



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ELAINE FERNANDES DOS SANTOS

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SOBRE SAÚDE AUDITIVA**

Fortaleza

2004

ELAINE FERNANDES DOS SANTOS

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
SAÚDE AUDITIVA

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária e Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Gomide da S. Mello

Fortaleza

2004

ELAINE FERNANDES DOS SANTOS

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS
DO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SOBRE SAÚDE AUDITIVA**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária e Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Epidemiologia.

Aprovada em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Rachel Maria Rigotto
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Márcia Gomide da Silva Mello (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

*Aos meus pais, pelo amor, dedicação,
incentivo e por sempre terem acreditado nos meus
objetivos.*

*À minha filha Fernanda, pelo amor,
compreensão e carinho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de tornar possível mais um objetivo em minha vida.

À Prof.^a Dr.^a Márcia Gomide da Silva Mello, pela confiança, dedicação, orientação e disponibilidade dispensadas para a realização desse trabalho.

À fonoaudióloga M.Sc. Maria do Socorro Távora Soares, pela amizade e disponibilidade na co-orientação deste trabalho.

À fonoaudióloga M.Sc. Maria Tereza Montenegro Tavares, coordenadora do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ensino Superior do Piauí, pela amizade, por sempre acreditar no meu trabalho e pela compreensão de minhas ausências em alguns momentos na Faculdade.

Ao Dr. Alberto Novaes, pela gentileza e disponibilidade na orientação dos primeiros e importantes passos nesta investigação.

À fonoaudióloga M.Sc. Márcia Pinheiro pelo incentivo e colaboração neste estudo.

Aos colegas de Mestrado, pelos momentos de alegria e companheirismo compartilhados.

À Coordenação, professores e funcionários que atuam no curso de Mestrado em Saúde Pública da UFC, em especial à Zenaide e Conceição.

A todos os profissionais que compõem o Programa de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde César Cals, pela colaboração e gentileza durante as entrevistas, fornecendo valiosas fontes de informações para este estudo.

A todos os meus familiares, em especial aos meus pais e minha filha, que sempre me apóiam em todos os momentos, compreendendo com generosidade e paciência minhas ausências, tornando possível a realização deste trabalho.

Aquele que acredita em sua capacidade infinita e avança passo a passo alcançará grande êxito.

Masaharu Taniguchi

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 42 milhões de pessoas, com idade acima de 3 anos, são portadoras de algum grau de perda auditiva. No Brasil, não há dados em nível populacional sobre a importância da perda auditiva, mas estimam-se que 1,5% da população brasileira sejam portadores de algum grau de perda auditiva. Alterações auditivas são consideradas, pela OMS, problemas de saúde pública e podem, em muitos casos, ser minimizadas e até evitadas através da atenção primária em audiologia, com a inserção de programas de saúde auditiva, reduzindo custos com atendimentos especializados. Sob este aspecto, o objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento e as práticas dos profissionais do Programa de Saúde da Família da UBASF César Cals sobre saúde auditiva. Neste sentido, foram realizadas 19 entrevistas com profissionais do PSF e definidas as categorias analíticas para posterior discussão. Convém assinalar que os resultados evidenciaram a falta de conhecimento e sensibilização dos profissionais sobre perda auditiva como uma das principais razões para a não realização da promoção da saúde auditiva. Deste modo, a falta de treinamento ou orientação sobre o assunto também contribuíram para o não reconhecimento da perda auditiva com problema de saúde na área e a não praticidade de sua prevenção. Logo, conclui-se que há necessidade de que sejam adotadas medidas de caráter preventivo em relação à saúde auditiva, partindo de uma sensibilização e treinamento a equipe do PSF.

Palavras-Chave: Fonoaudiologia, audição, perda auditiva.

ABSTRACT

According to the World Health Organization 42 millions of people aged over 3 years old have some kind of audio loss. In Brazil, there are no data in population level about the importance of hearing loss, but estimates show that 1,5% of the Brazilian population is a bearer of any hearing problem. Hearing alterations are considered by WHO, problems of public health and can, in many cases, be minimized and even be avoided through a primary attention in audiology with the insertion of audio health programs, reducing costs with specialized attendance. About this aspect, the objective of this study was to investigate the knowledge of professionals working at Family Health Care Program of UBASF Cesar Cals about hearing health. Thus, 19 interviews with FHCP (Family Health Care Program) professionals were made in order to define analytical categories to posterior discussion. It's important to reinforce that the results evidenced lack of knowledge and sensibility of professionals concerning audio loss as one of the main reasons to the non-fulfillment of hearing health promotion. This way, the lack of training or orientation about the issue has also contributed to the non-recognition of hearing loss as a health problem in the area and the non- practicality of its prevention. Thus, we conclude that there is a necessity that the prevention measures of hearing health problems could be adopted, having as a starting point the sensitivity and the training of the FHCP staff.

Keywords: Fonoaudiology, hearing, audio loss.

LISTA DE QUADROS

1	→	Classificação dos temas condutores	42
2	→	Caracterização dos entrevistados	45
3	→	Classificação das respostas mais freqüentes evidenciadas pelos profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde)	46
4	→	Classificação das respostas mais freqüentes evidenciadas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)	51

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	→	Atenção Primária a Saúde
AASI	→	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
dB	→	Decibel
dBNA	→	Decibel Nível de Audição
dBNPS	→	Decibel Nível de Pressão Sonora
Hz	→	Hertz
OMS	→	Organização Mundial de Saúde
PSF	→	Programa de Saúde da Família
SUS	→	Sistema Único de Saúde
UBASF		Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	→	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	30
4 OBJETIVOS	34
4.1 Objetivo geral	35
4.2 Objetivos específicos	35
5 MATERIAL E MÉTODO	36
5.1 Material	37
5.2 Metodologia	37
6 RESULTADOS	43
6.1 Resultados da entrevista do Tipo 01	45
6.2 Resultados da entrevista do Tipo 02	50
7 DISCUSSÃO	60
8 CONCLUSÃO	82
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
APÊNDICES	95
Apêndice A – Roteiro de perguntas estruturadas do Tipo 01 (Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde do PSF)	96
Apêndice B – Roteiro de perguntas estruturadas do Tipo 02 (médicos e enfermeiros do PSF)	97
Apêndice C – Protocolo de triagem auditiva para identificação precoce de possíveis crianças com perda auditiva	99
ANEXOS	101
Anexo A – Artigo	102

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A audição é fundamental na relação entre o ser humano e o meio ambiente. Para a comunicação com nossos semelhantes, precisamos, inicialmente, ouvir e compreender, para, desta forma, elaborarmos uma resposta e expressá-la através da linguagem (RAMOS, 1999).

A integridade anatomo-fisiológica do sistema auditivo constitui-se um pré-requisito para aquisição e desenvolvimento normal da linguagem. Distúrbios da audição podem interferir na aquisição e desenvolvimento da linguagem, alterando o desenvolvimento social, psíquico e educacional de uma criança (AZEVEDO, 1991).

A perda auditiva pode ocasionar danos irreversíveis na comunicação, no desenvolvimento e funcionamento psicossocial, cognitivo, da fala e da linguagem (RAMOS, 1999).

Dados da OMS estimam que 1,5% da população brasileira são portadores de deficiência auditiva; fato que a coloca em terceiro lugar nas deficiências no Brasil, em posição inferior apenas das deficiências neurológicas (5% - primeiro lugar) e motoras (2% - segundo lugar) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS, 1993).

A identificação precoce de qualquer tipo de alteração que afete esse sistema torna-se de fundamental importância, proporcionando ao indivíduo melhoras na qualidade de vida, posto que, através da detecção precoce, este poderá ser habilitado auditivamente de forma adequada e em idade apropriada com o objetivo de que sejam evitadas graves alterações no desenvolvimento lingüístico, intelectual e social.

A deficiência auditiva é considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, havendo necessidade de identificá-la o mais cedo possível, de modo a implementar os atendimentos necessários.

Convém enfatizar que existem métodos para avaliar a audição desde o primeiro dia de vida. Em virtude disso, é essencial que se criem programas preventivos em relação à saúde auditiva, possibilitando, deste modo, que muitas perdas auditivas possam ser minimizadas ou até evitadas, devendo ser operacionalizados na Atenção Primária à Saúde (SANTOS *et al.*, 1993; PIATTO, 1999).

Procedimentos de triagem auditiva são métodos que podem ser utilizados para que a deficiência auditiva seja detectada o mais cedo possível. Para tanto, os profissionais mais indicados seriam os que trabalham na APS, tendo em vista que buscam, em sua rotina de trabalho, minimizar ou evitar doenças através de ações preventivas. Contudo, para que qualquer estratégia venha a ser implementada e desenvolvida satisfatoriamente, fazem-se necessários o seu conhecimento prévio sobre o tema em foco, como também a total e irrestrita participação dos componentes de uma equipe de APS.

Na tentativa de buscar um ponto de partida para investigar os conhecimentos e as práticas dos profissionais do PSF sobre saúde auditiva, foi que se propôs, aqui, desenvolver uma investigação utilizando alguns instrumentos de coleta de dados aplicados pela metodologia qualitativa com base na perspectiva do conhecimento, vivências, atitudes, práticas, bem como da importância deste assunto para os profissionais do PSF.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

Dentre os distúrbios da comunicação humana, a deficiência auditiva é a que apresenta maior prevalência, uma vez que 60% desses distúrbios relacionam-se, direta ou indiretamente, com problemas auditivos (AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION COMMITTEE ON INFANT HEARING-ASHA, 1989).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 42 milhões de pessoas com idade acima de 3 anos são portadoras de algum grau de perda auditiva. Estima-se que esse número deveria chegar aos 57 milhões até o ano 2000, abrangendo cerca de 10,0% da população mundial. No Brasil, não há dados, em nível populacional, sobre a importância da perda auditiva, mas apenas alguns estudos concentrados em populações específicas. A estimativa é de que 1,5% da população brasileira sejam de portadores de algum grau de perda auditiva, ficando em terceiro lugar entre todas as deficiências, abaixo apenas das deficiências neurológicas (5,0%) e motoras (2,0%) (OMS, 1993).

Celani e Costa Filho (1991), nos EUA, através do *de Rhode Island Hearing Avaliation Program* (RIHAP), evidenciaram que o coeficiente de prevalência de perda

auditiva é de 26 crianças para cada 1.000 nascidos vivos. Para o Joint Committe on Infant Hearing (1994), o coeficiente de prevalência de perda auditiva sensorineural é de 1,5 a 6 crianças por 1.000 nascidrensos vivos.

Na Suécia foram realizadas avaliações audiométricas com 2.264 crianças, na faixa etária de 7 a 13 anos, e encontradas alterações em 12%. Também em alguns exames foram evidenciadas perdas auditivas, em altas frequências (3.000Hz, 4.000Hz, 6.000Hz, 8.000Hz); o que surgiria como uma das possíveis etiologias à ocorrência de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) precoce, provavelmente relacionada a hábitos ruidosos (COSTA *et al.*, 1986).

Por intermédio de avaliações audiométricas, realizadas em crianças e adolescentes, na faixa etária entre 8 e 12 anos, em diferentes regiões do Brasil, foi detectada uma frequência de 2,3% a 9,1% de alterações auditivas (HESHIKI, 1982; ANDRADE, 1984; HESHIKI *et al.*, 1985; DE BIASE, 1991; HUBIG *et al.*, 1991).

Vale destacar que, em Fortaleza-CE, durante a I Semana Nacional de Prevenção da Surdez, também realizada em novembro de 1997, foram feitos 2.560 exames, dos quais 1.446 ou 56,5% estavam alterados (CAMPANHA..., 1997).

Em campanha inserida no Programa Nacional de Saúde Escolar, intitulada: “Quem Ouve Bem Aprende Melhor”, foram avaliadas 2.484.180 crianças, na faixa etária de 6 a 10 anos. Na segunda fase do programa, foram avaliadas 117.730 crianças, sendo que, destas, 7,8% apresentaram problemas auditivos; na região Nordeste, 2,5% das crianças apresentaram alterações auditivas, variando de grau leve a severo (CAMPANHA..., 2000).

Através de estudos com uma população de 208 crianças, levando em consideração o fator renda, foram detectados problemas auditivos em 5,3% das crianças

com nível socioeconômico mais elevado, e em 9,2% de crianças caracterizadas pelo nível socioeconômico mais baixo (LIMA, 1987). Ao lado disso, estudos realizados em São Paulo, por meio de coleta de dados de 100 prontuários de adolescentes, possibilitaram encontrar, dentre as queixas fonoaudiológicas, um número significativo maior de queixas auditivas (ZACKIEWIECZ *et al.*, 1998).

Por outro lado, em avaliações auditivas, realizadas em 16 creches e pré-escolas municipais de São José do Rio Preto-SP, com 103 crianças na faixa etária entre 3 a 6 anos de idade, foi encontrada uma prevalência de 9,7% de alterações na função auditiva (PIATTO; MANIGLIA, 2001).

Por sua vez, o mais recente trabalho, no Brasil, objetivando o conhecimento dos problemas auditivos, desenvolveu-se durante a campanha “Quem Ouve Bem Aprende Melhor”, realizada em outubro de 2001, inserida no Programa Nacional de Saúde Escolar. Deste modo, no Estado do Ceará, foram avaliadas 4.652 crianças, nas quais se observou o percentual de 6,66% com problemas de audição. Para a cidade de Fortaleza, foram avaliadas audiologicamente 1.019 crianças, na faixa etária de 6 a 10 anos, e, destas, 7,36% apresentaram exames alterados (CAMPANHA..., 2001).

Ao final da avaliação auditiva em 448 crianças, na faixa etária de zero a 14 anos, atendidas em serviço audiológico de referência, para Fortaleza-CE, foi encontrado uma frequência de 62,5% de crianças que apresentavam perda auditiva (SAMPAIO, 2001).

Essa discrepância de porcentagem entre as pesquisas se deve ao fato de que muitos estudos, citados anteriormente, foram realizados em ambulatório ou em centros de referência com crianças e adolescentes que já possuíam suspeita de problemas auditivos, tornando-se assim um percentual bastante significativo de alterações auditivas. Contudo,

nos demais estudos, realizados com populações selecionadas em ambientes extra-hospitalares e sem encaminhamento prévio para investigação audiológica, o número de casos concentrou-se entre 2% a 12% da amostra examinada.

Um outro aspecto que deve ser levado em consideração, no que se refere aos dados do estudo na literatura revisada, é o fato de que existiram variações na faixa etária e na metodologia empregada, tanto no material utilizado quanto nos critérios de realização dos exames, obtenção dos resultados e classificação. Esta observação dos resultados e classificação está de acordo com Davidson, Hyde e Alberti (1989), ao relataram que, devido às diferentes metodologias e classificação empregada, há desconhecimento e diferenças em relação aos quadros epidemiológicos de deficiência auditiva.

A audição representa um papel preponderante e decisivo no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem oral. Logo, para que ocorra esse desenvolvimento, é necessário que o sistema auditivo periférico e central esteja íntegro, tendo em vista que crianças privadas de estímulos sonoros, nos primeiros anos de vida, poderão apresentar alterações no desenvolvimento lingüístico, cognitivo, social e emocional, que podem ocorrer em consequência da deficiência auditiva. Por isso, a detecção precoce é de fundamental importância para prevenir essas alterações (PAGNOSSIM; OLIVEIRA, 1998).

A audição proporciona a principal fonte para aquisição das habilidades de linguagem e fala na criança com audição normal; por conseguinte, uma perda auditiva pode ocasionar danos irreversíveis na sua comunicação, desenvolvimento e funcionamento psicossocial, cognitivo, da fala e da linguagem (RAMOS, 1999).

A perda auditiva também proporciona custos, tanto para as crianças, quanto para seus familiares e sociedade. O custo de um único Aparelho Amplificação Sonora Individual (AASI) equivale, aproximadamente, aos custos para vacinação de cerca de 4.000 crianças, contra rubéola, caxumba e catapora, doenças que podem causar perda auditiva (SANCHO *et al.*, 1990).

Convém assinalar que o AASI é um sistema interativo, portátil, com certo número de componentes que amplificam os sons, de modo a habilitar o usuário a utilizar seu resíduo auditivo, para subsequente desenvolvimento lingüístico, psicossocial e intelectual, além de melhorar a inteligibilidade de fala (COUTINHO, 1997; CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

A experiência em países desenvolvidos demonstra que o custo da educação de uma criança com perda auditiva e em escola especial é três vezes maior que o de uma criança em escola regular, mesmo com apoio especializado (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 1994).

As perdas auditivas possuem diversas etiologias e podem ter como fatores de risco maternos a rubéola, citomegalovirose, uso de medicamentos ototóxicos, alcoolismo, hipoxia, sífilis, toxemia gravídica, Diabetes Mellito, avitaminoses, irradiação, toxoplasmose, infecções bacterianas e alterações genéticas. Sob este aspecto, os fatores de risco perinatais incluem eritroblastose fetal, anóxia, parto prolongado, sofrimento fetal, prematuridade e kernicterus. Já os fatores pós-natais são adquiridos no decorrer do desenvolvimento e podem atingir o ouvido externo, contribuindo, deste modo, para, por exemplo, as infecções de vias aéreas, exostoses, traumatismos, tumores, cerume. As alterações do ouvido médio estão relacionadas a traumatismos, obstrução tubária, otite média aguda, serosa ou

secretora, crônica simples e colesteatomatosa, timpanosclerose e otosclerose. As alterações do ouvido interno apresentam, como principais causas, as viroses, como sarampo, gripe, rubéola, parotidite epidêmica, além do uso de drogas ototóxicas, infecções bacterianas, como meningite, encefalites, traumatismos, sífilis, labirintites, distúrbios metabólicos, esclerose múltipla e tumores (RUSSO; SANTOS, 1994).

A internação e o uso de drogas ototóxicas, assim como a rubéola materna são as principais causas de surdez em crianças no Brasil. Nos países em desenvolvimento, praticamente não existem casos de surdez por rubéola congênita devido à imunização. Desta forma, a possibilidade de prevenção através da imunização ou da diminuição dos fatores predisponentes é um dos grandes objetivos dos profissionais que trabalham nessa área (RAMOS, 1999).

Outro fator de risco para perda auditiva que vem recebendo prioridade em todo o mundo na área de ações públicas preventivas, em virtude da dimensão social e econômica que assume, em decorrência de seu efeito permanente, é o ruído, sendo considerado um problema de saúde pública por sua ocorrência em níveis cada vez mais insalubres nos ambientes sociais, especialmente em atividades de lazer (MEDEIROS, 2001).

A perda auditiva pode ser classificada de acordo com a localização topográfica da lesão e extensão. Em relação à localização topográfica da lesão, ela pode ser: condutiva (resultam de patologias que atingem o ouvido externo e/ou médio); sensorineural (resultam de distúrbios que comprometem a cóclea ou o nervo coclear – VIII par craniano); mista (resultam de componentes condutivos e sensorineurais no mesmo ouvido); centrais (quando atinge o nervo coclear e conexões) e funcionais (pacientes cujo comportamento

auditivo é duvidoso; indivíduos com problemas emocionais ou simuladores) (RUSSO; SANTOS, 1993).

No que se refere à extensão da lesão, ela pode ser classificada em: normal: até 20 dB; perda leve: de 25 dB a 40 dB; moderada: de 45 a 70 dB; severa: 75 a 90 dB e profunda: a partir de 95 dB e anacusia: ausência total de audição (LOPES FILHO; CAMPOS, 1999).

Em um estudo realizado no Centro Audiológico de Referência, em Brasília-DF, foram analisadas 1215 crianças, na faixa etária de menores de 1 ano a 15 anos, das quais 782 (64,4%) apresentaram perda auditiva. Os resultados foram: a principal causa pré-natal foi a hereditariedade, em que a consangüinidade contribuiu com 53,6%; a rubéola com 29,9%, enquanto as causas neonatais, como a prematuridade, contribuíram com 57,9%. Foi observado também que as viroses, como a parotidite epidêmica e o sarampo, continuam a ser causas significativas pós-natais, levando à perda auditiva sensorineural, com 16,7% e 25,0% respectivamente. Entretanto, a meningite continua a ser a causa predominante de surdez pós-natal (33,0%). O uso de ototóxico contribuiu com 22,3% e, finalmente, as otites com 93,1%, sendo observada incidência mais acentuada na faixa etária de três a oito anos (SALERNO *et al.*, 1985).

Com base em estudos sobre as etiologias da perda auditiva de 119 indivíduos que freqüentavam escola especial para surdos, na cidade de São Paulo, com idade de dois a 22 anos, pode-se afirmar que a incidência de perda auditiva foi de 14,3% para rubéola e 10,1% para meningite. Para 37,8% da amostra, as causas são desconhecidas (TABITH; FRANCO; BARBIERI, 1989).

Em estudo sobre perda auditiva com 448 crianças de zero a 14 anos, realizado em serviço de referência em Fortaleza-CE, foi determinada a ocorrência de fatores de risco em 107 destas e classificadas as prováveis causas associadas à surdez em pré-natais, neonatais e pós-natais, encontrando-se os seguintes resultados para causas pré-natais: hereditariedade (64; 22,0%); seguida pela rubéola congênita (39; 13,9%); uso de medicamentos ototóxicos (9; 3,3%); consangüinidade (7; 2,5%); malformações (5; 1,8%); sífilis (1,1%); toxoplasmose (1; 0,4%) e demais síndromes (2; 0,7%). Vale ressaltar que, para as causas neonatais, as complicações no parto representaram a maior percentual 49; 17,5%; seguida de hemorragias (5; 1,8%). Para as causas pós-natais, os problemas condutivos estiveram presentes em 53 crianças (18,9%), seguidos pela caxumba (27; 9,6%), meningite e sarampo (21; 7,5%), chegando-se à conclusão que as causas de surdez potencialmente evitáveis foram responsáveis por mais de 50,0% dos problemas de perda auditiva na população de crianças estudadas e que estas surgem, na maioria das vezes, devido à precária condição de saúde e à falta de informação da população, permitindo que problemas controláveis tais como: rubéola na gravidez, meningite, caxumba, sarampo, problemas de ouvido médio, que dão origem a alterações irreversíveis e incapacitantes para o indivíduo e que poderiam ser evitadas através de estratégias atuantes nos dois níveis de prevenção (SAMPAIO, 2001).

Uma pesquisa realizada sobre o nível de conhecimento de pediatras em relação à audição revelou os seguintes achados: 60,4% dos pediatras que trabalhavam em centros de saúde de São Paulo nunca investigaram a audição das crianças atendidas por eles; 70,8% declararam não ter qualquer conhecimento sobre triagem auditiva e 54,1% ignoravam os métodos de avaliação audiológica infantil (BALIEIRO; BALIEIRO, 1987).

Durante entrevista com 132 pais, sendo 50 de classe social média e 82 de classe social baixa, sobre o nível de informação que apresentavam acerca da audição, foi constatado que tanto os indivíduos de classe social média quanto os indivíduos de classe social baixa apresentavam conhecimentos genéricos e com pequenas diferenças entre os grupos e subgrupos, sobre os sinais de audição normal, causas de deficiência auditiva infantil e alterações no desenvolvimento, decorrentes da perda auditiva (PAGNOSSIM; OLIVEIRA, 1998).

A falta de informação de muitos pais e profissionais da área de saúde sobre a perda auditiva, métodos de prevenção e de detecção precoce torna-se um fator de risco de grande relevância; daí a importância da capacitação dos profissionais. Além disso, os fonoaudiólogos, para atuar na atenção primária à saúde, mas especificamente no Programa de Saúde da Família, objetivam implantar medidas de caráter preventivo que possam evitar ou minimizar essas alterações.

Os resultados desses estudos demonstraram que as alterações auditivas existem entre muitas crianças e adolescentes, e que são consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) problemas de saúde pública, havendo necessidade de identificá-las o mais cedo possível, de modo a implementar os atendimentos necessários e já pensando na adoção de medidas preventivas, a fim de que possam ser minimizadas e, em muitos outros casos, até evitadas, através da atenção primária em audiologia, sem que haja necessidade de atendimento em nível secundário ou terciário, reduzindo assim os custos com atendimentos mais especializados.

Convém salientar que os profissionais envolvidos diretamente com a saúde auditiva são os fonoaudiólogos, responsáveis pelo diagnóstico audiológico, tratamento e

reabilitação das funções de fala, linguagem e voz, prejudicadas por déficits auditivos; e os otorrinolaringologistas, responsáveis no campo da audição pelo diagnóstico otológico, tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico.

Entre as décadas de 1970 e 1980, a Fonoaudiologia foi inserida no sistema público, via secretárias de Educação ou pelas secretárias de Saúde. Os fonoaudiólogos, em número reduzido, iniciaram seus trabalhos de forma isolada sem nenhuma integração com outros profissionais da mesma área, tendo em vista que cada um realizava seu trabalho de forma específica, sem uma proposta abrangente que norteasse todos os fonoaudiólogos. Neste sentido, os procedimentos fonoaudiológicos dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) estavam voltados para um nível exclusivamente reabilitador, posto que, nessa fase, ainda não havia, por parte dos fonoaudiólogos, propostas de organização de serviços que atendessem grandes contingentes populacionais, havendo assim uma grande concentração de profissionais dentro dos ambulatórios (BEFI, 1997).

Com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), na segunda metade da década de 1980, começaram a ser realizados concursos públicos para o cargo de fonoaudiólogo. A partir, então, da reestruturação do SUS, conforme as propostas do novo modelo assistencial, esses profissionais começaram a ser lotados nos centros de saúde, porta de entrada do sistema, iniciando-se, desta forma, a inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde (APS).

Contudo, no momento de sua inserção, foi gerado o primeiro impasse da Fonoaudiologia com a APS, porque, embora ambas soubessem da importância de sua relação, essa ainda não estava definida; a Fonoaudiologia ainda continuava concentrando suas atividades dentro de ambulatórios. Essa diferença de proposta de serviço começou a

gerar insatisfações de ambas as partes; do fonoaudiólogo por não se sentir integrado à UBS; e da unidade por não visualizar, nesse profissional, alguém com possibilidades de executar ações condizentes com a filosofia que elas tentavam implantar. Em virtude disso, para que a Fonoaudiologia pudesse realmente se organizar dentro da filosofia das UBS, precisou estudar e começar a trabalhar com alguns conceitos de epidemiologia, visando o levantamento das patologias de maior ocorrência na população, bem como suas características e possibilidades de organização ambulatorial. A partir daí, ocorreu de fato a inserção da Fonoaudiologia na APS (BEFI, 1997).

Diante disso, várias pesquisas começaram a surgir, na tentativa de caracterização da Fonoaudiologia e da ocorrência das patologias da comunicação na população. Os pesquisadores da área começaram a se dar conta de que, sem um conhecimento da população e a abrangência da área de atuação de sua unidade, era quase impossível planejar ações pertinentes, que satisfizessem suas necessidades. Coube então aos fonoaudiólogos a busca de tentar organizar propostas de ações junto aos programas de pediatria e puericultura, saúde do adolescente, saúde da mulher, do trabalhador, do idoso e das crianças da área de abrangência das unidades (BEFI, 1997; FREIRE, 1992; MENDES, 1999).

Programas específicos, voltados à promoção da saúde em Fonoaudiologia, iniciam-se, através da construção do perfil saúde-doença da população, em que se deseja intervir, sendo considerado o primeiro nível de interpretação de uma realidade (FREIRE, 1992; MENDES, 1996).

Na Escola Paulista de Medicina, vêm sendo desenvolvidos, nos últimos anos, programas de prevenção e identificação precoce de alterações auditivas que atuam

basicamente em dois níveis: no primeiro, inclui-se orientação a profissionais da área de saúde, procurando alertá-los quanto aos fatores de risco, para deficiência auditiva e a possibilidade de redução de alguns desses fatores, através da realização de campanhas de conscientização e orientação da população para estes aspectos. Em segundo nível, compreende-se a identificação precoce das alterações auditivas, pela avaliação de neonatos de risco, triagens auditivas e em unidades básicas de saúde como também avaliação auditiva em escolares (AZEVEDO, 1991).

Em virtude disso, a Fonoaudiologia, na promoção da saúde coletiva, busca, com base no estudo da situação de saúde fonoaudiológica de uma comunidade e da procura de seus determinantes, propor soluções para as situações de desequilíbrio. Abrange tanto ações direcionadas para o agrupamento de pessoas, quanto busca assegurar serviços pessoais de assistência. Nesta perspectiva, a assistência deve se dar, preferencialmente, na forma de ações programáticas (organização racional e hierarquização de trabalho), para que cada indivíduo, dentro da própria população, receba integralmente, o que lhe possa ser necessário, em cada um dos cinco níveis de prevenção (BEFI, 1997).

Considerando os modelos descritos por Andrade e Migliorini (1982), a inserção do fonoaudiólogo é prevista em instituições de saúde de mais diversas naturezas. Abrange desde as UBS, que representam o primeiro nível de acesso ao Sistema de Saúde para a comunidade, passando por ambulatórios de especialidades e centros de referência (unidades de maior complexidade e especialidade), chegando até aos hospitais, que compreendem serviços de maior complexidade e especialidade dentro do Sistema de Saúde. Em relação às ações, são previstas as que vão do nível preventivo a reabilitação, podendo ser citada em uma seqüência hierarquizada: participação em programas transdisciplinares,

educativos e de orientação, dirigidos a grupos específicos (pais, professores, pais ou monitores de creches, trabalhadores) em programas internos na unidade a qual estão vinculados ou dirigidos à comunidade; realização de triagens audiológicas dirigidas a grupos de risco, tais como crianças e trabalhadores; realização de avaliações de linguagem, orientações e encaminhamentos, terapia individual e em grupo, para crianças e adultos; atendimento a patologias ligadas à saúde ocupacional; realização de trabalhos conjuntos com profissionais de outras áreas, com objetivos terapêuticos e participação em programas de reabilitação e reinserção social.

Atualmente, a atuação do fonoaudiólogo vai além da avaliação e encaminhamento de casos patológicos; a ação desse profissional deve incluir programas de atenção primária caracterizados por ações realizadas individualmente, através da imunização, *screenings* e aconselhamentos ou coletivamente, por meio de campanhas, treinamentos e orientações.

Hubig e Schochat (1997), seguindo a proposta exposta por Leavell e Clark (1976), propôs modelos de atendimento em audiologia. Na prevenção primária, seria uma atuação visando à promoção de saúde; a atenção deve ser voltada às condições mínimas, para que todo e qualquer indivíduo tenha direito a uma vida digna e saudável, no que se refere à proteção específica, deve ser considerada de forma ampla, abrangendo todas as possibilidades de proteção para manutenção da saúde auditiva. Para tanto, essa atuação deverá ser dirigida à população em geral, e, na medida do possível, devem ser desenvolvidos agentes multiplicadores para a difusão desses conhecimentos. Por sua vez, na prevenção secundária, será focalizada a patologia de maior prevalência na população em atendimento. As ações serão voltadas àquelas patologias identificadas pelos estudos

epidemiológicos. De maneira similar, as propostas de atendimento seriam dirigidas à população, procurando identificar-se, o mais cedo possível, as ocorrências patológicas, e, ao lado disso, oferecer-se pronto atendimento pelas orientações específicas e encaminhamentos aos serviços competentes.

Convém destacar que, na prevenção terciária, ocorre o processo de atendimento às patologias de maior ocorrência na população e reabilitação das alterações já instaladas. Mas o atendimento em atenção primária, em audiologia, pelos fonoaudiólogos, vê-se limitado, em sua atuação, pela falta de um adequado sistema de referência, já que seu desempenho está na dependência de serviços de atendimento em atenção secundária e terciária, que comportem os encaminhamentos efetuados, promovendo avaliação, controle e reabilitação.

Segundo a lei Orgânica da Saúde n. 8.080 (CONSELHO..., 1990), que dispõe sobre as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes”, Sistema Único de Saúde é o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. As principais diretrizes do SUS seriam:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde; isto é, direito de assistência a todos os cidadãos, ainda que não vinculados à Previdência Social.
- Integralidade, isto é, acesso a todos os níveis de assistência, em um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

- Descentralização político-administrativa, para os municípios, denominada “municipalização”; regionalização e hierarquização da rede de Serviços de Saúde; participação da comunidade.

Da mesma forma que atenção primária em saúde auditiva, o modelo de atenção à saúde no Brasil, de uma maneira geral, continua sendo baseado na doença, pouco contribuindo para promover à saúde, praticamente, sem nenhuma articulação com outros setores, mesmo após os avanços na legislação brasileira e no processo de descentralização previsto no SUS (CEARÁ, 1997).

Sendo assim, na busca por efetivar a construção de um novo paradigma sanitário, através do modelo assistencial definido pelo SUS, e, desta forma, assegurar universalmente os serviços de saúde, e operacionalizar ações de promoção à saúde, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família, onde o foco de intervenção das unidades priorizavam o coletivo.

Por sua vez, a família, compreendida no ambiente em que vive, e no qual são processadas suas relações, passou a adquirir importância especial. Deste modo, a partir dos problemas que afetam a condição de saúde das famílias, as ações intersetoriais de promoção à saúde ganharam espaço privilegiado. Por outro lado, as equipes dos Programas de Saúde da Família, através de estudos epidemiológicos, passaram a caracterizar a população sob sua responsabilidade, no que diz respeito ao risco de adoecer ou morrer, garantindo cobertura universal do atendimento e viabilizando-o com equidade e qualidade (ANDRADE, 1998).

Sob este aspecto, o Programa de Saúde da Família tem como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, em conformidade

com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), é recomendável que a equipe ou Unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mas que outros profissionais possam ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que possua criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

As causas das alterações auditivas e sua prevalência, na maioria das vezes, poderiam ser controladas, cabendo aos profissionais envolvidos com a APS, em suas unidades, em particular, no Programa de Saúde da Família, buscarem, via ações preventivas, tais como campanhas de conscientização; orientação aos profissionais de saúde e à população, contribuir para uma boa saúde auditiva.

Por fim, nesse ponto, caberia uma discussão sobre a inserção de medidas estratégicas de atenção primária à saúde auditiva no Programa de Saúde da Família, visando inserir as ações que evitem, minimizem ou diagnostiquem precocemente alterações auditivas.

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-
METODOLÓGICA**

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A metodologia escolhida para a construção do presente estudo apoiou-se na investigação qualitativa, por tratar-se de uma pesquisa que não atende a um foco central, definido em forma de hipóteses. Contudo, segue as necessidades e demandas que se criam no processo de conhecimento e levam a construções teóricas cada vez mais abrangentes para elaborar interações e configurações do assunto estudado, muito além de qualquer evidência empírica suscetível de ser registrada em forma de dados; os dados não são substitutos das idéias, ao contrário, são seus facilitadores (GONZÁLEZ, 2002).

Diferente da metodologia quantitativa, que permite atribuir valores numéricos a determinados atributos, a investigação qualitativa parte de uma dimensão subjetiva em que o espaço das vivências, das emoções, dos sentimentos não permitem quantificações (UCHIMURA; BOSI, 2004).

A pesquisa qualitativa objetiva explicar, verificar ou prever, compreender e transformar a realidade médica ou social e assume a existência de múltiplas realidades, produto da forma como os indivíduos, grupos ou coletividades percebem interpretam e atuam no mundo (MARTINEZ; BOSI, 2004).

De acordo com Minayo (1994), o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercitam a apreensão a crítica e a dúvida. Deste modo, cabe aqui ressaltar que um dos objetivos primordiais do PSF é o de operacionalizar ações de promoção à saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, alterando o foco de intervenção que deixa de priorizar o enfoque individual em prol do coletivo (BRASIL, 1997).

Entretanto, para que a operacionalização de ações em promoção à saúde auditiva seja efetivada no PSF, faz-se necessário investigar os conhecimentos e práticas que os profissionais da UBASF possuem sobre o assunto. Por essa razão, buscamos um enfoque teórico-metodológico que pudesse oferecer perspectivas de respostas ao problema levantado. Neste sentido, encontramos nas práticas discursivas uma ferramenta ideal para o presente estudo.

Práticas discursivas podem ser definidas como linguagem em ação, isto é, a maneira pela qual as pessoas, através dos discursos, produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (SPINK; MEDRADO, 2000).

Diante disso, pôde-se optar pela entrevista com prática discursiva, por entendê-la como interação situada e contextualizada, por meio do qual se produzem sentido e se constroem versões da realidade (PINHEIRO, 2000).

Para a realização das entrevistas, construímos os temas condutores que serviram de alicerce para esta descrição e análise.

Perguntas ou temas condutores nos estudos qualitativos referem-se a objetos cuja natureza não admite uma resposta numérica em termos de valores absolutos, razões ou proporções ou frequências de distribuição (MARTINEZ; BOSI, 2004).

Por sua vez, o objeto é a questão norteadora, o problema, e se vincula a descobertas anteriores como também a indagações provenientes de múltiplos interesses (de ordem lógica e sociológica) (MINAYO, 1994).

O objeto de um assunto é o tema propriamente dito, “corresponde àquilo que se deseja saber ou realizar a respeito do sujeito. É o conteúdo que este focaliza, em torno do qual gira toda a discussão ou indagação (LAKATOS; MARCONI, 2001).

Por conseguinte, sujeito de estudo corresponde a “gente”, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados (MINAYO, 1994).

Para permitir o conhecimento sobre Saúde Auditiva no Brasil e no Mundo, bem como os conhecimentos e práticas dos profissionais do Programa de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Família César Cals, sobre saúde auditiva, foi realizada, na organização deste estudo, inicialmente, uma revisão bibliográfica tanto de dados epidemiológicos quanto de estudos qualitativos sobre o assunto.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Caracterizar o conhecimento e as práticas dos profissionais do Programa de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Família César Cals sobre saúde auditiva.

4.2 Objetivos específicos

- Investigar o conhecimento técnico-prático dos profissionais sobre saúde auditiva.
- Identificar a existência de experiências ou vivências prévias sobre saúde auditiva.
- Identificar e avaliar as atitudes e práticas em saúde auditiva dos profissionais em sua rotina de trabalho.
- Avaliar o grau de relevância atribuído à Saúde Auditiva por estes profissionais.
- Verificar a necessidade de incluir um programa de promoção à saúde auditiva no Programa de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Família César Cals sobre saúde auditiva.

MATERIAL E MÉTODOS

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Material

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2003, na Unidade Básica de Saúde da Família que está inserida no Centro Social Urbano César Cals, situado na zona Leste do município de Fortaleza-Ce.

Na UBASF, existem 5 (cinco) equipes de Programa de Saúde da Família, formadas, cada uma, por um médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) auxiliar de enfermagem, e 1 (um) número variável de agentes comunitários de saúde, que oscila de acordo com as políticas do momento. As cinco equipes oferecem à comunidade vários tipos de atendimento tais como: consulta de hipertensão e diabetes, pré-natal, planejamento familiar, ao adulto, à criança, puericultura, prevenção do colo do útero e resultado de prevenção.

A unidade possui vínculo institucional com a Universidade Federal do Ceará, oferecendo, rotineiramente, cursos de capacitação em saúde para os profissionais da unidade, além de sediar atualmente uma residência em saúde da família, para médicos e enfermeiros, possibilitando, com isso, formar profissionais hábeis para atuar com promoção à saúde.

Com base nessas informações que conduzem à visualização de uma proximidade entre a filosofia de trabalho da unidade e o objetivo proposto, como também à

promoção da saúde, foram escolhidos os profissionais da UBASF para aplicação das entrevistas.

5.2 Metodologia

Para a coleta de dados, foram elaborados 2 (dois) roteiros de entrevistas estruturadas com perguntas abertas e fechadas. As entrevistas realizadas com auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde foram denominadas de Entrevista Tipo 1 (Apêndice A). As entrevistas com médicos e enfermeiros foram denominadas de Entrevista Tipo 2 (Apêndice B). Os dois roteiros possuíam perguntas que abordavam aspectos relacionados ao conhecimento da audição e perda auditiva. Essa divisão de roteiros foi realizada em virtude das diferenças de responsabilidades nas funções exercidas pelos profissionais do PSF.

Inicialmente, foi realizado o pré-teste dos instrumentos de coleta de dados com 04 (quatro) profissionais integrantes do PSF, distribuídos nas seguintes categorias: 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) auxiliar de enfermagem, 1 (um) agente comunitário de saúde.

Após o pré-teste, as entrevistas foram ajustadas para dar início ao estudo investigativo. Para tanto, os indivíduos selecionados para entrevista foram profissionais integrantes do PSF, com a seguinte composição: 5 (cinco) auxiliares de enfermagem; 5 (cinco) agentes comunitários de saúde; 4 (quatro) médicos e 5 (cinco) enfermeiros. Todos os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, anonimato das informações, liberdade de participação e sua posterior publicação.

As entrevistas foram realizadas no horário de funcionamento diário da Unidade, no período da manhã e tarde, de acordo com a disponibilidade individual de cada profissional, durando aproximadamente um mês para que as entrevistas se realizassem.

Neste sentido, para aplicação das entrevistas, foi utilizada a sala de reuniões da Unidade, por ser uma sala silenciosa e reservada. Cada entrevista durou em torno de 30 minutos.

A mesma entrevista foi realizada com auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, por entender-se que os dois profissionais, dentro da política assistencial do PSF, possuem atribuições semelhantes; de maneira similar, foi utilizada igual entrevista com médicos e enfermeiros.

Durante a aplicação das entrevistas, procurou-se seguir ordem semelhante de perguntas para todos os entrevistados, com o roteiro de perguntas estruturadas do Tipo 01 como também para o roteiro de perguntas estruturadas do Tipo 02.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas no editor de texto WORD 2000. Após leitura cuidadosa do material coletado nas entrevistas, foram construídas as categorias analíticas que serviram de base para discussão entre material empírico e referencial teórico.

As entrevistas foram gravadas com autorização prévia dos entrevistados, tendo sido utilizado, para tal, gravador portátil, sendo posteriormente transcritas.

As entrevistas do Tipo 01 (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) abordaram aspectos relacionados ao recebimento de treinamento ou orientações a respeito da audição e perda auditiva.

Sob este aspecto, o conhecimento sobre as possíveis etiologias da perda auditiva foi explorado no decorrer da análise. Foram também investigadas, durante as entrevistas, a prática da avaliação auditiva pelos profissionais e a maneira pelo qual é realizada.

Foram, ainda, exploradas possíveis situações na área de atuação da Unidade que poderiam ser causadoras da perda auditiva, permitindo afinal que se perguntasse também se os profissionais desta Unidade consideram perda auditiva como problema de saúde na área.

Durante as entrevistas, buscou-se, também, conhecer as opiniões dos profissionais acerca da estrutura da Unidade, para identificar e tratar indivíduos com perda auditiva.

Ao final das entrevistas, as informações consideradas pertinentes à construção do presente estudo foram colhidas dos profissionais, e, através destas, pôde-se saber o que poderiam fazer em suas respectivas funções, no sentido de melhorar a saúde auditiva da população. Para tanto, definiram-se 6 (seis) temas condutores para Entrevista do Tipo 01.

Os temas condutores definidos nas entrevistas do Tipo 01 foram:

- a) treinamento ou orientação sobre deficiência auditiva;
- b) etiologia da perda auditiva;
- c) prática da avaliação auditiva;
- d) perda auditiva como problema de saúde;
- e) estrutura física da UBASF, para identificar e tratar problemas auditivos;
- f) sugestões para melhorar a saúde auditiva na população.

As entrevistas estruturadas do Tipo 02 (médicos e enfermeiros) abordaram aspectos relacionados aos problemas otológicos mais frequentes, encontrados na prática diária dos profissionais.

Nesta perspectiva, buscou-se investigar, também, acerca do recebimento de treinamento ou orientação sobre audição e deficiência auditiva entre os profissionais. O conhecimento dos fatores de risco para perda auditiva bem como os parâmetros que levam os profissionais a suspeitar que um paciente possui alguma dificuldade auditiva também foram explorados na análise.

Procurou-se identificar o conhecimento dos médicos e enfermeiros no que se refere às técnicas de avaliação auditiva na infância, a idade que eles consideram ideal para avaliar auditivamente uma criança e a prática dessa avaliação durante suas atividades diárias.

Diante da realidade em estudo, houve grande empenho para que se obtivesse conhecimento quanto à atitude tomada pelos profissionais, quando diagnosticam alterações auditivas em crianças e adultos, bem como a idade que eles consideram ideal para indicar um Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) para uma criança.

Convém, ainda, lembrar que se procurou saber se os profissionais consideram a perda auditiva como problema de saúde, na sua área de atuação, e qual a demanda de pacientes que procuram a Unidade com esse tipo de queixa.

Durante as entrevistas, foi perguntado aos profissionais da Unidade se eles têm sentido a necessidade de adotar medidas de caráter preventivo em relação aos problemas auditivos e quais as conseqüências, em sua opinião, que a perda auditiva pode acarretar na vida de um indivíduo.

Para as entrevistas embasadas no roteiro de entrevista do Tipo 02, foram definidos 13 temas condutores; quais sejam:

- a) problemas otológicos mais frequentes na população;
- b) treinamento ou orientação sobre deficiência auditiva;
- c) indicadores de risco para perda auditiva;
- d) parâmetros para suspeitar de perda aditiva;
- e) conhecimento das técnicas de avaliação;
- f) idade ideal para avaliar crianças;
- g) atitude tomada quando diagnosticam alteração na audição;
- h) idade ideal para indicar AASI;
- i) perda auditiva como problema de saúde na área;
- j) aspectos necessários para identificar e tratar pessoas com problemas auditivos;
- l) importância da adoção de medidas preventivas;
- m) conseqüências da perda auditiva;
- n) estrutura física para identificar e tratar problemas auditivos.

Quadro 1 - Classificação dos temas condutores

TEMAS CONDUTORES	ENTREVISTAS DO TIPO 01	ENTREVISTAS DO TIPO 02
Treinamento ou orientação sobre deficiência auditiva	x	x
Etiologia da perda auditiva	x	
Prática da avaliação auditiva	x	x
Perda auditiva como problema de saúde na área	x	x

Estrutura física da UBASF para identificar e tratar	x	x
Sugestões para melhorar a saúde auditiva da população	x	
Problemas otológicos mais frequentes na população		x
Indicadores de risco para perda auditiva		x
Parâmetros para suspeitar de perda auditiva		x
Conhecimento das técnicas de avaliação		x
Idade ideal para avaliar crianças		x
Atitude tomada quando diagnosticam alteração na audição		x
Idade ideal para indicar AASI		x
Necessário para identificar e tratar pessoas com problemas auditivos		x
Adoção de medidas de carácter preventivo		x
Consequências da perda auditiva		x

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Para que se pudesse chegar aos resultados do presente estudo, convém assinalar que foram entrevistados 19 profissionais da UBASF, distribuídos da seguinte forma: 4 (quatro) médicos, 5 (cinco) enfermeiros, 5 (cinco) auxiliares de enfermagem, 5 (cinco) agentes comunitários de saúde.

Os auxiliares de enfermagem e enfermeiros foram entrevistados em sua totalidade. Contudo, 1 (um) médico deixou de ser entrevistado, por motivos de incompatibilidade de horários entre o entrevistador e o profissional. Por sua vez, o número de agentes comunitários de saúde foi definido pela recorrência dos discursos, permitindo assim identificar em seus conteúdos semelhanças sobre a questão da saúde auditiva.

Ao lado disso, caracterizou-se o público alvo do estudo por sexo, idade, escolaridade, profissão e tempo de serviço na Unidade. Na caracterização dos entrevistados por sexo, pôde ser observado que 4 (quatro) eram do sexo masculino e 15 (quinze) do sexo feminino. A idade variou entre 22 e 56 anos. Em relação à escolaridade e profissão, puderam ser caracterizados os profissionais em dois níveis; ou seja, dos 19 profissionais entrevistados, 9 (nove) possuíam curso superior e 10 (dez) haviam completado o 2 grau.

A profissão dos participantes desse estudo foram previamente selecionada e distribuída da seguinte maneira: auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; médicos e enfermeiros. Os entrevistados também foram caracterizados segundo o tempo de serviço na UBASF, fato que variou entre 6 meses a 5 anos.

O quadro 1 apresenta as informações sobre a caracterização dos entrevistados, relacionando sexo, idade, escolaridade, profissão e tempo de serviço na UBASF César Cals.

Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados

Entrevistas	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Tempo de Serviço na UBASF César Cals
1	34	F	2º grau completo	Auxiliar de enfermagem	3 anos
2	38	F	2º grau completo	Auxiliar de enfermagem	5 anos
3	23	F	2º grau completo	Auxiliar de enfermagem	2 anos
4	44	F	2º grau completo	Auxiliar de enfermagem	3 anos
5	46	F	2º grau completo	Auxiliar de enfermagem	4 anos
6	22	M	2º grau completo	Agente comunitário de saúde	5 anos
7	33	F	2º grau completo	Agente comunitário de saúde	6 meses
8	41	F	2º grau completo	Agente comunitário de saúde	8 meses
9	30	F	2º grau completo	Agente comunitário de saúde	2 anos
10	56	F	2º grau completo	Agente comunitário de saúde	1 ano
11	31	F	Superior	Enfermeira	8 meses
12	35	F	Superior	Enfermeira	5 anos
13	29	M	Superior	Enfermeiro	4 anos
14	31	F	Superior	Enfermeira	7 meses
15	31	F	Superior	Enfermeira	10 meses
16	37	M	Superior	Médico	4 anos
17	47	M	Superior	Médico	1 ano
18	37	F	Superior	Médica	2 anos
19	27	F	Superior	Médica	1 ano

6.1 Resultados da entrevista do Tipo 01

O Quadro 3 apresenta as respostas mais freqüentes, evidenciadas pelos profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) durante as entrevistas.

Quadro 3 - Classificação das respostas mais freqüentes evidenciadas pelos profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde)

* Temas Condutores	Auxiliar de Enfermagem N=5	Agentes Comunitários de Saúde N=5	Total N=10
* Treinamento ou orientação sobre perda auditiva			
- não	5	4	9
- recebimento de informações superficiais	-	1	1
* Etiologia da perda auditiva			
- sons altos, barulho, poluição sonora	2	2	4
- não sabe informar	2	2	4
* Situações de risco na área			
- inflamação no ouvido	1	-	1
- pancadas	1	-	1
- poluição sonora, barulho	1	4	5
* Prática da avaliação auditiva			
- não	3	-	3
- não, mas realiza encaminhamento	1	-	1
- não, por falta de conhecimento	1	1	2
* Métodos utilizados na avaliação			
- durante uma conversação	-	4	4
* Dimensionamento da perda auditiva como problema de saúde na área			
- não considerou	4	1	5
- poucos casos	-	1	1
- muitos casos	-	1	1
* Estrutura física da UBASF para identificação e tratamento das perdas auditivas			
- não possui	3	3	6
- faltam especialistas na UBASF	2	3	5
* Sugestões para melhorar a saúde auditiva na população			
- delegaram as responsabilidades para outros profissionais da UBASF	1	-	1
- acúmulo de tarefas	1	-	1
- especialistas na UBASF, treinamento, trabalho de conscientização	1	4	5
- despertaram o interesse somente no momento da entrevista	1	-	1

Durante a realização das entrevistas, foi manifestado pelos profissionais o recebimento de informações superficiais sobre audição e perda auditiva; e ainda depoimentos de que o Programa de Saúde da Família da Unidade se preocupa bem mais com as doenças mais prevalentes na localidade de atuação, priorizando, assim, o repasse das informações e o tratamento dessas doenças.

Muito vago, muito vagamente. Porque o programa se preocupa mais... com relação a tuberculoses, doenças X, que estão mais evidentes aqui em Fortaleza (E. 06).

Em vários depoimentos dos entrevistados, foi observada a falta de informação sobre a etiologia da perda auditiva. O ruído e doenças infecciosas foram apontados em algumas entrevistas como possíveis causadores da perda da audição.

Eu não sei muita coisa, mas eu já ouvi falar que é som muito alto. Não sei muita coisa sobre a audição não (E. 01).

Eu acho que pode ser alguma pancada muito forte, alguma infecção que pode causar a perda da audição (E. 03).

Não sei lhe responder (E. 09).

Em contrapartida, quando os profissionais foram questionados sobre as situações, dentro de suas respectivas áreas, que consideravam como possíveis de causar problemas de audição, a maioria atribuiu às infecções de ouvido, pancadas e poluição sonora.

Às vezes, as crianças chegam aqui com o ouvido muito inflamado e eu acho que isso pode ocasionar a perda da audição. Também as mulheres que apanham do marido. Uma vez chegou uma mulher que tinha levado um tapa do marido e ela perdeu a audição, não escuta muito bem (E. 03).

Tem, tem sim. Porque a minha área é uma avenida central, aliás, é a Rua Alagoas, e nela passa muitos transportes, é um barulho enorme, às vezes, nas visitas domiciliares tem que falar bem alto pras pessoas poderem escutar devido o barulho, a poluição sonora dos carros e veículos (E. 06).

O planalto aqui é muito barulhento, passam aqueles caminhões, aqueles carros com propaganda, então eu acredito que isso pode ser um fator, também tem o estresse. Mas eu acredito que seja também as situações financeiras, com que elas convivem na casa, às vezes problemas familiares (E. 10).

Uma parcela importante dos entrevistados referiu não avaliar auditivamente a população de sua respectiva área; alguns por desconhecer métodos de avaliação. Neste sentido, a falta de orientação aos profissionais sobre como realizar avaliação auditiva também foi destacada nos discursos, como um dos motivos da não realização da avaliação na população.

Não, porque nós não somos orientados nesse sentido (E. 08).

Pôde ser observado, ainda, que alguns profissionais não avaliam a população, mas encaminham as pessoas que, em sua visão e conhecimento, possivelmente irão apresentar alguma dificuldade auditiva.

Avaliar eu mesma não. Eu faço assim, se eu percebo que essa pessoa tem dificuldade para escutar alguma coisa, eu procuro falar com a médica ou a enfermeira (E. 04).

Em contrapartida, uma parcela importante dos profissionais relatou ter avaliado auditivamente a população de suas respectivas áreas, através de observações comportamentais das pessoas da área, durante visita domiciliar ou consulta no posto de saúde; o que demonstrou que a avaliação auditiva, dita como praticada por eles, era apenas uma mera observação ao acaso, durante as consultas ou visitas; ou seja, a intenção inicial não era avaliar auditivamente.

Com certeza a gente tem que ter esse cuidado... Do jeito que a gente tá conversando com ele, fazendo algumas perguntas, eu, por exemplo, já fico alerta a tempo achando que a pessoa não escuta bem, principalmente o idoso... Eu faço assim, se eu percebo que essa pessoa tem dificuldade para escutar alguma coisa, eu procuro falar com a médica ou a enfermeira (E. 04).

Às vezes a gente vê assim, às vezes a gente fala e a pessoa não escuta, aí a gente fala mais alto pra ela entender, aí a gente observa... (E. 07).

Em relação ao tema condutor, perda auditiva, como problema de saúde na área, foi destacada a insegurança dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde,

em comentar este assunto, revelando que alguns profissionais não possuíam informações sobre a dimensão do problema na área, banalizando-o, algumas vezes, na rotina de trabalho, por falta de conhecimento ou orientação sobre como reconhecê-lo na população.

Não sei, porque eu ainda não fiz uma análise sobre isso, somente agora que você tá me perguntando é que eu também estou parando pra pensar na importância. Mas eu acredito que seja muito importante, pra população principalmente que às vezes não sabe aonde se dirigir (E.10).

Existem muitas pessoas com problema de audição, é isso que eu tô te falando, que a gente reconhece por ela escutar menos, você tem que gritar pra conversar com elas (E. 07).

A maioria dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde revelou que a Unidade não apresenta estrutura suficiente para tratar pessoas com problemas de audição.

Eu acho que não (E. 02).

Entre as dificuldades apontadas em relação à estrutura da Unidade, destacou-se a falta de profissionais especialistas, no posto de saúde, para identificação e tratamento dos problemas relacionados com a audição.

Acho que falta um profissional de competência, um médico especializado para o caso (E. 07).

Falta uma especialidade de audição (E. 09).

[...] porque aqui nós nem temos um especialista nessa área, a gente tem um clínico que faz o acompanhamento de toda a área, nós não temos pediatra, temos só um médico clínico que faz esse acompanhamento de toda a área, que por sinal fica muito acarretado pra cada um deles (E. 10).

Quando indagados sobre o que o seu trabalho poderia fazer para melhorar a saúde auditiva da população, alguns profissionais preferiram passar a responsabilidade dessa tarefa a outros profissionais, abstendo-se assim de mais essa função.

Acho que essa parte fica mais pros médicos, não? Porque a gente não vê muitos casos sobre audição. É raro (E. 01).

Eu não sei te dizer não porque a gente tem tantas tarefas. Por exemplo: o médico daqui tem que ser clínico geral, pediatra, tudo... Ele acompanha os hipertensos, os diabéticos e tudo isso por fora do que tá previsto, é muita coisa (E. 02).

Deveria ser pelo menos mais fácil, esses atendimentos, assim, muitas vezes são muito difíceis até de você encontrar um atendimento. Os médicos têm até um pouco de dificuldade pra encaminhar os pacientes, deveria ser mais fácil, esse tipo de atendimento, deveria ter em outras unidades e não ser só em uma. Se aqui tivesse um fonoaudiólogo não precisaria ir pra outra unidade, fazia um acompanhamento, um tratamento, não seria só à base de medicação, mas uma avaliação, seria um acompanhamento melhor (E. 03).

Que tivesse um especialista aqui no posto, especialmente para esse problema. Não são muitos casos, mas os poucos que têm, tentaria resolver (E. 09).

Alguns entrevistados demonstraram que, rotineiramente, não se preocupavam com a saúde auditiva da população, mas, devido à entrevista, trabalhar este aspecto despertou-lhes o interesse.

A busca ativa, eu acho que a gente vai ter que contar com os agentes de saúde, e até mesmo nos dias que vêm os hipertensos e diabéticos que é o acolhimento, eu a partir de agora vou fazer essa pesquisa pra quando alguém me abordar eu saber o que vou dizer, porque eu estou falando pra você no escuro... acontece isso quando eu estou verificando a PA do idoso, ele olha pra mim e diz assim: “o que foi que você falou?”, ali eu já acho que ele tem problemas, aí eu pergunto se ele está me escutando bem, se ele não tem problemas, aí ele vai contar a história dele todinha. Mas a partir de hoje os que vierem pra mim eu vou fazer essa pesquisa (E. 05).

Vale destacar que outros entrevistados demonstraram a necessidade de um treinamento com os profissionais da Unidade, para que esse trabalho fosse realizado com a comunidade.

Que a gente recebesse um treinamento pra poder reconhecer se a pessoa tem ou não problema auditivo, aí sim a gente poderia fazer o trabalho (E. 07).

Fazer um treinamento pra ver se a gente detecta alguma coisa, porque a gente não tem o costume de chegar na casa e abordar sobre esse assunto, porque não é rotina nossa, a não ser que alguém, a mãe, o pai ou mesmo a criança comente alguma coisa sobre isso, aí a gente pode encaminhar pro médico... (E. 08).

6.2 Resultados da entrevista do Tipo 02

O quadro 4 apresenta as respostas mais freqüentes, evidenciadas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) durante as entrevistas.

Quadro 4 - Classificação das respostas mais freqüentes evidenciadas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)

* Temas Condutores	Médicos n=4	Enfermeiros n=5	Total n=9
* problemas otológicos			
- otites	3	4	7
- rolha de cera	2	-	2
* treinamento ou orientação sobre audição e deficiência auditiva	-	-	-
- não	2	3	5
- orientações superficiais	2	1	3
- não, mas consideram importante	-	1	1
* indicadores de risco para perda auditiva	-	-	-
- infecções de ouvido	3	3	6
- poluição sonora (barulhos)	3	2	5
* parâmetros para suspeitar de perda auditiva	-	-	-
- através da queixa do paciente	1	3	4
- atrasos no desenvolvimento	2	-	2
- dificuldade para manter uma conversação	1	1	2
* Conhecimento das técnicas de avaliação	-	-	-
- não	3	3	6
* prática da avaliação	-	-	-
- não	2	1	3
- não, falta de tempo	1	-	1
- brinquedos infantis	1	2	3
- conversa	-	1	1

* Idade ideal para avaliar criança	-	-	-
- não sabe	1	5	6
- < 1 ano	-	-	
- 3 anos	2	-	2
* Atitude tomada quando identificam algum tipo de alteração em criança ou adulto	-	-	-
- encaminhar para especialista	4	5	9
* Idade ideal para indicar AASI para uma criança	-	-	-
- não sabe	3	2	5
- encaminhar para outro profissional	-	1	1
* Perda auditiva como problema de saúde na área	-	-	-
- não	2	4	6
- talvez seja	2	-	2
* Aspectos necessários para identificar e tratar pessoas com problemas auditivos	-	-	-
- treinamento, capacitação de profissionais	4	4	8
- sistema de referência (local ou profissionais especializados)	1	3	4
* Temas Condutores	Médicos n=4	Enfermeiros n=5	Total n=9
* Importância da adoção de medidas preventivas	-	-	-
- não	1	2	3
- não, por falta de recursos financeiros	-	1	1
- não, por falta de tempo	-	1	1
- não, mas deveriam existir na unidade	3	1	1
* Conseqüências da perda auditiva	-	-	-
- problemas emocionais; auto estima prejudicada	3		5
- dificuldade no rendimento intelectual	-		2
- preconceito	1	3	3
* Estrutura suficiente para identificar e tratar problemas auditivos	-	-	-
- não apresenta	-	2	2
- apresenta somente para identificar	-	3	3
- apresentaria se existissem outros profissionais especialistas na UBS	3	-	-

Foi perguntado aos profissionais sobre a demanda de pacientes que procuram a Unidade, em razão de problemas otológicos; e a maioria deles mencionou as infecções de ouvido, otites, como problema otológico mais encontrado na população.

Sim. Os mais encontrados realmente são as infecções. Quando o paciente vem, ou ele tá com algum processo infeccioso, alguma otite que é o mais comum ou ele tá com alguma dificuldade auditiva, aí a gente encaminha pra um serviço de otorrinolaringologia ou fonoaudiologia (E. 13).

Infecções de ouvido, vários tipos de otites e até pessoas com perda total da audição, mas é difícil (E. 19).

A rolha de cera também foi um outro problema otológico evidenciado nas entrevistas.

O otológico mais comum seria a rolha de cera, porque o conduto auditivo, ele, como proteção, produz a cera, aí as pessoas colocam o cotonete no ouvido e o cotonete faz é empurrar a cera pra dentro, ele vai empurrando, empurrando até obstruir e se chama rolha, quer dizer você não deve colocar nada no ouvido... (E. 17).

Objetos estranhos no ouvido, rolhas de cera e as infecções também (E. 18).

Pôde-se observar, durante as entrevistas, que, de um modo geral, médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família nunca receberam treinamento ou orientação sobre audição e deficiência auditiva.

Não, nada, aqui a gente não tem. (E.17).

Alguns dos profissionais entrevistados referiram ter recebido informações sobre audição e deficiência auditiva na época da graduação; entretanto, foi percebido, em seus discursos, que foram orientações superficiais.

Não. Só na graduação, na pós-graduação eu não tive nenhum treinamento em relação a isso não (E. 16).

Só na faculdade e foi extremante básico (E. 19).

Não obstante a maioria dos profissionais nunca ter recebido orientações sobre audição e deficiência auditiva, estes manifestaram interesse em receber treinamento nesse sentido para trabalhar com vistas à prevenção.

Não. Eu acho até que seria muito importante, porque, primeiro, nós que fazemos esse acompanhamento com a criança sadia, a gente quer prevenir complicações, então eu acharia interessantíssimo um treinamento voltado pra atenção básica de

saúde, aí a gente faria o que pudesse aqui, caso não conseguisse encaminharia (E. 12).

Vale enfatizar que os indicadores considerados de risco para perda auditiva, citados com maior frequência pelos profissionais, foram: infecções de ouvido, barulhos (poluição sonora).

Conheço alguns. Barulho de carro, som alto. Na UTI neonatal, onde eu trabalho, tem aqueles alarmes de monitor, prejudica às vezes os bebês, banho de imersão, frequentes infecções no ouvido sem tratamento (E. 11).

A questão das infecções, poluição sonora, às vezes a gente tá aqui no bairro, visitando, a gente entra numa casa e tem que pedir pra baixar o som (E. 16).

Ruídos de grande intensidade, as infecções, otites (E. 18).

Por outro lado, foi possível observar que os parâmetros que levam os profissionais a suspeitarem que um determinado paciente possui alguma dificuldade auditiva associam-se à própria queixa que o paciente relata ao profissional.

Sinceramente falando, como eu não tive nenhum treinamento, é mais pela queixa da família mesmo, da mãe (E. 11).

Quando a gente faz o acompanhamento da criança sadia, por exemplo, a gente faz aquele teste comum, ver pra que lado a criança vai quando você faz algum barulho com o chocalho, mas de uma maneira geral é pelas queixas, nos casos das otites (E. 14).

Às vezes a própria mãe chega e diz: – Doutor, a professora relatou lá no colégio que meu filho tá com problema auditivo –. Realmente nós não temos aqui na unidade equipamentos, a gente não tem como avaliar. É muito subjetiva a questão (E. 16).

Por sua vez, alguns profissionais referiram utilizar como parâmetro para suspeitar de perda auditiva atrasos no desenvolvimento e crescimento do paciente.

[...] um mau aprendizado na escola pode ser porque ele não está ouvindo bem, a criança quando assiste à televisão perto demais, isso é o que eu sei do dia-a-dia (E.17).

Na criança, através do desenvolvimento e crescimento, se ele tiver algum atraso nesse sentido, a gente pode suspeitar que pode ser algum problema na audição, na linguagem da criança (E. 18).

Dificuldades relacionadas a manter uma conversação, também, foram citadas como possíveis parâmetros de suspeita de perda auditiva.

É mais na conversação, quando a pessoa não entende o que você diz, não escuta bem, mas a gente observa isso mais em idosos essa diminuição da qualidade auditiva (E. 19).

Todos os profissionais entrevistados mencionaram desconhecer as técnicas de avaliação da audição na infância.

Não (E. 12).

Em relação à avaliação auditiva nos pacientes, a maioria dos médicos e enfermeiros afirmou não praticar, sendo que, em alguns casos, por falta de tempo.

Normalmente não, porque a sobrecarga de consultas é muito grande, então a gente não pode se deter muito, a gente tem que ser bem objetivo e rápido porque senão não consegue atender todos (E. 17).

Uma pequena parcela dos profissionais avalia através da utilização de “brinquedos barulhentos”, esperando como resposta positiva do paciente a localização da fonte sonora.

A gente faz alguns testes que são estimulações sonoras, a gente coloca tanto na frente como atrás, nas laterais, pra que a criança perceba o som e procure, de alguma forma, seguir esse som, a partir do momento que ela segue, a gente supõe que a criança tem uma audição perfeita pra sua idade, podendo, claro, futuramente, adquirir um processo de deficiência auditiva, mas naquela avaliação de teste a gente pode pensar dessa forma (E. 13).

Através de som, de estimulação de sons. A gente tem alguns instrumentos, brinquedos (E.14).

Convém afirmar que alguns profissionais utilizam a conversa durante as consultas como técnica de avaliação.

Eu procuro sempre nas minhas consultas de puericultura fazer a avaliação, claro, com crianças, com adultos, a gente fica na conversa, perguntamos se eles têm alguma dificuldade auditiva, no diálogo que a gente tiver com o paciente, ou ele se queixando que está diminuindo a audição, tá tendo alguma dor de cabeça (E. 13).

A idade considerada ideal, pelos profissionais, para avaliar auditivamente uma criança, sofreu algumas variações. Alguns mencionaram que a idade ideal seria < 1 ano, outros somente a partir dos 3 anos.

Eu acredito que a partir do primeiro mês de vida (E.12).

A partir dos 4, 5, 6 meses já dá pra avaliar, quando você chama a criança e ela não responde. Eu já peguei até um caso de uma criança desse tipo, encaminhei pro Serviço de Otologia do Albert Sabin e constataram realmente que ela estava com problema de audição (E.13).

Acho que uns três anos (E. 19).

Destacou-se a frequência de respostas que demonstrou que o encaminhamento para um profissional especialista da audição é a atitude tomada por médicos e enfermeiros, quando identificam crianças ou adultos com algum tipo de alteração auditiva.

Ou eu encaminharia pra um médico da equipe, ou o consultaria e encaminharia pra algum especialista (E. 11).

Normalmente, quando a gente constata, a gente encaminha pro otorrino ou fonoaudiologista (E. 17).

Encaminharia pra um especialista (E. 19).

Foi observado também que a maioria dos médicos e enfermeiros entrevistados asseverou não saber informar a idade ideal para indicar Aparelho de Amplificação Sonora Individual para uma criança, mas procuram encaminhá-la para um profissional especialista.

Olha, eu vou ser sincera, eu não saberia responder isso aí (E. 12).

Não sei, porque eu encaminho pro médico, porque ele já faz uma avaliação mais completa (E. 15).

Durante a investigação do tema, perda auditiva como problema de saúde na área, pôde-se notar que os profissionais esperam, na maioria das vezes, os casos de doença chegarem até o consultório, através da queixa do paciente, para o considerarem como “problema de saúde”. Mas afirmam também que se fossem realizar uma busca ativa na

comunidade, sobre saúde auditiva, talvez evidenciassem que a perda auditiva seria um problema na área; contudo, como não costumam ter esse tipo de procedimento, em sua rotina de trabalho, possivelmente muitos casos de perda auditiva ficam omissos.

Não. Não sei, talvez se a gente for fazer uma busca a gente encontra mais, mas a procura é como eu já disse. É até bom você está fazendo este trabalho aqui com a gente, está até nos alertando um pouco mais, porque realmente já tem tanta coisa que a gente faz, mas é como dizem, a responsabilidade das famílias é nossa, então a gente tem ver realmente tudo o que é problemático (E. 16).

Que eu tenha percebido não, pode até ser que haja, mas eu não percebi. Eu nunca me deparei com a perda de audição aqui no consultório (E. 18).

Na opinião dos médicos e enfermeiros, treinamentos para capacitação dos profissionais do Programa de Saúde da Família seriam a atitude necessária para identificar e tratar pessoas com problemas auditivos.

Um treinamento. Testes rápidos que a gente pudesse fazer com as mães. Já adiantaria alguma coisa pra mãe ficar atenta, às vezes a mãe tem tanto filho (E. 11).

Primeiro fazer um treinamento com esses profissionais que trabalham aqui; médicos e enfermeiros têm que fazer um treinamento, porque realmente eu não sei nem se alguém aqui sabe sobre isso. Nessa parte de audição faz um bom tempo que eu não tomo consciência disso. Então o ideal seria um treinamento com esses profissionais que trabalham aqui (E. 16).

Um treinamento dos profissionais (E. 17).

Foi percebido, também, durante a investigação desse tema condutor, que os profissionais expressam a necessidade de um outro local ou profissional especializado para que eles pudessem referenciar os pacientes da Unidade que precisam tratar problemas auditivos.

Identificar a gente poderia fazer, claro que com ajuda de outros membros da equipe como os agentes de saúde, os auxiliares de enfermagem, identificar dentro da comunidade pacientes com queixas auditivas, a partir daí fazer uma referência formal desses pacientes pra um setor que disponibilizasse esse serviço, fazendo com que realmente fosse diagnosticado ou descartada a questão da deficiência auditiva. E se realmente fosse identificado pudesse também ter alguma referência formal e buscar meios pra solucionar definitivamente ou provisoriamente um tratamento fonoaudiológico ou mesmo a questão do aparelho auditivo (E.13).

[...] ter um fluxo de encaminhamento pros casos que a gente não pode resolver (E. 14).

Em vários depoimentos destas entrevistas, foi observado que os profissionais possuem a consciência de que o Programa de Saúde da Família é um modelo assistencial, que prioriza a saúde em todos os aspectos. No entanto, segundo eles, muitas vezes, devido à falta de tempo, por falta de recursos financeiros e apoio do sistema, os profissionais não conseguem adotar medidas de caráter preventivo em relação a todos os problemas de saúde; incluindo, aí, os auditivos, que, segundo os profissionais da Unidade, não seriam os problemas de maior prioridade, fazendo com que medidas de caráter preventivo em relação à audição não sejam adotadas.

O Programa Saúde da Família é prevenção, então qualquer programa, qualquer tipo de ação pra promover saúde, pra prevenir problemas futuros é importante. A gente sabe que existem as deficiências no nosso sistema, a gente sabe que existem profissionais qualificados pra isso, mas que muitas vezes não têm o estímulo necessário, não têm as condições necessárias pra fazer uma prevenção, uma promoção bem feita como a gente queria. Seria interessante realmente se a gente pudesse ter condições melhores para fazer esse tipo de identificação (E. 13).

Não, porque em relação a outras coisas isso não seria o principal ainda não. Eu vejo mais a questão do idoso pela questão da comunicação, mas da população de modo geral não, agora que é interessante a gente já trabalhar isso preventivamente pra que o idoso não chegue a ter. Mas é tanta coisa pra gente trabalhar preventivamente, é tanto fogo que a gente vive apagando, que a gente não tem tempo pra fazer isso, às vezes até tem, mas deixa passar pra atender outras prioridades (E. 15).

Os profissionais demonstraram em seus depoimentos a importância de se trabalhar a saúde auditiva em caráter preventivo, visto que o Programa de Saúde da Família é um programa que visa a prevenção.

Seria necessário, porque basicamente o PSF é um programa preventivo e não corretivo, seria importante (E. 17).

Com certeza. Assim como as várias outras doenças, essa também é importante, quanto antes você fizer um diagnóstico precoce ou até você fazer atividades educativas de prevenção, você evita que as pessoas venham a ter algum distúrbio auditivo (E. 19).

De um modo geral, todos os profissionais entrevistados afirmaram que as conseqüências que a perda auditiva ocasiona na vida de um indivíduo são muito prejudiciais. Dentre os vários prejuízos citados, os mais evidenciados, pelos profissionais, foram: dificuldades no relacionamento social com outras pessoas, baixa auto-estima, dificuldades no rendimento intelectual, falta de compreensão e preconceito de outras pessoas.

Limitação, preconceito, dificuldade de relacionamento e falta de compreensão por parte das pessoas que vão empregar, o desemprego aí é que aumenta porque acham que a pessoa não é capacitada (E. 11).

Acho que isolamento social, tristeza, se não forem trabalhadas aquelas limitações vão trazer vários problemas pra vida dela (E. 14).

Acredito que uma série de conseqüências, muitas limitações no seu dia-a-dia, na sua vida pessoal e no trabalho, também, isolamento, preconceito, dificuldade pra vencer determinados obstáculos (E. 18).

Na concepção dos profissionais entrevistados, a Unidade apresenta estrutura somente para identificar pessoas com problemas auditivos, mas não para realizar o tratamento e acompanhamento. Eles afirmaram que a demanda de pessoas que procuram atendimento na Unidade é bem maior do que eles podem oferecer.

Tratar eu não sei, porque é uma demanda enorme, mas identificar, dá sim (E. 11).

Identificar eu acredito que sim, porque a gente conversa com o paciente, dá pra perceber. A gente não tem aquela conduta de atender o paciente e mandar ele ir embora, então existe aquela conversa, aquela investigação, aquele olhar. Agora pra tratar é que a unidade não tem estrutura. Pra diagnosticar sim, mas tratar não (E. 15).

Não, devido a grande demanda. A gente não tem disponibilidade de tempo, a gente faz uma consulta relativamente rápida porque a demanda é grande (E. 17).

Pôde-se observar, ainda, que alguns profissionais consideraram que a Unidade só possuiria condição de identificar e tratar pessoas com problemas auditivos se outras áreas da saúde ou profissionais pudessem atuar na Unidade Básica de Saúde.

Acho que há estrutura sim, porque, certamente como em todas as profissões, a fonoaudiologia deve ter alguma coisa que possa atuar no nível básico. A unidade básica de saúde tem um leque muito grande com todas as áreas e vários profissionais podem atuar aqui, aqui é a porta de entrada, então eu diria que aqui acontecem as primeiras coisas pra prevenir as complicações, porque o pior é quando o paciente já chega com um caso avançado e vai ser mais difícil de reverter (E. 12).

[...] mas pra gente fazer um trabalho como esse, mais um, nós precisamos de parcerias com universidades, com instituições que possam fornecer alguns exames de audiometria, que tivesse um fonoaudiólogo como referência, algum otorrino como referência pra gente encaminhar e principalmente alguém que passe na comunidade e que possa identificar esses problemas, identificar alguém que esteja passando por alguma deficiência auditiva e ser encaminhado pro médico (E. 13).

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Enfermidades otológicas são responsáveis por alterações no desenvolvimento cognitivo, social, intelectual e da linguagem, além das repercussões familiares decorrentes dos cuidados e gastos durante o período da doença. São freqüentes na prática clínica, e fazem parte da consulta diária de todo médico que examina crianças (SAFFER, 1999).

Em relação aos problemas otológicos mais encontrados na prática clínica dos médicos e enfermeiros da UBASF, pôde-se observar que as otites e rolhas de cera foram as enfermidades otológicas mais citadas. Deste modo, vale assinalar que enfermidades otológicas, como as citadas anteriormente, podem provocar perda auditiva de grau leve a moderado (JERGER; JERGER, 1989).

Convém ressaltar, aqui, o quanto é importante que os profissionais da UBASF tenham conhecimento não só dos prejuízos orgânicos que os problemas otológicos trazem, mas também dos prejuízos cognitivos em decorrência da privação sensorial, déficit auditivo, que eles oferecem.

Em estudo realizado com 984 crianças na faixa escolar, 63 não passaram na triagem auditiva (6,4%). Destas, 52 foram submetidas à avaliação audiológica, sendo que 38 apresentaram problemas auditivos. Do total de ouvidos avaliados ($38 \times 2 = 76$), 61 apresentaram os seguintes problemas auditivos: otite média serosa (32,8%); disfunção tubária (21,3%); perda auditiva sensorineural (9,8%); perda auditiva mista (4,9%); perda

auditiva condutiva (3,3%); perda auditiva condutiva e otite média serosa (14,7%); perda auditiva condutiva e disfunção tubária (6,5%); perda auditiva mista e otite média serosa (3,3%) e perda auditiva sensorineural e otite média serosa (3,3%) (COSTA *et al.*, 1986).

As afecções do ouvido são extremamente comuns na criança. A otite média aguda é o problema otorrinolaringológico mais comum da infância e uma das razões mais freqüentes de visita aos consultórios médicos. No primeiro ano de vida, atinge índices entre 30% e 60%, sendo responsável por 1/3 dos atendimentos pediátricos em nível ambulatorial. Estimam-se que 2/3 das crianças apresentam pelo menos um episódio de otite média aguda até os dois anos de idade, e aproximadamente ¼ delas apresentam pelo menos três episódios (BRICKS; SIH, 1999; KÓS; SOARES, 1999).

Esse estudo vem comprovar o que foi dito pelos profissionais do PSF sobre o fato das otites serem os problemas otológicos mais freqüentemente encontrados na prática clínica na unidade. Pôde-se perceber que os profissionais diante de pacientes com esse quadro clínico adotam corretamente como conduta, o tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico, quando necessário, mas consideramos essas condutas incompletas, posto que não se observaram em seus discursos a preocupação com a audição de seus pacientes, devido a esse problema, nem prática de encaminhamentos para avaliações auditivas, que seriam procedimentos completos.

Pode-se afirmar que as otites freqüentemente acarretam no indivíduo perdas auditivas, que podem ser muitas vezes reversíveis quando diagnosticadas e tratadas precocemente, evitando seqüelas, tais como: atraso no desenvolvimento lingüístico e intelectual, devido a essa privação sensorial. Em razão desse fato, é importante que os

profissionais da saúde não só percebem que problemas otológicos provocam danos à saúde auditiva como também encaminhem seus pacientes para avaliação auditiva.

Entre os problemas otológicos mais comuns, podem ser citados: más-formações congênitas, com uma incidência de 1 para 10.000 ou 20.000 indivíduos e os processos inflamatórios de natureza infecciosa (SANTOS, 1999).

Rolhas de cera são problemas otológicos também bastante encontrados nos consultórios médicos e se formam principalmente devido à presença de cerúmen em excesso e o uso de hastes alongadas, como, por exemplo, cotonete, empurrando o cerúmen para a profundidade do conduto auditivo externo, fora do local de fácil remoção, formando as rolhas de cera, além de provocar os acidentes traumáticos já conhecidos por sua utilização e, por esse motivo, deve ser desencorajado seu uso por todos os profissionais. Presença de cerúmen é normal e desejável, sendo um sinal de pele saudável, normalmente localiza-se no terço externo e pode ser removido de forma fácil com um instrumento apropriado (SAFFER, 1999).

Os profissionais do PSF demonstraram ter consciência e vivência clínica com casos dessa natureza, sabem dos danos que elas trazem à saúde do indivíduo e adotam como conduta a remoção da cera e orientações ao paciente sobre como evitar o seu aparecimento. Algumas das orientações dadas por eles foram: não introduzir objetos pontiagudos nos ouvidos, para limpá-los, e procurar um médico em caso de acúmulo de cera.

Durante as entrevistas, pôde ser observado que a maioria dos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) afirmaram nunca ter recebido treinamento ou informação sobre audição e deficiência

auditiva; e os que afirmaram ter recebido foram através de orientações superficiais, mas, ainda assim, percebeu-se que uma grande parcela deles revelou interesse em receber treinamento sobre o assunto.

Segundo Zepellini, Bonnafé e Pfeifer (1994), mostra-se evidente o despreparo de grande parte dos profissionais da saúde em detectar distúrbios da audição ou outros aspectos quaisquer e adotar procedimentos corretos para posterior tratamento. Em virtude disso, o referido autor realizou um trabalho de conscientização com profissionais que trabalham com crianças, mostrando a importância de informar aos profissionais, através de treinamentos sobre os problemas referentes à audição, adoção de procedimentos, quando há suspeita de distúrbios auditivos e detecção precoce. Spinelli (1983) já abordava esse tema afirmando: “profissionais da saúde devem receber treinamento intensivo e rápido para detectar falhas auditivas e de desenvolvimento da linguagem”.

Durante o presente estudo, também foi evidenciada a falta de conhecimento dos profissionais do PSF sobre saúde auditiva e, conseqüentemente, a grande dificuldade de os mesmos identificarem possíveis indivíduos com distúrbios auditivos. Sabe-se que nos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem existem disciplinas que abordam a questão da saúde auditiva, mas, em contrapartida, durante as entrevistas, a maioria dos profissionais expressou a escassa ou mesmo a falta de orientação e treinamento quanto ao assunto, levando à reflexão acerca da real importância do assunto para eles. Deste modo, pôde-se concluir que há grande interesse, em primeiro lugar, por um trabalho de sensibilização com esses profissionais sobre o assunto, levando-os a aceitar a saúde auditiva como uma medida de grande relevância.

Convém salientar que essa falta de conhecimento dos profissionais do PSF da UBASF César Cals, sobre saúde auditiva, provavelmente não deve ser um problema isolado da Unidade, visto que estudos como o de Zepellini, Bonnafé e Pfeifer (1994) evidenciaram também o despreparo de um grande número de profissionais de saúde em detectar distúrbios da audição.

O principal objetivo de treinamentos e orientações é a conscientização dos profissionais sobre a importância de que sejam criadas medidas de atenção primária à saúde auditiva e propiciar condições para que elas possam ser colocadas em prática, objetivando assim a prevenção da deficiência auditiva, para que ela não venha a ocorrer, e, caso ocorra, que sejam adotados os procedimentos de atenção secundária à saúde, o mais precocemente possível, para que a detecção seja feita o quanto antes, seguida, assim, do tratamento.

O objetivo do PSF é a atenção primária à saúde, porta de entrada do sistema de saúde. Em face disso, entende-se que os profissionais que trabalham nesse nível devam proteger a saúde em âmbito geral, incluindo aí a saúde auditiva; como também devam ser capazes de, pelo menos, identificar possíveis problemas auditivos em seus pacientes, para que possam encaminhá-los a um sistema de referência, caso não consigam resolvê-los. Mas também existe a convicção de que, para isso acontecer, esses profissionais devem ter consciência da importância de que sejam adotadas condutas em saúde auditiva, bem como receberem orientações e treinamentos sobre a questão.

Em vários depoimentos dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde entrevistados, foi observada a falta de informação sobre a etiologia da perda auditiva. O ruído e as doenças infecciosas foram apontados como possíveis causadores da

perda auditiva em algumas entrevistas, já os indicadores de risco mencionados com maior frequência por médicos e enfermeiros foram as infecções e a poluição sonora.

Ao fazer-se uma comparação com os indicadores de risco observados na literatura e os encontrados nos discursos, nota-se a grande falta de informação dos profissionais sobre a etiologia da perda auditiva. Em seus discursos, pôde ser observado que, as doenças infecciosas, foram as etiologias mais evidenciadas pelos profissionais.

Entende-se que o conhecimento da etiologia e dos indicadores de risco para perda auditiva seja de fundamental importância para os profissionais do PSF. Tendo em vista que estes profissionais terão a responsabilidade de proteger a saúde e identificar primariamente possíveis problemas auditivos na população, faz-se necessário que saibam as causas do problema e tenham condições de perceber indivíduos propensos a adquirir a patologia.

Segundo Joint Committee on Infant Hearing (1994), os indicadores de risco para perda auditiva são: antecedentes familiares de perda auditiva, infecções congênitas (rubéola, sífilis, citomegalovírus, herpes e toxoplasmose), má-formações craniofaciais, peso de nascimento inferior a 1500 gramas, hiperbilirrubinemia, medicação ototóxica, meningite bacteriana, ventilação mecânica por mais de 5 dias, síndromes, otites.

Acerca do tema em discussão, no Ambulatório de Otorrinolaringologia da Escola Paulista de Medicina, foram estudadas 200 crianças e adolescentes portadores de deficiência auditiva, objetivando caracterizar essa população quanto aos fatores de risco para deficiência auditiva. Os fatores de risco mais evidenciados no estudo foram: consanguinidade (11%); antecedentes familiares de deficiência auditiva (11%); intercorrências da gestação (rubéola materna, ameaça de aborto, hipertensão arterial,

suspeita de rubéola materna e outros) representaram 36,5% da amostra estudada, exposição à irradiação (2,5%); uso de drogas na gestação (12%). A análise dos resultados mostra que 9,5% destas crianças nasceram de gestação pré-termo; 12% dos indivíduos estudados apresentavam más-formações de cabeça e pescoço (NÓBREGA *et al.*, 1998).

Em estudos realizados no Centro de Referência em Audiologia, em Fortaleza-CE, com 448 crianças de zero a 14 anos, foram evidenciados como prováveis fatores: causas pré-natais para perda auditiva a hereditariedade (22%); seguida pela rubéola congênita (13,9%); uso de medicamentos (3,3%); consangüinidade (2,5%); más-formações (1,8%); sífilis (1,1%); toxoplasmose (0,4%) e demais síndromes (0,7%). Para as causas perinatais, as complicações no parto representam (17,5%); seguidas por hemorragias (1,8%). Para as causas pós-natais, os problemas condutivos (geralmente provocados por doenças infecciosas) estiveram presentes em (18,9%), seguidos pela caxumba (9,6%); meningite e sarampo (7,5%) (SAMPAIO, 2001).

Em relação aos parâmetros que levam os médicos e enfermeiros a suspeita de perda auditiva em seus pacientes, os mais encontrados foram: queixa que o paciente relata ao profissional, atrasos no desenvolvimento e crescimento do paciente e dificuldades relacionadas a manter uma conversação durante as consultas ou visita domiciliares.

Em estudo realizado por Tschiedel, Bandin e Bevilacqua (1980), as circunstâncias que levam os pediatras a suspeitar que seus pacientes possuem alguma dificuldade auditiva são: quando houver história clínica, (fatores como antibióticos, história familiar, otites de repetição, infecção congênita, suspeita de hipoacusia, fator de risco, prematuridade, exposição a ruído); queixa familiar ou distúrbio de fala.

Ao contrário do estudo realizado por Tschiedel, Bandin e Bevilacqua (1980), os médicos e enfermeiros entrevistados não utilizam como parâmetro de suspeita a história clínica do paciente e isso se torna preocupante, quando se sabe que muitos dos indicadores de risco para perda auditiva relacionam-se com ela, levando assim a pensar-se que muitas alterações auditivas podem estar passando despercebidas pelos profissionais.

Carbone *et al.* (1995) relataram que usuários de UBS citaram como primeiro sinal de deficiência auditiva a não reação para o som, sendo sinal de audição normal a reação ao som. Esses sinais também foram citados por Pagnossim e Oliveira (1998), em estudo realizado com pais de diferentes classes sociais. Estes estudiosos buscaram conhecer informações que os indivíduos pesquisados apresentavam sobre os sinais indicativos de audição normal, encontrando parâmetros como: reagir a sons, resposta ao chamamento, avaliação audiológica normal e cumprir ordens como parâmetro para garantir que um indivíduo tenha audição normal.

Piatto (1999) também apontou alguns sinais e/ou sintomas que não evidenciam a compreensão dos sons como: hábito de assistir televisão de perto e com volume muito elevado; comportamento agitado e/ou “desobediente” (“ele não me ouve”, “não me entende”). Dificuldades em entender conversas telefônicas, distúrbios de fala e/ou aprendizagem podem servir de parâmetros para suspeita de perda auditiva, porém os profissionais não os citaram nas entrevistas, evidenciando a falta de conhecimento sobre o assunto.

Podem ser observados, nos vários estudos colhidos na literatura, que vários dos parâmetros de suspeita de perda auditiva relacionam-se às características comportamentais do paciente no seu cotidiano, hábitos auditivos e sua história clínica como também que os

profissionais do PSF não costumam, em suas práticas diárias, pesquisar sobre esses parâmetros. Neste sentido, um fato observado em seus discursos é que eles esperam que o paciente traga até o consultório a queixa relacionada à audição. Cabe aqui ressaltar que é importante que os profissionais de saúde conheçam os sinais de audição normal, causas da deficiência auditiva e alterações no desenvolvimento, decorrentes da deficiência auditiva, utilizando esses conhecimentos como parâmetros para que possam suspeitar e identificar possíveis alterações auditivas em seus pacientes.

Em razão disso, foi sugerido um protocolo de triagem auditiva, baseado em protocolos propostos por Russo e Santos (1994), Schochat (1996); Ceará (1997) e Tavares (2000) que possuem o propósito de caracterizar a saúde auditiva, assemelhando-se assim com o objetivo deste estudo. Esse protocolo é direcionado aos profissionais do PSF, incentivando à caracterização da saúde auditiva da população, através de um método de aplicação rápida, simples e objetiva que possa abranger todos esses parâmetros citados anteriormente (Apêndice C).

Sob este aspecto, todas as categorias profissionais entrevistadas revelaram não ter conhecimento das técnicas de avaliação auditiva e não as realizam na população da área por desconhecimento dos métodos ou avaliam através de técnicas consideradas grosseiras. Médicos e enfermeiros referiram que o procedimento adotado por eles, quando identificam perda auditiva em um paciente, é o encaminhamento para profissionais especialistas e que a idade ideal para encaminhar uma criança para uma avaliação auditiva seria < 1 ano; outros consideraram somente a partir dos 3 anos. Um outro dado observado foi a falta de informação por parte de todos os médicos e enfermeiros do PSF sobre a idade ideal para indicar um AASI para uma criança.

Estudo realizado em São Paulo, objetivando avaliar o nível de conhecimento de pediatras sobre audição, evidenciou que, dos 14 pediatras entrevistados, 85,7% responderam que costumavam avaliar a audição de seus pacientes; 71,4% afirmaram ter conhecimento sobre técnicas de avaliação; sendo que 35,7% citaram técnicas grosseiras, tais como chamar pelo nome, bater palmas, utilizar chocalhos, entre outras (TSCHIEDEL; BANDIN; BEVILACQUA, 1980).

Essa pesquisa citada anteriormente revela que os pediatras entrevistados de São Paulo possuem um maior interesse em avaliar seus pacientes que os profissionais entrevistados do PSF, mesmo que essa avaliação seja efetuada por 35,7% dos pediatras através de avaliações grosseiras.

Conforme Joint Committe on Infant Hearing (1994), existem várias técnicas de avaliação na infância, algumas subjetivas (que dependem da resposta direta da criança), outras objetivas (que não dependem da resposta direta da criança). Dentre as objetivas, podem ser citadas: potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PAETE), imitanciometria e o exame Emissões otoacústicas (EOA).

Entre as técnicas subjetivas, podem ser citadas: avaliação clínica do comportamento, audiometria com reforço visual e audiometria lúdica (FERRARI; BEVILACQUA, 1998).

De acordo com o Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (1999), existem técnicas de avaliação da audição desde o nascimento; e recomenda que todas as crianças devem ser testadas ao nascimento ou no máximo até 3 meses de idade. Em caso de deficiência auditiva confirmada, receber intervenção educacional até 6 meses. A atitude que deve ser tomada por parte do profissional que identifica uma perda auditiva, seja em uma

criança ou em adulto, é o encaminhamento do caso para serviços de diagnóstico e intervenção precoce.

No presente estudo, pôde-se perceber que os profissionais não têm conhecimento dessa informação, visto que a grande maioria não soube indicar a idade ideal para realizar encaminhamentos para avaliação auditiva, nem os procedimentos necessários quando recebem a confirmação da perda auditiva em uma criança, ficando sua conduta restrita apenas ao encaminhamento a um especialista.

Na concepção de Piatto (1999), na suspeita de deficiência auditiva, os indivíduos devem ser encaminhados para completa avaliação em centros especializados, em qualquer faixa etária, inclusive no primeiro dia de vida.

Há, no Brasil, até mesmo no Estado do Ceará, centros de referência que realizam essas avaliações gratuitamente à população, como o NAMI (Núcleo de Assistência Médica Integrado), localizado na zona Norte de Fortaleza.

Sampaio (2001), através do estudo de perdas auditivas com 448 crianças de zero a 14 anos de idade, atendidas em um serviço de referência em Audiologia na cidade de Fortaleza-CE, verificou que somente 1,3% da amostra foram avaliadas no primeiro ano de vida e, em alguns casos, verificou que o primeiro diagnóstico da surdez ocorreu aos 14 anos de idade.

Muitas vezes, mesmo adotando medidas preventivas em relação à saúde auditiva, surgem casos de perda auditiva irreversíveis, devendo-se aí começar o processo de habilitação ou reabilitação aural, que se inicia através de uma avaliação para indicação de uma prótese auditiva.

Entre as estratégias que podem ser oferecidas ao deficiente auditivo estão: adaptação de aparelho de amplificação, apoio e informação aos familiares a respeito da perda auditiva e das diferentes alternativas educacionais existentes.

Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) são essenciais para o processo de reabilitação do indivíduo portador da deficiência auditiva. Por meio deste recurso, o indivíduo portador de deficiência auditiva entrará em contato com o mundo sonoro, mesmo que as qualidades acústicas que o AASI fornece sejam diferenciadas das oferecidas pelo ouvido humano.

O momento em que a criança deverá iniciar o uso do aparelho auditivo e realizar terapia fonoaudiológica acontecerá logo após diagnóstico feito até no máximo aos 6 meses de idade (DOWS; STERRITT, 1967).

Segundo Bevilacqua e Formigoni (1998), imediatamente após o diagnóstico da deficiência auditiva, deve haver indicação do AASI para a criança bem como o início do trabalho de adaptação ao aparelho.

Qualquer criança que apresente uma perda de audição periférica, bilateral, significativa e permanente deve ser considerada candidata ao uso de amplificação. Deve fazer uso do aparelho de amplificação sonora, o mais precocemente possível, tão logo o diagnóstico da deficiência auditiva tenha sido efetuado, evitando os efeitos da privação sensorial sobre o desenvolvimento da linguagem (ALMEIDA, 1999). Essa afirmação também aparece no estudo escrito por Campos, Russo e Almeida (2003), quando afirmam que crianças devem ser adaptadas com uma prótese auditiva, o mais precocemente possível, tão logo o diagnóstico da deficiência auditiva tenha sido confirmado, evitando os efeitos da privação sensorial sobre o desenvolvimento global e de linguagem.

A deficiência auditiva não detectada precocemente e, posteriormente, a falta de estimulação adequada, por meio de AASI, terapia fonoaudiológica e educação especial, traz conseqüências severas ao indivíduo, como, por exemplo, atrasos na aquisição e desenvolvimento lingüístico, intelectual e emocional, além de dificuldades na integração social.

Torna-se fato preocupante ter-se identificado que os profissionais desconhecem os métodos de avaliação auditiva e a idade ideal para encaminhar uma criança para uma avaliação e indicação de AASI, quando se sabe que existem métodos para avaliar crianças desde o primeiro dia de vida; e que a indicação do AASI deve ser feita logo após o diagnóstico.

Pôde ser percebido, ao longo do discurso dos profissionais, que a atitude tomada por eles, freqüentemente, diante de suspeita de perda auditiva, é o encaminhamento. Deste modo, diante do que se objetiva para este estudo, pode-se opinar que este é um procedimento correto, mas que deve ser realizado precocemente. Por conseguinte, dentro das observações feitas, ficou constatado que a idade ideal considerada por eles para essa identificação e intervenção é tardia; logo, torna-se alarmante pensar que a privação sensorial da audição traz inúmeros prejuízos ao indivíduo principalmente se a detecção é adiada.

Reforça-se, aqui, mais uma vez, a necessidade de orientações e treinamentos aos profissionais do PSF, para que essas informações possam ser oferecidas à equipe, contribuindo, assim, para melhorar a saúde auditiva da população.

Pôde ser percebida a insegurança dos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) em informar se a perda auditiva é considerada um problema de saúde na área.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 42 milhões de pessoas, com idade acima de 3 anos, são portadoras de algum grau de perda auditiva. Estima-se que esse número deveria chegar aos 57 milhões até o ano 2000, abrangendo cerca de 10,0% da população mundial. No Brasil, não há dados, em nível populacional, sobre a importância da perda auditiva, mas apenas alguns estudos concentrados em populações específicas. A estimativa é de que 1,5% da população brasileira sejam portadores de algum grau de perda auditiva, ficando em terceiro lugar entre todas as deficiências, abaixo apenas das deficiências neurológicas (5,0%) e motoras (2,0%) (OMS, 1993).

Foi observado, ainda, que os profissionais da unidade não têm conhecimento desses dados e pode-se notar, em algumas falas, que o problema existe na comunidade, mas que não costuma ser abordado em suas práticas diárias, desvirtuando assim o objetivo do PSF que é a atenção à saúde em âmbito geral.

Na opinião de Goldbaum (1996), o planejamento e as ações preventivas são feitos pela caracterização da população usuária dos serviços coletivos, através de estudos epidemiológicos, para que, de fato, possam ser efetivados trabalhos eficazes em saúde pública sobre o problema.

É sabido que, para que se possa caracterizar a saúde de uma determinada comunidade, é necessário que primeiramente se realizem estudos de caráter epidemiológico na área em que a população vive.

Na área atendida pelo PSF da UBASF César Cals, inexistem estudos epidemiológicos sobre saúde auditiva da população e, além disso, acredita-se também que a falta de informação, orientação, treinamento e interesse sobre saúde auditiva, conforme já foi discutido anteriormente, contribui dificultando ainda mais no reconhecimento e posicionamento por parte dos profissionais acerca da perda auditiva como problema de saúde na comunidade.

Estudos epidemiológicos, na área de atuação do PSF da UBASF César Cals, e um maior interesse desses profissionais em abordar a atenção primária à saúde, se fazem necessários para que, de fato, se possam conhecer as condições de saúde desta população.

Na opinião de todos os profissionais entrevistados, treinamentos para capacitação, presença de profissionais especializados e um maior número de profissionais trabalhando na UBASF, porque a demanda é bem maior do que a que eles podem oferecer, seriam também procedimentos necessários para que a Unidade pudesse identificar e tratar pessoas com problemas auditivos como também melhorar a saúde auditiva da população.

Para identificação da deficiência auditiva, faz-se necessária a detecção precoce, proporcionando à população uma melhor saúde auditiva e conseqüente aumento na qualidade de vida. Espera-se, também, que, posteriormente, possa ser oferecido um atendimento adequado à pessoa portadora desta patologia (ZPELLINI; BONNAFÉ; PFEIFER, 1994).

Triagens auditivas são métodos rápidos e simples que podem ser utilizados para que a deficiência auditiva seja detectada o mais cedo possível (NORTHEN; DOWNS, 1986).

Para Spinelli (1993), os profissionais da saúde devem receber treinamento intensivo e rápido para detectar falhas auditivas e de desenvolvimento da linguagem, adotando procedimentos corretos para posterior tratamento.

O treinamento para identificação e tratamento dos problemas auditivos deve objetivar os seguintes aspectos: sensibilização e conscientização dos profissionais e população, quanto aos problemas referentes à audição e outros decorrentes desses; adoção de medidas preventivas quando há suspeita ou riscos de distúrbios auditivos; detecção precoce de distúrbios auditivos como também buscar recursos educacionais e clínicos, bem como estimular a sua criação quando há suspeita ou risco desses distúrbios (ZEPPELLINI *et al.*, 1994).

Para que essa detecção fosse efetivada, seria interessante a adoção de medidas como triagens auditivas, que são procedimentos simples, de baixo custo, eficazes e extremamente viáveis, na rotina de trabalho dos profissionais do PSF, necessitando da sensibilização, interesse e treinamentos da equipe que iria aplicá-las.

Torna-se importante salientar que a triagem auditiva não é um procedimento diagnóstico, ela somente objetiva a identificação daqueles que são suspeitos de possuir algum distúrbio, sendo necessários procedimentos diagnósticos mais elaborados para diagnóstico.

Um outro aspecto fundamental que deve ser considerado para que a identificação e o tratamento dos distúrbios auditivos sejam efetivados, inclusive já tendo sido discutido anteriormente, é a questão do treinamento sobre saúde auditiva para os profissionais da UBASF; pois, durante a presente investigação, pôde-se perceber que eles

conhecem muito pouco sobre o assunto, não adotando medidas sobre saúde auditiva em suas práticas diárias.

A necessidade, por parte dos profissionais do PSF, de um maior número de especialistas na unidade para que de fato houvesse a identificação e tratamento de pessoas com problemas auditivos, também deve ser analisada e viabilizada.

Segundo recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), a equipe ou Unidade de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mas outros profissionais podem ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que possua criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

Pôde-se observar que muitos profissionais (médicos e enfermeiros) revelaram a importância de adotar medidas de caráter preventivo em relação aos problemas auditivos, visto que o Programa de Saúde da Família é um programa que visa a prevenção; alguns revelaram que não a realizam devido à falta de tempo, recursos financeiros e apoio do sistema.

Sob a perspectiva dada pela conceituação da OMS, “saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de moléstia ou enfermidade (LEAVELL; CLARK, 1976). Abrem-se espaços para que novas propostas que visem medidas de caráter preventivo sejam integradas às equipes dos serviços de saúde, visando uma assistência integral à coletividade.

Na Escola Paulista de Medicina, vêm sendo desenvolvidas, nos últimos anos, medidas de caráter preventivo em relação a problemas auditivos, através de programas de prevenção e identificação precoce de alterações auditivas que atuam basicamente em dois níveis: no primeiro, inclui-se orientação a profissionais da área de saúde, procurando alertá-los quanto aos fatores de risco, para deficiência auditiva, e a possibilidade de redução de alguns desses fatores, através da realização de campanhas de conscientização e orientação da população para estes aspectos. No segundo nível, compreende-se a identificação precoce das alterações auditivas pela avaliação de neonatos de risco, triagens auditivas, em unidades básicas de saúde e avaliação auditiva em escolares (AZEVEDO, 1991).

Partindo da concepção de que uma atenção integral à saúde deva incluir um conjunto de ações que vão da prevenção à reabilitação, estando aí pressuposta uma transdisciplinaridade (relação interprofissional na qual há uma real integração no que se refere ao atendimento do paciente), caberia ao fonoaudiólogo, profissional capacitado para atuar na área dos distúrbios da audição, inserir medidas de caráter preventivo em relação aos problemas auditivos no PSF (BALLANTYNE; MARTIN; MARTIN, 1995).

Faz-se necessário destacar, aqui, mais uma vez, a sugestão de um protocolo de triagem auditiva, inserido na prática diária de atendimento aos pacientes da UBASF, objetivando a detecção precoce de alterações auditivas. A aplicação desse protocolo poderia ser realizada preferencialmente por fonoaudiólogos ou por agentes multiplicadores, no caso, os profissionais da UBASF, treinados por eles.

Um aspecto importante de detecção precoce é que ela possibilita atuar de forma preventiva sobre os problemas secundários à deficiência auditiva antes de remediá-los. Os objetivos imediatos da detecção precoce são de reduzir o prejuízo da deficiência, prevenir o

desenvolvimento de problemas secundários e assegurar que as necessidades, envolvendo as crianças e as famílias, sejam identificadas, apesar da dificuldade auditiva. O objetivo a longo prazo é o de um adulto que esteja apto a escolher seu próprio caminho de realização pessoal. Sem essa intervenção, as conseqüências da deficiência auditiva na criança serão sérias e extensas (BEVILACQUA; FORMIGONI, 1998).

O Programa de Saúde da Família possui como objetivo assegurar, universal e integralmente, eqüitativa e qualitativamente os serviços de saúde, mas também operacionalizar ações de promoção da saúde (ANDRADE, 1998).

Levando-se em consideração a prevenção primária em Fonoaudiologia e saúde pública, busca-se a eliminação ou inibição dos fatores responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento de patologias da comunicação, tornando necessária a realização de projetos de prevenção permanentes em todas as áreas, aí incluída a audição (PAGNOSSIM; OLIVEIRA, 1998).

Daí a importância de que sejam adotadas medidas preventivas em relação à saúde auditiva. Quando medidas primárias de prevenção são adotadas, reduz-se o risco de adoecer; mas, quando a patologia já aconteceu, fazem-se necessárias medidas de prevenção secundária, para que a perda auditiva seja detectada o mais precocemente possível, podendo proporcionar, em tempo, condições essenciais, para que crianças e adultos com deficiência auditiva possam integrar-se à sociedade.

Convém sugerir, aqui, primariamente, que medidas como a detecção precoce sejam efetivadas, mas também que a criação de programas de prevenção à saúde auditiva também sejam adotados, porque o objetivo fundamental é a proteção à saúde, é prevenir antes que a doença se instale.

Muitos dos fatores causais para perda auditiva poderiam ser evitados, através de medidas relativamente simples e em grande escala, tais como: pré-natal bem feito, com explicações sobre planejamento familiar; vacinação; utilização de medicamentos, evitando assim perdas auditivas, devido à consangüinidade; rubéola; ototoxicidade. Orientações sobre os cuidados com o recém-nascido em relação à alimentação, higiene e banhos, evitando infecções otológicas, podendo ser citadas: as otites, vacinação de crianças contra rubéola, meningite, catapora, sarampo. Orientações básicas sobre higiene auditiva tais como: o não uso de cotonetes ou qualquer outro objeto pontiagudo dentro do canal auditivo, evitando possíveis infecções e perfurações traumáticas do ouvido, conseqüentemente, reduzindo o risco de alterações auditivas e medidas como o reforço do hábito de saúde auditiva entre crianças e adolescentes. A não exposição em ambientes barulhentos também podem diminuir o risco de danos auditivos.

Além disso, palestras informativas à população, campanhas de conscientização de profissionais e comunidade, sobre a importância da saúde auditiva, seriam medidas de caráter preventivo, que atingiriam grande massa populacional, com custo relativamente baixo e de extrema valia.

Em relação às conseqüências que a perda auditiva pode trazer para a vida do indivíduo, as mais evidenciadas por médicos e enfermeiros foram: dificuldades no relacionamento social com outras pessoas; baixa auto-estima; dificuldades no relacionamento intelectual; falta de compreensão e preconceito de outras pessoas.

Depressão e ansiedade também são, conforme Ballantyne, Martin e Martin (1995), distúrbios psicológicos mais prevalentes entre pessoas com uma perda auditiva, particularmente entre aquelas em idade de trabalho. O indivíduo passa a experimentar um

senso de perda e/ou desamparo, contatos sociais reduzidos, podendo levar à perspectiva de emprego reduzida e perda de outras atividades. O futuro para essa pessoa torna-se afinal ameaçador, gerando então ansiedade.

Em estudo realizado através de anamneses e exames audiológicos de 47 crianças, na faixa etária de 3 a 12 anos, atendidas no setor de Audiologia Clínica da Universidade Camillo Castelo Branco, foi observado que 53% das crianças com alteração audiológica apresentavam alterações de linguagem (GUTIERRES; GAMA, 1999).

Balbani e Montovani (2003), através da revisão de artigos sobre o impacto das otites médias (patologia do ouvido que provoca perda da audição), sobre a aquisição da linguagem em crianças, encontraram que as principais conseqüências da perda auditiva acerca da linguagem nessas crianças são erros fonéticos e de articulação da fala, bem como dificuldade para compreensão da leitura.

Com a perda da audição, surgem também sentimentos de insegurança, medo e até de incapacidade. A dúvida quanto à possível progressão da perda é algo que pode deixar o indivíduo inquieto. As dificuldades de comunicação fazem com que este duvide de sua capacidade e habilidade, tanto no âmbito profissional, quanto no pessoal, levando à mudança na qualidade de vida, depressão e isolamento. É comum também que as pessoas se tornem mais apáticas, deprimidas, sem coragem ou sem força de vontade para conseguir maior êxito profissional (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

Dentre as várias conseqüências da perda auditiva, podem ser descritas algumas, apontadas por Boothroyd (1982), tais como: problemas perceptuais (a criança não consegue identificar objetos através dos sons que eles produzem, estando, deste modo, mais sujeita a acidentes, posto que um importante mecanismo de alerta encontra-se prejudicado);

problemas de fala (falta de controle da fala, tanto no que se refere à intensidade quanto à altura da voz); problemas cognitivos (a criança deficiente auditiva possui dificuldade em lidar com idéias abstratas, pensamento dos outros e informações sobre épocas ou locais longínquos; apreende o mundo a partir de situações concretas: “aqui e agora”); problemas sociais (a criança tem dificuldade em desenvolver atitudes adequadas perante os outros; a assimilar regras sociais, surgindo, muitas vezes, o isolamento do mundo, isto é, a segregação); problemas emocionais (sentimentos de frustração, confusão, apresenta-se zangada, medrosa, agressiva, e, freqüentemente, desenvolve uma auto-imagem negativa); problemas intelectuais (embora possuidora de inteligência normal, a criança é deficiente na competência da linguagem e no conhecimento geral; problemas vocacionais (a falta das habilidade verbais, do conhecimento geral, do treinamento acadêmico e das habilidades sociais fazem com que a criança deficiente auditiva atinja a idade adulta com possibilidades profissionais severamente limitadas); problemas familiares (muitas vezes, ao descobrirem a relação com a natureza das dificuldades, podem entrar em um estado de confusão, negação do problema e revolta, o que reduz a sua afetividade geral com os pais, comprometendo não somente o desenvolvimento da linguagem, mas também a integração socioemocional da criança); há também os problemas socioeconômicos (a ausência de interação da criança com seus pais será repetida posteriormente pela sociedade, como um todo, que tende a estigmatizá-la e segregá-la. Os custos com AASI, sua manutenção e trabalho especializados com equipe multiprofissional para habilitação/reabilitação geram sérios problemas econômicos).

A perda auditiva proporciona custos, tanto para as crianças, quanto para seus familiares e sociedade. O custo de um único Aparelho Amplificação Sonora Individual (AASI) equivale aproximadamente aos custos para vacinação de cerca de 4.000 crianças,

contra rubéola, caxumba e catapora, doenças que podem causar perda auditiva (SANCHO *et al.*, 1990).

A perda auditiva interfere na comunicação e na interação social desde crianças até adultos. Na criança, uma perda auditiva pode causar prejuízos na capacidade de adquirir e desenvolver a linguagem, além de prejuízos no desenvolvimento cognitivo e psicológico. No adulto, pode levar abaixo a auto-estima, perturbações no comportamento, mau-humor, isolamento social, sentimento de que perdeu a habilidade de exercer qualquer papel útil na sociedade.

Foi observado que os profissionais possuem consciência de algumas das conseqüências devastadoras que a perda auditiva ocasiona na vida de um indivíduo. Aspectos como atrasos no desenvolvimento da linguagem não foram citados. Neste sentido, é importante assinalar que são conseqüências bastante graves, em decorrência da alteração, interferindo na comunicação e interação social e servindo até como um dos parâmetros mais importantes e evidentes, observados no deficiente auditivo. Problemas econômicos também são conseqüências que não foram citadas pelos profissionais, mas que devem ser mencionadas aqui, pois, conforme foi referido pelo Joint Committe on Infant Hearing (1994), a experiência em países desenvolvidos demonstrou que o custo da educação de uma criança com perda auditiva em escola especial é três vezes maior que uma criança em escola regular, mesmo com apoio especializado.

A detecção precoce da perda auditiva torna-se de fundamental importância para que medidas de habilitação ou reabilitação do deficiente auditivo, na comunidade de ouvintes, sejam adotadas, reduzindo assim algumas das inúmeras e graves conseqüências do diagnóstico tardio.

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

Diante da realidade estudada, vale destacar que se pôde concluir que os conhecimentos técnicos-práticos dos profissionais da UBASF César Cals, sobre saúde auditiva, são precários e deficientes, para que ações preventivas acerca do assunto possam ser desenvolvidas no Programa de Saúde da Família.

Foi observado que os profissionais já tiveram experiências e se depararam na UBASF com casos de indivíduos com alterações auditivas ou suspeita delas, mas também conseguiu-se identificar que as atitudes e práticas tomadas por eles, como a identificação e tratamento, não foram consideradas as ideais, provavelmente, em virtude da falta de conhecimentos técnicos-práticos no que se refere ao assunto.

Pôde ser assimilado, nos discursos, que os profissionais consideraram importante a adoção de medidas preventivas em relação à saúde auditiva, assim como treinamentos e orientações à equipe sobre o assunto, mas que inexistem em suas rotinas diárias, a adoção de atitudes de caráter preventivo em relação ao problema, levando ao

entendimento que o grau de relevância dado à saúde auditiva pelos profissionais entrevistados não mostrou-se evidente e que de fato, na prática, essas atitudes não acontecem.

Diante da falta de conhecimento técnico-prático, vivência de casos de problemas auditivos, na rotina diária dos profissionais e à ineficácia nas atitudes e práticas na solução desses, e em comparação com o que existe na literatura, torna-se clara a necessidade da inclusão de um programa de saúde auditiva ou capacitações específicas regulares no PSF, para que ações voltadas à promoção à saúde auditiva sejam efetivadas o mais precocemente possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Medidas preventivas em relação à saúde auditiva, no Programa de Saúde da Família, somente serão implementadas quando providências importantes forem postas em prática, tais como:

1. Estudos epidemiológicos com base populacional no Brasil sobre perda auditiva.
2. Estudos epidemiológicos para caracterizar saúde auditiva da população atendida por cada PSF.
3. Treinamentos e orientações aos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção, caracterização e encaminhamento precoce.

4. Campanhas educativas para conscientização da população sobre o problema.
5. Políticas públicas que objetivem a criação de programas de prevenção, detecção e tratamento precoce à população em geral.
6. Inserção dos profissionais (fonoaudiólogos) envolvidos diretamente com saúde auditiva no PSF para que ocorra de fato a viabilização da prevenção, diagnóstico audiológico, tratamento e reabilitação das funções auditivas.

Logo, para que isso aconteça, torna-se essencial, em princípio, a sensibilização desses profissionais sobre o problema, caracterização da saúde auditiva da população para, posteriormente, planejar ações programáticas em relação à saúde auditiva. Ações que priorizariam aspectos como: sensibilização e conscientização dos profissionais e população quanto aos problemas referentes à audição e outros decorrentes desses; adoção de medidas preventivas, quando há suspeita ou riscos de distúrbios auditivos; detecção precoce de distúrbios auditivos e a busca de recursos educacionais e clínicos, bem como estimular a sua criação, quando há suspeita ou risco desses distúrbios (ZEPELLINI; BONNAFÉ; PFEIFER, 1994).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, K. Processo de seleção de aparelho de amplificação sonora individual para criança deficiente auditiva. *In*: CALDAS NETO, S.; SIH, T. **Otologia e audiologia em pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

AMERICAN SPEECH-LANGUGE-HEARING ASSOCIATION COMMITTE ON INFANT HEARING – ASHA. Guidelines for audiologic sacreening of Newborn infants Who are risk for herin impairment. **ASHA**, v. 31, n.3, p.89-92, 1989.

AMERICAN SPEECH-LANGUGE-HEARING ASSOCIATION COMMITTEE ON INFANT HEARING – ASHA. Guidelines for Screening for Hearing Impairment-School-Age Children, 5 Through 18 Years. **ASHA**, v. 4, p. 77-81, 1997.

ANDRADE, C.R.F.; MIGLIORINI, D. **Fonoaudiologia em saúde pública**: uma proposta de trabalho. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1982.

ANDRADE, F.M.O. **O programa de saúde da família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

ANDRADE, O.M.M. **Avaliação de saúde de escolares de Pradópolis-SP**. 1984. 80 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1984.

AZEVEDO, M.F. Avaliação e acompanhamento audiológico de neonatos de risco. **Acta AWHO**, v.10, n.3, p. 107-116, 1991.

BALBANI, A.A P.S.; MONTOVANI, J.C. Impacto das otites médias na aquisição da linguagem em crianças. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 391-396, set./out. 2003.

BALIEIRO, C.R.; BALIEIRO, C.D. Diagnóstico da deficiência auditiva nos primeiros anos de vida: importância da participação dos pediatras. **R. Dist. Comum**, v. 2, p. 49, 1987.

BALLANTYNE, J.; MARTIN, M.C.; MARTIN, A. **Surdez**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BEFI, D. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.

BEVILACQUA, M.C.; FORMIGONI, G.M.P. **Audiologia educacional**: uma opção terapêutica para criança deficiente auditiva. São Paulo: Pró-Fono, 1998.

BOOTHROYD. **Hearing impairment in young children**. New Jersey: Prentice Hall-Englewood Cliffs, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos saúde da família**: construindo um novo modelo, Brasília, 1997. v. 1.

BRICKS, L.F.; SIH, T. Medicamentos controversos no tratamento das otites médias. *In*: CALDAS NETO, S.; SIH, T. **Otologia e audiolgia em pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

CAMPANHA Nacional de Prevenção da Surdez. 1997. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/otorrino/arq2/surdez.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2002.

CAMPANHA Nacional pela Saúde do Escolar. 2000. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/otorrino/camp/main.htm>. Acesso em: 16 de agosto de 2002.

CAMPANHA Nacional pela Saúde do Escolar. 2001. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/otorrino/camp/main.htm>. Acesso em: 16 de agosto de 2002.

CAMPOS, C.A.H.; RUSSO, I.C.P.; ALMEIDA, K. Indicação, seleção e adaptação de próteses auditivas. *In*: ALMEIDA, K.; IORIO, M.C.M. **Protéses auditivas**: fundamentos teóricos e aplicações clínicas. São Paulo: Lovise, 2003.

CARBONE, C.; FURLANI, A.; OLIVEIRA, C.M.C.; LEWIS, D.R. Audição e deficiência auditiva: um levantamento sobre o conhecimento dos usuários em Unidades Básicas de Saúde. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA, 10., 1995, Bauru. **Anais...** Bauru, 1995.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretária de Saúde. **Cartilha de orientação e prevenção da surdez**. Fortaleza, 1997.

CELANI, A. C.; COSTA FILHO, O.A. O ruído em atividades de lazer para crianças e jovens. **Rev. Pró-Fono**, v. 3, p. 2, 1991.

COMITÊ BRASILEIRO SOBRE PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA. **Perdas auditivas na infância**. 1999. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/jornal/05/j5-13.htm>>. Acesso em: 22 fev. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Saúde auditiva**. Brasília, 1990. (Publicações Técnicas, n. 2).

COSTA, T.R.S.; MORATA, T.C.; EGERLAND, E.; MARQUES, M.E.; CREDIDIO, M.S.S.; LEWIS, D.R.; POZ, L.D.; GALLINDO, M.V.G. Triagem auditiva – Estudo sobre as alterações auditivas em escolares. **Rev. Disturb. Comum**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 111-117 jul./set. 1986.

COUTINHO, E.C.L. Aparelhos de amplificação sonora individual: aspectos básicos. *In*: LICHTIG, I.; CARVALLO, R.M.M. **Audição**: abordagens atuais. São Paulo: Pró-Fono, 1997.

DAVIDSON, J.; HYDE, M.L.; ALBERTI, P.W. Epidemiologic patterns in childhood hearing loss a review. **Int. J. Pediatr. otolaryngol.**, v. 17, p. 239-266, 1989.

De BIASE, N.G. Disacusias em crianças escolares de Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Otorrin.**, v. 57, p. 181-187, 1991.

DOWNS, M.P.; STERRITT, G.M. A guide to newborn and infant hearing screening programs. **Arch Otolaryngol.**, v. 85, p.15-22, 1967.

FERRARI, D.; BEVILACQUA, M.C. **Procedimentos diagnósticos na avaliação audiológica infantil**. São Paulo: HPRLLP-USP, 1998. (Cadernos de Audiologia, n. 2).

FREIRE, R. M. Fonoaudiologia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 26, n. 3, p.179-184, 1992.

GARBIN, W. O sistema de saúde no Brasil. *In*: VIEIRA, R. M. *et al.* (Org.). **Fonoaudiologia e saúde pública**. São Paulo: Pró-Fono, 1995.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 95-98, 1996.

GONZÁLEZ REY, F.L. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira, 2002.

GOYA, N. **O SUS que funciona em município do Ceará**. Fortaleza, 1996.

GUTIERRES, C.; GAMA, M. Detecção tardia de deficiência auditiva em crianças com alterações de linguagem. **Rev. Acta AWHO**, v. 18, n. 2, p. 92-97, abr./jun. 1999.

HESHIKI, Z. Triagem audiométrica em escolares de Botucatu. **Rev. Ciência Biom.**, São Paulo, v. 3, p. 27-31, 1982.

HESHIKI, Z.; BRETAN, O.; MONTOVANI, J.V.; TAMASHIRO, I.A.; PINHO, S. Z. Níveis de audição em escolares de 1º grau. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 51, n. 1, p. 24-24, jan./mar. 1985.

HUBIG, D.O.; LICHIG, I.; DIAS, I.; COUTINHO, E. Screening audiológico em escolares de ciclo básico de escola pública estadual da cidade de São Paulo. *In*: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 21., 1991. São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1991.

HUBIG, D.O.; SCHOCHAT, E. Atenção primária em audiologia. *In*: BEFI, D. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.

JERGER, S.; JERGER, J. **Alterações auditivas**: um manual para avaliação clínica. São Paulo: Atheneu, 1989.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. 1994 position statement. **Audiol. Today**, v. 6, n. 6, p. 7-14, 1994.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Year 2000 position statement; principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **Am. J. Audiol.**, v. 9, p. 9-29, 2000.

KATZ, J. **Tratado de audiologia clínica**. São Paulo: Manole, 1999.

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

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: MacGraw Hill, 1976.

LESKE MG. Prevalence estimates of communicative disorders in the U.S.: Language hearing, and vestibular disorders. **ASHA**, v. 23, p. 229-237, 1981.

LIMA, M.C.O. **Estudo da triagem auditiva em escolas no interior do Estado de São Paulo**: aspectos relacionados com prevenção de alterações auditivas e desempenho escolar. 1987. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

LOPES FILHO, O.; CAMPOS, C.A.H. **Tratado de otorrinolaringologia**. São Paulo: Roca, 1994.

LOPES FILHO, O.; CAMPOS, C.A.H. **Tratado de otorrinolaringologia**. São Paulo: Roca, 1994.

MARTÍNEZ, F.J.M.; BOSI, M.L.M. Introdução – notas para um debate. *In*: **PESQUISA qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MEDEIROS, M.P.H. **Perfil audiométrico, prevalência e fatores preditores da perda auditiva induzida por ruído ocupacional**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade de Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

MENDES, E.V.M. *et al.* (Org.). **Distrito sanitário**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, V. L. F. Fonoaudiologia e saúde coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. **Rev. Distúrb. Comum**, v. 10, n. 2, p. 213-224, jun. 1999.

MINAYO, M.A.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

NÓBREGA, M.; WECKX, L.L.M.; JULIANO, Y.; NOVO, N.F. Aspectos diagnósticos e etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 16, n. 1, p. 28-43, 1998.

NORTHEN, J.L.; DOWNS, M.P. Behavioral hearing testing of children. *In*: **Hearing Children**. 4. ed. Baltimore: Willians & Wilkins, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Deficientes físicos no Brasil. **Consultório Médico**, v. 4, n. 16, 5-7, 1993.

PAGNOSSIM, D.F.; OLIVEIRA, T.M.T. Comparação das informações que diferentes pais de diferentes classes sociais tem sobre audição. **Rev. Pró- fono**, v. 10, n. 1, p. 8-16, mar. 1998.

PIATTO, V.B. Métodos da avaliação da audição em crianças. **Rev. HB Científica**, v. 6, n. 3, p. 179-187, set./ dez. 1999.

PIATTO, V.B.; MANIGLIA, J.V. Avaliação as audição em crianças de 3 a 6 anos em creches e pré-escolas municipais. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 2, p. 124-130, mar./abr. 2001.

PINHEIRO, O.G. Entrevista: uma prática discursiva. *In*: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

PUCINI, R.F. Saúde pública - histórico e conceitos básicos. *In*: VIEIRA, R.M. *et al.* (Org.). **Fonoaudiologia e saúde pública**. São Paulo: Pró-fono, 1995.

RAMOS, B. D. Importância da audição no desenvolvimento da linguagem. *In*: CALDAS, NETO, S.; SIH, T. **Otologia e audiologia em pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

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

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

SAFFER, M. Otoscopia. *In*: CALDAS NETO, S.; SIH, T. **Otologia e audiologia em pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

SALERNO, R.; STABLUM, G.; CECI, M.J.; SILVA, M.A.C. Deficiência auditiva na criança. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 51, n. 2, p. 23-26, 1985.

SAMPAIO, F.M. **Estudo da perda auditiva em crianças de zero a 14 anos atendidas em um serviço de referência**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

SANCHO, J.; HUGES, E.; DAVIS, A.; HAGGARD, M. Epidemiological basics for screening in practical aspects of audiology. *In: McCORMICK, B. Paediatric audiology 0-5 anos years*. Londres: Whurr Publisher, 1990.

SANTOS, E.G. Doenças Inflamatórias. *In: CALDAS NETO, S.; SIH, T. Otologia e audiologia em pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

SANTOS, M.F.C.; OLIVEIRA, A.M.A. O perfil audiológico em crianças de 2 a 14 anos. **Rev. Hospital – Administração e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 43-47, mar./abr. 1993.

SCHOCHAT, E. **Processamento auditivo**. Vol. 2. São Paulo: Lovise, 1996.

SELIGMAN, J. Sistemática da pesquisa audiológica em escolares de Porto Alegre. **Atual Otol Fon.**, v. 3, p. 15-18, 1975.

SILMAN, S.; SILVERMAN, C. A. **Auditory diagnosis principles and applications**. London: Singular, 1998.

SOARES, M. S.T. **Abandono de tratamento clínico fonoaudiológico**: estudo exploratório em Fortaleza-Ceará. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

SOARES, M.T.S.N.B.; SERVILHA, E.A.M; JESUS, M.H.F.C; SANTOS, R.N.CP.; RODRIGUES, T.C.L.; SANTANA, A. O. **Fonoaudiologia em serviço público**. Carapicuíba: Pró-Fono, 1994.

SPINELLI, M. **Foniatria**. São Paulo: Moraes, 1983.

SPINK, M.J.P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. *In: SPINK, M. J. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TABITH, J. A.; FRANCO, E.; BARBERI, J. Levantamento da etiologia da deficiência auditiva em uma escola especial para deficientes auditivos. **Rev. Dist. Comum.**, v. 3, n. 1, p. 119-123, 1989.

TAVARES, M.T.M. **Análise do desempenho de crianças de seis a sete anos de idade para o teste P.S.I na condição monótica**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

TSCHIEDEI, R.S.; BANDIN, H.H.; BEVILACQUA, M.C. **Diagnóstico da deficiência auditiva na infância**: uma avaliação do nível de conhecimento dos pediatras de uma cidade da região Centro-Oeste paulista. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Júnior, 1980. Disponível em: <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em: 20 jan. 2005.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde – resgatando a subjetividade. *In*: BOSI, M.L.M. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

ZACKIEWICZ, D.V.; CATTONI, D.M.; NEIVA, F.B.; ANDRADE, C.R.F. Fonoaudiologia e adolescência: algumas contribuições. **Rev. Pró-Fono**, v. 10, n. 2, p. 71-7, set.1998.

ZPELLINI, S. L.; BONNAFÉ, M.C.; PFEIFER, E. Detecção precoce da deficiência auditiva: um projeto de “capacitação de recursos humanos multiplicadores”. **Rev. Pró-Fono**, v. 6, n. 1, p. 17-22, 1994.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de perguntas estruturadas do Tipo 01 (Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde do PSF)

Roteiro de perguntas estruturadas do Tipo 01 (Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde do PSF)

1 Você já recebeu algum treinamento ou orientação sobre audição e deficiência auditiva?
Se SIM, quando e onde?

2 O que você acha que causa a perda da audição?

3 Você costuma avaliar a audição das pessoas da sua área? Se SIM, como você avalia?

4 Na área em que atua, existem situações que você considera como possíveis de causar problemas de audição?

5 Você acha que a perda auditiva tem sido um problema na sua área?

6 Nos últimos 6 meses, quantos pacientes você atendeu que possuíam queixa auditiva ou suspeita de algum déficit em relação à audição?

7 A unidade, rotineiramente, apresenta estrutura suficiente para identificar e tratar pessoas com problemas auditivos?

8 O que você acha que a sua equipe e o seu trabalho poderiam fazer para melhorar a saúde auditiva das pessoas da sua área?

Apêndice B - Roteiro de perguntas estruturadas do Tipo 02 (médicos e enfermeiros do PSF)

Roteiro de perguntas estruturadas do Tipo 02 (médicos e enfermeiros do PSF)

1 Em sua prática diária, dentro da equipe, você já atendeu pessoas com problemas otológicos? Se SIM, quais os problemas otológicos mais encontrados?

2 Já recebeu algum treinamento ou orientação sobre audição e deficiência auditiva? Se SIM, quando e onde?

3 Quais os indicadores que você considera de risco para perda auditiva?

4 Quais são os parâmetros que o levam a suspeitar que um paciente possui alguma dificuldade auditiva?

5 Você conhece as técnicas de avaliação da audição na infância? Se SIM, quais?

6 Você avalia a audição de seus pacientes? Se SIM, como você faz essa pesquisa da audição?

7 Na suspeita de perda auditiva em uma criança, qual idade você considera ideal para avaliá-la auditivamente?

8 Uma vez identificado algum tipo de alteração auditiva em uma criança, qual atitude você toma?

9 Uma vez identificado algum tipo de alteração auditiva em um adulto, qual atitude você toma?

10 No caso de perda auditiva confirmada, qual a idade você considera ideal para indicar aparelho auditivo para uma criança?

11 Você acha que a perda auditiva tem sido um problema na área de atuação da sua equipe?

12 Nos últimos 6 meses, quantos pacientes você atendeu que possuíam queixa auditiva ou suspeita de algum déficit em relação a audição?

13 Na sua opinião, o que seria necessário para identificar e tratar pessoas com problemas auditivos?

14 Na prática diária dentro da equipe, você tem sentido a necessidade de adotar medidas de caráter preventivo em relação aos problemas auditivos?

15 Na sua opinião, quais as conseqüências que a perda auditiva pode acarretar na vida de um indivíduo?

16 Na sua opinião a unidade, rotineiramente, apresenta estrutura suficiente para identificar e tratar pessoas com problemas auditivos?

Apêndice C - Protocolo de triagem auditiva para identificação precoce de possíveis crianças com perda auditiva

PROTOCOLO DE TRIAGEM AUDITIVA PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE POSSÍVEIS CRIANÇAS COM PERDA AUDITIVA

Data da triagem: _____

1 Dados pessoais

Nome: _____

Idade: _____ anos

Sexo: Masculino () Feminino ()

Escolaridade: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cep: _____ Telefone: _____

Informantes: _____

2 Informações sobre o comportamento da criança

	Sim	Não
A criança se assusta quando objetos pesados caem ou quando uma porta bate?		
A criança olha quando alguém a chama?		
A criança reage ao som da campainha da casa ou do telefone?		
A criança pede para repetir, faz "HAM" ou "O QUE" quando falam com ela?		
A criança tem dificuldade de aprendizagem?		
A criança aumenta o volume da televisão exageradamente?		
A criança é muito quieta?		
A criança é muito agitada?		

3 Informações sobre a história clínica da criança

	Sim	Não
A criança teve que ficar na incubadora?		
A criança já teve meningite, caxumba ou sarampo?		
A criança já apresentou algum problema de ouvido?		
A criança tem freqüentes dores de ouvido?		

4 Informações sobre os antecedentes hereditários da criança

	Sim	Não
Há algum parentesco entre o pai e mãe da criança?		
Há casos de perda auditiva na família?		

5 Informações sobre a história gestacional da criança

	Sim	Não
Você teve alguma complicação durante a gravidez?		
Durante a gravidez você teve rubéola?		
Durante a gravidez você tomou algum medicamento sem orientação médica?		

Profissional responsável pela realização da triagem:
