do núcleo gestor das escolas.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o coordenador do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar, Fonoaudiólogo .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o representante do núcleo gestor das escolas.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE F- Carta de solicitação de autorização institucional- Setor Educação.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO A- Termo de compromisso para utilização de dados em documentos.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO B- Parecer da Comissão Científica do Município de Sobral.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO C- Parecer do Setor Educação (Autorização Institucional).....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....</b>	<b>108</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A audição humana é um fator primordial para o desenvolvimento da linguagem oral. É através desta que o homem consegue ter uma maior integração com a sociedade. Devido a essa íntima relação da audição com a linguagem, faz-se necessária uma atenção especial aos cuidados auditivos na infância. Nesta fase, algumas alterações auditivas, como as alterações leves, podem passar despercebidas, pois este é um problema imperceptível, que leva muitos pais e professores a julgarem as crianças como “desatentas ou sem interesse pelas atividades da escola”, não fazendo relação com um problema de saúde, já nas alterações auditivas moderadas, severas ou profundas, devido aos graves problemas acarretados ao indivíduo e seus efeitos nas relações sociais, conseguem ser facilmente identificadas.

Wertzner (2004) relata que nas crianças em idade escolar, as inabilidades auditivas podem interferir no desenvolvimento fonológico, envolvendo erros de produção, percepção ou organização dos sons, repercutindo no rendimento escolar e dificultando o processo de alfabetização.

Sobre o mau rendimento escolar, a repetência e a evasão, Vasconcelos *et al.* (2007) enfatizam que “podem estar diretamente relacionados com alterações auditivas não identificadas em tempo hábil, desta forma, a avaliação auditiva na faixa escolar é necessária para a identificação precoce das alterações”. Além do desempenho escolar, a detecção precoce pode evitar outras alterações, como das funções cognitivas, emocionais e sociais.

Segundo Cunha (1999), evitar e descobrir alterações auditivas na infância dá ao indivíduo a oportunidade de almejar a aprendizagem e desenvolver-se adequadamente para atingir a vida adulta com mais potencialidade. Rabinovich (2005) refere que esta identificação precoce, somada a medidas adequadas, permite um desenvolvimento na fala, linguagem, bem como nos níveis social, psíquico e educacional, com um prognóstico mais satisfatório.

Na tentativa de realizar essa detecção precoce, tem-se criado em todo o mundo, Programas de Saúde Auditiva do Escolar, efetivado através das triagens nas escolas. No Brasil, no ano de 1999, deu-se início à Campanha “Quem Ouve Bem Aprende Melhor”, com participação de 10.532 escolas, porém, Ferreira (2004) aponta que a campanha não atingiu o seu objetivo, pois, após falha na Triagem Auditiva, os alunos não receberam acompanhamento necessário.

Northern e Downs (2005) afirmam que:

Um programa de triagem auditiva escolar bem planejado deve ir além do exame inicial, considerando o re-teste, a audiometria de limiar, o encaminhamento para

avaliação audiológica e médica, a orientação e o aconselhamento dos pais e professores, e o compromisso com os procedimentos de acompanhamento, para assegurar que as etapas adequadas foram cumpridas para aliviar ou controlar o problema auditivo indicado em cada falha da triagem. Obviamente, sem programas de acompanhamento concomitantes, a identificação da perda auditiva (PA) em crianças é um esforço sem significados (NORTHERN; DOWNS, 2005).

No município de Sobral, em 2002, foi implantado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), que pertence a 11ª Região de Saúde, prestando assistência a 24 municípios da Região Norte do Ceará. No mesmo ano, de acordo com Tavares (2002), foi criado nesse município o Projeto Escuta Sobral, com ações iniciadas em 2003. É uma atividade da Prefeitura, que consiste em uma proposta de cooperação entre Secretaria de Educação, a então Secretaria de Saúde e Ação Social, Fundação de Ação Social e Secretaria do Desenvolvimento Econômico, e teve como objetivo despertar a sociedade para a problemática da surdez, orientar pais e preparar profissionais para o trabalho com deficientes auditivos, bem como promover a integração sociocultural e profissional das pessoas com Deficiência Auditiva (DA).

As ações desenvolvidas no Projeto Escuta Sobral estão organizadas em três eixos: triagem auditiva do neonatal, saúde auditiva do escolar e acompanhamento aos usuários de prótese auditiva. A proposta é que sejam desenvolvidas atividades voltadas para a promoção da saúde auditiva e prevenção, realizadas nos territórios de atuação das Equipes de Saúde da Família; identificação precoce, diagnóstico e terapêutica especializada, com acompanhamento no SASA, considerado um serviço de média complexidade (CORREIA; COELHO, 2012).

Como Fonoaudióloga, no ano de 2008, vim atuar no município de Sobral, após aprovação na seleção da VII turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Esta se caracteriza como educação no trabalho em nível de pós-graduação, com duração de dois anos, onde a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia é a responsável pela execução pedagógica. Ceccim e Armani (2001) ressaltam que esse tipo de programa surgiu no Brasil como uma maneira de compensar a lacuna existente na formação, durante a graduação dos profissionais de saúde. Carvalho e Nepomuceno (2008) relatam que “um dos propósitos da RMSF é o aprimoramento das práticas dos profissionais de saúde no Sistema Municipal de Saúde”. Desta forma, os maiores desafios das equipes são trabalhar de forma interprofissional e intersetorial, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2009, juntamente com os outros quatro residentes de Fonoaudiologia, tive a oportunidade de trabalhar de forma mais próxima com o SASA, no planejamento e execução das ações de Saúde Auditiva do Escolar, resultando em um fortalecimento e melhor



organização do Serviço. Desta forma, apoiamos e facilitamos as oficinas com os professores da Rede Municipal de Ensino de Sobral, efetivamos as triagens auditivas dos alunos matriculados no 2º ano das escolas da Sede do município e realizamos ações de Educação em Saúde, juntamente com o mascote do Projeto Escuta Sobral, o boneco Timpinho.

A oportunidade de vivenciar esse Serviço trouxe-me várias reflexões acerca da magnitude dessa ação na vida das crianças e na sociedade, assim, durante a RMSF, em 2010, dediquei-me a uma pesquisa, onde analisei as ações em Saúde Auditiva Escolar no município de Sobral, focando a Triagem Auditiva. Entrevistei as Fonoaudiólogas da Residência que participavam dessa ação e foram apontados alguns pontos falhos, como a capacitação dos professores, a parceria SASA e escola, atendimento otorrinolaringológico e espaço físico. Ao mesmo tempo, houve o reconhecimento da importância dessa ação e sugestão de algumas mudanças na organização do serviço, possibilitando um atendimento de melhor qualidade aos escolares (CORREIA; COELHO, 2012). Ao final, senti a necessidade de realizar um estudo mais aprofundado, com a escuta de outros atores envolvidos: profissionais fonoaudiólogos do SASA e professores, analisando todo o serviço com um olhar para a triagem dos escolares.

Na literatura, existem poucas publicações que abordam uma reflexão sobre as ações de Saúde Auditiva do Escolar, sendo que a maioria destes estudos visa a análise dos resultados das triagens e exames clínicos. Correia *et al.* (2014) realizaram um levantamento da produção bibliográfica sobre Saúde Auditiva no Brasil, nos anos de 2003 a 2013, e concluíram que as pesquisas com esse tema ainda são escassas, com enfoque no diagnóstico. Referiram que os estudos nessa área fortaleceriam as ações em Saúde Auditiva. No último Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia (SBFa, 2015), que ocorreu em outubro de 2015, dos 833 trabalhos apresentados, apenas seis tinham título referente a Triagem Auditiva do Escolar (TAE), destes, dois eram dos autores desta dissertação.

Silva (2011) considera reduzida a divulgação das ações no âmbito da triagem auditiva do escolar na literatura científica brasileira, considerando preocupante, uma vez que pode ser indicador da prática reduzida de ações na atenção à saúde auditiva do escolar no país.

No decorrer desta minha caminhada, integrei-me em grupos nas redes sociais, no qual participam Fonoaudiólogos de todo o país, oportunizando trocas e diálogos. Percebe-se que experiência como a de Sobral ocorre em poucos municípios. Apesar de atualmente ser umas das Ações do Programa Saúde na Escola, a TAE ainda não é uma realidade das escolas públicas brasileiras.

Considerando a importância do tema, analisou-se o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Sobral/Ceará, com enfoque na Triagem Auditiva do Escolar.

Deseja-se ampliar o conhecimento científico sobre os aspectos que envolvem a Saúde Auditiva. Percebe-se também, a importância de divulgar a experiência do SASA de Sobral/CE, a partir da qual outras formas de intervenção ou programas poderão ser criados ou adaptados, podendo servir de referência e suporte para a implantação destes.

Espera-se que, no cenário local, os resultados dessa investigação permitam ser um instrumento de reflexão sobre a gestão dos serviços de Saúde Auditiva, pois possibilitará a identificação dos avanços, dificuldades, limitações e possibilidades de aperfeiçoamento na atuação com os escolares. Em última análise, esta pesquisa mostrará o panorama atual das ações em Saúde Auditiva do Escolar no município de Sobral, podendo colaborar com o planejamento e monitoramento das ações, permitindo uma maior racionalidade dos recursos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Sobral/Ceará, com enfoque na Triagem Auditiva do Escolar.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever a caracterização do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva;
- Compreender o processo de trabalho dos profissionais envolvidos na Triagem Auditiva do Escolar;
- Examinar os resultados da Triagem Auditiva do Escolar.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O processo de redemocratização do País, na década de 1980, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela saúde. Este movimento foi a Reforma Sanitária, que reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela Integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar (BRASIL, 2003a).

Todo esse movimento que se antecedeu, tornou possível a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde através do Decreto nº 91.466 de 23 de julho de 1985, houve a convocação para a sua realização nos dias de 2 a 6 de dezembro de 1985, em Brasília (BRASIL, 1985). Em decorrência de reivindicações e solicitações de diferentes segmentos, de que haveria pouco tempo para preparar e discutir propostas na sociedade civil e nas instituições, o evento foi adiado para março do ano seguinte. Realizado entre os dias 17 e 21 de março de 1986, reuniu diferentes setores da sociedade para discussão de todas as propostas de mudanças. Estiveram presentes quase 5 mil pessoas, em um processo que, começando nos municípios, envolveu quase 50 mil participantes (BUSS, 1991). Ao final da 8ª CNS foi produzido um relatório que deu base à Constituição Federal de 1988 na seção da saúde.

Na dinâmica da organização da 8ª CNS, foi possível uma mobilização capaz de fazer aprovar a proposta de um sistema público de acesso universal, integral e equânime (GASPAR, 2010).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988 e é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social. Foram complementadas na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, de 1990, que criaram o Fundo Nacional de Saúde, composto por recursos fiscais, e o Conselho Nacional de Saúde, que garante a participação social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2000). Posteriormente, no ano de 2011, foi instituído o Decreto nº 7508, que regulamenta a Lei nº 8080/90, dispendo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a).

Os princípios doutrinários do SUS são: Universalidade, Equidade e Integralidade. Entende-se por Universalidade a garantia de que todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais devem ter acesso às ações e serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde, assegurado por uma rede hierarquizada de serviços e com tecnologia apropriada para cada nível. Não há mais discriminação entre população urbana e rural ou entre contribuintes e não contribuintes (COUTO, 2009).

A Equidade nasce da ampliação do conceito de saúde e da luta pelo direito à saúde por parte dos movimentos sociais. Sua reivindicação é a oposição à condição de iniquidade. A noção de equidade tem como fundamento a defesa da situação de justiça a ser instaurada mediante a denúncia de desigualdades concretas (PEREIRA; PEDROSA; DANTAS, 2014). Este princípio garante que o acesso aos serviços de saúde deve ser oferecido a toda a população em condição de igualdade, mas podendo haver uma discriminação positiva em casos especiais, em que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidade (PUSTAI, 2004). No Brasil, devido às diversas formas de desigualdades existentes, o princípio da equidade ganha maior relevância, pois um tratamento igualitário tenderia a manter ou aprofundar as diferenças e injustiças sociais (ALMEIDA, 2000).

Quanto a integralidade, o seu primeiro sentido relaciona-se a necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração entre serviços e instituições de saúde, pois a fragmentação e a racionalidade inspiraram o sistema de assistência médica no Brasil anterior ao SUS. O primeiro esteve pautado por sistemas paralelos de assistência médico-hospitalar previdenciária para ações e procedimentos de cura e recuperação, e pela rede pública voltada às ações de prevenção e promoção da saúde (COSTA, 2004).

No contexto do SUS, a integralidade, desde os anos 80, vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do Movimento Sanitário. Primeiro, foi pensada em termos de uma articulação entre pilares institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os setores público e privado na produção dos cuidados de assistência médica, ou entre os sub-setores de saúde pública e de medicina previdenciária, no interior do próprio setor público de serviços. Depois, foi pensada como um problema de gerência dos serviços (BRASIL, 2003b).

Mattos (2004) identifica pelo menos três conjuntos de sentidos desse termo que possuem ligação entre si já que são frutos da mesma racionalidade. Um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de

saúde. Aqui, a integralidade se referia sobretudo à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde no intento de compreender o conjunto de necessidades e sua articulação com as ações e os serviços numa perspectiva dialógica. Um terceiro era voltado para atributos das práticas de saúde. Deste modo, estes três sentidos levam a uma compreensão da integralidade como princípio estruturador das boas práticas profissionais configuradas a partir de uma perspectiva dialógica e do combate ao reducionismo dos sujeitos. Porém também apontam para um entendimento da integralidade como postura holística compreendida como uma abordagem ampla que dá conta de toda a complexidade do processo saúde e doença.

Entre os autores que discutem integralidade, Cecílio (2006) indica também que se pode traduzir a integralidade em diferentes dimensões: *integralidade ampliada*, sendo o resultado da articulação de cada serviço com a rede complexa composta por todos os demais serviços e instituições; e a *integralidade focalizada*, que é trabalhada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde. Neste encontro do usuário com a equipe, haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço.

Segundo Mendes (2011) a integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

Camargo Jr *et al.* (2008) tomam a integralidade como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviço. Entende-se que alguns outros conceitos articulados traduzem a integralidade nos sentidos adotados: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Como podemos observar, a integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde /doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006; SOUZA *et al.*, 2008).

Entre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Com efeito, são evidentes as mudanças do sistema tanto no eixo da descentralização quanto no do controle social.

No que diz respeito ao acesso universal, no SUS já não há barreiras formais que limitavam o acesso apenas aos que contribuía para a previdência social. É claro que são ainda muitas as barreiras de acesso que privam brasileiros das ações e serviços de saúde que necessitam, de modo que ainda temos muito de caminhar no sentido da igualdade do acesso. Mas no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes. Elas acontecem pouco e ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejamos. Exatamente por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção ao exame dessas experiências, em sua maioria localizada, que transformam as práticas na direção da integralidade (MATTOS, 2004).

### **3.2 CONTEXTUALIZANDO A FONOAUDIOLOGIA NO SUS**

O início da Fonoaudiologia no Brasil foi voltado para a educação especial, em 1854, com a criação do Imperial Colégio. Esse instituto era designado ao ensino de meninos cegos. No ano seguinte foi criado o Colégio Nacional, destinado ao *ensino dos deficientes auditivos*. Já em 1912, documentos mostram que a Fonoaudiologia começava a inserção em outras áreas da atuação, dando início as pesquisas específicas, relacionadas aos distúrbios da voz e da fala e com a implantação de cursos de orientação a professores. (CREFONO 2, 2013). Nessa época a terminologia “fonoaudiólogo” ainda não existia, sendo denominados por terapeutas da fala, ortofonista ou logopedistas (NASCIMENTO, 2011a).

Em relação à Saúde Pública, a Fonoaudiologia começou a traçar sua trajetória antes do SUS ser aprovado. Os primeiros registros da categoria nos serviços de saúde são da década de 1950. Na época, eram realizadas terapias fonoaudiológicas em pacientes com problemas neurológicos (NASCIMENTO, 2011b).

Entre as décadas de 1960 e 1970, a atuação fonoaudiológica, herdeira da concepção de profissão de saúde como profissão liberal, continuou concentrada nos consultórios particulares e em clínicas de reabilitação, ligadas ou não a serviços públicos (MASSON, 1995 *apud* GRANER, 2007). Em revisão documental realizada por Capelletti (1985), percebe-se que ainda na década de 1970, a Fonoaudiologia era uma profissão que buscava ser identificada como de nível técnico ou tecnológico, sendo mais voltada para a reabilitação dos problemas de fala, voz e surdez. Aos poucos, a profissão foi ganhando espaço

para atuar “além da fala”, legitimando-se como algo que poderia intervir em outros aspectos das habilidades estomatognáticas<sup>1</sup>, auditivas e lingüísticas dos pacientes.

No final da década 1970 as mobilizações pelo reconhecimento da categoria intensificaram-se e no ano de 1981, houve a sua regulamentação através da Lei nº 6965, sendo o Fonoaudiólogo o profissional que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz. Nesse mesmo período esses profissionais foram inseridos no Sistema Público pelas Secretarias de Educação e Saúde. Inicialmente, a maioria dos profissionais que prestavam serviço à Secretaria Municipal de Saúde, atuava como professores ou técnicos administrativos que haviam cursado a graduação em Fonoaudiologia, ocorrendo uma mudança de função (LOBO, 2005 *apud* VIEIRA, 2006). Posteriormente, no final da década de 80, foi realizado o primeiro concurso público para a contratação de fonoaudiólogos pelas Secretarias Municipais de Saúde, ocorrendo inicialmente nas Cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, começando neste momento a inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde (APS) (BEFI, 1997; VIEIRA, 2006).

Os serviços, porém, continuaram sendo estruturados como um consultório, com ações de forma não integrada com as outras categorias profissionais (PEREIRA, 1999; MARIN *et al.*, 2003), o que impossibilitou a efetividade do trabalho e reconhecimento deste pela população e pelos órgãos competentes (GOYA *et al.*, 2007; NICOLOTTI; ROS, 2009).

A partir da criação do SUS, instituído pela Constituição de 1988, e da concepção ampliada de saúde como sendo um bem estar físico, psíquico e social, surge para a Fonoaudiologia um movimento de reflexão e mudanças que procurava redirecionar a prática fonoaudiológica numa perspectiva social, coletiva e preventiva. (GOYA *et al.*, 2007).

Esse movimento deu-se de forma tímida, pois até a década de 1990, a maior parte dos Fonoaudiólogos, terminava sua graduação sem saber o que é uma Unidade Básica de Saúde, sem ter noções mínimas de epidemiologia ou sobre o sistema em que iriam atuar (ESKELSEN; FREITAS, 2008).

---

<sup>1</sup>Entende-se por habilidades ou funções estomatognáticas a fala, sucção, mastigação, deglutição e respiração.



Como se pode observar, a Fonoaudiologia tem sua origem marcada por práticas assistencialistas, limitadas a atendimentos individuais, de caráter eminentemente clínico, com ênfase na reabilitação de agravos nas áreas da comunicação humana, realizados prioritariamente em consultórios particulares, o que predeterminava sua demanda a uma pequena parcela da população (MARIN *et al.*, 2003), havendo uma quantidade restrita de profissionais atuando na Saúde Pública. Isso era decorrente do contexto histórico e também de sua formação acadêmica. De acordo com Befi (1997):

Em decorrência de sua própria formação, eminentemente reabilitadora, era para o Fonoaudiólogo muito difícil propor e organizar serviços voltados para grandes contingentes populacionais, encaminhando, dessa forma, seus procedimentos para a construção de consultórios, que o identificava com as unidades de saúde exclusivamente voltadas para a reabilitação, havendo então uma concentração de profissionais em ambulatórios de saúde mental e hospitais, muito embora esse número também fosse restrito (BEFI, 1997).

Na década de 1990, deu-se início, principalmente nas Universidades, a uma iniciativa direcionada à Fonoaudiologia Preventiva (NASCIMENTO, 2011b). Vendo que os resultados de suas práticas não eram satisfatórios, os Fonoaudiólogos começaram a buscar novos caminhos que levassem a um melhor desempenho nos vários níveis de atenção à saúde (WERTZNER, 1997).

Em 2002, houve mais um avanço, através da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. No seu artigo 4<sup>a</sup> estabelece que “os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo”. Em seguida, no Parágrafo único, institui que “a formação do Fonoaudiólogo deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (BRASIL, 2002a).

Ainda em 2002, a partir da realização de fóruns de discussão, a 2<sup>a</sup> Região do Conselho Regional de Fonoaudiologia, elaborou um documento relativo à inclusão do Fonoaudiólogo na APS, material que foi posteriormente encaminhado ao Ministério da Saúde, por meio do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CREFONO 2, 2006).

Alguns anos depois, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo considerado como uma retaguarda especializada para as equipes de Saúde da Família, no qual

o Fonoaudiólogo está previsto como uma das categorias que compõem a equipe multiprofissional (BRASIL, 2008a).

De acordo com Bezerra *et al.* (2010) :

O Fonoaudiólogo inserido no NASF pode encontrar obstáculos para o trabalho em equipe e intersetorialmente, mas esse é mais um paradigma a ser rompido pela Fonoaudiologia. Sua atuação deve priorizar o coletivo, contribuindo assim para o resgate da cidadania, o fortalecimento do apoio social e integração da comunidade (BEZERRA *et al.*, 2010).

Na pesquisa realizada por Zanin (2014), cujo objetivo foi avaliar a qualidade da assistência à saúde oferecida pela Fonoaudiologia na ESF no município de Sobral/ Ceará, evidenciou-se como desafios o número restrito de profissionais atuando na APS, falta de organização e plano de ação da categoria, atuação na perspectiva do núcleo<sup>2</sup>. Como potencialidades e avanços evidenciou-se a capacitação dos profissionais através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, diálogo, construção de vínculo com a comunidade e satisfação dos usuários. Essa mesma pesquisa mostrou que, segundo os dados do Sistema de Informação, a área da Fonoaudiologia que concentrou maior número de ações foi a Audiologia, devido às ações do SASA, que envolvem diretamente os Fonoaudiólogos da APS.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 320 de 17 de fevereiro de 2006, a Audiologia é a especialidade da Fonoaudiologia cujo objetivo principal “é garantir a comunicação e a qualidade de vida do indivíduo por meio da otimização de suas habilidades auditivas” (CFFa, 2006).

### 3.3 SAÚDE AUDITIVA

A audição é uma das principais vias pela qual o ser humano interage com a sociedade. Possibilita uma das funções superiores mais nobres, que é a comunicação. O ouvir é a primeira tarefa desenvolvida pela criança no processo de aquisição da fala e da linguagem (WEBER; DIEFENDORF, 2001).

---

<sup>2</sup> De acordo com Campos (2000), o núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. No caso do Fonoaudiólogo, sua atuação em núcleo dá-se quando ele desenvolve ações clínicas e individuais, com o olhar nas especialidades.

A audição é o resultado de um mecanismo altamente complexo, sendo o ouvido o órgão responsável por esse processo. Este é formado basicamente por duas porções inter-relacionadas, uma responsável pela audição periférica composta pela orelha externa, orelha média, orelha interna, nervo vestibulococlear e a outra, responsável pela parte central, que são as vias auditivas cerebrais, localizadas no tronco encefálico e áreas corticais, responsáveis pela compreensão do que se escuta (BONALDI; ANGELIS; SMITH, 2003).

O sistema auditivo periférico é responsável pela captação e transmissão da onda sonora pela orelha e meato acústico externo (orelha externa), a transdução sonora na membrana timpânica, cadeia ossicular e músculos intratimpânico (orelha média), e o processamento da informação auditiva na cóclea e porção do nervo vestibulococlear (BONALDI, 2013). No tronco encefálico ocorre a fase inicial do processamento auditivo através da modulação e integração dos sinais e no tálamo-cortical (área cortical) ocorrem os processos mais avançados de integração e os estímulos sensoriais poderão gerar respostas emocionais, cognitivas e lingüísticas (FINGER, 1994 *apud* TEIXEIRA; GRIZ, 2013).

A integridade do sistema auditivo é essencial para a aquisição e desenvolvimento da linguagem oral e escrita. A criança deve ser capaz de prestar atenção, detectar, discriminar e localizar sons, além de memorizar e integrar experiências auditivas para atingir o reconhecimento e a compreensão da fala. (KOWASLKI *et al.*, 2000; AZEVEDO; VILANOVA; VIEIRA, 2001).

Assim, qualquer intercorrência nessas porções, ocasiona o que se denomina de Perda Auditiva. Esta é definida pela ASHA (1981) como um desvio ou piora na estrutura ou na função auditiva, geralmente fora dos limites de normalidade.

A DA é um problema silencioso e invisível, passando muitas vezes despercebida na primeira infância, pelos familiares, ocasionando prejuízos na aquisição e desenvolvimento da linguagem quando não corrigida antes da maturação do sistema nervoso central (BARBOSA, 2005).

A DA traz muitas limitações para o desenvolvimento do indivíduo, tendo como uma das problemáticas a diminuição da capacidade de percepção dos sons, limitando ou impedindo seu portador de desempenhar plenamente seu papel na sociedade. Considerando que a audição é essencial para a aquisição da linguagem falada, sua deficiência não só influi no relacionamento, mas também cria lacunas nos processos psicológicos de integração de experiências, afetando o equilíbrio e a capacidade normal de desenvolvimento da pessoa. (TEIXEIRA, 2007).

Os problemas resultantes da deficiência auditiva podem estar relacionados à incapacidade auditiva ou desvantagem não auditiva. De acordo com a World Health Organization (1980), a incapacidade auditiva refere-se a qualquer restrição para desempenhar uma atividade dentro da faixa considerada normal para a idade, como a percepção da fala, os sinais sonoros de alerta e a capacidade de expressar-se. A desvantagem não auditiva limita ou impede o indivíduo a desempenhar adequadamente, suas atividades de vida diária e comprometem sua relação com a família e sociedade.

No mundo, a DA continua sendo um dos mais frequentes déficits sensoriais presentes na população. Segundo dados do estudo *Global Burden of Disease de 2005*, publicados no World Health Report da Organização Mundial de Saúde (2006), foi estimado que 278 milhões de indivíduos no planeta tinham algum tipo de deficiência auditiva de moderada a profunda em ambas as orelhas. Desta população, 80% moram em países em desenvolvimento, e cerca de 50% das perdas auditivas observadas poderiam ser evitadas com a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

No Brasil, de acordo com o Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total no país é de 190.755.799, desta, cerca de 2,7 milhões de habitantes, possuem deficiência auditiva. No Ceará, este número é de 526.085 habitantes com esse problema, em uma população de 8.452.381 (IBGE, 2010).

Essa deficiência é considerada atualmente um problema de saúde pública, devido aos prejuízos causados ao desenvolvimento do ser humano. De acordo com Ribeiro (2001), a surdez representa a doença mais prevalentemente encontrada ao nascimento (30:10.000), quando comparada a outras enfermidades como, por exemplo, a fenilcetonúria ou teste do pezinho (1:10.000); anemia falciforme (2:10.000); hipotireoidismo (2,5:10.000).

Estima-se que no Brasil, 3 a 5 crianças em 1.000 nascem surdas, aumentando para 2 a 4 em cada 100 nascimentos quando provenientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (CBPAI, 2000). Quando as alterações auditivas são diagnosticadas até os três meses de idade e a intervenção terapêutica é iniciada até os seis meses, o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, bem como o relacionamento social e desempenho acadêmico da criança com alterações auditivas, pode ser compatível com o de crianças ouvintes da mesma faixa etária (YOSHINAGA- ITANO, 2003). Nossa realidade é diferente, pois segundo o Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância – CBPAI (2000), a idade média do diagnóstico da deficiência auditiva varia em torno de 3 a 4 anos de idade, podendo levar até dois anos para ser concluído.

A PA pode ser classificada de acordo com o local da lesão, o momento em que ocorre e o grau.

De acordo com o local da lesão é dividida da seguinte maneira: PA condutiva, quando causada por alterações na orelha externa e/ou média; PA sensorineural, quando a lesão localiza-se na orelha interna (cóclea e/ou no nervo auditivo); PA mista, havendo comprometimento em ambos os componentes (condutivo e sensorial) e PA central, quando a alteração acomete estruturas do sistema nervoso auditivo central, resultando em desordem no processamento auditivo (GORDO, 2000).

Quanto ao momento da ocorrência, a PA pode ser classificada em congênita, ou seja, aquela que ocorre antes ou durante o nascimento e a adquirida, aquela que ocorre após o nascimento (RUSSO; SANTOS, 1994).

O grau da PA é classificado em: leve (30 a 40 dB), moderado (45 a 70 dB), severo (75 a 90 dB) e profundo (95 dB ou mais) (DAVIS; SILVERMAN, 1970).

Nas crianças, a classificação da PA é diferenciada das do adulto, pois elas precisam ter uma audição perfeita para ouvir claramente todos os sons, fundamentais na aquisição e desenvolvimento da linguagem. Na audição normal (0 a 15 dB) escutam-se todos os sons da fala; na PA discreta (15 a 25 dB) os sons das vogais são ouvidos claramente, podendo-se deixar de ouvir sons de consoantes; a PA (25 a 30 dB), a criança escuta apenas alguns sons da fala, os sons sonoros mais altos, apresentando desatenção, retardo leve de linguagem e leves problemas na fala; a PA moderada (30 a 50 dB) vai escutar quase nenhum som da fala no nível de conversação normal, havendo dificuldade para aprender o significado abstrato da palavra e as regras gramaticais, além da dificuldade de compreender a fala do interlocutor; a PA severa (50 a 70 dB) não se escuta nenhum som da fala e a linguagem e fala não se desenvolverão espontaneamente, apresentando problemas graves de linguagem e fala; a PA profunda (70+dB) não escuta nenhum som da fala e outros sons (NORTHERN; DOWNS, 2005).

Vários são os estudos que identificam os indicadores de risco para PA. Entre as etiologias mais frequentes em criança na idade escolar são: meningite, drogas ototóxicas, hereditariedade, hiperbilirrubinemia, síndromes genéticas, consangüinidade, otites de repetição, caxumba, traumatismos e malformações cranianas (CECATTO *et al.*, 2003; KÓS; KÓS, 2003).

Estudos demonstram que na infância, a otite média é a doença infecciosa mais comum, podendo resultar em PA condutiva de grau leve a moderado, geralmente acomete as duas orelhas, é temporária, com ou sem sinais e sintomas clínicos óbvios de infecção. Quase

todas as crianças desenvolverão a PA condutiva, relacionada à infecção na orelha média durante o período que vai do nascimento aos 10 anos de idade (NORTHERN; DOWNS, 2002). A otite média aguda tem incidência máxima (22%) no primeiro ano de vida. Cerca da metade das crianças de três anos tiveram pelo menos um episódio, enquanto 75% das crianças de nove anos tiveram pelo menos um episódio de otite média aguda (STENFORS, 1987).

Já a PA sensorineural é causada por uma variedade de doenças e condições. Ela é geralmente permanente, varia de grau leve a profundo, pode ser uni ou bilateral e se instalar a qualquer momento da vida. Sua prevalência total é de no mínimo 10 casos em cada 1.000 alunos, sendo um pouco maior em alunos do ensino médio devido à exposição a ruído/música amplificada (BARRET, 1999).

Nas crianças, as perdas auditivas discretas, tornam-se ocultas, pois a maioria não possui parâmetros que lhe permitam perceber que está ouvindo menos que o normal, bem como os adultos em identificá-las (LACERDA; RIBAS; SIQUEIRA, 2002).

A PA se não detectada e tratada precocemente pode levar ao retardo do desenvolvimento da fala e da linguagem, a problemas psicossociais e ao fracasso escolar, prejudicando o crescimento da criança de uma forma global. Estima-se que 90% de todo o conhecimento de uma criança é devido à recepção de sons à sua volta (NORTHERN; DOWNS, 2005).

No Brasil, o atendimento ao deficiente auditivo foi incorporado ainda na época do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), através da portaria nº 3335/MPAS de 1984, acompanhada da resolução nº. 46, que autorizava a concessão de ajuda supletiva aos beneficiários do INAMPS nas modalidades de “auxílio transporte” “auxílio órtese e prótese” e “outros aparelhos ou peças” (ABA, 2012).

Na década de 90, foram criadas as Portarias MS/SAS nº 211/96 e MS/GM nº 1278/99 que versam sobre o Implante Coclear. Embora fossem de extrema importância para o acesso da população ao tratamento, as mesmas não englobavam todos os procedimentos que visam boas práticas de atenção e cuidado à saúde auditiva (BEVILACQUA *et al.*, 2009).

Em 2000, foi estabelecida a primeira Portaria (SAS/MS nº 434) referente à regulamentação, no âmbito ambulatorial, do diagnóstico, da concessão e adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) e do acompanhamento de indivíduos deficientes auditivos (BEVILACQUA *et al.*, 2011). Sendo este o primeiro passo para a posterior criação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. No ano seguinte, em 2001, o Conselho Federal de Fonoaudiologia, aprovou a Resolução de nº 274, que dispõe sobre a atuação fonoaudiológica na Triagem Auditiva Escolar (CFFa, 2001).

No ano de 2002 o Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.060, instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, sendo esta o resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais. Ficando estabelecido como principais diretrizes: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços. O documento delimita os tipos de deficiências mais abrangentes e frequentes, segundo a classificação adotada pela OMS, sendo a auditiva uma dessas deficiências (BRASIL,2002b).

Ciente da necessidade de organizar o atendimento das pessoas com DA, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria GM/MS nº 2073/2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA). O objetivo norteador dessa política era estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabelecesse linhas de cuidados integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva e determinar diretrizes para credenciamento de serviços na Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Terciária, no atendimento da pessoa com deficiência auditiva (BRASIL, 2004).

No ano 2007, por meio do Decreto Presidencial nº 6286, ficou definido a avaliação auditiva, através da realização de triagens com os escolares, como uma das ações previstas no Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007a).

Considerando a Portaria que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, foi redefinido, através da Portaria GM/MS nº 389/2008, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O total previsto para o financiamento no Brasil, por ano, era de R\$ 173.230.808,52 (BRASIL, 2008b).

Ainda em 2008, foram criados os objetivos e metas do Pacto pela Vida a serem cumpridos no decorrer do ano, através da Portaria GM/MS nº 325. O Pacto pela Vida, reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. São 11 objetivos e metas onde alguns deles têm relação com a Saúde Auditiva: atenção à saúde do idoso; Promoção da Saúde; Saúde do trabalhador; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência (BRASIL, 2008c).

Uma grande conquista na Saúde Auditiva foi a aprovação da Lei Federal nº 12.303/ 2010 que torna obrigatório a realização gratuita do exame denominado Emissões

Otoacústicas Evocadas- Teste da Orelhinha, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências (BRASIL, 2010).

Em novembro de 2011 foi lançado, através do Decreto nº 7.612 o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, com o objetivo de implementar novas iniciativas e intensificar ações que, atualmente, já são desenvolvidas pelo governo em benefício das pessoas com deficiência. Está prevista a reestruturação do atual sistema de busca e acompanhamento das crianças diagnosticadas por meio dos testes, bem como seu encaminhamento a serviços que possam promover o tratamento necessário em cada caso. O documento cita o teste da orelhinha como um dos exames a ser realizado para a identificação precoce da deficiência (BRASIL, 2011b).

Em abril de 2012 houve a publicação da Portaria Gm/MS nº 793, revogando as Portarias: nº 818/2001; nº 587/2004; nº 2.073/2004; e nº 3.128/ 2008 e instituindo então a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2012a). No mesmo ano criou-se incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria GM/MS nº 835/ 2012 (BRASIL, 2012b).

No município de Sobral, no Estado do Ceará, ano de 2009, as discentes das VI e VII turmas da RMSF, fizeram um relato de experiência em um artigo intitulado: “A inserção da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: vivências de Sobral-CE”. Medeiros *et al.* (2009) descreveram as principais ações realizadas pelos Fonoaudiólogos, onde pode-se destacar algumas em Saúde Auditiva: participação nas puericulturas, promovendo conhecimento em relação ao desenvolvimento da audição; grupo de idosos, com reuniões sistemáticas com oficinas temáticas, abordando também a saúde auditiva; Triagem Auditiva dos Escolares, realizadas anualmente; acompanhamentos dos recém- nascidos de risco para deficiência auditiva; visitas domiciliares aos usuários de prótese auditiva que apresentem resistência, dificuldade ou desistência quanto ao uso do aparelho auditivo e participação em campanhas de combate e prevenção à surdez. As autoras destacaram a necessidade do processo de avaliação dos serviços de Fonoaudiologia na APS, tanto no aspecto dos seus processos como dos resultados.

Cedro (2010) propôs-se a descrever a atuação da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Sobral-CE, junto ao binômio mãe e filho, durante o ciclo gravídico puerperal. Entre as ações, podemos destacar as realizadas em Saúde auditiva: participação em grupo/curso de gestante, abordando a importância da audição para o



desenvolvimento da linguagem, como estimular a audição, cuidados com o ouvido do bebê, teste da orelhinha; visitas domiciliares ao recém-nascido com fator de risco para PA e participação nas consultas de puericultura.

Maia, Silva e Tavares (2012) realizaram uma pesquisa no Município de Sobral/CE, com o objetivo de analisar o acompanhamento dos recém-nascidos quanto à promoção da saúde auditiva após a inserção da Fonoaudiologia na ESF pela RMSF. Identificou-se um aumento significativo do número de encaminhamentos para o teste da orelhinha e exames realizados após a inserção deste profissional, além de a taxa de retorno ao serviço, mostrou-se significativamente maior em relação ao período anterior à atuação da residente de Fonoaudiologia. Concluíam que a presença do Fonoaudiólogo na APS é fundamental no acompanhamento e monitoramento do diagnóstico precoce das alterações auditivas, a fim de propiciar melhoria na qualidade de vida das crianças no município.

Francelino (2012) analisou o nível de informação recebida pelas gestantes acompanhadas pelo Centro de Saúde da Família no município de Sobral/CE, sobre o teste da orelhinha e saúde auditiva dos recém-nascidos durante o pré-natal. Constatou-se que 80,21% não receberam orientações sobre o Teste da Orelhinha e sua importância para o desenvolvimento infantil e 84,62% não foram orientadas quanto à saúde auditiva do bebê. Entre aquelas que receberam algum tipo de orientação, 52,94% apontou o enfermeiro como o profissional responsável pela informação.

Outra pesquisa realizada foi de Correia e Coelho (2012) onde se buscou analisar as ações em Saúde Auditiva do Escolar desenvolvidas no Projeto Escuta Sobral. As ações de Saúde Auditiva do Escolar são voltadas para alunos do ensino fundamental de instituições educacionais da rede pública municipal, tendo por objetivo propiciar a participação das escolas na detecção precoce das perdas auditivas, bem como sensibilizar e orientar os escolares quanto aos cuidados com a audição e integrar a pessoa com DA na escola. Percebeu-se que as ações em saúde auditiva escolar fazem parte da realidade do município de Sobral, muito embora atualmente não estejam ocorrendo de forma tão eficiente. É necessário, portanto, a continuidade destas ações, visto a sua extrema importância.

### **3.4 SAÚDE NA ESCOLA**

As escolas são um centro importante de ensino-aprendizagem, convivência, crescimento e formação de valores fundamentais, constituindo-se um lugar ideal para a aplicação de programas de promoção da saúde (LERVOLINO, 2000).

A relação entre o setor de Educação e de Saúde possuem muitas afinidades no campo das políticas públicas por serem baseados na universalização de direitos fundamentais e com isso favorecem maior proximidade com os cidadãos nos diferentes cantos do país. (BRASIL, 2009).

No mundo, as ações voltadas à saúde na escola datam o final do século XVIII e início do século XIX, através do médico Johann Peter Frank (1745-1821), com a elaboração do System einer Vollstandigen Medizinischen Polizei, conhecido como Sistema Frank (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Este sistema foi publicado na Alemanha e trouxe a ideia de “Polícia Médica” que era “um conjunto dos mecanismos pelos quais eram assegurados a ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção à saúde em geral” (FOCAULT, 1979).

O Sistema Frank contemplava vários aspectos da saúde. Na saúde da criança, dava ênfase à assistência às em idade escolar e a supervisão policial das instituições de ensino, focando desde a prevenção de acidentes à higiene mental, a iluminação, o aquecimento e a ventilação da escola até a educação física (ROSEN, 1979).

A partir desse sistema, em 1800, o médico e humanitário Franz Anton Mai elaborou o Código de Saúde, com o objetivo de coordenar todos os aspectos da saúde, destinado para manter e promover a saúde. Mai dava muita ênfase na educação. Na primeira seção do código havia descrito as tarefas dos funcionários oficiais de saúde: instruir as crianças nas escolas, ou seus professores (ROSEN, 1979).

No Brasil, a saúde e educação, historicamente já foi unidade até a década de 1950, onde o então Ministério da Educação e Saúde (MES) se desdobrou em Ministério da Saúde e no Ministério da Educação e Cultura, com autonomia institucional para elaboração e implantação de políticas em suas áreas. Na ocasião, as ações desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde, do antigo MES, passaram a ser responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Silva (2010) traz os principais modelos teóricos de saúde na escola da história:

- a) Higienista: prática para mudança de comportamento, procurando evitar a disseminação de doenças, vendo a saúde como ausência de doença. O indivíduo é responsável por sua saúde;
- b) Biomédico especializado: prática assistencialista e curativa. Foco na medicalização da aprendizagem e cuidado fragmentado. A saúde é vista como ausência de doença, com foco no especialista;

- c) Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde: de caráter preventivo, usa-se os serviços de ambulatório para atendimento à saúde. Os profissionais de saúde e educação usam o mesmo espaço físico, a escola. O conceito de saúde ainda é a ausência de doença;
- d) Promoção da Saúde: ações descentralizadas, com sujeito sendo protagonista. Articula diferentes saberes, favorecendo o diálogo sobre as questões sociais e saúde.

Com o fortalecimento da democracia e da luta pela cidadania no país, após 1980, o trabalho educativo em saúde, vivenciado na escola, tem avançado através da incorporação de novas concepções teóricas da educação e da saúde, assim como na diversificação de seu campo de atuação. Este avanço possibilitou a incorporação das práticas educativas em saúde, no cotidiano didático-pedagógico das escolas, além de contribuir para uma crescente consolidação da cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que resultou em acúmulos consideráveis que potencializam a ação educativa em saúde nos espaços institucionais (BRASIL, 2007b).

Em 1995, no Chile, durante o Congresso de Saúde Escolar, foi acordada a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde. Esta iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na Região das Américas procurava fortalecer a capacidade do setor Saúde e de Educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos jovens, pais, professores e outros membros da comunidade escolar. Por meio de suas atividades, a iniciativa incentivava as ações dirigidas para melhorar a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento local (BRASIL, 2007b).

De acordo com Figueiredo, Machado e Abreu (2010), a Escola Promotora de Saúde demanda a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los. Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral, tendo três componentes relacionados entre si: educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; e oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.

A Escola Promotora de Saúde tem como características (PELICIONI; TORRES, 1999):

- a) Ações voltadas para a promoção e educação em saúde, para proteção e melhoria da saúde e do bem estar de toda a comunidade escolar:

- b) O planejamento, desenvolvimento e valorização do currículo formal de programas de prevenção, educação e promoção da saúde;
- c) Estímulo à participação dos pais nos programas e projetos de saúde, desenvolvidos no âmbito educacional – co-responsabilidade;
- d) Explicita valores que deverão ser praticados ao longo de toda a vida escolar
- e) Atenção aos conteúdos e ao ambiente físico;
- f) Combate aos desperdícios;
- g) Incentivo à formação do corpo docente.

Até o início dos anos 2000, as experiências de saúde em ambiente escolar estavam voltadas para os cuidados básicos de higiene e de primeiros socorros, além do acesso à assistência médica e/ou odontológica (GOMES, 2012). Como mostra Silva (2010), as crianças entre a faixa etária a partir de sete anos de idade, tinham dificuldade no acesso aos serviços de saúde, pois a prioridade dos programas eram para crianças menores que essa idade. Isso colaborou para que as dificuldades encontradas nas escolas fossem encaradas como problemas de saúde, independente da sua origem ou causa. Este acontecimento reforçou a demanda dos escolares para a atenção à saúde, que é algo complexo e precisava ser trabalhado na perspectiva da Promoção da Saúde.

Surge em 2003, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), através do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/Aids, e o Ministério da Educação, com apoio da Unesco, Unicef e UNFPA, com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade dos jovens, promovendo a saúde sexual e reprodutiva de forma ampla (GOMES; VIEIRA, 2010).

No ano de 2005, mais um avanço foi realizado, através da Portaria Interministerial nº 749 de 13 de maio, com a constituição da Câmara Intersetorial para a elaboração das diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola (BRASIL, 2005). No ano seguinte, através da Portaria interministerial nº 1820 de 1 de agosto de 2006, ocorre uma alteração na redação dos artigos 1º, 2º e 3º da portaria anterior, considerando a reestruturação do Ministério da Saúde e o deslocamento da competência para tratar sobre educação popular em saúde para o âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2006).

Posteriormente, em 2007, foi criado o PSE. Este tem por objetivos (BRASIL, 2007a):

- a) Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- b) Articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimiza a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- c) Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- d) Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e direitos humanos;
- e) Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- f) Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- g) Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis governo.

Para que esses objetivos sejam alcançados, o PSE é dividido em 3 (três) componentes: avaliação clínica e psicossocial; promoção e prevenção à saúde; e formação, como pode-se conhecer nos parágrafos a seguir (BRASIL, 2011b):

No Componente I – Avaliação Clínica e Psicossocial procura-se obter informações sobre o crescimento e desenvolvimento dos escolares. As ações prioritárias são: avaliação antropométrica; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica; detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (hanseníase, tuberculose, malária); avaliação oftalmológica e auditiva; avaliação nutricional, avaliação de saúde bucal e psicossocial.

O Componente II do PSE, prioriza ações de promoção e prevenção à saúde, visando garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem a melhor escolha à sua saúde. Destacam-se ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física na escola; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), com educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), com ênfase na prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

A formação dos gestores e equipe envolvida, presente no Componente III, é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente.

As ações previstas no PSE considerarão atenção, promoção, prevenção, assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e a equipe de Saúde da Família, no decorrer do ano letivo, através de visitas periódicas às instituições (BRASIL, 2007a).

A equipe de Saúde da Família tem o papel de agente desencadeador das iniciativas de Promoção da Saúde Escolar no território de referência, atuando ativamente nos processos de Educação Permanente da comunidade escolar (professores, funcionários, pais e alunos). Deve-se garantir o acesso e a parceria da educação e saúde, na realização das ações. Do mesmo modo, os profissionais da educação podem apoiar na realização e incorporação de ferramentas pedagógicas e educacionais na abordagem da educação em saúde (GOMES, 2012).

Este Programa está baseado na garantia de direitos fundamentado em três princípios: Intersetorialidade, Territorialidade e Integralidade. A Intersetorialidade é realizada pelo desafio da gestão compartilhada, em que os saberes científicos, populares e locais são levados em consideração, incluindo os sujeitos e a participação numa troca dialógica (diálogo), encontro que se produz o novo; a Territorialidade diz respeito às diversidades locais, às linguagens locais, aos alimentos locais, às expressões artísticas locais, com a inclusão do que há de diverso e diferente e garantia do enfrentamento das vulnerabilidades/territórios vulneráveis; e a Integralidade é encontro de saberes guiados por políticas de garantia da saúde e educação como um direito universal (BUENO, 2012).

As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político executiva dos Estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. Destaca-se ainda a importância do apoio dos gestores da área de educação e saúde, estaduais e municipais, pois se trata de um processo de adesão que visa à melhoria da qualidade da educação e saúde dos educandos, que se dará à luz dos compromissos e pactos estabelecidos em ambos os setores (BRASIL, 2011c).

O PSE constitui uma possibilidade de suprimento de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade e integralidade apregoada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente, proporcionando à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem estes setores, para o enfrentamento das

vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. (SANTIAGO *et al.*, 2012; BRASIL, 2011c).

É preciso compreender que o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas para triagens, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo (BRASIL, 2011c).

Para que o PSE alcance seus objetivos é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Saúde da Família. Assim, a sinergia entre as políticas de saúde e de educação pode garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens acesso a uma qualidade de vida melhor (BRASIL, 2011c).

### **3.4.1 Triagem Auditiva do Escolar**

Devido às graves consequências da PA para a vida de uma pessoa, o diagnóstico precoce já vem sendo realizado em recém-nascidos, ainda no berçário das maternidades, e em pré-escolares e escolares, por meio de programas de triagens auditivas (CORREIA; COELHO, 2012).

Northern e Downs (2005) definem triagem auditiva como um processo de aplicação de testes, exames ou outros procedimentos rápidos e simples, a um número geralmente grande de pessoas, não tendo a pretensão de diagnosticar, porém as pessoas identificadas como achados suspeitos são encaminhadas para realização do diagnóstico e tratamento.

Ewing (1955, *apud* Campelo, 2009), recomendou que todas as crianças realizassem a triagem auditiva, utilizando audiômetros, ao ingressarem no primeiro ano escolar. Em pouco tempo esse procedimento passou a ser o método de triagem auditiva mais conhecido. Segundo Araujo *et al.* (2002), a avaliação auditiva na faixa etária escolar é necessária para detecção e correção precoce de perdas auditivas, correspondendo à ação básica de saúde do escolar.

A triagem de PA nos escolares, nas instituições públicas dos Estados Unidos, começou a ser desenvolvida desde a década de 1930. Quase todos os estados têm um

programa de triagem auditiva obrigatória para identificar crianças com deficiência auditiva com inaptidão para atividades pedagógicas. O objetivo deste programa é manter adequadamente o estado funcional da criança em sala de aula (NORTHERN; DOWNS, 2005).

A Resolução nº 274/2001, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, dispõe sobre a Triagem Auditiva Escolar. Para a execução desta, é necessário (CFFa, 2001):

- a) A autorização escrita dos pais/responsáveis do aluno;
- b) Deve acontecer em um ambiente silencioso;
- c) Os equipamentos devem estar acompanhados do certificado de calibração atualizado;
- d) O Fonoaudiólogo deve fazer a calibração biológica dos instrumentos sempre que iniciar uma sessão de triagem;
- e) Deve constar de no mínimo, meatoscopia, timpanometria, varredura do reflexo acústico em 100 dB nas frequências de 1000 a 4000 Hz e pesquisa dos limiares de Via Aérea de 1000 a 4000 Hz (técnica de varredura em 20 dB);
- f) O resultado deve constar no critério passa/falha;
- g) A criança que falhar, deverá repetir a triagem em 10 a 15 dias, para a confirmação do resultado;
- h) A devolutiva deverá ser dada aos pais/responsáveis por escrito;
- i) O Fonoaudiólogo deverá indicar três ou mais profissionais para o atendimento das crianças que falharam na triagem.

Aproximadamente 80% dos pré-escolares e escolares apresentam esta perda durante o ano escolar, daí a grande importância do programa de Saúde Auditiva Educacional, para identificação desses casos (SANTOS, 1996).

Com essa preocupação, em 1999, foi realizada a I Campanha Nacional de Prevenção da Surdez, com o título de “Quem houve bem, aprende melhor”, com ações conjuntas da educação e saúde, com o objetivo de prevenir e dar assistência na saúde auditiva de alunos do ensino fundamental das escolas públicas, com vista a melhorar o processo ensino-aprendizagem e o rendimento escolar dessas crianças. Na primeira fase da Campanha foram triados 780.321 alunos matriculados na 1ª série do ensino fundamental (atual 2º ano) das escolas públicas situadas nos municípios com população acima de 50.000 habitantes (BRASIL, 2001).



Em fevereiro de 2001 iniciou-se a II Campanha "Quem ouve bem aprende melhor", com os mesmos objetivos da primeira, deu-se continuidade na identificação e tratamento dos problemas auditivos nos alunos da rede pública (FO, 2004).

Durante esse dois anos (1999-2001), essa campanha sofreu críticas sobre a técnica aplicada e os critérios de "passa/falha", pois o critério de normalidade proposto pela campanha (30 dB) não atinge as crianças com PA leve (GOMES, 2004). Esta, segundo Maltkin e Wilcox (1999) tem impacto no desenvolvimento inicial da linguagem, cognição e competência sócio- emocional.

Várias são as pesquisas nacionais que apontam o número de crianças com alterações auditivas e os diferentes métodos de triagem. Entre os métodos utilizados na Triagem Auditiva do Escolar, podemos citar a audiometria tonal, imitanciometria, emissões otoacústicas e mais atualmente, tem sido descrito a triagem com testagem do processamento auditivo.

Pinto (2007) realizou uma avaliação audiológica escolar em 86 crianças entre 6 e 10 anos de idade, utilizando a audiometria (frequências de 500, 1.000, 2.000 e 4.000 HZ) e em seguida uma timpanometria., além da aplicação de um questionário com os pais. Este não teve resultado significativo. Tanto na audiometria, como na timpanometria, deram 5,23% dos exames alterados, com as mesmas crianças. Concluiu-se que estes dois procedimentos são eficazes para a identificação de alterações auditivas em escolares.

Farias *et al.* (2012) utilizou as emissões otoacústicas por produto de distorção para triar 90 escolares. Foi constatado que 37,8% falharam, sendo observado maior índice entre os alunos da escola pública.

Vasconcelos, Serra e Aragão (2008) compararam os resultados suspeitos de PA pela triagem com os exames de emissões otoacústicas evocadas (EOAE) transientes (EOAT) e por produto de distorção (EOAPD), com dados dos exames audiométricos. Observaram qual dos dois procedimentos de EOAE responde melhor para triagem em escolares. Avaliaram 451 escolares da 1ª série do ensino fundamental, em escolas públicas de São Luís. Foram feitos, na própria escola, os exames otoscópicos com remoção de cerume quando necessário e os exames de EOAT e EOAPD. Nas crianças que apresentaram alteração em algum dos exames de EOAT e/ou EOAPD foram realizadas a audiometria e imitanciometria. Os dois procedimentos de EOAE respondem bem á triagem auditiva em escolares.

Descobrir alterações auditivas que estejam interferindo no desenvolvimento da criança é proporcionar a oportunidade de alcançar a aprendizagem e desenvolver-se adequadamente para atingir a vida adulta com maior potencialidade (CUNHA, 1999). Porém,

a atuação do fonoaudiólogo junto aos escolares não deve se limitar à Triagem Auditiva, outras ações, como orientações sobre o cuidado com a audição e o ambiente acústico escolar, devem ser considerados (HUBIG; SCHOCHAT, 1997).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de uma pesquisa mista, com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Este tipo de estudo trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, percepções, opiniões, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e de fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2008). Para Lervolino (2000), os procedimentos qualitativos têm sido utilizados quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideias ou eventos.

Segundo Marconi e Lakatos (2005), a abordagem quantitativa consiste em realizar pesquisas empíricas, tendo como uma de suas finalidades delinear ou analisar as características de fatos ou fenômenos, a coleta sistemática de dados sobre populações ou amostras de populações e a avaliação de programas.

Os métodos quantitativo e qualitativo de pesquisa são diferentes, porém, não são excludentes, haja vista que trabalham questões diversas, baseadas em construções teórico-metodológicas e com princípios diferenciados. Portanto, é possível trabalhar de forma complementar com as duas metodologias, no sentido de que o resultado de uma questão, colocada a partir de princípios teórico-metodológicos quantitativos, suscite novas questões que só possam ser avaliadas sob princípios qualitativos, ou vice-versa (MINAYO, 2008). Incorporam as necessidades de explorar e explicar uma questão de pesquisa para expandir o seu entendimento, convergir ou confirmar resultados (CRESWELL, 2007). A cada dia torna-se mais comum o número de estudos que combinam abordagens quantitativas e qualitativas, resultando em uma pesquisa mais abrangente.

Este estudo, segundo os seus objetivos, classifica-se como exploratório e descritivo, utilizando-se de procedimentos documentais e de campo.

Os estudos que são classificados como exploratórios têm como finalidade desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno ou modificar e clarificar conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2005). Segundo Gil (2002), estas pesquisas tem a finalidade de proporcionar uma visão geral acerca de um determinado fato, sendo realizada principalmente quando o tema escolhido é pouco explorado. Já as pesquisas descritivas, têm como objetivo primordial a descrição das

características de determinada população, ou seja, apresentam o estado em que se encontra o objeto de interesse.

A pesquisa documental, de acordo com Marconi e Lakatos (2005), é caracterizada pela fonte de coleta ser restrita a documentos, escritos ou não, constituindo-se o que se chama de fontes primárias, como os documentos de artigos públicos, cartas, contratos, autobiografias, sendo uma documentação indireta.

Os mesmos autores definem a documentação direta como um levantamento de dados no próprio local onde os fenômenos ocorrem, como acontece na pesquisa de campo. Esta é utilizada para conseguir informações que possam dar respostas sobre um problema. Este tipo de pesquisa tem algumas fases. Inicialmente é necessária a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão; em seguida, de acordo com a natureza da pesquisa, deve-se escolher a técnica a ser utilizada e a amostra; por último, é preciso definir as técnicas de registro dos dados e como estes serão analisados (MARCONI; LAKATOS, 2005).

## **4.2 Cenário do Estudo**

O município de Sobral localiza-se na porção noroeste do Estado Ceará, a 235 Km da capital do estado. Conta com uma área de 2.122,897 Km<sup>2</sup> e uma população de aproximadamente 199.750 mil habitantes (IBGE, 2014). Neste cenário, está localizado o Sistema Municipal de Saúde, que possui estrutura de assistência primária, secundária e terciária para sua população, fazendo parte da 11<sup>a</sup> Região de Saúde. Este é o município mais populoso da região Norte do Estado e segundo Frota, Linhares e Melo (2010) é referência para a região nordeste do Brasil, baseado na sua singularidade e inovações do seu modelo técnico assistencial de saúde.

Para Ximenes Neto (2007), o setor saúde em Sobral passou a se reestruturar a partir de 1997 com as estratégias de municipalização, consolidadas a partir da elaboração do Plano Municipal de Saúde para 1997-2000. O autor afirma que nesta época surgem três movimentos para a melhoria das ações de saúde: a municipalização da saúde, o enquadramento no nível de gestão plena do sistema municipal e a territorialização da saúde.

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde é dividida por 4 Macroáreas administrativas, totalizando 35 Centros de Saúde da Família, 56 equipes da Estratégia Saúde da Família, 37 equipes de Saúde Bucal, 06 equipes de Apoio à Saúde da Família e 03 equipes de Atenção Domiciliar e garantem uma cobertura de 85% das famílias na sede e distritos de Sobral.

A Atenção Secundária é formada pelo Centro de Reabilitação, Atenção Domiciliar e Unidade Mista. Na Vigilância à Saúde, Sobral é estruturado pelo Centro de Zoonoses, Vigilâncias à Saúde (ambiental, sanitária e nutricional) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Desde 2011, Sobral vem aprimorando a rede de atenção à saúde, contando com a Rede de Atenção à Saúde Mental, o PSE, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, a Rede de Atenção às Urgências e a Rede Cegonha (SOBRAL, 2014).

O município corresponde também a Coordenadoria Regional de Desenvolvimento da Educação 6, composta por 16 escolas de Ensino Fundamental I com turma de 2º ano, na sede.

Recentemente, apareceu em destaque na mídia por ter se classificado com o melhor Índice de Oportunidades de Educação Brasileira (IOEB) entre as 5.241 cidades brasileiras avaliadas. O IOEB engloba da educação infantil ao ensino médio de todas as redes educacionais do município - rede estadual, municipal e privada, incluindo também quem está fora da escola e não deveria estar (SOBRAL, 2015).

### **4.3 Período do Estudo**

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2015, nos horários de funcionamento das instituições de ensino municipais e horário de funcionamento do SASA, apenas após a aprovação da Comissão Científica do Município (ANEXO B), após a assinatura do Termo de Autorização Institucional, pelo setor da educação (ANEXO C) e após parecer aprovado do Comitê de Ética e Pesquisa (ANEXO D).

### **4.4 Sujeitos do Estudo**

Constituíram sujeitos da pesquisa: dois profissionais do SASA, como a Coordenadora do Serviço e o Fonoaudiólogo responsável pela Saúde Auditiva do Escolar; representantes do núcleo gestor das escolas participantes da triagem auditiva, totalizando oito. A escolha deu-se pela aproximação do profissional com o projeto.

O acesso aos sujeitos deu-se de diferentes formas: os profissionais da saúde foram contatados por meio do SASA. Inicialmente através de uma visita, no qual se conversou com a coordenadora do serviço, com a apresentação do projeto e entrega da cópia da autorização

da Comissão Científica Municipal. Em seguida, agendou-se o dia e horário da coleta de dados de acordo com a disponibilidade do serviço e profissionais.

Aos representantes do núcleo gestor, o acesso foi realizado inicialmente pela Secretaria Municipal de Educação, com a solicitação da autorização para realização da pesquisa. Após aprovação do projeto pela secretaria, o contato deu-se com as coordenadoras do setor do Ensino Fundamental. Elas articularam as entrevistas com as instituições e disponibilizaram os endereços das escolas, nomes dos diretores e contato para a pesquisadora, que através do agendamento por telefone, realizou as visitas às instituições para a coleta de dados.

O processo de inclusão deu-se através da participação desses profissionais nesse processo em anos anteriores.

#### **4.5 Procedimentos da coleta de dados**

Em um primeiro momento, o SASA disponibilizou o arquivo no Excel, contendo as informações das 1396 triagens auditivas das 16 escolas, do ano de 2013, no qual continha resultados individuais (por aluno). Em seguida, foram selecionados os prontuários dos 14 alunos/pacientes que apresentaram PA no processo diagnóstico, para conhecimento mais detalhado dos procedimentos realizados.

Posteriormente, realizou-se entrevistas semiestruturadas, que de acordo com Minayo (2006), combinam perguntas fechadas e abertas, obedecendo a um roteiro pré-estabelecido, que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência de questões, este tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. A entrevista é a estratégia mais usada em pesquisa de campo.

A pesquisadora realizou as entrevistas em locais tranquilos, sem haver interrupções. Inicialmente, apresentou-se como pesquisadora, e explicou os objetivos da pesquisa. Garantiu o anonimato e a possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com leitura conjunta, pediu autorização oralmente para efetuar a gravação e apenas após a assinatura do Termo de Consentimento Pós- esclarecido, deu início às entrevistas. Logo no início, os participantes relataram, a pedido da pesquisadora, que haviam autorizado à gravação. As questões guias foram as seguintes:

**a) Coordenação do SASA (APÊNDICE A):**

Objetivou caracterizar o serviço e as ações em Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral. A entrevista contou com as seguintes questões guias: objetivo do Serviço de Saúde Auditiva Escolar; história do Serviço; funcionamento (ações, horários, agendamento, encaminhamentos); Recursos Humanos (equipe multiprofissional, formação, experiências); instalações físicas e equipamentos (estrutura para a triagem, SASA - acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência, dimensionamento, número de salas e equipamentos adequados); atores envolvidos; referência e contra-referência (Atenção Primária, Secundária e Terciária, uso de protocolo específico); fatores facilitadores e restritivos na execução das ações de Saúde Auditiva do Escolar .

**b) Fonoaudiólogo (APÊNDICE B)**

Para melhor compreensão das ações em Saúde Auditiva do Escolar, continham questões guias como: dados de identificação (nome, tempo de formação, nível de formação, tipo de vínculo com o serviço, tempo de serviço); objetivo do profissional nas ações de Saúde Auditiva do Escolar; ações e serviços realizados; intersetorialidade; Educação Permanente para a qualificação dos profissionais; fatores facilitadores e restritivos na execução das ações de Saúde Auditiva do Escolar e sugestões.

**c) Representante do núcleo gestor das escolas (APÊNDICE C)**

Para compreender a percepção do setor educação a respeito do Serviço, a entrevista contou com as seguintes questões: para você, qual a importância da audição para a aprendizagem do aluno?; Como ocorre o processo de triagem auditiva?; Antes ou após as triagens, a escola recebe alguma orientação do SASA? Qual e de quem?; Como você vê essa intersetorialidade entre o Serviço de Saúde Auditiva e a educação?; Existe alguma capacitação sobre Saúde Auditiva para o corpo docente? Como se dá essa capacitação?; Existe alguma ação de Educação em Saúde para os alunos? Como ocorre?; Há alguma crítica, elogio ou sugestão para o Serviço de Saúde Auditiva do Escolar?

. Nas entrevistas com os representantes do núcleo gestor, inicialmente a inclusão dava-se a partir das instituições que possuíam crianças com diagnóstico de PA no ano de 2013, totalizando oito escolas. Porém, a partir da amostragem por saturação, entrevistou-se seis coordenadores. Segundo Fontenella, Ricas e Turato (2008) “a amostra por saturação é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma mostra de estudo, interrompendo a captação de novos componentes”, ou seja, designa o momento em que o acréscimo de dados e informações não altera a compreensão do fenômeno estudado (THIRY-CHERQUES, 2009).

A coleta deu-se de forma gravada e armazenada no MP4 (Philips GoGear audio player) e posteriormente transcrita pela pesquisadora.

#### **4.6. Análise dos dados**

Para melhor análise documental, os arquivos fornecidos pelo SASA foram consolidados em uma única planilha no Excel, contendo os seguintes dados: nome da escola, número de alunos por escola, informações da 1ª fase, informações da 2ª fase e conduta. Para preservar o anonimato, as escolas de ensino fundamental foram codificadas por EEF1, EEF2, EEF3... EEF16. Os prontuários também foram consolidados em um único documento contendo o aluno/paciente, acompanhamento prévio, diagnóstico e continuidade do acompanhamento. Os prontuários dos pacientes foram codificados por C1, C2, C3... C14. Utilizou-se a estatística descritiva, representando estes dados através de tabelas, gráficos e quadro.

As entrevistas foram analisadas utilizando o método de Análise do Conteúdo Temática, que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos. A análise temática consiste em desvendar os “núcleos de sentido” que decompõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2009).

Historicamente, a Análise de Conteúdo, enquanto conjunto de técnicas de análise de comunicações, sofreu reformulações desde os primeiros preceitos da Análise de Conteúdo Clássica, de acordo com estudos propostos por Krippendorff (1980 apud BARDIN, 2009) até os dias atuais, com uma análise mais contemporânea, já de acordo com preceitos metodológicos influenciados pelo uso do computador.

Este tipo de análise é realizado através de algumas fases. As diferentes fases de análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009).

A pré-análise tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise. Consistiu na organização propriamente dita, com a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação das hipóteses ou questões norteadoras. Essas três missões não se sucederam, obrigatoriamente, segundo uma ordem cronológica, mas se mantiveram estreitamente ligadas umas as outras (BARDIN, 2009). A hipótese trata-se de



uma suposição, cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros. Formular hipóteses consiste, muitas vezes, em explicitar e precisar dimensões e direções de análise, que funcionam no processo (BARDIN, 2009).

No caso das entrevistas, o material foi transcrito e sua consolidação constituiu o corpo da pesquisa, juntamente com os dados quantitativos. Dessa forma, foi preciso obedecer algumas regras: exaustividade, no qual esgotou a totalidade da comunicação, não se omitiu nenhum elemento. Esta regra completou-se pela não seletividade; representatividade, a amostra representou o universo, ou seja, os resultados obtidos foram generalizados ao todo; homogeneidade, os dados referiram-se ao mesmo tema, foram obtidos por técnicas iguais e colhidos somente pela pesquisadora, desta maneira, obedeceu-se a critérios precisos de escolha e não apresentou demasiada singularidade fora destes critérios de escolha; pertinência, os documentos adaptaram-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa.

Ao considerar os textos uma manifestação que contém índices que a análise vai fazer falar, o trabalho preparatório será o da escolha destes, para posteriormente, construir indicadores precisos e seguros. Devem ser determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para o registro de dados. Antes da análise propriamente dita, o material deverá ser preparado (BARDIN, 2009).

A exploração do material foi a etapa seguinte e a mais longa e foi realizada a partir das decisões tomadas na pré-análise. Consistiu essencialmente em operações de codificação. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que permite atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão (BARDIN, 2009). Seguiram-se três passos para organização: recorte da unidade de registro, no qual pode ser um tema, palavra ou frase. Em seguida, a enumeração por meio de frequência e depois, a classificação e a agregação, com a escolha das categorias.

A categorização é uma operação que reúne um grupo de elementos sob um título genérico, com critérios previamente definidos, no qual, classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. É um processo composto por duas etapas: inventário, onde se isolou os elementos e a classificação, com a organização das mensagens (BARDIN, 2009).

Finalizou-se com o tratamento dos resultados obtidos e interpretações. Posteriormente discutidos com a literatura.

Os profissionais do SASA foram codificados em S1 e S2 e os coordenadores das instituições de ensino em E1, E2... E6, garantindo assim o anonimato de todos os participantes.

#### **4.7. Aspectos Éticos**

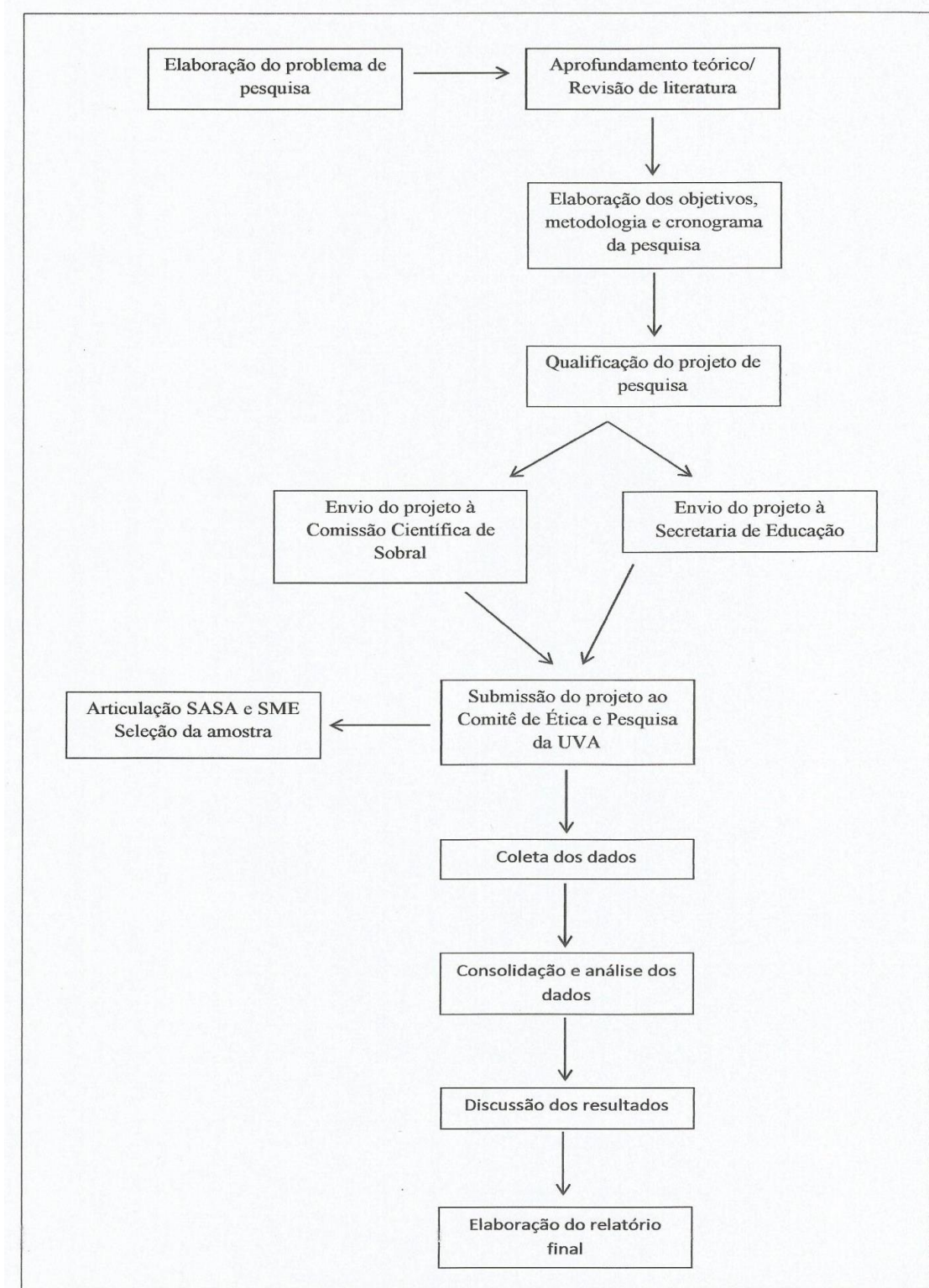
O projeto de pesquisa foi enviado inicialmente para a Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com o Termo de Compromisso para utilização de dados em documentos (ANEXO A). Somente após parecer favorável de nº 0025/2015 (ANEXO B), foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, através da Plataforma Brasil, com parecer nº 1.143.359 (ANEXO D).

Utilizou-se uma Carta de solicitação da autorização institucional (APÊNDICE F) direcionada à Secretaria de Educação do Município, para a realização das entrevistas com os representantes do núcleo gestor. Após aprovação de todas as instâncias, deu-se início à coleta de dados.

Nas entrevistas, utilizaram-se os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D e APÊNDICE E), onde se respeitou os princípios legais e éticos, de acordo com as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de saúde. O participante da pesquisa ficou ciente da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos que iam ser utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos; houve explicitação sobre a ausência de riscos recorrente à participação na pesquisa; com garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; com a garantia também da manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa. Após consenso e assinatura do termo pelo participante, este recebeu uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, iniciou-se a entrevista.

## 4.8 Fluxograma da Pesquisa

Figura 1 – Fluxograma de pesquisa



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas com a coordenadora do SASA, Fonoaudióloga responsável pelas TAE e responsáveis pela articulação da TAE nas instituições de ensino (coordenadores). Inicialmente haverá a apresentação do SASA e do processo de trabalho para a Triagem Auditiva do Escolar. Em seguida, os dados do processo de 2013 serão expostos e discutidos, juntamente com seus avanços e limitações percebidos pelos profissionais, finalizado com as sugestões para a melhoria do projeto.

### **5.1 Caracterização do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva**

A Prefeitura Municipal de Sobral, para garantir a assistência as pessoas com deficiência auditiva, implementou em 2002 o SASA, no qual, no ano de 2005, passou a ser referência para a atenção primária e secundária à saúde do município e macrorregião (MAIA; SILVA; TAVAES, 2012).

Atualmente, o serviço funciona no prédio do Centro de Reabilitação, no horário de 7:00 às 11:00 e 13:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira. O espaço físico possui boa acessibilidade para deficientes físicos, como rampas, elevadores e banheiro adaptado. O SASA conta com 1 sala para médico, 1 sala para atividade em grupo, 1 sala para terapia fonoaudiológica, 3 salas para realização de exames auditivos, 1 sala de gerência e espaço de recepção amplo.

A equipe é formada por 10 fonoaudiólogos e 4 otorrinolaringologistas, com apoio do assistente social, enfermeiro e psicólogo do Centro de Reabilitação.

Os serviços ofertados são:

- a) Exames audiológicos: audiometria tonal limiar (ATL), logoaudiometria, imitanciometria e emissões otoacústicas.
- b) Concessão de próteses auditivas: garantindo a entrega do AASI.
- c) Adaptação e acompanhamento ao usuário de prótese: orientações quanto ao uso da prótese auditiva; regulação dos aparelhos de acordo com a necessidade do usuário;
- d) Terapia fonoaudiológica para pessoas com DA: desenvolvimento das habilidades auditivas e da comunicação oral;
- e) Atendimento psicológico: proporcionando ao usuário de prótese auditiva e sua família uma melhor aceitação da deficiência e conscientização do uso do aparelho;

- f) Atendimento de enfermagem: orientação à família quanto aos cuidados e alimentação do recém-nascido e da mãe;
- g) Atendimento otorrinolaringológico: consultas, exames de nasofibroscoopia e laringoscopia;
- h) Atendimento do serviço social: avaliação socioeconômica e familiar; sensibilização para o uso do AASI; orientações e encaminhamentos para aquisição dos direitos sociais;
- i) Grupo de voz: proporciona aos profissionais da voz e professores da rede municipal de Sobral oficinas para prevenção e/ou tratamento das alterações vocais;
- j) Oficina de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS): incentiva ao usuário de prótese auditiva e seus familiares o aprendizado da Língua de Sinais, permitindo uma melhora no desenvolvimento das habilidades comunicativas do surdo;
- k) Grupo de pais de pessoas com DA: a proposta é possibilitar a integração dos usuários de próteses auditivas com seus familiares e profissionais do serviço;
- l) Triagem Auditiva Neonatal Universal: com o objetivo de identificar a DA nos primeiros meses de vida, permitindo o diagnóstico precoce e a intervenção necessária;
- m) Triagem Auditiva dos Escolares: detecção de alterações auditivas não percebidas pelos pais e professores.

## **5.2 Triagem Auditiva do Escolar: Processo de Trabalho**

As ações da TAE tiveram início no município de Sobral na Campanha Nacional “Quem ouve bem, aprende melhor”, que ocorreu de 1999 até o ano de 2001.

Através da análise dos dados do resultado dessa campanha, observou-se um número significativo de crianças com alterações auditivas e problemas otológicos. Desta forma, em 2003, teve início a campanha municipal “Ouvido meu companheirinho, preciso de você”, realizada com alunos da 1ª série, atual 2º ano do ensino fundamental, com o objetivo de realizar uma atuação intersetorial, em busca de detectar precocemente as perdas auditivas, além de sensibilizar e orientar os escolares quanto aos cuidados com a audição e propiciar uma integração das crianças com deficiência auditiva no ambiente educacional formal. Por fazer parte do SASA, não há um financiamento específico para a realização dessa ação, que atualmente está inserida no Projeto Escuta Sobral, sendo uma das ações do PSE.

Esse está inserido no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, onde consta como meta: “Realizar a Triagem Auditiva Escolar em 100% nos alunos do 2º ano do ensino

fundamental, em todas as escolas do município de Sobral, anualmente até dezembro de 2017” (SOBRAL, 2014).

Até o ano de 2012, a TAE era realizada em três fases. Na primeira, o principal ator era o professor. Por esse motivo, a ação inicial era a capacitação destes pela atenção secundária, para uma melhor compreensão da PA e sobre o manuseio do material a ser utilizado. Em seguida, dava-se início a essa fase propriamente dita, que também era chamada de pré-triagem, onde era realizada pelo docente, com todos os alunos participantes do projeto. Aproveitava-se o material da antiga campanha nacional, utilizando apenas uma televisão e um DVD. Esse método era usado como forma de rastrear as crianças com suspeita de alteração auditiva.

Os alunos que não respondiam aos estímulos auditivos, eram encaminhados para a 2ª fase, a Triagem Auditiva. Esta foi realizada durante alguns anos pelos profissionais da Atenção Secundária com apoio da APS, através dos Fonoaudiólogos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Os Residentes também recebiam uma capacitação prévia para o uso dos protocolos. Essa fase ainda era efetivada nas escolas, com fones de ouvido e um audiômetro, com resultado “passou” e “falhou”, sendo um pré-requisito a realização em uma sala silenciosa<sup>3</sup>, pois dependendo do nível de ruído externo, poderia interferir na resposta da criança.

No ano de 2009, além da identificação das crianças que falharam, foram realizadas ações de Educação em Saúde nas instituições que possuíam residentes atuando no território dos Centros de Saúde da Família. Essas ações se iniciaram com a apresentação do vídeo “Timpinho, um amigo da audição”, antes da realização da pré-triagem, pelos professores. Posterior às triagens, as fonoaudiólogas residentes visitaram as escolas da Sede, juntamente com o boneco Timpinho, e dentro de sala de aula, abordaram os cuidados com o ouvido e com a audição de forma lúdica.

Após esse momento da triagem, todas as crianças que apresentavam problemas eram encaminhadas para o processo diagnóstico, ou seja, a 3ª fase, sendo direcionadas para o

---

<sup>3</sup> Considerando que o ruído pode interferir nos resultados dos exames e com a preocupação de garantir a qualidade dos serviços, no ano de 2009, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) lançou a resolução nº 364 que dispõe sobre o nível de ruído ambiental máximo permitido em sala de avaliação audiológica.

SASA, ou se no Centro de Saúde da Família (CSF) houvesse a preceptoría de otorrinolaringologista, eram encaminhadas primeiramente a este profissional, para facilitar a acessibilidade.

Com a implantação do PSE, algumas ações foram modificadas. A pré-triagem (1ª fase) deixou de acontecer. Agora, todos os alunos do 2º ano realizam a triagem auditiva e os que falham ou que são detectados algum problema na orelha externa ou cerume, são encaminhados para o SASA, visto que não existe mais o atendimento do otorrinolaringologista no CSF no município. Os Fonoaudiólogos residentes também não participam mais do processo, ficando a cargo somente da Atenção Secundária.

A mudança na eliminação da pré-triagem ocorreu após avaliação da ação pela educação e saúde. Percebeu-se que algumas crianças poderiam ter alguma alteração na orelha externa ou média e o professor não iria detectar, além do tempo da realização de todas as etapas:

*“...além de demandar muito tempo dos professores, demorávamos a receber esse resultado e acabava atrasando a segunda fase, além de ter muitos falsos-positivos, onde muitas crianças passavam e poderiam estar com uma rolha de cera que não era detectada. Então, para agilizar o processo e tirar essa responsabilidade dos professores, resolvemos triar todos os alunos.” (S2)*

Quanto a essas mudanças ocorridas na execução do exame, os coordenadores consideraram um avanço, principalmente aqueles que já haviam participado da 1ª fase em anos anteriores:

*“Há 5 anos quem fazia essa triagem era a escola. Eu acho que essa mudança veio só para favorecer os meninos, porque nós somos pedagogos e fazíamos com o olhar de pedagogo, que muitas vezes era falho. Eu me sentia insegura em fazer.” (E2)*

*“Eu vejo que a questão do profissional da saúde vir fazer o teste é melhor, foi uma mudança positiva.” (E6)*

*“Eu penso que seja uma mudança propícia, porque se é uma atividade que precisa de uma sensibilidade detalhada, então o profissional habilitado para isso é o da saúde. Como a gente vem observando os alunos, até percebemos as alterações e damos alguma dica. Eu concordo que os testes devam ser feitos pelo profissional da saúde, para ter a eficiência necessária.” (E3)*

Atualmente, o contato inicial para a realização da triagem é entre Secretarias, pois durante alguns anos fez-se entre SASA e diretores de escola, sendo encontradas algumas barreiras. Hoje, o Setor Educação comunica todas as escolas participantes o dia em que o Fonoaudiólogo comparecerá ao colégio, conscientizando os diretores sobre a necessidade desse projeto. O exame continua com o mesmo método: audiômetro, fones de ouvido, campo livre, sala silenciosa.

Para iniciar a triagem, primeiramente, o Fonoaudiólogo encontra o seu limiar mínimo, chamado de calibração biológica, que garante que o ruído externo não interferirá no procedimento. Em seguida é realizada a inspeção visual do meato acústico no aluno (meatoscopia), a fim de excluir qualquer impedimento na condução aérea do som, realizando assim o diagnóstico da orelha externa. Caso a criança apresente alguma alteração, como cerume, perfuração de membrana timpânica ou sinais de otite, é encaminhada ao otorrinolaringologista, para limpeza do Conduto Auditivo Externo (CAE).

Após a meatoscopia, são dadas as instruções ao aluno. Este fica sentado em uma cadeira, com fones de ouvido, posicionado de costas para o Fonoaudiólogo. Sempre que escutar o sinal sonoro, levanta o dedo como gesto positivo. São testadas as frequências da fala, que são as de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, através da técnica de varredura<sup>4</sup>, através do audiômetro, sem cabina acústica. Caso o aluno não apresente nenhum problema na meatoscopia e responda todas as frequências, essa criança “passou” no exame e está liberada, mas caso deixe de responder a uma das frequências, é considerada como “falhou”, sendo encaminhado ao SASA, para diagnóstico, através da consulta com o otorrinolaringologista e avaliação audiológica convencional. Ao final do processo dessa fase é entregue um relatório para cada escola com os nomes de todos os alunos e o resultado da triagem.

---

<sup>4</sup> A técnica de varredura consiste na escolha de um nível de intensidade pré-determinado, no caso 20 dB e cada frequência (500, 1000, 2000 e 4000 Hz) é apresentada neste nível.



Como forma de facilitar o atendimento no SASA, as consultas não são agendadas via central de marcação (Regulação) e sim, através de uma agenda interna do SASA, disponível exclusivamente para os escolares.

A confirmação da PA no SASA dá-se através da realização de vários procedimentos, como audiometria tonal limiar (ATL), logaudiometria e imitanciometria. De acordo com Lopes (2013), “a avaliação audiológica tem por objetivo diagnosticar o tipo e o grau da perda auditiva, a necessidade de tratamento e o uso de AASI”.

A ATL determina os limiares auditivos, usando como referência o tom puro. É considerada o padrão-ouro para a avaliação da audição, na qual classifica os variados graus de severidade (LOPES, 2013). A logaudiometria avalia a sensibilidade auditiva, com 3 (três) tipos de testes: o limiar de reconhecimento de fala (LRF) com a função de confirmar os limiares audiométricos; o limiar de detecção de voz (LDV) utilizado quando não é possível fazer o LRF. Nesse, o paciente irá sinalizar a presença do estímulo; e o índice de reconhecimento da fala (IPRF), que fornece uma medida da “inteligibilidade da fala” em uma condição própria (MENEGOTTO, 2013). A imitanciometria avalia a condição da orelha média e é composta por mais 2 (dois) exames: timpanometria e reflexo acústico. Todos esses exames se complementam.

De acordo com Martinelli-lorio e Menegotto (2009), é candidata à amplificação sonora toda criança que apresente PA significativa de qualquer tipo e grau. Então, se durante o diagnóstico for constatada PA e esse aluno tiver a indicação de protetização, será encaminhado para receber o AASI, com todo o acompanhamento necessário: seleção, adaptação e terapia fonoaudiológica.

O objetivo do uso de próteses auditivas é: corrigir ou minimizar a perda da sensibilidade auditiva, garantindo a audibilidade dos sinais menos intensos e o conforto e a tolerância daqueles de moderada e forte intensidade; reduzir ou eliminar as limitações em atividades causadas pela perda auditiva; e restaurar ou expandir a participação e o envolvimento social do indivíduo (ALMEIDA, 2009).

Porém, não é só entregar a prótese auditiva. Antes dessa etapa, ocorre a seleção e adaptação do AASI. A escolha apropriada para cada necessidade permite uma maior aceitação da criança e um melhor desempenho nos resultados. Almeida (2013) refere que se considera uma boa adaptação a combinação de melhor audibilidade dos sons, inteligibilidade máxima de fala, sendo o sinal amplificado nos níveis de sensação de intensidade desejados, sem desconforto perceptual, com qualidade sonora boa e consistência no desempenho, independente das condições do ambiente.

Após a protetização, inicia-se a terapia fonoaudiológica, na qual segue os princípios da abordagem aurioral, priorizando o trabalho com os sons da fala em diferentes contextos linguísticos, de acordo com a idade do paciente. Brazorotto (2013) destaca que o trabalho deve enfatizar o uso consistente e apropriado dos recursos auxiliares da audição (AASI); a compreensão da linguagem oral em diferentes ambientes; a independência comunicativa da criança e o auxílio dos professores para a inclusão escolar efetiva.

Caso o diagnóstico da PA for severa ou profunda, essa criança é também encaminhada, juntamente com a família, para as Oficinas de LIBRAS no próprio serviço. Espaço este que proporcionará uma relação social com outras crianças surdas. A oficialização desta língua ocorreu no Brasil, no ano de 2002, através da lei nº 10.436 (BRASIL, 2002c), uma luta dos surdos e dos profissionais dessa área (BRASIL, 2002b). Queiroz e Rúbio (2014) ressaltam que é “a partir da aquisição da Língua de Sinais que a criança surda constrói sua subjetividade, compreendendo o que se passa ao seu redor, trocando ideias, ou seja, através da LIBRAS a criança pode dar significado ao mundo”.

### **5.2.1 A importância da Triagem Auditiva do Escolar**

Quando a criança inicia o processo formal de ensino-aprendizagem, necessita de audição normal, ou correção adequada, para que esse processo seja facilitado (MUSIEK; RENTELMANN, 2001). Desta forma, nos casos dos alunos com baixo rendimento escolar, tem-se que estar atentos a diversos fatores, entre eles, a audição.

Durante as entrevistas, os coordenadores mostraram reconhecer essa relação entre audição e aprendizagem:

*“É fundamental, pois é através da audição que a criança consegue perceber todos os sons do ambiente, as explicações da professora.” (E1)*

*“É importantíssimo que a criança ouça bem para que ela entenda as instruções que o professor fala e é importantíssimo que nós tenhamos essa sensibilidade de em um grupo de aluno, conseguir perceber se a criança está desenvolvendo bem.” (E3)*

*“A criança precisa estar bem, precisa ouvir bem para que haja uma aprendizagem significativa, porque ela vai aprender através da audição. (E4)*

A TAE é o meio mais eficiente para detectar alunos com problemas auditivos, permitindo o encaminhamento para a avaliação audiológica ou acompanhamento médico, evitando ou minimizando problemas de aprendizagem. Todos os coordenadores entrevistados possuem experiência com o processo de triagem, desta forma expressaram as suas opiniões quanto essa ação. Foi unânime o reconhecimento da importância da Triagem realizada nas escolas:

*“Desde o começo eu admiro esse projeto. Eu só tenho a elogiar, porque é muito necessário.” (E6)*

*“Já aconteceu casos de crianças nessa escola com perda auditiva que a gente foi descobrir na triagem.” (E5)*

*“Eu vejo que dá muito certo, porque a gente vê uma criança, percebe que ela é muito boa, muito ativa, mas que tem algum problema. Então, acabamos descobrindo que algumas crianças tem dificuldade na escola por conta da audição. Foi um caso que aconteceu aqui, que devido a triagem, descobrimos que a criança tinha perda auditiva. Vejo que o serviço tem resultado.” (E1)*

*“Eu compro tanto esse projeto que a escola recebe muitos projetos da saúde, mas esse eu vejo que dá resultado.” (E2)*

*“Esse momento da triagem eu acho muito importante, pois quanto mais cedo detectar algum problema, melhor para a aprendizagem da criança.” (E4)*

### **5.3 Triagem Auditiva do Escolar: Resultado**

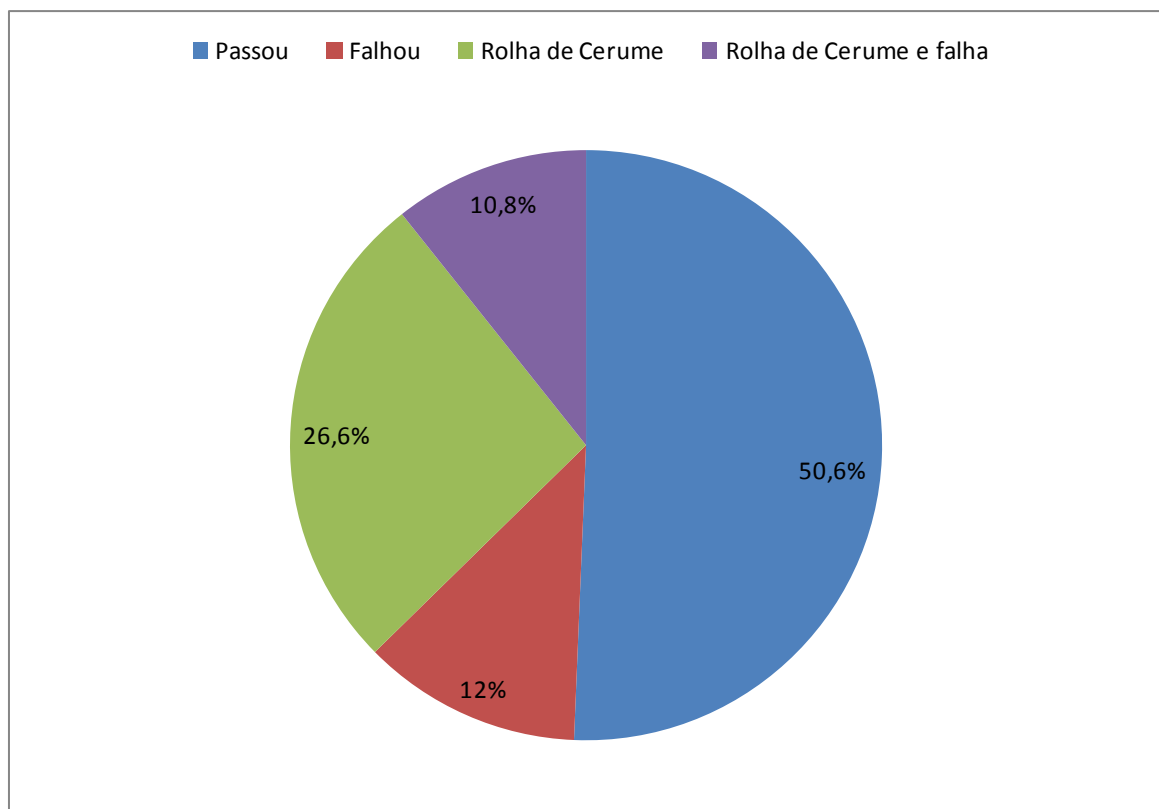
Os dados a seguir são referentes a TAE realizada no ano de 2013, na sede do município.

A Tabela 1 mostra o total de alunos participantes do projeto, por escola. Deste total, os que não realizaram a triagem (9,6%) por terem faltado no dia em que esta ação foi realizada. Em seguida, a partir do quantitativo de alunos que participaram do processo, apresenta os que passaram, falharam e os que tinham rolha de cerume.

Do total dos 1.545 alunos do 2º ano do ensino fundamental das escolas municipais da Sede de Sobral, 1.396 (90,4%) participaram da Triagem Auditiva. Apesar de ter uma boa cobertura, essa porcentagem de alunos triados, de acordo com a pactuação do Plano Municipal de Saúde, deverá ser ampliada para 100%, até 2017. Haverão de ser traçadas novas estratégias, como retorno dos profissionais à escola para alcançar a meta.

Dos alunos que realizaram a triagem: 707 (50,6%) não apresentaram problemas na orelha externa ou alteração auditiva, ou seja, passaram no exame; 371 (26,6%) apresentaram rolha de cerume; 168 (12%) falharam em uma ou mais frequências e 150 (10,8%), foi detectado inicialmente que estavam com rolha de cerume e ao fazer o exame, falharam (Gráfico 1). Todas as crianças com presença de rolha de cerume (37,3%) foram encaminhadas para retirada da mesma.

Gráfico 1 – Resultado, em porcentagem, dos alunos que realizaram a Triagem Auditiva na sede de Sobral, no ano de 2013.



Fonte: Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (2013).

Tabela 1 – Consolidado, por escola, da Triagem Auditiva do Escolar da Sede de Sobral, no ano de 2013.

Escolas	Passou		Falhou		Rolha de cerume		Rolha de cerume e falhou		Não realizou		Total alunos
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
EEF 1	65	63,1	18	17,5	15	14,6	5	4,8	5	4,6	108
EEF 2	65	63,8	4	3,9	29	28,4	4	3,9	13	11,3	115
EEF 3	73	39,9	20	10,9	79	43,2	11	6	8	4,2	191
EEF 4	0	0	0	0	21	100	0	0	0	0	21
EEF 5	28	21,4	21	16	36	27,5	46	35,1	5	3,7	136
EEF 6	37	52,1	21	29,6	6	8,4	7	9,9	9	12,7	80
EEF 7	33	43,4	7	9,2	21	27,6	15	19,8	3	3,8	79
EEF 8	29	32,2	17	18,9	18	20	26	28,8	37	29,1	127
EEF 9	23	88,5	0	0	3	11,5	0	0	0	0	26
EEF 10	64	49,6	9	7	46	35,7	10	7,7	9	6,5	138
EEF 11	38	67,8	16	28,6	2	3,6	0	0	5	8,2	61
EEF 12	36	59	2	3,3	21	34,4	2	3,3	3	4,7	64
EEF 13	65	80,3	4	4,9	9	11,1	3	3,7	4	4,7	85
EEF 14	50	62,5	6	7,5	21	26,2	3	3,8	19	19,2	99
EEF 15	0	0	9	31	18	62	2	7	16	35,6	45
EEF 16	101	64,3	14	8,9	26	16,6	16	10,2	13	7,6	170
<b>TOTAL</b>	<b>707</b>		<b>168</b>		<b>371</b>		<b>150</b>		<b>149</b>		<b>1545</b>

Fonte: Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (2013).

O cerume faz parte dos mecanismos de defesa da orelha externa contra corpos estranhos e agentes infecciosos, impedindo que estes cheguem à membrana timpânica.

Geralmente é assintomático, porém, em algumas pessoas existe a produção excessiva, podendo endurecer e secar no CAE, ficando deste modo impactado. Quando isso ocorre, resulta em importantes implicações, como a diminuição temporária da audição, prurido, dor, zumbido, vertigem, otite externa ou até mesmo tosse crônica, visto que o CAE é inervado pelo ramo auricular do nervo vago e o cerume impactado pode estimulá-lo (McCARTER; COURTNEY; POLLART, 2007).

Pela função protetora, não há indicação da remoção do cerume, apenas nos casos em que este está impactado, desta forma, a retirada deverá ser feita pelo profissional competente. Donadel, Santoni e Bernardi (2005) reforçaram a importância da sua retirada e comprovaram que a obstrução total do CAE por este, alteram os limiares auditivos com uma diferença média de até 10,53 dB.

Segundo alguns autores, os procedimentos de limpeza são realizados pelo médico otorrinolaringologista, pois envolvem riscos de perfuração do tímpano e/ou infecção (SMELTZER *et al.*, 2014; NOGUEIRA, 2009). Este mesmo profissional é quem deve retirar corpos estranhos do CAE e tratar os problemas otológicos detectados durante as triagens.

No mundo, não são recentes as pesquisas que mostram a incidência de rolha de cerume em crianças. Jordan e Eagles (1961) analisaram nos Estados Unidos, escolares de 10 anos de idade e através da otoscopia, detectaram a presença em 13% dos alunos. Já na Malásia, Elango *et al.* (1991) avaliaram 1.307 escolares, entre 7 e 12 anos, obtendo 16,6% de rolha de cera.

No Brasil, Pinto (2007) estudou os achados audiológicos de 86 crianças que frequentavam da alfabetização à 4ª série (atual 1º ao 5º ano), onde a otoscopia revelou que 23,84% orelhas apresentavam impedimentos parciais ou totais do meato acústico externo. Vasconcelos, Serra e Aragão (2008) encontraram o cerume impactado em 18,6% das otoscopias realizadas em escolares. Vasconcelos *et al.* (2007) realizou otoscopia em 101 estudantes e encontraram 24,3% de orelhas com cerume. Farias *et al.* (2012) determinaram a ocorrência de falhas na triagem auditiva em escolares e compararam os resultados obtidos nas escolas da rede pública com os da rede particular. Encontraram 21,2% das orelhas com obstrução por cerume, destas 73,60% eram de alunos de escola pública. Estes autores sugerem que a população de escola pública possui menos acesso às informações sobre saúde auditiva, principalmente no que se refere à função do cerume e ao uso constante de hastes flexíveis.

Um dos motivos atribuído pela autora para a elevada incidência de rolha de cerume nas crianças de Sobral é o fato de que o protocolo da triagem no município considera rolha de cerume aquela que ocupa 50% ou mais do CAE, ou seja, não apenas obstrução total, de maneira que esta detecção possa ser preventiva, impedindo que se tenha alguma interferência futura na audição decorrente desse problema.

Em relação às incidências de falhas, houve um total de 22,8%. Moraes (2010), através de uma amostra constituída por 203 escolares entre 5 e 7 anos, da Rede Municipal de Sumaré, constatou que 27,59% das crianças ficaram reprovadas no exame.

Oliveira e Oliveira (2009) realizaram triagens com audiômetro em 280 alunos pré-selecionados pelos professores de 16 escolas municipais na cidade de Pitanga, no Paraná. O estudo mostrou uma frequência de 24,65% de alunos com alterações auditivas.

Quando comparamos os resultados encontrados nas triagens de Sobral e de outras pesquisas nacionais, usando o audiômetro como método, percebemos que a incidência de falhas é semelhante.

Na etapa seguinte à triagem, todas as crianças que não passaram na primeira fase, foram encaminhadas para o Serviço Especializado, para retirada da rolha de cerume com o otorrinolaringologista e para o diagnóstico audiológico.

Quando se conversou com os coordenadores sobre a resolutividade, relataram que a fase da triagem é concluída com sucesso, porém, quando os alunos que falharam são encaminhados para o diagnóstico no SASA, há uma dificuldade de finalizar esta etapa:

*“É um trabalho muito bem feito, mas pode não ter um resultado tão eficaz porque o processo para quando chega na família. Enquanto está na escola, a gente garante que todas as crianças são atendidas.” (E4)*

*“A gente não vê esse resultado de fato, não por conta de uma deficiência da escola ou da equipe da triagem auditiva, mas da família.” (E4)*

Assim como relatado pelos profissionais, observa-se na tabela 2, a pouca adesão dos pais ao projeto, pois dos 689 (49.3%) escolares encaminhados, apenas 311 (45.1%) compareceram ao serviço.

Tabela 2- Total de alunos que participaram da Triagem Auditiva do Escolar e foram encaminhados para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva.

Escolas	Alunos Encaminhados				Total
	Compareceram		Faltaram		
	N	%	N	%	
EEF 1	10	26,3	28	73,7	38
EEF 2	19	51,4	18	48,6	37
EEF 3	44	40	66	60	110
EEF 4	10	46,7	11	52,4	21
EEF 5	41	39,8	62	60,2	103
EEF 6	14	41,2	20	58,8	34
EEF 7	36	83,7	7	16,3	43
EEF 8	39	63,9	22	36,1	61
EEF 9	3	100	0	0	3
EEF 10	28	43,1	37	56,9	65
EEF 11	0	0	18	100	18
EEF 12	16	64	9	36	25
EEF 13	4	25	12	75	16
EEF 14	12	40	18	60	30
EEF 15	9	31	20	69	29
EEF 16	26	46,4	30	53,6	56
<b>TOTAL</b>	<b>311</b>	<b>45,1</b>	<b>378</b>	<b>54,9</b>	<b>689</b>

Fonte: Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (2013).

As falas dos profissionais da saúde também relatam um pouco esse problema:

*“Nós temos dificuldade de envolver os pais. Apesar da pouca disponibilidade dos profissionais otorrinolaringologistas, conseguimos as vagas para as crianças, mas as mães não trazem. O profissional fica esperando. Deixamos de marcar outro paciente para dar essa agenda aos escolares e quando chega o dia, vem uma criança, às vezes nenhuma.” (S2)*

Quando há uma reflexão sobre esses dados, associando-os a outras pesquisas, constata-se pouco material sobre esta temática na saúde auditiva do escolar. Quase todas as pesquisas existentes são relacionadas à saúde auditiva do neonato e assim, como a do escolar, mostram dificuldade na conclusão de todas as etapas dos programas devido a evasão.



Pinto (2007) refere em sua pesquisa que após a realização da triagem, nenhuma criança retornou para reavaliação e acompanhamento com otorrinolaringologista. Sendo esta, segundo a autora, uma dificuldade enfrentada por outras pesquisas com triagem auditiva dos escolares, o que resulta na não definição do número exato de alterações auditivas,

Silva (2013) relata que o alto índice de evasão ao acompanhamento audiológico infantil é indicado como o principal problema na efetividade dos programas. As famílias não comparecem ao acompanhamento audiológico quando há encaminhamento e, por consequência, não concluem a avaliação auditiva da criança.

Um programa de Saúde Auditiva, realizado através da triagem auditiva neonatal, em Singapura, revelou que um dos maiores desafios é a falta de conscientização e aceitação dos pais para a detecção precoce da perda auditiva, no qual alguns chegam a se recusar em participar do programa. Por isso, esse assunto precisa ser abordado com uma adequada educação em saúde (LOW *et al.*, 2005).

Em 2011, uma pesquisa avaliou a adesão dos pais para a realização dos procedimentos auditivos em um Programa de Saúde Auditiva Infantil, desenvolvido em três comunidades, havendo apenas 40,61% de adesão das famílias. Os autores esperavam uma maior participação dos familiares, devido a ausência de custo, por ser no bairro em que a família residia; agendamento prévio e realização do exame no final de semana, sem haver prejuízo no trabalho do responsável da criança (ALVARENGA *et al.*, 2011).

Ainda na saúde auditiva do recém-nascido, em uma análise dos resultados do processo de implantação de um programa de saúde do neonato, percebeu-se uma evasão de 47%, associando-se ao grau de instrução das parturientes. (BARREIRA-NIELSEN; NETO; GATTAZ, 2007).

Ao questionarem-se aos profissionais os aparentes motivos pela evasão da família, houve as seguintes interpretações:

*“Muitos pais ainda não têm aquele compromisso. É feito o agendamento, é marcado, os pais são avisados pela escola e pelo serviço de saúde auditiva e não comparecem.” (S1)*

*Um dos pontos que eu acho que deixa a desejar é a pouca informação que os pais têm. A gente percebe que eles desconhecem muita coisa e ainda tem a questão do compromisso em si.” (E4)*

Os pais não passam por um momento de conscientização e de escuta, há ausência de diálogos, pois todo o contato realizado com o setor saúde e família é através de avisos impressos enviados pelos alunos. Sabe-se que o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço (CAMPOS,1997). Essa temática é motivo de estudo e inquietações de muitos estudiosos da saúde. Acredita-se que o estabelecimento deste tipo de relação entre profissional e paciente tende resultar em um diagnóstico dos problemas da população atendida, facilitando o relacionamento entre estes sujeitos e melhoria dos serviços (BRUNELLO *et al.*, 2010). Somando-se a essa ausência do vínculo, HAMMOND *et al.* (1997) refere que “a PA pode não ser uma preocupação para os pais”, principalmente quando esta não é referida pela criança.

Alguns pesquisadores tentaram compreender essa ausência dos pais no processo diagnóstico da audição. Alvarenga *et al.* (2012) analisaram os motivos da evasão familiar no programa de triagem auditiva, verificando desinteresse e dificuldade em conciliar o agendamento com a rotina familiar, falta de conhecimento sobre a triagem auditiva, falhas na comunicação, dificuldades financeiras e fatores emocionais.

Em uma pesquisa realizada por Fernandes (2006) cujo objetivo foi compreender a ausência das mães dos lactentes, ao retorno para segunda avaliação auditiva, apontou-se um conjunto de aspectos como: influência da escolaridade dos pais, dificuldades financeiras para levar a criança para a avaliação, confusão em relação aos diferentes agendamentos e encaminhamentos, horário de funcionamento, local de atendimento, linguagem utilizada pelos profissionais nas orientações. Acredita-se que vários fatores podem atuar como influenciadores na adesão das famílias dos lactentes aos programas de triagem.

Françoza *et al.* (2010) caracterizaram as taxas de adesão de lactentes ao Programa de Triagem Auditiva Neonatal, onde constataram uma taxa de retorno de 79,34% na segunda etapa do programa, ou seja, no reteste, após falha na primeira etapa. Os autores elencaram alguns aspectos que explicariam a maior adesão, como a de que as mães passaram por orientações na triagem inicial, recebendo informações não somente sobre o processo da triagem, mas sobre as repercussões da perda auditiva no desenvolvimento infantil, ou seja, sentiram-se responsáveis pela conclusão da avaliação.

Embora a adesão tenha sido quase sempre apontada como um fator que se relaciona ao usuário, não se pode negar que outros determinantes devem ser levados em conta, tais como: o contexto e a realidade em que os usuários vivem, a equipe que compõe o serviço de saúde e sua dinâmica de trabalho, os horários de atendimento oferecidos, o acolhimento, ou seja, diversos fatores “multirrelacionais” (NARCISO; PAULILO, 2001).

Sendo uma dificuldade percebida pelo setor educação e pela saúde, algumas sugestões já foram feitas em momento de reunião:

*“Foi proposto que participássemos das reuniões de pais do começo do ano, mas como são muitas escolas e pouco profissional, não tinha como estar em todas as escolas.” (S2)*

É importante que haja um momento para que os pais possam ser ouvidos e orientados quanto aos cuidados auditivos e sua relação com o desenvolvimento da linguagem e aprendizagem, porém, atualmente apenas 1 fonoaudióloga do SASA realiza a TAE no município, cobrindo 16 escolas na sede e 12 nos distritos, o que torna inviável qualquer outra ação além da Triagem Auditiva nas escolas.

De acordo com o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa, 2013), este profissional, quando está inserido na Estratégia Saúde da Família desenvolve atividades de Promoção da Saúde e de comunicação, por meio da abordagem de temas como saúde auditiva. Este mesmo profissional, quando está inserido nos Centros Especializados, tem o papel de realizar triagens, monitoramento e diagnóstico da audição, além de garantir a reabilitação, seleção, adaptação e fornecimento do AASI. Assim, uma contribuição seria a reinserção dos Fonoaudiólogos Residentes nas ações de educação em saúde e educação permanente dos profissionais da educação. Estes profissionais da APS já estão atuando em territórios nos quais estão localizadas as escolas, podendo dessa forma dar apoio à Atenção Secundária- SASA, trabalhando em rede.

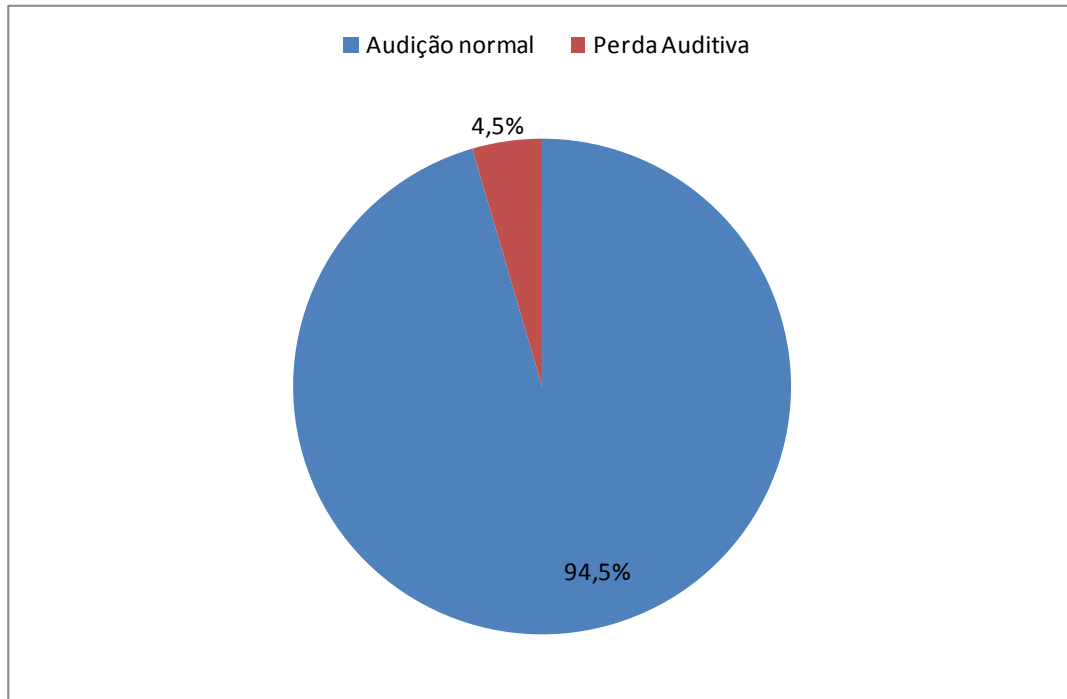
No que se refere ao acompanhamento do SASA, das 311 crianças, três não realizaram os exames, pois uma estava com otite e duas, devido ao cerume impactado, necessitaram usar solução otológica para em outro momento fazerem o exame. Das 308 crianças que participaram do processo diagnóstico, 294 tiveram a audiometria normal e receberam alta (Tabela 3). Ao final, foram diagnosticadas 14 perdas auditivas (Gráfico 2).

Tabela 3 - Resultado, em número absoluto, do processo diagnóstico.

Escolas	Falhou		Rolha de Cerume		Rolha de Cerume e falha		Não realizou	Total
	Normal	P.A.	Normal	P.A.	Normal	P.A.		
EEF 1	6	1	2	0	1	0	0	10
EEF 2	2	0	14	0	3	0	0	19
EEF 3	15	0	23	0	5	0	1	44
EEF 4	0	0	9	1	0	0	0	10
EEF 5	6	1	15	2	14	1	2	41
EEF 6	10	0	3	0	1	0	0	14
EEF 7	5	0	16	0	14	1	0	36
EEF 8	10	2	9	0	15	3	0	39
EEF 9	0	0	3	0	0	0	0	3
EEF 10	3	1	19	0	5	0	0	28
EEF 11	0	0	0	0	0	0	0	0
EEF 12	1	0	13	0	2	0	0	16
EEF 13	0	0	2	0	2	0	0	4
EEF 14	2	1	9	0	0	0	0	12
EEF 15	0	0	8	0	1	0	0	9
EEF 16	6	0	11	0	9	0	0	26
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>6</b>	<b>156</b>	<b>3</b>	<b>72</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>311</b>

Fonte: Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (2013).

Gráfico 2- Resultado, em porcentagem, do processo diagnóstico auditivo, dos alunos que compareceram ao SASA, em Sobral, no ano de 2013.



Fonte: Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (2013).

De acordo com a análise dos prontuários desses alunos que receberam o diagnóstico de PA (Quadro 1), 4 crianças (28,6%) já vinham sendo acompanhadas pelo SASA. Os motivos eram: alteração recorrente na orelha média- otite (C1); história prévia de alteração na adenóide (C2); internação na Unidade de Terapia Intensiva neonatal, com uso de ototóxicos e posterior queixa auditiva com resultados da imitanciometria curva tipo “C” , compatível com disfunção da tuba auditiva por 2 vezes consecutivas em 3 meses (C3); e queixa de hipoacusia, com perfuração de membrana timpânica, com exame audiométrico normal (C13).

As patologias na orelha média são muito comuns na infância, sendo a Otite Média uma das doenças mais prevalente. Northern e Downs (2005) chamam a atenção para o fato de que as doenças de orelha média também são fatores de alterações no desenvolvimento da linguagem e da fala. Quando as alterações de orelha média são discretas e de curto prazo, não ocorrem grandes interferências nestes aspectos do desenvolvimento; entretanto, observa-se que ao haver efeitos linguísticos, cognitivos e comportamentais no indivíduo, os mesmos podem estar associados e serem sequelas reais de otites médias.

Stenfors (2006) também aponta para o fato de que possíveis omissões de tratamento adequado aos quadros de otite média podem levar à persistência da patologia,

acarretando comprometimento da audição e consequentes efeitos no desenvolvimento cognitivo e linguístico.

A otite média resulta na privação sensorial decorrente da presença de secreção na orelha média, agravada pelo número e pela duração dos episódios da doença, pode afetar a percepção da fala e dificultar a compreensão, principalmente em ambiente ruidoso, prejudicando a aprendizagem em ambiente escolar (SAES; GOLDBERG; MONTOVANI, 2005). Por isso é tão importante a família, docentes e profissionais da saúde estarem atentos às otites de repetição, como é o caso de crianças que gripam frequentemente, que apresentam quadros de hipertrofia das adenóides, pois se não tratada corretamente pode resultar em uma perfuração da membrana timpânica e perda auditiva definitiva.

Quadro 1 – Consolidado dos prontuários dos alunos/pacientes com diagnóstico de Perda Auditiva.

Alunos	Acompanhamento Prévio	Diagnóstico			Acompanhamento
		Tipo	Grau	Lateralidade	
C1	<b>Sim</b>	PASN	Leve	Bilateral	Não retornou para refazer a audiometria
C2	<b>Sim</b>	PA condutiva	discreto	Bilateral	Não foi ao otorrino
C3	<b>Sim</b>	PA condutiva	Leve	Bilateral	Não foi ao otorrino
C4	Não	PA condutiva	Leve	OD	Não foi ao otorrino
C5	Não	Rebaixamento em 8 KHz		OE	Não retornou para refazer a audiometria
C6	Não	PASN	Leve	Bilateral	Deu continuidade, porém não foi retornado ao último encaminhamento
C7	Não	PA condutiva	Leve	OD	<b>Concluído</b>
C8	Não	PA condutiva	Leve	bilateral	Deu continuidade, porém não foi retornado ao último encaminhamento
C9	Não	PA condutiva	Leve	Bilateral	Não foi ao otorrino
C10	Não	Rebaixamento em 6KHz		OE	Não retornou para refazer a

					audiometria
C11	Não	PA condutiva	discreta	OE	Não retornou para refazer a audiometria
C12	Não	PA condutiva	Leve	Bilateral	Não foi ao otorrino
C13	<b>Sim</b>	Rebaixamento em 6 e 8Khz		OD	Não foi ao otorrino
C14	Não	PASN	Leve	OD	Não foi ao otorrino

Fonte: Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (2013).

Observa-se, ainda no Quadro 1, que a perda auditiva mais encontrada foi a Condutiva, em 8 crianças (57,1%) e todas (100%) foram diagnosticadas com perda de grau discreto ou leve. Não diferindo de outras pesquisas, como mostra Moura (2002), que avaliou 527 escolares em uma rede pública, e das PA detectadas, 58,6% eram condutivas. Quanto ao grau, Nogueira e Medonça (2011) constataram que dos escolares que receberam o diagnóstico de perda condutiva, 87% foram de grau leve. Vasconcelos et. al. (2007), concluíram que a perda mais frequente foi do tipo condutiva de grau leve, em 51% dos casos. Na pesquisa de Vasconcelos (2006), também foi encontrada mais perdas condutivas, totalizando 92% e destas, 73,9% de grau leve.

As perdas auditivas condutivas são em geral, potencialmente corrigidas e mostram danos apenas na sensibilidade auditiva, sem alterar a habilidade do reconhecimento da fala. Ocorrem na orelha externa e/ou média (MOMENSOHN-SANTOS, 2009).

Ainda no quadro 1, um dado que chamou a atenção foi quanto ao tratamento, pois apenas 1 criança concluiu. As outras, apesar de terem sido encaminhadas, não deram continuidade, o que compromete a resolutividade da intervenção.

### 5.3.1 Sugestões para o aperfeiçoamento

#### Capacitação dos professores

O professor é um parceiro essencial nesse projeto, pois é ele quem está diariamente com os alunos, percebendo suas dificuldades e avanços. Este profissional, quando bem informado, potencializa as ações em saúde, através da identificação, atuação e encaminhamentos corretos.

Foi possível observar a necessidade que os coordenadores têm em relação à capacitação dos seus docentes, no sentido de ter momentos que abordem o processo de triagem, pois eles não conhecem o procedimento:

*“Chegam na escola [fonoaudiólogas], a gente sabe que é para fazer a triagem, mas não tem aquele momento para falar sobre ela”. (E1)*

*“Elas [fonoaudiólogas] fazem um teste que eu não sei descrever como é, só sei que fazem com a turma toda.”(E3)*

Gomes (2012) reconhece que os professores, em sua maioria, não tem conhecimentos de sua importância nesse processo e que necessitam de um treinamento apropriado, para que a triagem seja plena e eficiente.

Desta forma, segundo Batista (2010) o processo de capacitação/orientação do docente mostra-se necessário para a apropriação desses conteúdos, de modo a guiar suas ações em sala de aula. Não se referindo a fazer do professor um “detector de doenças”, mas sim um aliado na construção de um ambiente saudável e promotor de saúde.

Além da explicação sobre o processo de triagem, também referiram como importante haver capacitações com orientações sobre a audição, identificação de alteração e inclusão do aluno, como apresentado nas falar a seguir:

*“A questão é só ter uma capacitação antes com os professores sobre os problemas com a audição, falando da importância de ser feita a triagem, a importância da audição na aprendizagem do aluno. (E1)*

*”O projeto para na triagem, em relação à escola, deveria ter algo que fosse mais além, principalmente com as professoras das séries iniciais. Não tem nenhuma capacitação. Poderia ser feito um trabalho antes, a triagem e depois um trabalho com os professores, para que pudessem perceber o que é realmente essa questão da audição, o que essa alteração pode acarretar e como podem identificar”. (E2)*



*“Em outra escola que eu trabalhei foi identificado uma criança com perda auditiva devido a triagem. Essa criança recebeu o aparelho, mas a professora não sabia como se comportar com aquela criança. Acho que deveria ter um trabalho educativo em cima disso”.*(E2)

Silva *et al.* (2010), em uma pesquisa realizada com professores de educação infantil de uma rede pública de ensino, concluíram que a maioria possui pouco conhecimento sobre perda auditiva, baseando-se algumas vezes apenas no senso-comum, devido a falta de experiência e de capacitações voltadas para a temática. Reconhecendo a necessidade de aprendizagem para uma melhor atuação profissional.

Alguns entrevistados sugeriram a realização dessa formação no momento do encontro que eles têm mensalmente, não se limitando apenas a saúde auditiva, mas abordando o processo de inclusão do aluno:

*“Atualmente não está sendo feita nenhuma capacitação, mas é importante. Eu acredito que até mesmo no momento de capacitação dos professores poderia ser proporcionados momentos com os profissionais da saúde das mais diversas especialidades, para orientar os professores a respeito de como proceder nos casos de necessidades, abordar a questão da inclusão. Esse tipo de formação só viria a somar, para que o professor tivesse cada vez mais sensibilidade de conhecer seu aluno e saber direcionar a família.”* (E3)

Apesar das políticas públicas educacionais advogarem a inclusão, um dos problemas enfrentados nesse processo diz respeito à formação dos professores, pois a maioria deles não tem sido suficientemente capacitada para atender essa clientela, sendo necessário pensar em maneiras de ajudá-los a rever sua prática pedagógica (PADILHA, 2009).

Os professores que convivem diariamente com as crianças, podem detectar estas alterações, desde que devidamente preparados (SILVA *et al.*, 2010).

Sobre o trabalho fonoaudiológico com vistas à formação permanente de professores, Trenche e Balieiro (2004) apontaram que o Fonoaudiólogo poderá contribuir

tanto no que se refere ao sistema de educação regular quanto especial, fornecendo apoio, informação e orientação nos processos de inclusão escolar.

### **Realização da TAE no 1º ano**

Alguns representantes das escolas entrevistados questionaram e relataram não conseguir compreender o motivo da idade dos alunos para a realização das Triagens ser no 2º ano, como está transcrito a seguir:

*“Eu nunca consegui entender porque só com as crianças de 7 anos, porquê não com crianças de 6 anos, porquê essa seleção? Quando elas já chegam no 2º ano, eu acho que já é tarde”. (E2)*

Sugerem também a antecipação dessa idade, com a justificativa do início do processo de alfabetização:

*“Eu acho que a triagem auditiva deveria ser feita aos 6 anos, porque no nosso município, o processo de alfabetização começa nessa idade.” (E2)*

*“Quanto antes melhor, porque quando chegar lá no segundo ano, a criança já tem passado por esse momento [triagem] e já vai ficar mais fácil tanto para o professor, quanto para a escola, principalmente para a criança.” (E4)*

*“No município de Sobral o primeiro ano é exclusivamente alfabetização, no segundo ano, a criança pode completar esse processo de alfabetização, mas ela vai encontrar mais dificuldade porque são outras competências que ela precisa desenvolver. Se ela não escuta, ela vai gerar esse problema no primeiro ano, vai levar para o segundo e provavelmente nem seja resolvido no segundo ano.” (E5)*

Nas escolas, as exigências de aprendizagem aumentam gradativamente, ano a ano, necessitando que o aluno desenvolva sempre novas habilidades, competências e atitudes. Caso

a criança apresente algum déficit auditivo essa aprendizagem ficará comprometida, o que dificultará essa evolução. Desta forma, quanto antes a alteração auditiva for identificada, melhor para o desenvolvimento acadêmico desta criança.

Historicamente as crianças ingressavam na educação formal, aos 7 anos de idade. Na Constituição de 1988, a educação foi reconhecida como direito: *“A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”* (BRASIL, 1988). Com a Lei de Diretrizes e Bases (Lei nº 9.394/1996) foram estabelecidas a organização da Educação no Brasil, reiterando o direito do cidadão à educação, acrescido da obrigatoriedade da inserção da criança no ensino fundamental (BRASIL, 1996). Apenas no ano de 2006 foi instituída a Lei nº 11.274 que muda a duração do ensino fundamental de 8 para 9 anos, tornando obrigatória a matrícula das crianças, agora, aos 6 anos de idade (BRASIL, 2006). Como consequência, o aumento dos anos de estudos, possibilitando maior oportunidade de aprendizado.

Como já descrito no outro capítulo, a Triagem Auditiva Escolar teve início no município no ano de 2003, onde na elaboração o projeto seguiu-se a ideia da campanha nacional *“Quem ouve bem, aprende melhor”*, na qual era realizada com crianças dessa faixa etária.

Uma das justificativas era que a obrigatoriedade da educação formal tinha início na 1ª série, com alunos a partir de 7 anos. Caso a faixa etária escolhida para a realização do procedimento fosse referente a alunos de Educação Infantil, nem todas as crianças seriam contempladas com esta ação, pois uma porcentagem não estaria matriculada.

Outro motivo refere-se a pesquisas já realizadas na área, justificou uma das profissionais da saúde:

*“A escolha dessa faixa etária de 7 a 8 anos já foi dentro do projeto, baseado em pesquisas que mostrou um maior número de crianças nessa idade com alguma patologia associada a parte auditiva, seja otites frequentes ou alteração de orelha externa e média”*. (S1)

Um programa de triagem auditiva deve selecionar do total da população, no caso, os estudantes, um pequeno grupo com certa probabilidade de apresentar alteração na audição (MC CORMICK, 1991).

Abe e Stamm (1995) defendem que a avaliação auditiva escolar na faixa etária de 7 anos é um recurso necessário para a identificação precoce.

Jerger e Jerger (1989) em seus estudos verificaram que a otite média pode aparecer em qualquer idade, porém é mais frequente em crianças nas faixas etárias dos 6 aos 24 meses, dos 4 aos 6 anos e, no caso de otites supurativas, dos 5 aos 10 anos. Os autores relacionam como fatores predisponentes a função precária da tuba auditiva devido à sua imaturidade de desenvolvimento anatômico, pouca rigidez, comprimento curto e posição horizontalizada. Também aponta como fatores de risco a situação socioeconômica e racial.

Kós e Soares (1999) referem que é comum nos primeiros anos de vida o surgimento de otite média aguda em cerca de 30 a 60% das crianças e que este fato ocorre devido a alguns fatores predisponentes como imaturidade e anatomia da tuba auditiva, ainda existe uma imaturidade também cartilaginosa e muscular, que acaba por levar a disfunção tubária e otites médias recorrentes. Somente por volta dos 9 anos de idade que ocorre uma melhora importante neste fatores predisponentes.

Em uma pesquisa realizada por Pinto (2007), com alunos de 6 a 10 anos, foi identificada uma maior incidência de alteração auditivas na faixa etária de 6 anos. Em uma outra pesquisa realizada por Ramos *et al.* (2001), constatou-se o predomínio de alteração auditiva na faixa etária de 4 e 6 anos.

Corroborando com a sugestão dos coordenadores, no mês de julho de 2015, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania aprovou, em caráter conclusivo, o Projeto de Lei 786/07, que obriga o poder público a oferecer testes auditivos e oftalmológicos às crianças, quando estas ingressarem no ensino fundamental, o que ocorre aos 6 anos de idade. O projeto seguiu para o Senado (CÂMARA, 2015).

Como mostrado nas pesquisas citadas anteriormente não existe um consenso nos resultados, assim Lasmar e Peixoto (1999), defendem que em termos de prevenção, o melhor momento para avaliar a audição de todas as crianças é antes do início do aprendizado formal.

## **Devolutiva**

Após a realização das triagens, cada escola tem conhecimento dos alunos que passaram ou falharam, porém, após essa fase, há uma descontinuidade das informações saúde-educação. Os coordenadores sentem essa fragilidade na organização e fazem a seguinte sugestão:

*“...o serviço de saúde poderia fornecer um relatório com o nome da criança que foi atendida e o que foi feito, ou se não compareceu; porque se a criança não comparecer a consulta, a gente pode dar uma força, conversar com a família, conscientizar que é preciso ir...às vezes uma palavra faz com que aquela família fique mais esclarecida.” (E3)*

*“As professoras só sabem que haverá uma triagem auditiva, porque a coordenadora pedagógica faz esse repasse, as professoras sabem que se houver um problema, sabem que também são responsáveis, mas até que ponto você se sente parte desse processo? A triagem auditiva vem e pronto, agora só próximo ano.” (E2)*

*“O que era o problema da criança? é um problema passageiro, uma coisa simples ou precisa de tratamento? É importante saber disso para a gente acompanhar. Eu acredito que não seja uma ação muito onerosa para a equipe e seria o nosso retorno para a gente ter a segurança se o tratamento foi até o final.”(E1)*

Lacerda (2013), através de experiências vivenciadas, propõe um Programa de Promoção e Saúde e Prevenção e Perdas Auditivas em Escolares, estruturado em 3 etapas: *intervenções em ambiente escolar*, com apresentação do projeto, pactuações e reuniões com docentes e familiares; *triagem auditiva*, diferenciando com a de Sobral por ser realizada em uma cabina acústica, com testagem também da via óssea. Entrega, aos professores, de um formulário de registro e uma carta de encaminhamento aos pais. Para finalizar essa etapa, a escola recebe um relatório com o resultado da TA, encaminhamentos solicitados, resultados da avaliação otológica e avaliação auditiva; por último, a intervenção fonoaudiológica de promoção à saúde auditiva e prevenção da perda auditiva.

Seria um avanço a elaboração desse relatório de acompanhamento, pois potencializa a projeto na medida em que fortalece a intersetorialidade e gera uma maior aproximação saúde- educação- família.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Sobral/Ceará, enfocando a Triagem Auditiva do Escolar. Investigou-se a estrutura física, equipamentos utilizados e os profissionais do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva; procurou-se conhecer o processo de trabalho dos envolvidos na Triagem Auditiva, além de descrever os resultados desta ação.

A Triagem Auditiva do Escolar é uma importante ferramenta para a detecção de possíveis alterações auditivas, resultando na prevenção de distúrbios de aprendizagem, fala e outras alterações não fonoaudiológicas. Desta forma, percebem-se os esforços do setor saúde para instituir projetos que possibilitem a identificação precoce, como a campanha “Quem ouve bem, aprende melhor”, “Ouvido meu companheirinho, preciso de você”, ações do PSE e mais recentemente, a aprovação do Projeto de lei nº 786/07, porém, constata-se a pouca divulgação científica dos profissionais sobre o tema, o que foi um dos desafios da construção desta pesquisa, pois os trabalhos encontrados apenas citavam os resultados quantitativos da primeira etapa da triagem auditiva, sem aprofundamento e sem levar a uma reflexão. Ao mesmo tempo, por não haver pesquisas como a apresentada nesta dissertação, esta, torna-se única, ao trazer os resultados na identificação no ambiente educacional (triagem), diagnóstico e acompanhamento destes alunos pelo setor especializado, além da compreensão do processo de trabalho.

Desde o início da realização dos exames nos discentes, em 2003, até os dias atuais, houve algumas mudanças. Entre as positivas, pode-se citar: inclusão de todos os alunos do 2º ano na realização do exame; melhor diálogo entre SASA e Secretaria de Educação; agendamento diferenciado dos alunos para o serviço especializado. Entre as limitações, pode-se destacar: pouca comunicação entre profissionais da saúde e família dos alunos; evasão dos alunos/pacientes na etapa diagnóstica; ausência de tecnologias leves, como ações de Educação em Saúde para alunos e pais e de Educação Permanente para os profissionais da educação com a temática saúde auditiva; quantidade de profissionais limitada para realizar ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico e dificuldade de acompanhamento pela escola dos alunos que foram encaminhados para o setor especializado.

A partir do levantamento realizado, conclui-se que existe uma boa cobertura de alunos que realizaram a triagem em 2013 (90,4%), porém, ainda não atingiu a meta do Plano Municipal de Saúde (100%). Outro aspecto que chamou atenção foi a evasão no processo diagnóstico, pois apenas 45,1% compareceram ao SASA após falha na 1ª fase da triagem.

Esta é uma queixa tanto dos profissionais da saúde, como da educação, fato este que merece uma investigação mais aprofundada, mesmo sabendo que não é uma realidade apenas de Sobral.

Devido a essa falta de continuidade no processo, atualmente não se pode mensurar a prevalência de alunos do 2º ano de instituições públicas de ensino com perda auditiva, visto que mais da metade dos que foram encaminhados ao SASA não compareceram ao serviço. Ao final, foram identificadas 14 perdas auditivas, porém, o mesmo problema ocorreu e destes, apenas 1 concluiu o tratamento, os demais, não compareceram ao retorno, o que fragiliza a resolutividade do programa

Neste sentido, evidencia-se a relevância de um trabalho mais próximo dos Fonoaudiólogos da Atenção Primária à Saúde do município, no caso, representados pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no que diz respeito às ações nas instituições de ensino dos territórios no qual fazem cobertura. Para que isso ocorra é preciso uma sensibilidade desse grupo para atuar nesse campo, que atualmente conta com seis profissionais.

Acredita-se que é possível um fortalecimento através do trabalho em Rede, entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Secundária, através de encontros que possam levar ao diálogo, construção coletiva, definição de estratégias e pactuações, como ocorreu em outros anos. Pela experiência já realizada na Triagem Auditiva do Escolar é possível essa reorganização que só vem a potencializar o Projeto Escuta Sobral e destacar as ações em Saúde Auditiva, ampliando a participação dos Fonoaudiólogos nos diversos setores no município.

Através do trabalho em Rede consegue-se uma maior integralidade das ações, melhorando a qualidade da atenção, a resolubilidade e a comunicação entre os níveis de atenção, no qual, nesta lógica, cada um teria a sua responsabilidade:

- Os Fonoaudiólogos da Atenção Primária realizariam atividades de Promoção da Saúde Escolar, através de ações de educação em saúde e educação permanente, possibilitando uma escuta qualificada e acompanhamento desses alunos, resultando na criação de vínculos com a comunidade, apoiando e sendo apoiados pelas Equipes de Saúde da Família. As ações de educação em saúde são primordiais para a compreensão do programa de triagem auditiva, para o auto cuidado e fortalecimento de vínculos, proporcionando uma integração entre profissionais e comunidade.
- Os Fonoaudiólogos da Atenção Secundária seriam responsáveis pela detecção, através da Triagem Auditiva, diagnóstico, tratamento e acompanhamento especializado.

Ao final todas as ações seriam interdependentes para gerar um resultado, ou seja, a resolubilidade da ação, otimizando os recursos e melhorando a vida dessas crianças.

A proposta acima é apenas uma sugestão, visto as limitações percebidas ao longo da realização da pesquisa e da experiência da autora. Acredita-se que o Programa de Triagem Auditiva do Escolar de Sobral precisa estar em aperfeiçoamento contínuo devido ao seu grande potencial de transformador de vidas.

O estudo evidenciou que o Programa de Triagem Auditiva do Escolar é uma realidade em Sobral, que se torna possível devido ao recurso financeiro do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva e aos seus profissionais, que a cada ano se esforçam para dar continuidade a estas ações, sempre preocupados com a qualidade do serviço, apesar destas dificuldades.



## REFERÊNCIAS

- ABE, L. M. O.; STAMM, D. G. **Detecção precoce da deficiência auditiva**. Rio de Janeiro: Ars Curandi, 1995.
- ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA- ABA. **Fórum de Políticas Públicas: recomendações**. In: Encontro Internacional de Audiologia, 27, 2012, Bauru. Fóruns. São Paulo: ABA, 2012. Disponível em: < [http://www.audiologiabrasil.org.br/eiabauru2012/foruns/forumpoliticaspUBLICAS\\_2012.pdf](http://www.audiologiabrasil.org.br/eiabauru2012/foruns/forumpoliticaspUBLICAS_2012.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2015.
- ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 24, n. 54, p. 6-21, jan./abr. 2000.
- ALMEIDA, K. Seleção e adaptação de Próteses Auditivas em adultos In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L.G. P. (org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. São Paulo: Rocca, 2009.
- ALMEIDA, K. Verificação de desempenho e controle das características da Amplificação Sonora. In: BEVILACQUA, M. C. et al. (org.). **Tratado de Audiologia**. São Paulo: Santos, 2013.
- ALVARENGA, K. F. *et al.* Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v.16, n.1, p.49-53, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n1/10.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- ALVARENGA, K. F. *et al.* Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v.17, n. 3, p. 241-247, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v17n3/02.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE- HEARING ASSOCIATION – ASHA. **On the definition of hearing handicap**. Rockville,1981.
- ARAÚJO, S. A. *et al.* Avaliação auditiva em escolares. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 68, n. 2, p. 263-6. 2002.
- AZEVEDO, M. F.; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M. **Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco**. São Paulo: Plexus, 2001.
- BARBOSA, J. C. **Triagem Metabólica e Auditiva em Neonatos de alto risco: estudo da realidade em hospitais públicos de Fortaleza**. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) - Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2006.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Edição revisada e ampliada. Lisboa: Ed.70, 2009.
- BARREIRA-NIELSEN, C.; NETO, H. A. F.; GATTAZ, G. Processo de implantação de Programa de Saúde Auditiva em duas maternidades públicas. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 12, n.2, p. 99-105, 2007.

BARRET, K. A. Triagem auditiva em escolares. *In: KATZ, J. Tratado de Audiologia Clínica*. 4. ed. São Paulo: Manole, 1999.

BATISTA, L. M. **Ações educativas em Fonoaudiologia: promovendo a comunicação saudável no ambiente escolar**. 2010. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

BEFI, D. **Fonoaudiologia em Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.

BEVILACQUA, M. C. *et al.* Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 252-259. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342011000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342011000300004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 nov. 2012.

BEVILACQUA, M. C. *et.al.* A avaliação de serviços em audiologia: concepções e perspectivas. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 421- 6. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n3/v14n3a21.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2012.

BEZERRA, R. S. S. *et al.* Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.46, p.51-59, 2010.

BONALDI, L. V. Sistema Auditivo Periférico. *In: BEVILACQUA, M. C. et al. (Org.). Tratado de Audiologia*. São Paulo: Santos, 2013.

BONALDI, L. V.; ANGELIS, M. A.; SMITH, R. L. Anatomia funcional do sistema vestibulococlear. *In: FROTA, S. Fundamentos de Fonoaudiologia: audiologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil. **Casa Civil**. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BRASIL. Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. **Casa Civil**, Brasília, DF, 05 dez 2007a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso em: 21 jun. 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Casa Civil**. 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm)>. Acesso em: 09 jun. 2013.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Casa Civil**.

2011a. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BRASIL. Decreto nº 91466, de 23 de julho de 1985. Convoca a VIII Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1985. Disponível em: < <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=205345&norma=218898>>. Acesso em: 10 dez. 2014

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. **Casa Civil**. Brasília, 24 de abril de 2002c. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm)>. Acesso em: 04 out. 2015.

BRASIL. Lei nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. **Casa Civil**. Brasília, DF, 06 de fev. 2006. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/111274.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/111274.htm)>. Acesso em: 26 set. 2015.

BRASIL. Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. **Casa Civil**. 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm)>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **MEC**, Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso: 26 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Sociedade Brasileira de Otológia. **Campanha quem ouve bem, aprende melhor**. Brasília:Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/ouvir.htm>>. Acesso em : 08 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan- Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção básica: Saúde na Escola nº 24**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. **Passo a Passo: tecendo caminhos da Intersetorialidade**. Brasília: ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. **Desenhos da Organização da Atenção no SUS: A Integralidade da Atenção à Saúde – Encontro dos estudantes universitários da área de saúde e o SUS**, Brasília, 17 mai. 2003b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Ministério da Saúde**. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>>. Acesso em: 25 out. 2012.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1820 de 1º de agosto de 2006. Altera os artigos 1º, 2º e 3º da Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005. **Ministério da Saúde e da Educação**. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1820.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. **Ministério da Saúde e da Educação**. 2005. Disponível: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-749re.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BRASIL. Portaria nº 1060/GM, Em 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro**. 2002b. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/7872-1060>> Acesso em: 08 jun. 2013.

BRASIL. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. **Ministério da Saúde**. 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. Portaria nº 325 de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Ministério da Saúde**. 2008c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

BRASIL. Portaria nº 389, de 03 de março de 2008. **Ministério da Saúde**. 2008b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0389\\_03\\_03\\_2008\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0389_03_03_2008_rep.html)>. Acesso em: 10 out. 2012.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**. 2012a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012**. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. 2012b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html)>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. **Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior**. 2002a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>> Acesso em: 27 mai. 2013.

BRAZOROTTO, J. S. Terapia Fonoaudiológica em crianças com deficiência auditiva em idade escolar. In: BEVILACQUA, M. C. et al. (org.). **Tratado de Audiologia**. São Paulo: Santos, 2013.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.131-5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.

BUENO, D. Programa Saúde na Escola: desafios da intersetorialidade. In: **Seminário Integrado da Política de Saúde na Escola**, 2012, Fortaleza: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.itarget.com.br/newclients/undime-ce.org.br/2011/extra/download/Apresentacao.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

BUSS, P. M. A. IX Conferência Nacional de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 297- 300, jul-set. 1991.

CAMARA. **Projeto institui exame auditivo e oftalmológico em escolas**. Câmara dos deputados. Educação e cultura. 2015. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/EDUCACAO-E-CULTURA/106866-PROJETO-INSTITUI-EXAME-AUDITIVO-E-OFTALMOLOGICO-EM-ESCOLAS.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CAMARGO Jr., K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup., p. S58-S68, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011)>. Acesso em: 01 de jul. 2013.

CAMPELO, V. E. S. **Teleaudiometria**: um método de baixo custo para triagem auditiva. 2009. 139 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5143/tde-02062009-102026/pt-br.php>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec. 1997.

CAPELLETTI, I. F. **A Fonoaudiologia no Brasil: reflexões sobre os seus fundamentos.** Editora Cortez. São Paulo, 1985.

CARVALHO, A. B.; NEPOMUCENO, L. B. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 7, n.2, p. 31-7, 2008.

CECATTO, S. B. et.al. Análise das principais etiologias de Deficiência Auditiva em Escola especial “Anne Sullivan”. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 69, n. 2, p. 235-40, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v69n2/15630.pdf>> . Acesso em: 07 jul. 2013.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006.

CEDRO, M. O. **Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: atuação de residentes junto à gestantes, puérperas e recém-nascidos do Município de Sobral- CE.** 2010. 36 f. Monografia (especialização com caráter de Residência em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2010.

COMITÊ BRASILEIRO SOBRE PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA- CBPAI. Recomendação 01/99. **Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia.** Brasília, n.5, p. 3 – 7. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA – CFFa. Comselhos Regionais de Fonoaudiologia. **Contribuição da Fonoaudiologia para o avanço do SUS- 25 anos do SUS: a Fonoaudiologia na luta pela integralidade da Atenção à Saúde.** Brasília: CFFa, 2013. Disponível em: < [http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/Cartilha-SUS\\_ALTA.pdf](http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/Cartilha-SUS_ALTA.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2015

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA – CFFa. Resolução nº 274, de 20 de Abril de 2001. Dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo frente a triagem auditiva escolar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de abr. de 2001. Seção 1, p. 44. Disponível em: < <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20274%20%20triagem%20escolar.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA – CFFa. Resolução nº 320, de 17 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 de mar de 2006. Seção 1, p. 126. Disponível em: < <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%2032006%20%20Especialidades.pdf>>. Acesso em: 20 de fev. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA- CREFONO (2ª REGIÃO- São Paulo). **História da Fonoaudiologia**. Disponível em: < <http://www.fonosp.org.br/noticias/sala-de-imprensa/historia-da-fonoaudiologia>>. Acesso em: 25 mai. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA-CREFONO (2ª REGIÃO- São Paulo). **Atuação Fonoaudiológica nas Políticas Públicas**: subsídios para construção, acompanhamento e participação dos fonoaudiólogos. São Paulo: CRFa, 2006. Disponível em: < [http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/atuacao\\_fonoaudiologica\\_2a\\_rev.pdf](http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/atuacao_fonoaudiologica_2a_rev.pdf)>. Acesso em: 23 mai. 2013.

CORREIA, R. B. F. *et al.* Análise da Produção Científica sobre Saúde Auditiva no Brasil em quatro periódicos selecionados. **SANARE- Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 99- 109, jan-jun. 2014. Disponível em: < <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/440>>. Acesso em: 27 out. 2014.

CORREIA, R. B. F.; COELHO, J. M. S. Ações em Saúde Auditiva Escolar no Município de Sobral-Ce: percepção de Fonoaudiólogos. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 228-234, 2012.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.5-15, set-dez. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/02.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2013.

COUTO, A. L. S. **Ideologia Neoliberal e Política Social**: a construção da resistência do SUS. 2009. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília. 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, I. C. V. **Audiologia Infantil**: a importância da triagem auditiva em escolas. 1999. 39 f. Monografia (especialização em Audiologia Clínica) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/5ed1bc0507d6438f491483d5d1a66298.pdf>>. Acesso em 18 jun. 2014.

DAVIS, H.; SILVERMAN, S. R. Hearing and hearing loss. *In*: DAVIS, H.; SILVERMAN, S.R. **Hearing and deafness**. 3. ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970.

DONADEL, L. M. P.; SANTONI, C. B.; BERNARDI, A. P. A. Achados Audiológicos em candidatos ao uso de Prótese Auditiva com obstrução total do meato acústico externo por cerume. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 371-375, jul-set. 2005.

ELANGO, S. *et al.* Hearing loss and disorders in Malaysian school children. **Internacional Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 1, 75-80, jul. 1991. Disponível em: < [http://www.ijporlonline.com/article/0165-5876\(91\)90098-V/abstract](http://www.ijporlonline.com/article/0165-5876(91)90098-V/abstract)>. Acesso em: 10 out. 2015.

ESKELSEN, M. W.; FREITAS S. T. Fonoaudiologia em Saúde Pública: conceitos teóricos para melhor atuação. **Rev Estácio Saúde**, n.1, p.94-109. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1693/169320510014.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

FARIAS, V. V. *et al.* Ocorrência de falha na triagem auditiva em escolares. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 1090- 1095. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n6/83-11.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

FERNANDES, J. C. **Estudo da efetividade de um programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal**. 2006. 149 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FERREIRA, M. S. Triagem Auditiva nas Escolas. **PROFALA**. 2004. Disponível em: <<http://www.profala.com/artaudio5.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T; ABREU, M. M. S. A Saúde na Escola: um breve resgate histórico. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 397- 402. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 jan. 2014.

FONTENELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCELINO, R. G. **Triagem Auditiva Neonatal**: conhecimento das gestantes usuárias de um Centro de Saúde da Família no Município de Sobral- CE. 2012. 63 f. Monografia (especialização em Saúde da Família), Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2012.

FRANÇOZO, M. F. C. *et al.* Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, p.910-918, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/17.pdf>>. Acesso em 16 out. 2015.

FROTA, S.L.F.; LINHARES, J. H.; MELO, M. S.S. Sistema de Informação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Sobral- CE. **SANARE- Revista de Políticas Públicas, Sobral**, v. 9, n. 1, p. 11-13, jan-jun. 2010. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/197/184>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

FUNDAÇÃO OTORRINOLARINGOLOGIA – FO. **O que é a Campanha Federal**. São Paulo: F.O., 2004.

GASPAR, A. E. **Gestão Unificada do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social em Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil, no período de 2005 a 2008**. 2010. 118f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09112010-212545/pt-br.php>>. Acesso em: 20 set. 2013.



GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. A Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653199&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

GOMES, M. R. O.; VIEIRA, N. . Saúde e Prevenção nas Escolas: Promovendo a Educação em Sexualidade no Brasil. **Rev Temp Act em Saúde Col.**, Brasília, v. 4, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/798/786>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

GOMES, M. R. S. **Plano de ação participativa para a identificação da deficiência auditiva em crianças de 3 a 6 anos de idade de uma comunidade de baixa renda**. 2004. 263 f. Tese (doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

GORDO, A. Distúrbios da audição. *In*: SACALOSKI, M. **Fonoaudiologia na Escola**. São Paulo: Lovise, 2000.

GOYA, S. *et al.* Educação em saúde no serviço público. *In*: BASTOS, J. R. M.; PERES, S. H. C; CALDANA, M. L. **Educação em saúde com enfoque em Odontologia e Fonoaudiologia**. São Paulo: Santos, 2007.

GRANER, A. R. **Fonoaudiologia e as práticas de saúde no SUS**: análise da produção científica (1990-2005). 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC. São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=5689](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5689)> Acesso em: 25 mai. 2013.

HAMMOND P. D. *et al.* Preschool Hearing Screening: Evaluation of a parental questionnaire. **Journal Paediatric Child Health.**, v. 33, n. 6, p. 528-530, dez., 1997. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.1997.tb01664.x/abstract>>. Acesso em: 10 out. 2015.

HUBIG, D. O. C.; SCHOCHAT, E. Atenção Primária em Audiologia. *In*: Befi, D. (Org.). **Fonoaudiologia em Atenção Primária**. São Paulo: LOVISE, 1997.  
 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia\\_tab\\_ods.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_ods.shtm)>. Acesso em: 07 jul. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **População estimada para 2014.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara|sobral>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

JERGER, S.; JERGER, J. Otite Média. In: JERGER, S.; JERGER, J. **Alterações auditivas: um manual para avaliação clínica.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

JORDAN, R. F.; EAGLES, E. L. The relation o fair conduction audiometry to otologic abnormalities. **Ann Otol. Laryngol.**, v. 70, p. 819-827. 1961.

KÓS, A. O. A.; SOARES, Y. C. M. Otite media aguda. In: CALDAS, N.; NETO, S. C.; SIH, T. **Otologia e Audiologia em Pediatria.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

KÓS, A. O. A.; KÓS, M. I. Etiologia das Perdas Auditivas e suas características audiológicas. In: FROTA, S. (org). **Fundamentos de Fonoaudiologia: audiologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2003.

KOWASLKI, L .P. *et al.* Perspectivas atuais em avaliação auditiva. In: MUSIEK, F. E.; REINTELMANN, W. F. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço.** São Paulo: Manole, 2000.

LACERDA, A. B. M; RIBAS, A; SIQUEIRA, M. M. P. Triagem auditiva escolar: uma justificativa para sua realização. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, v.3, jul-set, p. 229-232. 2002.

LASMAR, A.; PEIXOTO, M. **A questão da triagem auditiva.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de otorrinolaringologia. Documento Científico. 1999.

LERVOLINO, S. A. **Escola Promotora de Saúde: um projeto de qualidade de vida.** 2000. 162f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/pt-br.php> >. Acesso em: 20 jan. 2014.

LOPES, A. C. Audiometria tonal limiar. In: BEVILACQUA, M. C. et al. (org.). **Tratado de Audiologia.** São Paulo: Santos, 2013.

LOW, W. K. *et al.* Universal newborn hearing screening in Singapore: the need, implementation and challenges. **Ann Acad Med Singapore**, v. 34, n. 4, p. 301-306, mai, 2005. Disponível: < <http://www.annals.edu.sg/pdf/34VolNo4200505/V34N4p301.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

MAIA, R. M.; SILVA, M. A. M; TAVARES, P. M. B. Saúde Auditiva dos recém-nascidos: atuação da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 2, mar./abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462012000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462012000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARIN, C. R. *et al.* Promoção da saúde em fonoaudiologia: ações coletivas em equipamentos de saúde e de educação. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, São Paulo, v.8, n.1, p. 35-41, 2003.

MARTINELLI-IORIO, M. C.; MENGOTTO, I. H. Seleção e adaptação de Próteses Auditivas em crianças. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L.G. P. (org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. São Paulo: Rocca, 2009.

MATKIN, N. D.; WILCOX, A. M. Considerations in the Education of Children with Hearing Loss. **Pediatric. Clinics of North America**, Philadelphia, v. 46, n. 1, p. 143-152, 1999.

MATTOS, R. A. de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da Integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

Mc CARTER, D. F.; COURTNEY, A. U.; POLLART, S. M. Cerumen impaction. **American Family Physician**, v.75, n. 10, p. 1523-1528, mai. 2007. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2007/0515/p1523.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

Mc CORMICK, B. **Screening for hearing impairment in Young children**. London: Chapman Hall, 1991.

MEDEIROS, E. A. *et al.* A inserção da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: vivências em Sobral-Ce. **SANARE- Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.8, n.2, p. 07-15, jul./dez., 2009.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENEGOTTO, I. H. Logoaudiometria básica. In: BEVILACQUA, M. C. et al. (org.). **Tratado de Audiologia**. São Paulo: Santos, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOMENSOHN-SANTOS. Avaliação Audiológica: interpretação dos resultados.. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L.G. P. (org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. São Paulo: Rocca, 2009.

MORAES, C. S. **Triagem auditiva em pré-escolares do Município de Sumaré**. 2010. 72f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2010.

MOURA, J. R. **Achados otoscópicos e audiométricos em escolares**. 2002. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MUSIEK, F. E.; RINTELMANN, W. F. **Perspectivas atuais em avaliação auditiva**. São Paulo: Manole, 2001.

NARCISO, A. M. S.; PAULILO, M. A. S. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 27-43, jul./dez. 2001.

NASCIMENTO, R. Fonoaudiologia completa 30 anos re regulamentação, **Revista Comunicar**, Distrito Federal, v. 12, n. 51, p. 4-5, out./ dez. 2011a.

NASCIMENTO, R. Os caminhos da Fonoaudiologia no SUS. **Revista Comunicar**, Distrito Federal, v. 12, n. 51, p. 6, out./ dez. 2011b.

NICOLOTTI, C. A.; ROS, M. A. Fonoaudiologia e o Sistema Único de Saúde. In: TOMÉ, M. C. (org.). **Dialogando com o coletivo**: dimensões da saúde em Fonoaudiologia. São Paulo, Santos: 2009.

NOGUEIRA, J. C. R.; MENDONÇA, M. C. Avaliação auditiva em uma população de estudantes da rede pública municipal. **Braz J Otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 77, n. 6, p. 716-20, nov./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v77n6/v77n6a07.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

NOGUEIRA, J. F. **Cera no ouvido**. Sinus Centro – Centro de excelência em Otorrinolaringologia. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.sinuscentro.com.br/cera.htm>>. Acesso em: 02 out. 2015.

NORTHERN, J. L., DOWNS, M. P. **Audição na Infância**. Tradução de Antônio Francisco Dieb Paulo. 5. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

NORTHERN, J. L.; DOWNS, M. P. **Audição em crianças**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2002.

OLIVEIRA, R. T. O.; OLIVEIRA, J. P. A Triage Auditiva Escolar enquanto instrumento de perceria entre a Saúde e a Educação. In: Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, 9, 2009, Curitiba. **Anais do evento**. Curitiba: PUCPR, 2009.

PADILHA, A. M. L. Desafios para a formação de professores: alunos surdos e ouvintes na mesma sala de aula? In: LODI, A. C. B.; LACERDA, C. B. F. (Org.). **Uma escola, duas línguas**: letramento em língua portuguesa e língua de sinais nas etapas iniciais de escolarização. Porto Alegre: mediação, 2009.

PELICIONI, A. C. F.; TORRES, A. L. **A Escola Promotora de Saúde** (Série Monográfica n. 12). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1999/pel001.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

PEREIRA, E. D. S.; PEDROSA, J. I.; DANTAS, V. **Promoção da equidade no SUS**: equidade em Saúde (Fascículo 1). Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/ Universidade Aberta do Nordeste, 2014.

PEREIRA, M. T. **Fonoaudiologia**: uma vivência em saúde pública. 1999. 42 f. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica- CEFAC. São Paulo, 1999. Disponível em: <

<http://www.cefac.br/library/teses/03c18c4c8288fe38c59e0abd6cda4389.pdf>> Acesso em: 27 mai. 2013.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J.C.B.A; PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro a cerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.08, n.01, p.42-51. 2006.

PINTO, R. R. **Avaliação Auditiva em um grupo de escolares da cidade de Salvador**. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em fonoaudiologia) – Pontífca Universidade Católica de São Paulo – PUC, São Paulo, 2007. Disponível em: < <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp040856.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. (org.). **Medicina ambulatorial: condutas da Atenção Primária baseada em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, L. S.; RÚBIO, J. A. S. A Aquisição da Linguagem e a Integração Social: A LIBRAS como formadora da identidade do surdo. **Revista Eletrônica Saberes da Educação**, São Roque, v. 5, n. 1. 2014. Disponível em: < [http://www.facsaroque.br/novo/publicacoes/publi\\_atual\\_2014.html](http://www.facsaroque.br/novo/publicacoes/publi_atual_2014.html)>. Acesso em: 04 out. 2015.

RABINOVICH, K. Avaliação da audição na criança. *In*: LOPES FILHO, O.; CAMPIOTTO, A.R. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.

RAMOS, C.C. Audiometric and tympanometric findings in asymptomatic children. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 67, n. 4, p. 475-8, 2001.

RIBEIRO, F. M. Programa de Triagem Auditiva Neonatal. *In*: HERNANDEZ, A.M.; MARCHESAN, I. (org.). **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar**. São Paulo: Revinter, 2001.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. Graal: Rio de Janeiro, 1979.

RUSSO, I. C. P.; SANTOS, T.M.M. **Audiologia infantil**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

SAES, S. O.; GOLDBERG, T. B. L.; MONTOVANI, J. C. Secreção na orelha média em lactentes: ocorrência, recorrência e aspectos relacionados. **J Pediatr.**, Porto Alegre, v. 81, n. 2, p. 133-138, mar/abr., 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n2/v81n02a08.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-Ce: atuação de equipe da Estratégia Saúde da família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n.3, p. 1026-9, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a20v65n6.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

SANTOS, T. M. M. Otite média: implantação para o desenvolvimento da linguagem. *In*: SCHOCHAT, E. (Org). **Processamento auditivo**. São Paulo: Lovise, 1996.

SILVA, A. R. A. **Ações Educativas e a Adesão ao Acompanhamento Audiológico de Neonatos e Lactentes**. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SILVA, C. S. **Promoção da Saúde na Escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Município do Rio de Janeiro**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arrouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <  
[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Fliidbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D3295&ei=MtWsU\\_LNFsalsATegoDoDw&usq=AFQjCNFOEiQA-u6y8fHkjAVeWyLDBd9-Lw&sig2=BNWljftzroIL5b0QeRuRjQ&bvm=bv.69837884,d.cWc](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Fliidbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D3295&ei=MtWsU_LNFsalsATegoDoDw&usq=AFQjCNFOEiQA-u6y8fHkjAVeWyLDBd9-Lw&sig2=BNWljftzroIL5b0QeRuRjQ&bvm=bv.69837884,d.cWc)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

SILVA, D. R. C. *et al.* Conhecimentos e práticas de professores de educação infantil sobre crianças com alterações auditivas. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 197-205, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n2/09.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

SILVA, E. G. F. **Triagem Auditiva em Estudantes do Ensino Fundamental de Escolas Públicas Municipais de Vitória de Santo Antão**. 2011. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, 2011. Disponível em: <  
[http://repositorio.ufpe.br/jspui/bitstream/123456789/9096/1/arquivo1401\\_1.pdf](http://repositorio.ufpe.br/jspui/bitstream/123456789/9096/1/arquivo1401_1.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SMELTZER, S.C. *et al.* **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Tradução de Antonio Francisco Dieb Paulo, Jose Eduardo Ferreira de Figueiredo e Patrícia Lydie Voeux. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2014.

SOBRAL tem melhor Índice de Oportunidades da Educação Brasileira entre 5.241 cidades avaliadas em todo o país. **Blog de Sobral**, Sobral, 7 outubro 2015. Disponível em: < <http://blog.sobral.ce.gov.br/2015/10/sobral-tem-melhor-indice-de.html>>. Acesso em: 10 out. 2015.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral, Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Sobral (2014-2017)**. Sobral: Secretaria de Saúde, 2014.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 Sup 1, p.S100-S110. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

STENFORS, L. E. Tratamento da Otite Média: Presente e Futuro. In: LAVINSKY, L. (org.). **Tratamento em Otologia**. Rio de Janeiro. Editora: Revinter, 2006.

STENFORS, L. E. Treatment of Tympanic Membrane Perforations With Hyaluronan in an Open Pilot Study of Unselected Patients. **Acta Otolaryngol (Stockh)**, London, v.104, n. s442, p. 81-7, 1987. Disponível em:

<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/00016488709102845>. Acesso em: 10 nov. 2013.

TAVARES, P. M. B. **Projeto Escuta Sobral**. Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral. Sobral-CE, 2002. Mimeografado.

TEIXEIRA, C. F. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva**: estudo de caso em Pernambuco. 2007. 138 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fundação Oswaldo Cruz). Recife, 2007. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3909>> Acesso em: 12 nov 2012.

TEIXEIRA, C. F.; GRIZ, S. M. S. Sistema Auditivo Central. In: BEVILACQUA, M. C. *et al.* (org.). **Tratado de Audiologia**. São Paulo: Santos, 2013.

THIRY-CHERQUES, H.R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, n.3, p.20-27. 2009.

TRENCH, M. C. B.; BALIEIRO, C. R. Fonoaudiologia e inclusão social. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L.G. P. (org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. São Paulo: Rocca, 2009

VASCONCELOS, R. M. **Avaliação auditiva em escolares da rede pública municipal**. 2006. 43f. Dissertação em Saúde Materno-Infantil) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2006.

VASCONCELOS, R. M. *et al.* Alterações auditivas em crianças de 7 a 9 anos de idade de uma escola pública de ensino fundamental em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza**, v. 20, n. 3, p. 155-160. 2007.

VASCONCELOS, R. M.; SERRA, L. S. M.; ARAGÃO, V. M. F. Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes e por Produto de Distorção em Escolares. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 74, n. 4, p . 503-07. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v74n4/a04v74n4.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

VIEIRA, U. P. **O Fonoaudiólogo e a Equipe de Saúde**. 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/posgrad/posgraduacao/teses/Disserta%E7%E3o%20Uliana%20pontes.pdf>> Acesso em: 24 mai. 2013.

WEBER, B. A.; DIEFENDORF, A. Triagem auditiva neonatal. In: MUSIEK, F. E.; RINTELMANN, W. F. **Perspectivas atuais em avaliação auditiva**. São Paulo: Manole, 2001

WERTZNER, H. F. Ambulatórios de Fonoaudiologia em Unidade Básica de Saúde. In: BEFI, D. (org). **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.

WERTZNER, H. F. Fonologia: desenvolvimento e alterações. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **International classification of impairments, disabilities and handicap manual of classification relating to the consequence of disease.** Geneva, Suíça, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Deafness and hearing impairment.** Fact Sheet, Geneva, n. 300, Mar. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>>. Acesso em: 08 novembro 2012.

XIMENES NETO, F. R. G. **Gerenciamento do Território da Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gerentes.** 2007. 462 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

YOSHINAGA-ITANO, C. From screening to early identification and intervention: discovering predictors to successful outcomes for children with significant hearing loss. **Journal of Deaf Studies and Deaf Education**, v.8, n.1, p. 11-30, 2003. Disponível em: <<http://jdsde.oxfordjournals.org/content/8/1/11.full.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

ZANIN, L. E. **Avaliação da qualidade da assistência prestada pelo Fonoaudiólogo na Estratégia Saúde da Família na zona urbana de Sobral/Ce.** 2014. 154f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará. Sobral, 2014.



## **APÊNDICES**

## **Apêndice A – Roteiro para entrevista com o coordenador do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar**

Nome da unidade: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

Tipo de prestador/natureza: \_\_\_\_\_

Tipo de assistência: \_\_\_\_\_

- ✓ Objetivo do Serviço de Saúde Auditiva Escolar
- ✓ História do Serviço
- ✓ Funcionamento (ações, horários, agendamento, encaminhamentos)
- ✓ Recursos Humanos (equipe multiprofissional, formação, experiências)
- ✓ Instalações Físicas e Equipamentos (estrutura para a triagem, SASA: acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência, dimensionamento, número de salas e equipamentos adequados)
- ✓ Atores envolvidos na Saúde Auditiva do Escolar
- ✓ Como se dá a referência e contra-referência (Atenção Primária, Secundária e Terciária)?
- ✓ Protocolos específicos
- ✓ Fatores facilitadores e restritivos na execução das ações de Saúde Auditiva do Escolar.

## **Apêndice B – Roteiro para entrevista com Fonoaudiólogo sobre as Ações em Saúde Auditiva**

### **Dados de Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Nível de formação : \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_ Tempo no serviço: \_\_\_\_\_

- ✓ Qual o objetivo do Fonoaudiólogo nas ações de Saúde Auditiva do Escolar?
- ✓ Quais as ações e serviços realizados? Como é realizado?
- ✓ Como se dá a relação intersetorial saúde e educação?
- ✓ Existe Educação Permanente para a qualificação dos profissionais?
- ✓ Quais os fatores facilitadores e os restritivos nas ações de Saúde Auditiva do Escolar?
- ✓ O que você acha que poderia está sendo aperfeiçoando para garantir a integralidade das ações?

## Apêndice C – Roteiro para entrevista do representante do núcleo gestor das escolas

### Dados de Identificação

Escola: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ contato: \_\_\_\_\_

- ✓ Para você, qual a importância da audição para a aprendizagem do aluno?
- ✓ Como ocorre o processo de triagem auditiva?
- ✓ Antes ou após as triagens, a escola recebe alguma orientação do SASA? Qual e de quem?
- ✓ Como você vê essa intersetorialidade entre o Serviço de Saúde Auditiva e a educação?
- ✓ Existe alguma capacitação sobre Saúde auditiva para o corpo docente? Como se dá essa capacitação?
- ✓ É realizada alguma ação de Educação em Saúde para os alunos? Como ocorre?
- ✓ Há alguma crítica, queixa, elogio ou sugestão sobre o Serviço de Saúde Auditiva do Escolar?

## **Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o coordenador do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar e Fonoaudiólogo.**

Eu, Rafaela Bezerra Façanha Correia, mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, estou desenvolvendo uma pesquisa “**Análise do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará, na perspectiva da integralidade**”. Deste modo, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa respondendo a uma **entrevista semi-estruturada**, contendo perguntas sobre o assunto em questão.

Esclareço que:

- A pesquisa visa obter informações sobre o Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará, na perspectiva da integralidade.
- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.
- As informações ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado.
- Não haverá nenhum risco ou desconforto para as pessoas envolvidas.
- Você tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço: Rua Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 100- Derby, CEP 62.042-280, Sobral-Ceará, telefones: (88) 3611.2202/ (85) 9904.2090 e e-mail: [rafafacanha@hotmail.com](mailto:rafafacanha@hotmail.com).

Se desejar reclamar de algo sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (Centro de Ciências da Saúde), no endereço: Rua Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150- Derby, CEP 62.042-280, Sobral-Ceará, telefone: (88) 36774255.

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa.

### **Consentimento Pós –Esclarecido**

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em autorizar esta pesquisa.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura do pesquisador

## **Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o representante do núcleo gestor das escolas**

Eu, Rafaela Bezerra Façanha Correia, mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Análise do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará, na perspectiva da integralidade**”. Deste modo, para compreender a percepção do setor educação a cerca do Serviço, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa respondendo a uma **entrevista semi-estruturada**, contendo perguntas sobre o assunto em questão.

Esclareço que:

- A pesquisa visa obter informações sobre o Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará, na perspectiva da integralidade.
- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.
- As informações ficarão em sigilo e seu anonimato será preservado.
- Não haverá nenhum risco ou desconforto para as pessoas envolvidas.
- Você tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço: Rua Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 100- Derby, CEP 62.042-280, Sobral-Ceará, telefones: (88) 3611.2202/ (85) 9904.2090 e e-mail: [rafafacanha@hotmail.com](mailto:rafafacanha@hotmail.com).

Se desejar reclamar de algo sobre a pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (Centro de Ciências da Saúde), no endereço: Rua Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150- Derby, CEP 62.042-280, Sobral-Ceará, telefone: (88) 36774255.

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa.

### **Consentimento Pós –Esclarecido**

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em autorizar esta pesquisa.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura do pesquisador

## **Apêndice F – Carta de solicitação da autorização institucional- Setor Educação**

Ilustríssimo (a) Senhor (a)

Eu, Rafaela Bezerra Façanha Correia, responsável pelo projeto de Pesquisa do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (em anexo), venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar uma pesquisa com um representante do núcleo gestor das Escolas de Ensino Fundamental, da Sede, que possuam turma de 2º ano, para o trabalho de pesquisa sob o título **“Análise do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará, na perspectiva da integralidade”**, orientado pelo Professor Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012, tem como objetivo de “Analisar o Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará na perspectiva da integralidade”. Os procedimentos adotados serão **entrevistas semi-estruturadas**. Esta atividade não apresenta riscos aos sujeitos participantes. Período previsto para coleta de dados é agosto de 2015.

Espera-se com esta pesquisa: ampliar o conhecimento científico sobre os aspectos que envolvem esta temática; trazer uma reflexão sobre a gestão dos serviços de Saúde Auditiva do Escolar; colaborar com o planejamento e monitoramento das ações, permitindo uma maior racionalidade dos recursos.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço: Rua Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 100- Derby, CEP 62.042-280, Sobral-Ceará, telefones: (88) 3611.2202/ (85) 9904.2090 e e-mail: [rafafacanha@hotmail.com](mailto:rafafacanha@hotmail.com).

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na dissertação de Mestrado e em publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

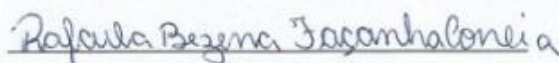
**ANEXOS**



**Anexo A - Termo de compromisso para utilização de dados em documentos**

Eu, Rafaela Bezerra Façanha Correia, pesquisadora envolvida no projeto de título: ANÁLISE DO SERVIÇO DE SAÚDE AUDITIVA DO ESCOLAR NO MUNICÍPIO DE SOBRAL/CEARÁ NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE, comprometo-me a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, bem como a privacidade dos seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/2012 do CNS/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito à Planilha das Triagens Auditivas dos Escolares e os prontuários dos pacientes que apresentaram Perda Auditiva no processo diagnóstico, após falha na Triagem Auditiva, ocorridos em 2013.

Sobral, 21 de março de 2015.



Rafaela Bezerra Façanha Correia

RG 99010332099

**Anexo B – Parecer da Comissão Científica do Município de Sobral****PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA****PARECER PROTOCOLO Nº 0025/2015**

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de Dissertação de Mestrado intitulado - Análise do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará, na perspectiva da integralidade desenvolvida por Rafaela Bezerra Façanha Correia do Mestrado Acadêmico em Saúde Família/UFC/Sobral, sob orientação do Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Caetano.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados do estudo com profissionais do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), mediante pactuação prévia entre a pesquisadora, a coordenação deste serviço e os profissionais quanto à escolha dos melhores dias, horários e local para a realização das entrevistas.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência a cada um dos profissionais, devendo estes serem convidados a participar mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Ressalta-se ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão.



**PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 09 de Abril de 2015

*Maristela Inês Osawa Vasconcelos*

**Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Coordenadora da Comissão Científica**



**Anexo C – Parecer do Setor Educação (Autorização Institucional)****Autorização Institucional**

Eu, Júlio César da Costa Alexandre, abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Educação do Município de Sobral, autorizo a realização do estudo sob o título “Análise do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará, na perspectiva da integralidade”, a ser conduzido pela pesquisadora abaixo relacionada. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

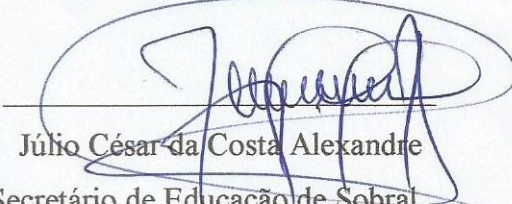
Esta Secretaria está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Sobral, 20 de maio de 2015.



*Rafaela Bezerra Façanha Correia*

Rafaela Bezerra Façanha Correia

Pesquisadora

  
Júlio César da Costa Alexandre  
Secretário de Educação de Sobral

## Anexo D- Parecer Comitê de ética e Pesquisa

	<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA</b>													
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>														
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>														
<b>Título da Pesquisa:</b> ANÁLISE DO SERVIÇO DE SAÚDE AUDITIVA DO ESCOLAR NO MUNICÍPIO DE SOBRAL/CEARÁ, NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE.														
<b>Pesquisador:</b> Rafaela Bezerra Façanha Correia														
<b>Área Temática:</b>														
<b>Versão:</b> 1														
<b>CAAE:</b> 46465115.0.0000.5053														
<b>Instituição Proponente:</b> Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA														
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio														
<b>DADOS DO PARECER</b>														
<b>Número do Parecer:</b> 1.143.359														
<b>Data da Relatoria:</b> 08/07/2015														
<b>Apresentação do Projeto:</b>														
Projeto de Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral, sob orientação do prof. Dr. Percy Antônio Galimberti Catanio.														
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>														
Analisar o Serviço de Saúde Auditiva do Escolar no Município de Sobral/Ceará, na perspectiva da integralidade. Caracterizar a estrutura física, equipamentos, recursos materiais e os profissionais do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar. Descrever o processo de trabalho dos profissionais envolvidos no Serviço de Saúde Auditiva do Escolar. Identificar a resolutividade das ações do Serviço de Saúde Auditiva do Escolar.														
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>														
Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los. Assim, observou-se que os riscos envolvidos nesta pesquisa são mínimos assim como são mínimas também as possibilidades de danos imediatos ou posteriores, aos participantes do estudo.														
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b>														
Trata-se de uma pesquisa mista, quali-quantitativa, classificada como exploratória e descritiva, utilizando-se de procedimentos documental e de campo. O cenário de estudo será o município de														
<table border="0"> <tr> <td><b>Endereço:</b> Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Bairro:</b> Derby</td> <td><b>CEP:</b> 62.041-040</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>UF:</b> CE</td> <td><b>Município:</b> SOBRAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Telefone:</b> (88)3677-4255</td> <td><b>Fax:</b> (88)3677-4242</td> <td><b>E-mail:</b> uva_comitedeetica@hotmail.com</td> </tr> </table>			<b>Endereço:</b> Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150			<b>Bairro:</b> Derby	<b>CEP:</b> 62.041-040		<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> SOBRAL		<b>Telefone:</b> (88)3677-4255	<b>Fax:</b> (88)3677-4242	<b>E-mail:</b> uva_comitedeetica@hotmail.com
<b>Endereço:</b> Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150														
<b>Bairro:</b> Derby	<b>CEP:</b> 62.041-040													
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> SOBRAL													
<b>Telefone:</b> (88)3677-4255	<b>Fax:</b> (88)3677-4242	<b>E-mail:</b> uva_comitedeetica@hotmail.com												





UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.143.359

Sobral/Ceará. A coleta de dados ocorrerá no horário de funcionamento da Unidade de Saúde da Família, no mês de agosto de 2015, após a aprovação da Comissão Científica do Município e do Comitê de Ética e Pesquisa; e após a assinatura do Termo de autorização do Fiel Depositário (APÊNDICE F) e do Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE G). Constituirão sujeitos da pesquisa: os profissionais envolvidos no SASA, como a Coordenadora do Serviço, Fonoaudióloga e médico otorrinolaringologista, responsáveis pela Saúde Auditiva do Escolar; os pais/responsáveis dos alunos que apresentaram Perda Auditiva no processo diagnóstico, após falha na triagem realizada nas escolas, em 2013; um representante do núcleo gestor das escolas que participam da triagem. Será escolhido o representante que tem maior aproximação com as ações de saúde auditiva. Em um primeiro momento, as Planilhas das Triagens Auditivas dos Escolares do ano de 2013, serão consolidadas em um único documento contendo os seguintes dados: nome da escola, número de alunos por escola, informações da 1ª fase, informações da 2ª fase e conduta. Em seguida, serão selecionados os prontuários dos alunos que apresentaram Perda Auditiva no processo diagnóstico, para conhecimento mais detalhados dos procedimentos realizados. Posteriormente, realizar-se-á uma entrevista semiestruturada com: Coordenação do SASA, Fonoaudiólogo e médico, Pais/responsáveis dos alunos que apresentaram Perda Auditiva, Representante do núcleo gestor das escolas. Para análise das planilhas das Triagens Auditivas dos Escolares de 2013 e dos prontuários, utilizar-se-á a estatística descritiva, representando estes dados através de tabelas e gráficos. As entrevistas serão analisadas utilizando o método de Análise do Conteúdo Temática (BARDIN, 2009).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e permitiram apreciação ética.

**Recomendações:**

A pesquisadora deverá assumir o compromisso de enviar o relatório final após a conclusão do estudo para este CEP através da aba notificações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ver recomendações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

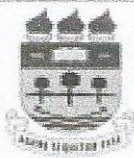
Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com





UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.143.359

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como Aprovado o protocolo de pesquisa. A pesquisadora deverá enviar o relatório final para este CEP após sua conclusão.

SOBRAL, 08 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Maristela Ines Osawa Chagas**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: [uva\\_comitedeetica@hotmail.com](mailto:uva_comitedeetica@hotmail.com)

