

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

RAQUEL SAMPAIO AGOSTINHO

Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública: é uma realidade?

BAURU

2019

RAQUEL SAMPAIO AGOSTINHO

Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública: é uma realidade?

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga

Versão Corrigida

BAURU

2019

Agostinho, Raquel Sampaio

Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública: é uma realidade? / Raquel Sampaio Agostinho. – Bauru, 2019.

113 p. : il ; 31cm.

Tese. (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientador: Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga

Nota: A versão original desta tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data: 24/07/2019

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: CAAE:
79085617.8.0000.5417
Data: 21/02/2018

(Cole a cópia de sua folha de aprovação aqui)

DEDICATÓRIA

A **DEUS**, o meu bem maior. Nada disso seria possível sem a presença diária d'Ele.

A meus pais, **Izídio e Ana Maria**, que nunca negaram auxílio financeiros ou emocionais em toda a minha formação pessoal, acadêmica e profissional, prova disso que hoje concluo este Doutorado. Pai e Mãe amo vocês!!!

A minha amada e desejada filha, **Ana Silvia**, que tão pequena já compreendia meus esforços e me admirava de longe. Sempre questionadora em relação às minhas necessidades e anseios nesta etapa da vida. Minha filha, por você, por você!!!

E a todos aqueles que me apoiaram e me auxiliaram, de maneira emocional, física e mentalmente.

AGRADECIMENTOS

À **Faculdade de Odontologia de Bauru**, excelência em educação, pela oportunidade de crescimento profissional.

À **Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga**, uma profissional ímpar, orientadora nata, professora por amor e de talento único. Muito grata a todo ensinamento e orientação.

Aos **professores do Departamento de Fonoaudiologia** da FOB-USP, por contribuir para minha formação durante a Pós-Graduação.

Aos **funcionários do Departamento de Fonoaudiologia** e da **Pós-Graduação**, pela prontidão em me auxiliar durante estes anos nas questões administrativas.

À **Profa. Dra. Maria Angelina Nardi de Souza Martinez, Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini e Profa. Dra. Wanderleia Quinhoneiro Blasca** pela participação no Exame de qualificação e pelas sugestões e comentários de grande valia.

Aprendi que faz parte da Pós-graduação frustrar os amigos, desta forma agradecer é pouco. Agradeço aqueles que aguentaram firmemente minhas escolhas, aos meus amados amigos que se mantiveram ao meu lado por longos quatro anos, se mostrando a cada dia mais amigos e compreensíveis nesta difícil fase da vida.

Em especial, aos meus melhores amigos, irmãos e verdadeiramente companheiros, **Mariane e Ademir**, que me presentearam com meu lindo afilhado **Danilo**. A nossa amizade iniciou com a pós-graduação, mestrado, e se mantém fortemente, pois ultrapassa todas as barreiras científicas e espirituais. Vocês foram fundamentais nesta etapa da minha vida e de tantas outras. Amo vocês !!!

Ao **namorado Ricardo**, que entrou em minha vida ao meio da loucura de um doutorado, curtindo e compreendendo cada riso descontextualizado e cada choro escondido. Muito obrigada por seus momentos de sabedoria e por nos levar à um bom caminho. A sua presença foi impulsionadora para que eu pudesse manter o foco e me manter determinada. Continuo te amando!

Minhas amigas, parceiras e companheiras da vida e na audiolgia, **Dra. Fabiana Souza-Azenha, Dra. Josilene Duarte, Dra. Luciane Mariotto, Ms. Raquel Beltrão, Dra. Patrícia Campos, Ms. Tatiana Garcia e Ms. Thais Said**. Um agradecimento mais que especial a vocês que me apoiaram nos momentos mais difíceis e intensos, seguram fortemente a minha mão e a barra. Sinto todos os dias cada abraço dado por vocês, sempre prontas para uma palavra amiga, me encorajando e me fortalecendo.

Agradeço a paciência dos meus colegas de trabalho da **Clínica de Fonoaudiologia FOB-USP** que por muitas vezes não compreendiam meus momentos de estresse e loucura, mas me acolhiam. Cada um à sua maneira, um sorriso, um abraço, um café, um elogio... Muito obrigada!

Agradeço a **Fga Ms. Gessyka Gomes Marcandal** pela parceria e discussões da área, aprendi muito com você e quero continuar aprendendo.

A funcionária **Talissa Gaspareli** que me auxiliou com os dados da coleta.

Agradeço aos Residentes da Residência Multiprofissional HRAC, R2 **Iana, Luísa e Ramon** e R1 **Larissa, Luana, Myllena**, pelo apoio durante esta jornada e compreensão das minhas ausências.

“No pensar, lucidez, no sentir, afeição, no querer, ponderação: se eu aspirar a essas três, então poderei esperar saber orientar-me corretamente nas trilhas da vida, frente a corações humanos, no âmbito do dever; pois lucidez provém da luz da alma, e afeição mantém o calor do espírito; ponderação revigora a força vital. E tudo isto, aspirado na confiança em Deus, conduz, nos caminhos humanos, a bons e seguros passos na vida. ”

Rudolf Steiner

RESUMO

Dentro do contexto da saúde auditiva, a triagem auditiva neonatal é a primeira etapa para se estruturar um Programa de Saúde Auditiva que permita a identificação, diagnóstico e intervenção da deficiência auditiva nos primeiros meses de vida. O objetivo deste estudo foi analisar a Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil, nas etapas da Triagem Auditiva Neonatal e diagnóstico audiológico desenvolvida na região do DRS VI. O estudo foi desenvolvido por etapas, considerando como primeira etapa, a análise na perspectiva das instituições responsáveis da triagem auditiva neonatal e do gestor municipal, para tal utilizou-se aplicação de questionário *online* enviados às maternidades e secretarias municipal de saúde, pertencentes ao DRS VI. Na segunda etapa, analisou-se o cenário na perspectiva de dois serviços de referência em saúde auditiva, por meio da utilização da ferramenta do sistema CROSS e análise do perfil da demanda em um dos serviços de saúde auditiva, no período de agosto de 2017 a dezembro de 2018. Com as informações obtidas, observou-se que tanto as maternidades quanto às secretarias municipais de saúde apresentam ações e buscam estratégias para possibilitar o diagnóstico precoce de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos de idade. Em relação aos serviços de saúde auditiva, constatou-se que apresentaram características diferentes no que se refere ao perfil das crianças encaminhadas, uma vez que um deles recebe, exclusivamente, crianças referenciadas de maternidades e o outro, crianças referenciadas de serviços de saúde em geral. No que se refere à análise específica de um dos serviços, observou-se que as crianças encaminhadas em consequência de falha na triagem auditiva, obteve-se o acesso, em sua maioria (61%), ao processo de diagnóstico audiológico antes dos três meses de idade. Da mesma maneira, mais da metade (67%) das crianças com perda auditiva concluíram o diagnóstico audiológico até os três meses de idade. Concluiu-se que existe um fluxo estabelecido entre maternidade e o serviço de referência em saúde auditiva. Entretanto, ainda, há ações que devem ser reestruturadas para que o acesso seja universal, com integralidade e equidade.

Palavras-chave¹: Recém-nascido. Epidemiologia. Perda auditiva. Saúde pública

¹Em acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponíveis no domínio: <http://decs.bvs.br/> FONTE: DeCS, 2018.

ABSTRACT

Within the hearing health context, the newborn hearing screening is the first step to structure an auditory health program that allows the identification, diagnosis and the hearing loss intervention in the first months of life. The aim of this study was to analyze the Child Hearing care Network, in the newborn hearing screening stages and audiological diagnosis developed in the (Regional Health Department) DRS VI region. The study was developed in stages, considering as a first step, the analysis in the perspective from institutions responsible for newborn hearing screening and the municipal manager, for this purpose was used an online questionnaire sent to maternity hospitals and municipal secretariats of health, belonging to DRS VI. In the second stage, the scenario was analyzed from the perspective of two hearing health reference services through the CROSS system tool and analysis of the demand profile in one of the hearing health services, from August 2017 to December 2018. With the obtained information, it was observed that both maternity hospitals and municipal secretariats of health present actions and seek strategies to enable the early diagnosis of children aged 0 to 3 years old. Regarding the hearing health services, it was found that they presented different characteristics regarding the profile of the children referred, since one of them receives, exclusively, children referenced from maternities and the other, children referred from general health services. In relation to specific analysis of one of the services, it was observed that the children referred as a consequence of failure in the hearing screening, was obtained the access, mostly (61%), to the process of audiological diagnosis before three months aged. Similarly, more than half (67%) of the children with hearing loss completed the audiological diagnosis by the age of three months. It was concluded that there is an established flow between maternity hospital and the hearing health reference service. However, there are still actions that must be restructured in order for the access is universal, with integrality and equity.

Key-words: Newborn. Epidemiology. Hearing Loss. Public Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

- Figura 1 - Esquema dos conceitos de regulação..... 28
- Figura 2 - Sumarização das políticas públicas brasileiras que norteiam a regulação e acesso às organizações de saúde de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde..... 29
- Figura 3 - Mapa da Rede Regional de Atenção à Saúde, referente ao Departamento Regional de Saúde VI..... 31
- Figura 4 - Distribuição dos municípios de origem das crianças encaminhadas para a Clínica de Fonoaudiologia (n=35), pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI..... 53
- Figura 5 - Distribuição dos municípios de origem das crianças encaminhadas para a Divisão de Saúde Auditiva (n=29) , pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI..... 58
- Figura 6 - Distribuição dos municípios de origem das crianças encaminhadas para a Clínica de Fonoaudiologia e/ou Divisão de Saúde Auditiva (n=44), pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI..... 60

- QUADROS

- Quadro 1 - Descrição do protocolo utilizado para a realização da triagem auditiva neonatal de acordo com cada maternidade 50
- Quadro 2 - Ações assumidas nas evasões observadas durante as etapas da triagem auditiva neonatal, de acordo com cada maternidade 50
-
-

- GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do tempo de atuação no cargo de gestor da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com os profissionais responsáveis pelo preenchimento do questionário	51
Gráfico 2 - Comparecimento das crianças encaminhadas, de acordo com as instituições solicitantes	54
Gráfico 3 - Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas devido resultado falha na Triagem Auditiva Neonatal, de acordo com as instituições solicitantes	55
Gráfico 4 - Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas para realização do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, devido ao Indicador de Risco para Deficiência Auditiva, de acordo com as instituições solicitantes	55
Gráfico 5 - Distribuição dos agendamentos no período (mensal), de acordo com as instituições solicitantes	56
Gráfico 6 - Distribuição das crianças de acordo com o motivo do encaminhamento para o serviço de referência, considerando as instituições solicitantes	56
Gráfico 7 - Distribuição da conclusão do diagnóstico audiológico por motivo de falha na triagem auditiva neonatal, de acordo com as instituições solicitantes	57
Gráfico 8 - Distribuição das crianças com diagnóstico audiológico de perda auditiva sensorial ou neural, de acordo com a idade na conclusão diagnóstica	57
Gráfico 9 - Comparecimento das crianças encaminhadas, de acordo com as instituições solicitantes	59
Gráfico 10- Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas para avaliação audiológica, de acordo com as instituições solicitantes	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação dos municípios do Departamento Regional de Saúde VI e Departamento Regional de Saúde XVIII, divididos por região de saúde.	32
--	----

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

TAN	Triagem Auditiva Neonatal
DRS VI	Departamento Regional de Saúde VI
USP	Universidade de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
dB	Decibel
RN	Recém-nascidos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRS XVIII	Departamento Regional de Saúde XVIII
RAS	Redes de Atenção à Saúde
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde
FOB/USP	Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo
CF/FOB	Clínica de Fonoaudiologia/Faculdade de Odontologia de Bauru
DSA/HRAC	Divisão de Saúde Auditiva/Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
IRDA	Indicador de Risco para Deficiência Auditiva
EOE	Emissões Otoacústicas Evocadas
PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
JCIH	Joint Committee of Infant Hearing
COMUSA	Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	DADOS HISTÓRICOS DA SAÚDE AUDITIVA	17
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE AUDITIVA	27
2.3	HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO E REGIONAL DE BAURU.....	31
2.4	CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE- CROSS	33
3	PROPOSIÇÃO	37
4	MATERIAL E MÉTODOS	41
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	41
4.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA	41
4.2.1	ETAPA 1 - Análise da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil na perspectiva das instituições responsáveis pelo procedimento de triagem auditiva e do gestor municipal	41
4.2.2	ETAPA 2 - Análise da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil na perspectiva dos serviços de alta complexidade – Referência.....	43
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	44
5	RESULTADOS	49
5.1	ETAPA 1 - Análise da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil na perspectiva das instituições responsáveis pelo procedimento de triagem auditiva e do gestor municipal	49
5.2	ETAPA 2 - Análise da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil na perspectiva dos serviços de alta complexidade – Referência.....	52
5.2.1	Clínica de Fonoaudiologia	52
5.2.2	Divisão de Saúde Auditiva.....	58
6	DISCUSSÃO	63
7	CONCLUSÕES	77
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE	91
	ANEXO	111

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva é um déficit sensorial que limita o desempenho do indivíduo, independentemente da idade, e implica negativamente em sua comunicação, qualidade de vida, função cognitiva, acarretando prejuízos do bem-estar emocional, comportamental e social.

Especificamente, quanto a população pediátrica, é consenso na área que o prognóstico do tratamento da criança com perda auditiva está, dentre outros fatores, relacionado ao tempo de privação sensorial, tendo em vista que uma intervenção realizada precocemente influi positivamente para o desenvolvimento da linguagem oral.

Dentro do contexto da saúde auditiva, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é a primeira etapa que deve ser considerada ao se estruturar um Programa de Saúde Auditiva, pois permite a identificação, diagnóstico e intervenção da perda auditiva nos primeiros meses de vida.

Entretanto, para que o processo de identificação e intervenção precoce ocorra, se faz necessário uma integração dos serviços de saúde no que diz respeito a um efetivo sistema de referência e contrarreferência, possibilitando um fluxo eficiente dos usuários entre os diferentes níveis de complexidade.

Em consonância com as afirmações relatadas, este estudo propõe compreender a Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil sob responsabilidade do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), que inclui os serviços de referência localizados no campus da Universidade de São Paulo, Bauru (USP/Bauru) reconhecido pelas suas ações em políticas públicas. A hipótese é que a implantação desta rede enfrenta desafios e dificuldades semelhantes àquelas observadas nas demais redes de cuidados inseridas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo importante conhecê-los a fim de contribuir na sua implantação e gerenciamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DADOS HISTÓRICOS DA SAÚDE AUDITIVA

Os dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde apontaram que mais de 5% da população, isto é, 466 milhões de pessoas, têm perdas auditivas incapacitantes (432 milhões de adultos e 34 milhões de crianças). Estima-se que até 2050, mais de 900 milhões de pessoas - ou seja, uma em cada dez pessoas terão perda auditiva incapacitante. Define-se por perda auditiva incapacitante, limiares tonais acima de 40 decibel (dB) na melhor orelha para adultos e acima de 30 dB na melhor orelha para crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Em relação às perdas auditivas na infância, estima-se que em torno de 60% podem ser prevenidas (TUCCI et al., 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). A perda auditiva não diagnosticada precocemente representa um custo anual global para o setor de saúde de, aproximadamente, US\$ 750 bilhões. Vale ressaltar que nos custos citados, não estão incluídos os gastos com os dispositivos auxiliares, suporte educacional, perda de produtividade e custos sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Nos países em desenvolvimento, a realidade é ainda mais crítica, uma vez que, dados demográficos demonstram que, crianças com perda auditiva raramente recebem qualquer tipo de escolaridade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística indicaram que mais de 5 milhões de brasileiros apresentam alguma deficiência, seja visual, auditiva, motora ou intelectual, sendo que 14% estão relacionadas com a audição (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

É importante ressaltar que os dados do Censo possuem um alto grau de subjetividade, visto que é realizado por meio de aplicação de um questionário no qual a pessoa auto refere ser portadora de uma deficiência, contudo, estes são os dados mais atuais em caráter nacional.

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com um ou mais impedimentos, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade (BRASIL, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), a deficiência refere-se às dificuldades encontradas em algumas ou todas as três áreas da funcionalidade, sendo elas, alterações das estruturas e funções corporais, limitações e restrição à participação (Relatório mundial sobre a deficiência, 2012).

No Brasil, as ações voltadas à saúde auditiva iniciaram-se na década de 90, contudo, na literatura nacional ainda são poucos os estudos que apontaram sobre os dados demográficos relacionados à perda auditiva.

Um dos primeiros estudos de base populacional sobre perda auditiva no Brasil, na cidade de Canoas/RS (BÉRIA et al., 2007) avaliou 2.609 indivíduos utilizando o protocolo da Organização Mundial de Saúde em visita à domicílio. Os autores encontraram 26,1% da população avaliada com algum grau de perda auditiva, sendo 6,8% considerada incapacitante, 5,4% de grau moderado, 1,2% de grau severo e 0,2% de grau profundo. A pesquisa demonstrou dados valiosos para o planejamento de ações de prevenção da perda auditiva e maior conscientização na comunidade, nas universidades e nas agências governamentais.

Em outro estudo com base populacional, Cruz et al. (2009) utilizaram dados referentes à população de seis áreas do Estado de São Paulo. O levantamento da prevalência da perda auditiva foi realizado por meio de questionário com perguntas de resposta fechada. Totalizaram 5.250 entrevistas, sendo encontradas 480 respostas voltadas à presença de deficiência auditiva, sendo 387 (80,6%) caracterizada por dificuldade auditiva, 76 (15,8%) por queixa unilateral e 17 (3,5%) bilateral. No que se refere à etiologia da deficiência auditiva, na faixa etária de 12-19 anos a causa congênita foi a mais frequente (26%). A prevalência da deficiência auditiva foi de 5,21%, sendo mais frequente na faixa etária acima de 59 anos (18,7%). Os autores concluíram que estudos como este são de grande importância na formulação de políticas públicas, para que estas consigam atender este grupo populacional com mais precisão e, principalmente, resolubilidade.

Adicionalmente, Gondim et al. (2012) realizaram um estudo de base populacional, com objetivo de verificar a prevalência e os determinantes da perda auditiva no Município de Itajaí/SC. Utilizaram protocolo preconizado pela Organização Mundial de Saúde, com objetivo de criar uma base de dados padronizada, composta por informações epidemiológicas sobre a deficiência auditiva no Brasil. No período de 2008 a 2011 foram avaliadas 379 pessoas. Das crianças avaliadas abaixo de quatro anos de idade as alterações auditivas estavam relacionadas à alteração de orelha média. A análise quanto ao nível mínimo auditivo da melhor orelha evidenciou 25,9% com alterações auditivas, 18,9% grau leve, 5,1% grau moderado e 1,9% grave. Deste modo, a prevalência de perdas auditivas incapacitantes foi de 7%. Especificamente, na faixa etária de quatro a 10 anos, identificaram 2,86% com perda auditiva incapacitante. Os autores relataram que a detecção dos problemas auditivos nesta população em específico, permitiu a realização de tratamentos e procedimentos que solucionaram e/ou minimizaram as alterações auditivas constatadas.

Estudo pioneiro na região sudeste do Brasil, Juiz de Fora/MG, realizado por Baraky et al. (2012) por meio de estudo populacional seccional estimou a prevalência da deficiência auditiva, na faixa etária de quatro dias a 95 anos de idade. Para tal, utilizaram como instrumento de avaliação, o protocolo da Organização Mundial de Saúde, com a seleção aleatória de 349 domicílios, totalizando 1.050 indivíduos. Foram identificados 70 casos de perda auditiva, com prevalência de 5,2%. A perda auditiva foi classificada como de grau moderado em 3,9%, severo em 0,9% e profundo em 0,4%. Na faixa etária de 0 a três anos não foi detectado nenhum caso com alteração auditiva, entretanto, ao ampliar a abrangência até 10 anos foram identificados três casos, sendo dois com perda auditiva leve e um de grau moderado. Os autores ressaltaram que o conhecimento epidemiológico das necessidades locais e regionais, considerando questões ambientais, genéticas e culturais, ajuda a otimizar os investimentos e a implementação de ações planejadas.

Bevilacqua et al. (2013) realizaram estudo com visita domiciliar com o objetivo de avaliar a prevalência de perda auditiva na área urbana de Monte Negro/RO. Seguindo o protocolo proposto pela Organização Mundial de Saúde, os pesquisadores avaliaram 575 indivíduos, destes 9% representavam a faixa etária de 0 a três anos incompletos, os quais apresentaram comportamento auditivo dentro do esperado para a idade. Na faixa etária de quatro a nove anos, a perda auditiva leve foi identificada

em 1,3% da população avaliada. Já a perda auditiva incapacitante foi confirmada em indivíduos acima de 30 anos com a prevalência de 3,8%, com maior ocorrência na idade acima dos 60 anos. Considerando o grau da perda auditiva, a prevalência foi de 3,4% para moderada, 0,4% severa e nenhum caso com perda auditiva de grau profundo. Os autores concluíram que dados desta pesquisa são de suma importância na elaboração de propostas de políticas públicas na assistência dos deficientes auditivos em regiões carentes.

O diagnóstico precoce e, conseqüentemente, a intervenção são cruciais para minimizar o impacto da perda auditiva no desenvolvimento global de uma criança e aquisições educacionais. Em neonatos e crianças pequenas, a identificação da perda auditiva, por meio, de programas de triagem auditiva infantil pode melhorar os resultados linguísticos e educacionais da criança (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2006; GIUNTINI et al., 2016; WOOD; SUTTON; DAVIS, 2016; ZEITLIN et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Em recente estudo, realizado pelo INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, estima-se que 1,1% da população do Brasil possui perda auditiva, sendo classificada como adquirida em 0,9% e 0,2% congênita. Entretanto, o estudo ressaltou que apenas 8,4% desta população frequentava algum serviço de reabilitação. Uma análise com crianças menores de dois anos de idade estimou que 56% realizaram a TAN no primeiro mês de vida (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Outros estudos, estimaram uma incidência de perda auditiva bilateral em neonatos saudáveis entre 1 a 3 em cada 1000 nascimentos, sendo que esta estimativa aumenta para 2 a 4 em 1000 neonatos procedentes de Unidade de Terapia Intensiva (COMITÊ BRASILEIRO DE PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA, 2000; MOLINI et al., 2016; KIM et al., 2017; WROBLEWSKA-SENIUK et al., 2018).

A perda auditiva não é distribuída equitativamente em todo o mundo. Países de baixa e média renda, abrigam dois terços dos adultos e crianças com perda auditiva bilateral de grau moderado a profundo (THEUNISSEN e SWANEPOEL 2008; STEVENS et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

À medida que a renda nacional bruta aumenta, a prevalência de perda auditiva diminui exponencialmente para adultos e crianças. Além do mais, conforme nível elevado de escolaridade dos pais, a proporção de perda auditiva diminui em crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Assim, como descrito anteriormente sobre a escassez de dados demográficos sobre a perda auditiva no Brasil, especificamente para população pediátrica, os dados descritos na literatura ainda são escassos referentes à prevalência da perda auditiva em programas de triagem auditiva neonatal.

Chapchap e Segre (2001) apresentou a prevalência da perda auditiva na população submetida à TAN na cidade de São Paulo. A TAN foi realizada em 4196 recém-nascidos (RN) no período de setembro de 1996 a agosto de 1999, com resultado Passa em 4123 (98,2%). Posteriormente, a perda auditiva foi confirmada em 10 crianças, com uma prevalência de 2,3/1.000. Caracteristicamente, a perda auditiva sensorineural foi detectada em 50% dos casos, sendo 40% de grau moderado, 20% de grau severo e 40% profundo. Os autores concluíram que a triagem auditiva neonatal é um método viável e preciso para detectar distúrbios de audição mesmo em estágio inicial.

Posteriormente no Estado de Minas Gerais, Tiensoi et al. (2007) verificaram a prevalência de perda auditiva nos nascidos em um hospital público no período de junho de 2002 a dezembro de 2003, entretanto nem todos os RN foram submetidos à TAN pois a mesma era realizada após alta hospitalar. Foram triados 798 RN, sendo a maioria (80,6%) até o terceiro mês de vida. O tempo entre a suspeita e confirmação da perda auditiva foi de 4,2 meses. Os autores confirmaram a perda auditiva em 15 casos, sendo a prevalência de 1,8% e concluíram que os programas de saúde auditiva devem contemplar aspectos da prevenção, diagnóstico precoce e intervenção.

Bevilacqua et al. (2010) analisaram o programa de TAN em um Hospital público com o objetivo de identificar a prevalência da perda auditiva. No período de três anos, 11.466 RN foram submetidos à TAN, com a identificação de 54 casos de perda auditiva, sendo 11,7% do tipo condutiva e 3% sensorineural. A prevalência de perda auditiva neste estudo foi de 0,95/1000 nascimentos. Os autores demonstraram

a possibilidade de se realizar a triagem auditiva neonatal universal em hospital público, antes da alta hospitalar, em países em desenvolvimento como o Brasil.

Em 2002, na cidade de Porto Velho/RO foi implantado o primeiro programa de TAN com o objetivo de determinar dados epidemiológicos da perda auditiva na infância. O estudo teve por objetivo caracterizar o programa de TAN, para tal analisaram o banco de dados num período de fevereiro de 2004 a outubro de 2006, com acesso quanto às informações do número de recém-nascidos triados, resultados de triagem e encaminhamentos quando necessários. Obtiveram, dos 6.889 recém-nascidos submetidos à triagem, 15 casos com confirmação de perda auditiva (0,22%), destes sete (46,7%) apresentavam perda auditiva neural, seis (40%) perda auditiva sensorineural e dois (13,3%) perda auditiva condutiva. A prevalência de perda auditiva no estudo foi de 2/1000 nascimentos. Os autores salientaram a importância do armazenamento das informações do programa em banco de dados, para que possam ser utilizados em estudos multicêntricos no que versa sobre perdas auditivas na infância (BOTELHO et al., 2010a).

Onoda, Azevedo e Santos (2011) verificaram a ocorrência de perda auditiva em maternidade, nível secundário, sediada na cidade de São Paulo. O estudo analisou dados do período de fevereiro de 2004 a dezembro de 2006. A TAN foi realizada em 1.805, correspondendo a 39,9% dos nascidos. Como resultado constataram que, a perda auditiva foi confirmada em oito (0,5%) crianças, sendo quatro (0,25%) com perda auditiva sensorineural, uma (0,06%) com perda condutiva, consequência de malformação e três (0,2%) com alteração retrococlear. O percentual de encaminhamentos para diagnóstico audiológico foi de 1,7%, condizente com as recomendações nacionais e internacionais. A prevalência da perda auditiva no presente estudo foi de 0,5%. Os autores referiram que a capacitação e estruturação da equipe, com a realização diária da TAN, favoreceu maior adesão e um programa mais eficaz no que se refere ao acompanhamento das famílias e dos recém-nascidos.

Outro levantamento sobre prevalência de perda auditiva na infância ocorreu na região Centro-Oeste do Brasil, no período de maio de 2008 a maio de 2009. A TAN foi realizada em 226 recém-nascidos, com confirmação da perda auditiva em duas crianças (0,9%). Os autores referiram que este estudo ofereceu dados epidemiológicos relevantes fornecendo resultados preliminares para implantação e

desenvolvimento de um programa de triagem auditiva neonatal na região (GUIMARÃES; BARBOSA, 2012).

Em outro estudo, Lima et al. (2015) versou a prevalência da perda auditiva em 14.205 RN de uma maternidade pública em nível ambulatorial submetidos à TAN, no período de 2004 a 2013. Dos RN encaminhados, devido falha na TAN, identificou-se perda auditiva do tipo condutiva e sensorineural. A prevalência foi de 0,49% ou 5/1.000 nascimentos. Em relação ao grau da perda auditiva, dos RN identificados com perda auditiva sensorineural, oito (11,4%) apresentaram grau severo ou profundo. Os autores concluíram que mesmo o modelo ambulatorial de TAN pode gerar bons resultados, desde que com uma equipe estruturada e orientação à família sobre a importância da realização do procedimento, pois, ao longo dos anos, conseguiram que a triagem fosse realizada no primeiro mês de vida do RN. Os autores relataram um aumento da cobertura da triagem de 32% para 85%, portanto, um programa de TAN oferecido por um hospital público no Brasil pode ser realizado em nível ambulatorial como alternativa para superar as limitações operacionais quando ainda não há possibilidade de ser realizada em nível hospitalar.

Kemp et al. (2015) realizam estudo transversal de coorte numa maternidade pública de baixo risco que faz parte da Rede Cegonha, no período de maio a novembro de 2013, com amostragem de 645 RN. Destes, 10 (1,6%) que falharam na TAN, a perda auditiva condutiva foi confirmada em quatro (0,66%) casos. Advertem uma taxa de evasão do diagnóstico audiológico de 1%. Os autores relataram que a ausência de casos de perda auditiva sensorineural, justifica-se pelo fato da maioria dos RN não apresentarem indicadores de risco para perda auditiva. A prevalência da perda auditiva foi de 0,62%. Os autores concluíram uma efetividade do programa de TAN, o qual segue recomendações nacionais e internacionais.

Os dados obtidos em países desenvolvidos não diferem dos nacionais, como demonstrado em um estudo americano que condensou um banco de dados de 56 estados, no que se refere a prevalência de perda auditiva em RN que falharam na TAN. A amostra evidenciou uma prevalência de 1,7/1000 crianças com perda auditiva (CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016).

Desta forma, os dados da literatura nacional e internacional reforçam a importância de políticas públicas voltada à saúde auditiva, principalmente no que se refere à saúde auditiva infantil.

Embora a TAN tenha se tornado o padrão de atenção neonatal em muitos países desenvolvidos, ainda é considerado inatingível na grande maioria dos países em desenvolvimento. O principal objetivo da TAN é identificar crianças com perda auditiva, tanto bilateral quanto unilateral, conseqüentemente diminuir a idade no momento do diagnóstico audiológico e assim promover intervenção auditiva precoce, para maximizar competência linguística e desenvolvimento global (THEUNISSEN e SWANEPOEL, 2008; WROBLEWSKA-SENIUK et al., 2018; BUSH et al., 2017; VOS et al., 2018).

O Ministério da Saúde ao lançar as Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal teve por meta orientar às equipes multiprofissionais para o cuidado da saúde auditiva infantil nos diferentes pontos de atenção da rede. O documento ressaltou não só a importância da realização da TAN, que favorece a identificação precoce da perda auditiva nos recém-nascidos, mas também a necessidade do encaminhamento para o diagnóstico audiológico nos casos de falha e, quando confirmado a perda auditiva, intervenção à criança e sua família (BRASIL, 2012b). Adicionalmente, foi recomendado que, a TAN deve ser realizada preferencialmente, até o primeiro mês de vida e se, confirmado a perda auditiva esta deve ser concluída até o terceiro mês de vida com a intervenção iniciada até os seis meses. Tais ações possibilitarão melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, do processo de aprendizagem e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2012b).

Diante disso, a diretriz faz parte de um grupo de ações, que devem ser seguidas para a atenção integral à saúde auditiva na infância: triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, diagnóstico e (re)habilitação. Desta maneira, a TAN deverá estar associada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, além de ações de acompanhamento materno-infantil.

Reforçando a importância da capacitação e integração com a atenção básica para garantir o monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento de audição e

linguagem, e conseqüentemente a adesão aos encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2012a).

Dentro deste contexto, os estudos evidenciam e corroboram sobre a identificação e intervenção precoce, entretanto, compreender o fluxo de rede é fundamental para aprimoramento do acesso aos serviços em saúde auditiva.

Este acesso, em relação aos RN que falham na TAN, deve ser o resultado primário de um programa de identificação precoce. Estudos têm mostrado um progresso em relação a este aspecto, entretanto ainda identificam déficits de profissionais qualificados para o atendimento e necessidade de adequar recursos e infraestrutura de acordo com cada região do país (DURIEUX-SMITH, FITZPATRICK e WHITTINGHAM, 2008; TUCCI et al., 2009; HARRIS e DODSON, 2017).

O uso de padrões e normas rígidas em um programa de TAN objetiva monitorar hospitais envolvidos na triagem, assim como controlar padrões de qualidade nos serviços especializados voltados ao atendimento do deficiente auditivo. Ressaltam ainda, que um adequado monitoramento para o comparecimento em consultas e retornos, favorece a oportunidade no encaminhamento para a intervenção precoce (SININGER et al., 2009).

O acesso ao diagnóstico precoce da perda auditiva, não pode estar exclusivamente vinculado aos programas de TAN, ou voltados aqueles com alta probabilidade de perda auditiva, mas igualmente para atender as necessidades diante das queixas relacionadas à audição (BANDA et al., 2018).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Destaca-se que no Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante aos cidadãos o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde, o que requer mudança significativa na forma de compreensão da regulação em saúde, visto que as atribuições do Estado para garantir esse acesso ampliaram significativamente (VILARINS et al., 2012).

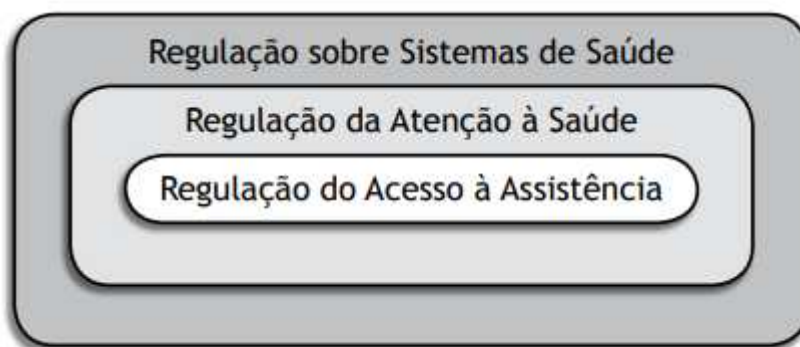
Na área da saúde, o Estado é o principal sujeito da regulação, compreendendo três níveis de atuação: a) regulação sobre sistemas de saúde; b) regulação da atenção à saúde e; c) regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006; BRASIL, 2008).

A regulação sobre sistemas de saúde tem como objetivo a execução de normas, ações de monitoramento, fiscalização, avaliação e auditoria dos serviços de saúde (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006; BRASIL, 2008).

A regulação da atenção à saúde deve garantir a adequada prestação de serviços à população, promovendo acesso, equidade e integralidade. Está direcionada aos prestadores públicos e privados (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006; BRASIL, 2008).

A regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial promove o acesso aos serviços de saúde, garantindo assim, a integralidade da assistência e assim, permite ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades da população, garantindo o acesso fundamentado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006; BRASIL, 2008).

A figura 1 ilustra os conceitos de regulação em seus níveis de atuação.



Fonte: Mendonça, Reis e Moraes (2006)

Figura 1 – Esquema dos conceitos de regulação.

Entende-se por regulação quando se refere aos serviços que funcionam sob concessão do Estado para suprir necessidades da população, e conseqüentemente, assegurar o acesso aos exames dos usuários da atenção básica; agilizar o processo

de autorizações; e garantir o acesso dos usuários às consultas médicas, terapias ou exames (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012; VILARINS et al., 2012).

De forma a auxiliar na compreensão dos processos no que se refere à legislação, a Figura 2 apresenta a sumarização das políticas públicas brasileiras que norteiam a regulação e acesso às organizações de saúde de média e alta complexidade do SUS.

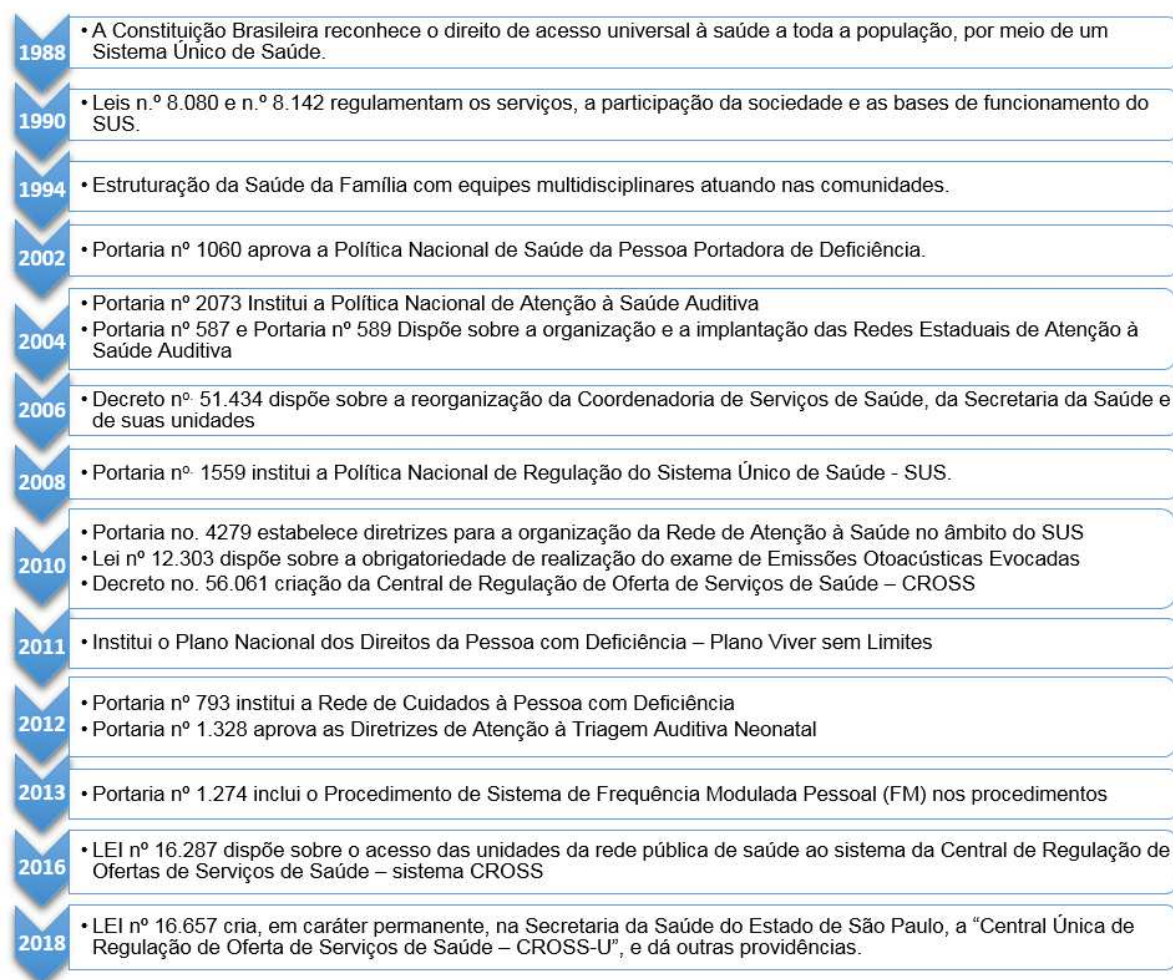


Figura 2 - Sumarização das políticas públicas brasileiras que norteiam a regulação e acesso às organizações de saúde de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde.

Com a publicação da Portaria nº 2.073 de 2004, do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, qual visa o aprimoramento das ações de saúde auditiva do SUS, propõe uma organização de rede hierarquizada, regionalizada e integrada entre a atenção básica, a média e a de alta complexidade, buscando, portanto, garantir não só o diagnóstico e reabilitação auditiva, mas

incluindo a promoção e a proteção, bem como a terapia fonoaudiológica de adultos e crianças (BRASIL, 2004a).

A fim de preconizar e garantir a integralidade do cuidado, o SUS possui um sistema hierarquizado e descentralizado que oferta ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade em unidades de saúde localizadas próximas ao domicílio do usuário. Para se alcançar as ações especializadas ou de maior grau de complexidade é preciso acionar mecanismo de referência e contrarreferência, proporcionando assim, a integração das redes de saúde (BRASIL, 1997; 2003).

A referência ocorre quando o usuário é encaminhado para atendimento em um serviço com níveis de especializações mais complexos. Já a contrarreferência é o sentido contrário, quando o usuário é conduzido à um serviço de menor complexidade (BRASIL, 1997; 2003).

Todo serviço, vinculado ao SUS ou não, deve ter as informações atualizadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o qual contém registro dos locais que oferecem serviços de atenção à saúde no Brasil, com a finalidade auxiliar gestores a identificarem a capacidade da rede de assistência do país. O CNES possibilita identificar quais estabelecimentos foram fechados ou abertos, bem como reconhecer serviços de saúde dos municípios. Isso proporciona o controle do Ministério da Saúde e os repasses do governo aos estabelecimentos (ROCHA et al., 2018).

O gestor tem um papel fundamental para a organização da rede de saúde auditiva, entre suas atribuições, podemos vincular o gerenciamento, coordenação e melhoria na qualidade dos serviços ofertados. Não excluindo competências técnica, analítica e financeira. É de responsabilidade do gestor processos de planejamento organizacional, estratégico e operacional. (SILVA e ROQUETE, 2013; SANTOS e GIOVANELLA, 2014; PAIVA et al., 2018).

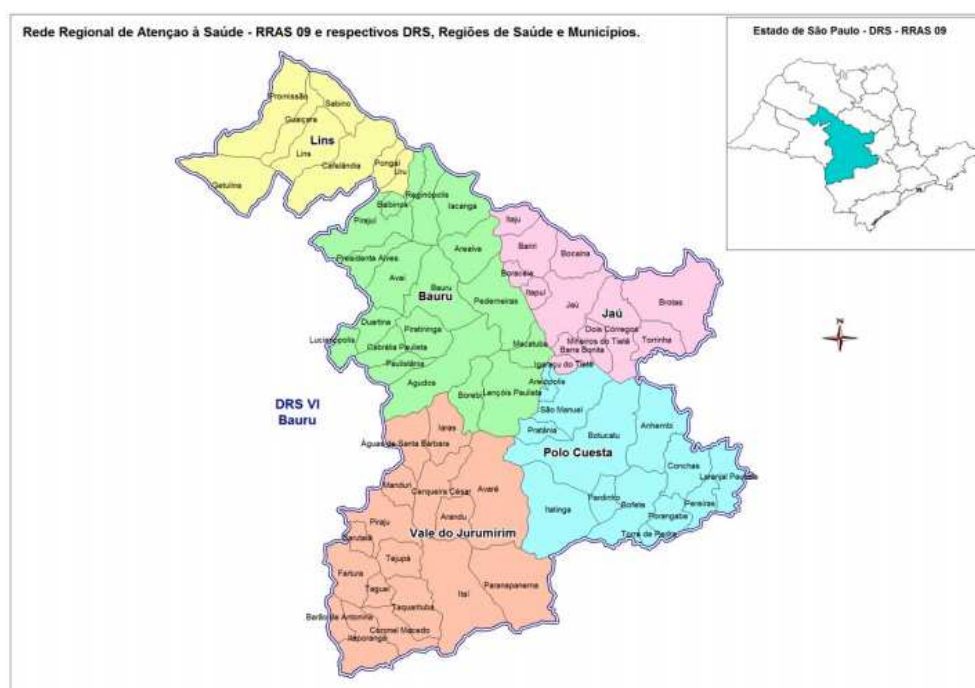
Em contrapartida, o grande desafio para os gestores em definir um modelo de atenção à saúde no Brasil produz uma expectativa para atender as necessidades de saúde na população (LORENZETTI et al., 2014).

2.3 HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO E REGIONAL DE BAURU

No âmbito estadual, a Secretaria Estadual de Saúde do estado de São Paulo subdividiu o estado em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), os quais são responsáveis por coordenar suas atividades no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (BRASIL, 2006).

Entretanto, em dezembro de 2018 sentiu-se a necessidade de uma nova reformulação que resultou na criação do Departamento Regional de Saúde XVIII (DRS XVIII) Botucatu, abrangendo as regiões do Polo Cuesta, Vale do Jurumirim e Jaú que, ao todo, somam 42 municípios que foram desmembrados do DRS VI de Bauru que atende 26 municípios, abrangendo região de Bauru e Lins (SÃO PAULO, 2018).

É importante salientar que, neste estudo, os dados foram coletados no período anterior a este decreto, considerando assim o DRS VI como responsável pelos 68 municípios do estado, conforme representado pela figura 3.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/São Paulo. Disponível em:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/boletim_assist_oncol_rras_9.pdf

Figura 3 – Mapa da Rede Regional de Atenção à Saúde, referente ao Departamento Regional de Saúde VI

Na tabela 1 pode-se observar a relação dos municípios divididos pelas regiões de saúde, pertencentes ao DRS VI e DRS XVIII.

Tabela 1 – Relação dos municípios do Departamento Regional de Saúde VI e Departamento Regional de Saúde XVIII, divididos por região de saúde.

	Regiões de Saúde	Municípios
DRS- VI Bauru	Região de Saúde de Bauru	Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabrália Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves, Reginópolis
	Região de Saúde de Lins	Cafelândia, Getulina, Guaiçara, Lins, Pongaí, Promissão, Sabino, Uru
DRS-XVIII Botucatu	Região de Saúde de Jaú	Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boracéia, Brotas, Dois Córregos, Igarapu do Tietê, Itaju, Itapuí, Jaú, Mineiros do Tietê, Torrinha
	Região de Saúde do Vale do Jurumirim	Aguas de Sta. Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejupá
	Região de Saúde do Polo Cuesta	Anhembí, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardo, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel, Torre de Pedra

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/São Paulo

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam-se de acordo com ações e serviços de saúde equitativos e integrais adstritos à uma população que recebe ofertas de serviços de saúde. As RAS buscam garantir a integralidade do cuidado e implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2009; BRASIL, 2010b).

De acordo com dados históricos da evolução das políticas públicas em saúde, hierarquização da rede, dados demográficos e dados epidemiológicos, fica evidente que a atenção à saúde auditiva na infância tem sido amplamente investigada a fim de proporcionar que qualquer criança com suspeita de perda auditiva tenha acesso aos serviços e integralidade, garantindo assim qualidade e acolhimento.

2.4 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CROSS

Diante da necessidade de regulação das ofertas de serviços, as quais estão disponíveis aos usuários do SUS, em 02 de agosto de 2010, o governador do estado de São Paulo criou, a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), por meio do decreto nº 56.061, que visa promover a equidade do acesso, garantindo a integridade da assistência ao paciente do SUS do Estado de São Paulo, no âmbito de sua área de abrangência.

Trata-se de um sistema web que permite visualizar a situação da rede assistencial nas diversas regiões da saúde, de modo que seja possível acompanhar as atividades e ainda acessar relatórios e indicadores.

As unidades de saúde conseguem acesso por meio do endereço <www.cross.saude.sp.gov.br> e possuem permissão de acesso a seis módulos de regulação: a) pré-hospitalar; b) urgências; c) leitos com emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH); d) leitos sem emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH); e) ambulatorial e f) indicadores. O planejamento de todo o serviço a ser executado é feito pela Secretaria de Estado da Saúde, a qual define metas de produção e qualidade, sendo responsável por cobrar resultados previamente definidos em contrato (CROSS, 2019).

Em 2016, sancionada a Lei 16.287, que dispõe sobre o acesso das unidades da rede de saúde pública ao sistema da CROSS, ressalta que, nos municípios com mais de 100.000 (cem mil) habitantes, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ofertar aos usuários o agendamento de consultas e de exames laboratoriais pelo sistema CROSS (SÃO PAULO, 2016). Já aos municípios com até 100.000 (cem mil) fica facultada a adesão ao Módulo Ambulatorial (SÃO PAULO, 2017).

Na busca da literatura, encontrou-se três artigos com referência a utilização da ferramenta CROSS, apresentados a seguir.

Souza e Serinolli (2015) analisaram o sistema CROSS no que versa sobre os avanços, melhorias e desafios após a criação e implantação em um Hospital público. Os autores relataram que com a implantação do sistema CROSS, tornou-se mais

acessível acompanhar os atendimentos referenciados, no que se refere às consultas ou exames. Constataram que o encaminhamento para outras unidades se tornou mais prático, uma vez que pode ser realizado na presença do usuário, o qual recebe comprovante de agendamento e orientações impressas e verbais. Os autores concluíram que a CROSS é um sistema que beneficia os usuários do SUS, pois facilita o acesso e aumenta a eficiência do serviço. Entretanto, sugerem melhorias, como uso das ferramentas de comunicação das consultas via celular ou e-mail, e integração do sistema CROSS com o sistema de prontuário eletrônico que permitiria melhor resolutividade assistencial, pois todos os profissionais técnicos poderiam ter acesso às informações do usuário.

Souza e Serinolli (2017) relataram o impacto dos agendamentos realizados pelo sistema CROSS, utilizado para executar a regulação do acesso na alta complexidade, ou seja, agendamentos de consultas e/ou exames ambulatoriais especializados. Os autores analisaram um Hospital Público em referência em cardiologia. Os achados demonstraram mudanças positivas após a implantação da CROSS, como aumento na taxa de produtividade, redução do número de retornos e queda na taxa do absenteísmo. Os autores sugerem estudos multicêntricos que utiliza tal sistema, além de pesquisas que versem sobre o sistema de regulação por meio de sistema eletrônico.

Fernandes (2019) analisou a ferramenta CROSS com o objetivo de verificar a taxa de absenteísmo no ambulatório de oncologia, uma vez que este sistema web permite a geração de relatórios gerenciais. Constatou uma taxa de absenteísmo de 20% na primeira consulta. O autor refere-se que o sistema traz praticidade de aviso ao usuário sobre data e horário da consulta e/ou exame, o que justifica a diminuição na taxa de absenteísmo no período analisado. Entretanto, observou algumas fragilidades que podem justificar a taxa de absenteísmo, como desatualização do cadastro no sistema CROSS, duplicidade de registro e ocorrência de agendamentos errôneos, o que demonstra, ainda desconhecimento dos operantes no que se refere ao fluxo de agendamentos. Concluiu-se que o controle do absenteísmo é importante para minimizar prejuízos que podem acarretar em atrasos no atendimento ao usuário, ociosidade no serviço e aumento nas filas de espera.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

Analisar a Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil, nas etapas da triagem auditiva neonatal e diagnóstico audiológico desenvolvida na região do DRS VI.

Objetivos específicos:

- 1) Analisar o fluxo de agendamento dos serviços de referência em saúde auditiva na faixa etária de 0 a 3 anos;
- 2) Verificar se a TAN tem propiciado o diagnóstico audiológico nos primeiros meses de vida da perda auditiva.

4 MATERIAL E MÉTODOS

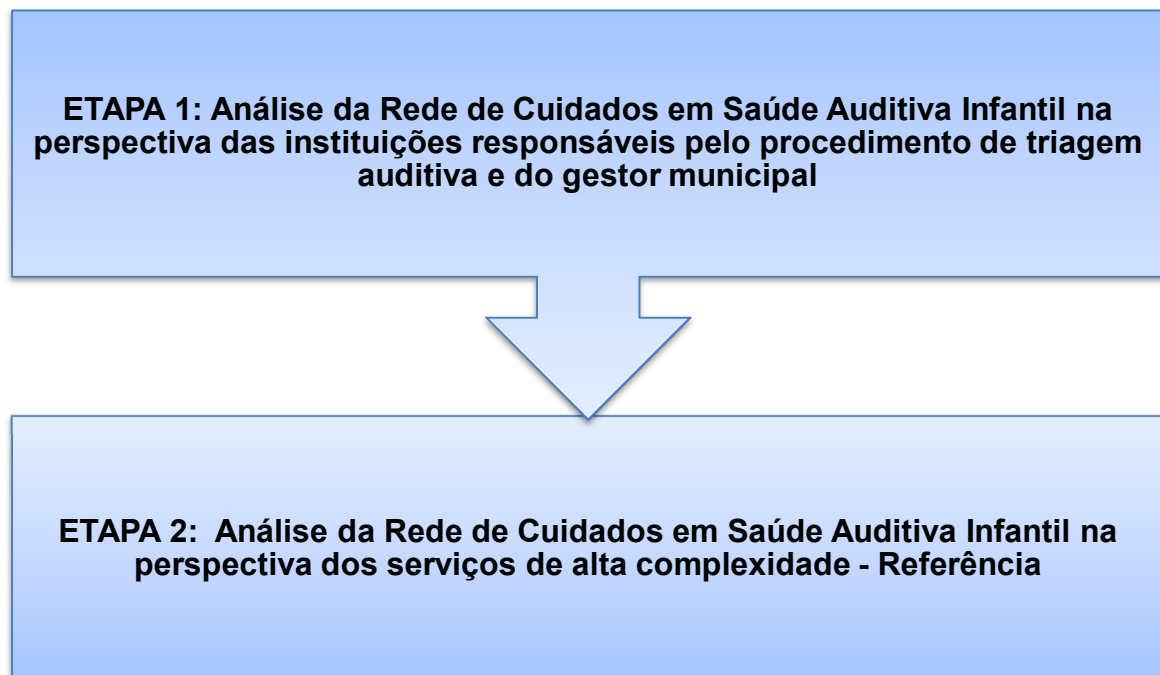
4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa e transversal por meio de um estudo de caso, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP), município de Bauru. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisas em seres humanos da Instituição (CAAE: 79085617.8.0000.5417).

4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A fim de responder aos objetivos propostos, a presente pesquisa foi desenvolvida em duas etapas:



- **ETAPA 1: Análise da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil na perspectiva das instituições responsáveis pelo procedimento de triagem auditiva e do gestor municipal**

Para um melhor conhecimento dos estabelecimentos de saúde pertencentes à região do DRS VI, realizou-se uma busca pelo site do CNES com o intuito de identificar as instituições responsáveis pela TAN e serviços de saúde.

Para tal, com o auxílio do DRS VI que encaminhou, via e-mail, o acesso aos questionários digitais elaborados para o presente estudo, para 28 maternidades e para as 68 Secretarias Municipais de Saúde da região do DRS VI.

A fim de compreender a organização da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil, os questionários tiveram como foco primário apresentar um panorama de como os estabelecimentos, gestores e/ou secretários estão se constituindo para a efetiva aplicação da Lei Federal que versa a obrigatoriedade da realização da TAN em todos nascidos vivos no território brasileiro.

Os questionários digitais foram aplicados utilizando a ferramenta Google Formulários®, que compreende um pacote de aplicativos gratuito que permite a elaboração de questionários e outros arquivos digitalmente e é disponibilizado no endereço <docs.google.com/forms>.

Para os estabelecimentos maternidade, denominado de Grupo 1, foi enviado o link do site para o acesso ao conteúdo <<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfan9n0OUvdrK32EICnNmZb7DdRq7BfKOWCcHqbDL2VZtnItA/viewform>>, constando:

- 1) Carta convite e Questionário aos coordenadores ou responsáveis da maternidade (APÊNDICE A);
- 2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Maternidade (APÊNDICE B).

Para as Secretarias Municipais de Saúde, denominado de Grupo 2, o link foi <<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc37XhbWxN02oW6b3TRFEvaQTa3bBikcg2e7TNW-iXLPXSK1g/viewform>>, constando:

- 1) Carta convite e Questionário aos coordenadores ou responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE C);
- 2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE D).

Conforme o grupo, os questionários tinham o objetivo de analisar os seguintes aspectos:

Maternidade (Grupo 1)	Secretarias Municipais de Saúde (Grupo 2)
<ul style="list-style-type: none">• Perfil da Instituição;• Análise do Programa de Triagem Auditiva;• Ações voltadas a ausência de Programa de Triagem Auditiva Neonatal.	<ul style="list-style-type: none">• Perfil do município;• Informações sobre ações voltada à audição em diferentes faixas etárias:<ul style="list-style-type: none">• 0 a 1 mês;• > 1 mês a 3 anos.

● **ETAPA 2 - Análise da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil na perspectiva dos serviços de alta complexidade – Referência.**

No escopo de compreender como se organiza a Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil no que se refere ao atendimento de crianças de 0 a 3 anos de idade, foram analisados o fluxo de agendamento de dois serviços de saúde auditiva, os quais são referência para o DRS VI no atendimento voltado à deficiência auditiva, sendo eles, Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (CF/FOB) e a Divisão de Saúde Auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (DSA/HRAC), ambos pertencentes à USP, campus Bauru.

Ambos os serviços, sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, são habilitados para prestar atenção à saúde auditiva em nível de alta complexidade desde os anos de 2005 e 1985, respectivamente. Para tanto, os serviços contam com equipes formadas pelo médico otorrinolaringologista,

fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, além de toda a estrutura administrativa para o atendimento aos usuários.

De acordo com determinação do DRS VI, para a faixa etária de 0 a 3 anos, a CF/FOB é o Serviço de Referência para encaminhamento dos RN que apresentaram resultado falha na TAN, encaminhados por maternidade. Por outro lado, a DSA/HRAC é o Serviço de Referência para encaminhamentos de qualquer natureza, exceto àqueles oriundos de maternidade. Ambos os serviços foram inseridos para disponibilizar vagas de atendimento no sistema CROSS, em agosto de 2017, sendo assim, o período de análise determinado foi de agosto de 2017 a dezembro de 2018 (<cross.saude.sp.gpv.br>). As vagas ofertadas são reguladas pelo DRS VI, ou seja, são distribuídas às unidades solicitantes, de acordo com a necessidade de cada município.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram extraídos e transportados para planilha Excel, para posterior análise descritiva.

Foi realizada análise estatística descritiva, por meio da frequência absoluta e frequência relativa (porcentagem) para cada variável estudada.

As variáveis analisadas em cada serviço foram:

Clínica de Fonoaudiologia FOB/USP	Divisão Saúde Auditiva HRAC/USP
<ul style="list-style-type: none">• Fluxo de agendamento;• Taxa de absenteísmo;• Idade dos recém-nascidos, na data da consulta, encaminhados por falha na TAN;• Idade dos recém-nascidos, na data da consulta, encaminhados para PEATE devido IRDA;• Diagnóstico audiológico no que se refere a idade, tipo e grau da perda auditiva.	<ul style="list-style-type: none">• Fluxo de agendamento;• Taxa de absenteísmo.

A análise do Sistema CROSS na DSA/HRAC teve como objetivo verificar a exequibilidade da rede estruturada pelo DRS VI voltada à triagem auditiva neonatal. Neste contexto, o serviço de referência para as maternidades é a CF/FOB, ou seja, a DSA/HRAC, a princípio, não deveria ter no sistema CROSS crianças referenciadas por maternidades. Para tanto, os dados verificados foram fluxo de agendamento e taxa de absenteísmo.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados encontrados no estudo de acordo com as etapas apresentadas anteriormente.

- **ETAPA 1 - Análise da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil na perspectiva das instituições responsáveis pelo procedimento de triagem auditiva e do gestor municipal.**

Do total de questionários, 28 enviados às maternidades e 68 para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), obteve-se retorno de quatro maternidades (14%) e sete (10%) de SMS.

Com relação às respostas apresentadas pelas maternidades, observou-se que 100% dos questionários foram respondidos por fonoaudiólogos. Em relação ao tipo de gestão, 40% das maternidades eram públicas e 60% com gestão mista - público e com saúde suplementar (privado e planos de saúde), com média de 40 a 300 nascimentos/mês. Com relação à renda familiar da gestante, 75% dos profissionais que responderam referiram não ter acesso a esta informação e 25% referiram que a renda familiar é considerada baixa (até três salários mínimos). Das maternidades que responderam os questionários, todas apresentavam programa de TAN. A fim de manter o sigilo, as maternidades serão denominadas de A, B, C e D, com os dados apresentados nos Quadros 1 e 2.

50 Resultados

Quadro 1 – Descrição do protocolo utilizado para a realização da triagem auditiva neonatal de acordo com cada maternidade.

Maternidade	Identificação de risco	Protocolo de TAN para RN sem IRDA	Protocolo de TAN para RN com IRDA	Conduta após resultado FALHA na TAN	Conduta após resultado PASSA com IRDA	Orientação sobre resultados e condutas da TAN
A	Diretrizes TAN, 2012	EOE teste e reteste	Não respondeu	2º Reteste	Encaminhamento para PEATE	Fonoaudiólogo; pediatra
B	Diretrizes TAN, 2012	EOE teste e reteste 2º. reteste PEATE	PEATE somente etapa teste	Encaminhamento via CROSS	Orientação e monitoramento 7-12 meses	Fonoaudiólogo
C	JCIH, 2007	EOE teste e reteste	Teste com EOE e reteste após 30 dias	Encaminhamento para PEATE	2º Reteste em 30 dias; orientação. Encaminhamento para PEATE	Fonoaudiólogo
D	COMUSA, 2010	Não respondeu	Não respondeu	2º Reteste após 15 dias	Encaminhamento para PEATE	Fonoaudiólogo

Legenda: TAN: Triagem Auditiva Neonatal; RN: recém-nascido; IRDA: Indicador de Risco para Deficiência Auditiva; EOE: Emissões Otoacústicas Evocadas; PEATE: Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico; CROSS: Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde; JCIH: Joint Committee of Infant Hearing; COMUSA: Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva.

Quadro 2 – Ações assumidas nas evasões observadas durante as etapas da triagem auditiva neonatal, de acordo com cada maternidade.

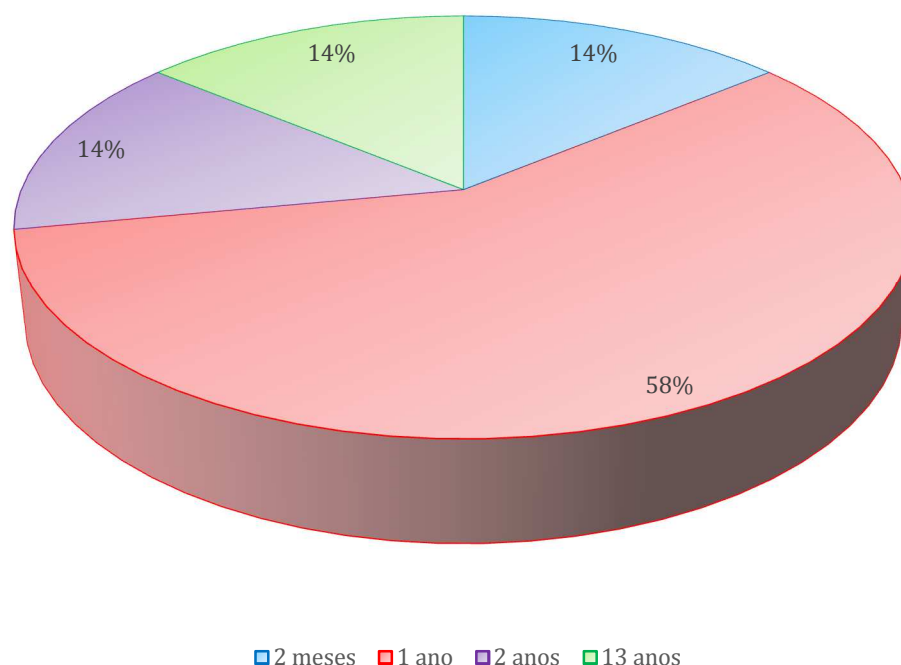
Maternidade	Ações quando não realizada TAN antes da alta	Ações quando não realiza reteste TAN	Controle dos RN que FALHARAM	Agendamento CROSS	Problemas de vagas	Banco de dados
A	Orientação fornecida pela fonoaudióloga	Contato telefônico	Não	Não	Não	Não
B	Orientação na alta hospitalar	Contato telefônico; otimização no agendamento	Sim	Sim	Não	Sim
C	Orientação fornecida pela fonoaudióloga; contato telefônico, Serviço Social	Contato telefônico; informações fornecidas pela fonoaudióloga; Serviço Social	Sim	Sim	Não	Sim
D	Orientação fornecida pela fonoaudióloga	Contato telefônico; informações fornecidas pela fonoaudióloga	Sim	Sim	Não	Sim

Legenda: TAN: Triagem Auditiva Neonatal; RN: recém-nascido; CROSS: Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

Referente aos gestores que responderam ao questionário, 100% tinham formação em nível superior nas diferentes áreas da saúde, sendo 43% enfermeiros; 14% fonoaudiólogos; 14% psicólogos; 14% assistentes social e 14% formação em gestão pública.

Em relação ao período da atual gestão, podemos visualizar no Gráfico 1 a ampla variabilidade de tempo, de dois meses a 13 anos no cargo.

Gráfico 1 – Distribuição do tempo de atuação no cargo de gestor da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com os profissionais responsáveis pelo preenchimento do questionário.



Do total de municípios, constatou-se que 86% responderam que possuíam o programa de TAN na maternidade como ação voltada à audição e 14% responderam que a atenção do RN nesta faixa etária é realizada no município vizinho, contudo não há informações sobre o auxílio à família.

No que se refere às UBS e aos cuidados específicos para audição na criança (1 mês a 3 anos de idade), destaca-se que 71% responderam que as ações estão voltadas às orientações à família, estimulação de fala e linguagem, assim como, o encaminhamento ao serviço de referência para avaliação audiológica na presença de queixa ou observação de dificuldade da audição. Os demais 29% dos gestores

justificaram que não realizam nenhuma ação voltada à audição na criança porque não contam com profissionais especializados ou equipamentos para avaliação audiológica.

A pergunta no formato aberta não foi respondida na totalidade, entretanto de forma complementar, um dos gestores da SMS destacou ações voltadas aos cuidados da saúde auditiva, que será transcrita a seguir:

“Também realizamos dentro das ações do PSE o rastreamento das crianças entre quatro e sete anos sobre a saúde auditiva em parceria com as secretarias da educação e AME”.

- **ETAPA 2 - Análise da Rede de Cuidados em Saúde Auditiva Infantil na perspectiva dos serviços de alta complexidade – Referência.**

A análise a seguir será apresentada com o intuito de compreender o fluxo de agendamento para as duas unidades de atendimentos.

Clínica de Fonoaudiologia

No período de análise, agosto de 2017 a dezembro de 2018, 16 instituições referenciaram para procedimentos de avaliação audiológica.

A figura 4 apresenta os municípios de origem das crianças encaminhadas, para a CF/FOB, pertencentes ao DRS VI.

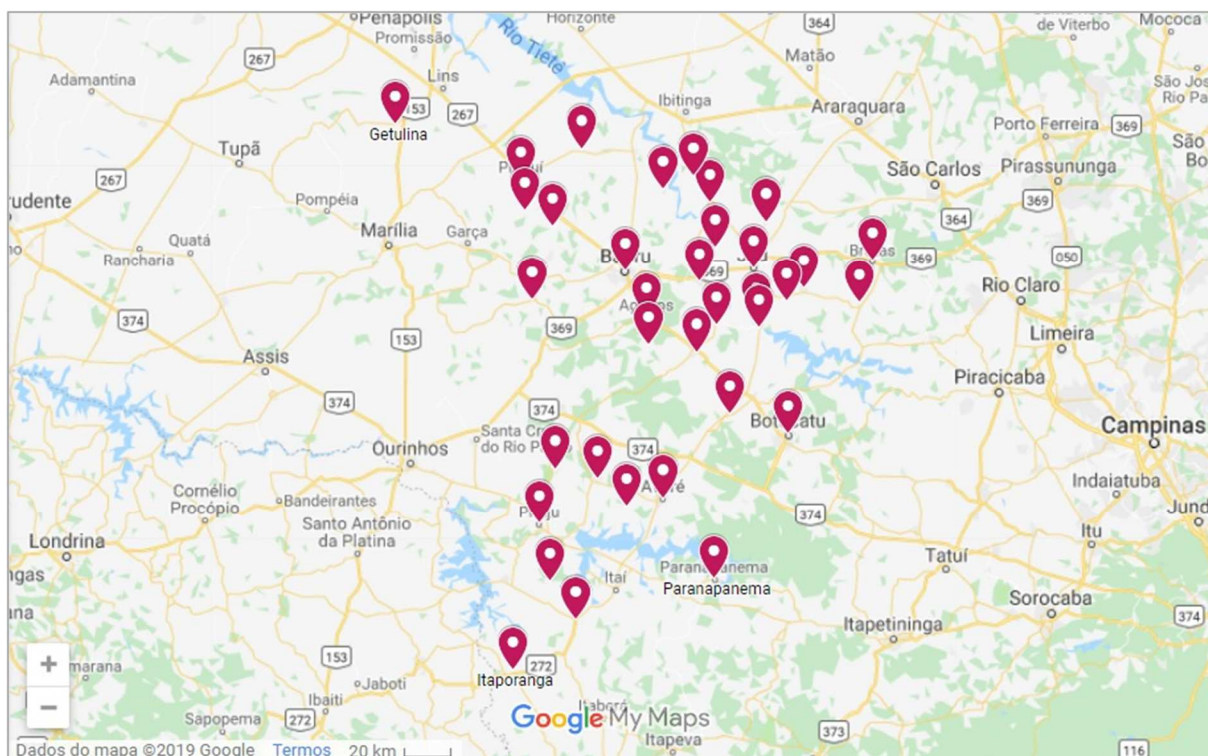


Figura 4: Distribuição dos municípios de origem das crianças encaminhadas para a Clínica de Fonoaudiologia (n=35), pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI.

Ao analisar o perfil das instituições responsáveis pelo encaminhamento à CF/FOB foram observadas 11 (69%) maternidades e cinco (31%) SMS. Com o objetivo de compreender o fluxo de agendamento, analisou-se aspectos como:

- 1) Comparecimento das crianças encaminhadas, de acordo com as instituições solicitantes (Gráfico 2);
- 2) Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas devido resultado falha na Triagem Auditiva Neonatal, de acordo com as instituições solicitantes (Gráfico 3);
- 3) Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas para realização do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, devido ao Indicador de Risco para Deficiência Auditiva, de acordo com as instituições solicitantes (Gráfico 4);
- 4) Distribuição dos agendamentos no período analisado (mensal), de acordo com as instituições solicitantes (Gráfico 5);

- 5) Distribuição das crianças de acordo com o motivo do encaminhamento para o serviço de referência, considerando as instituições solicitantes (Gráfico 6);
- 6) Distribuição da conclusão do diagnóstico audiológico por motivo de falha na Triagem Auditiva Neonatal, de acordo com a instituições solicitantes (Gráfico 7);
- 7) Distribuição das crianças com diagnóstico audiológico de perda auditiva sensorial ou neural, de acordo com a idade na conclusão do diagnóstico audiológico (Gráfico 8).

Gráfico 2 - Comparecimento das crianças encaminhadas, de acordo com as instituições solicitantes.

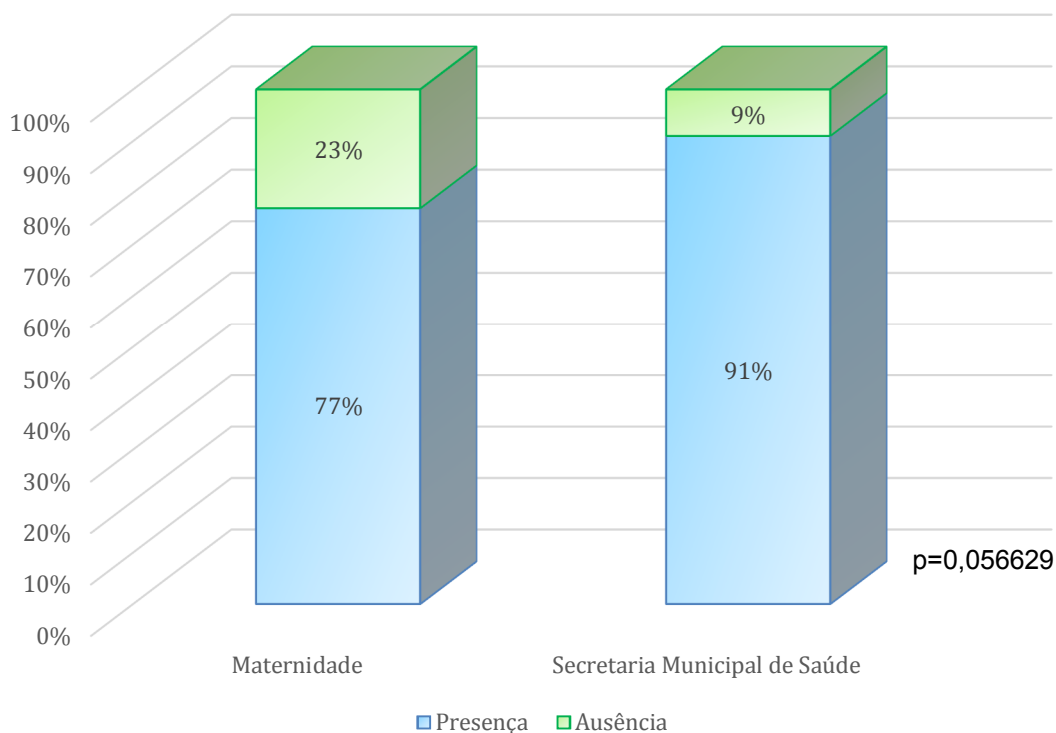


Gráfico 3 – Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas devido resultado falha na Triagem Auditiva Neonatal, de acordo com as instituições solicitantes.

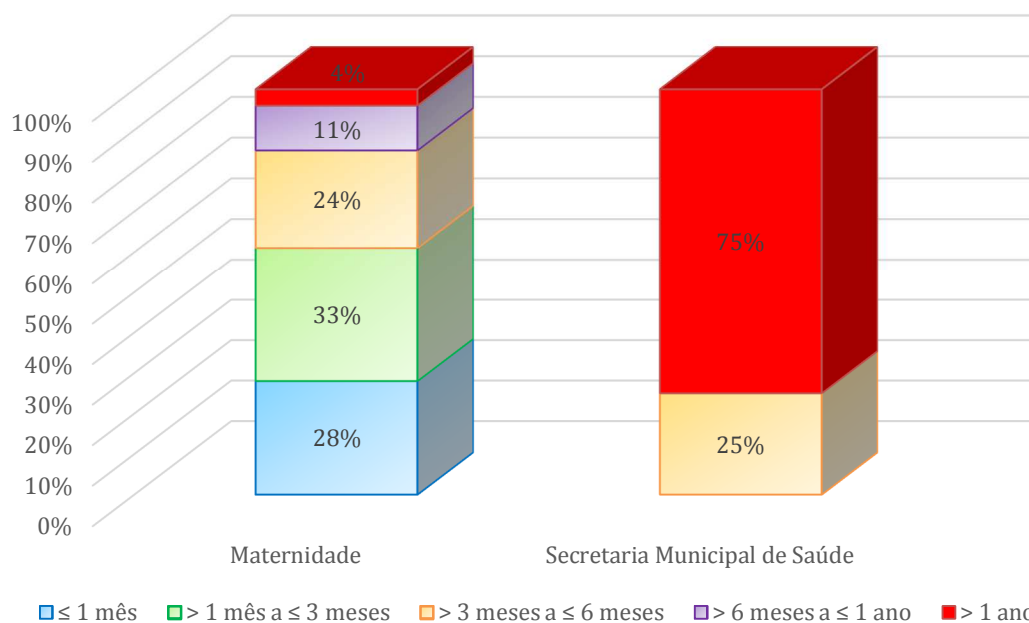
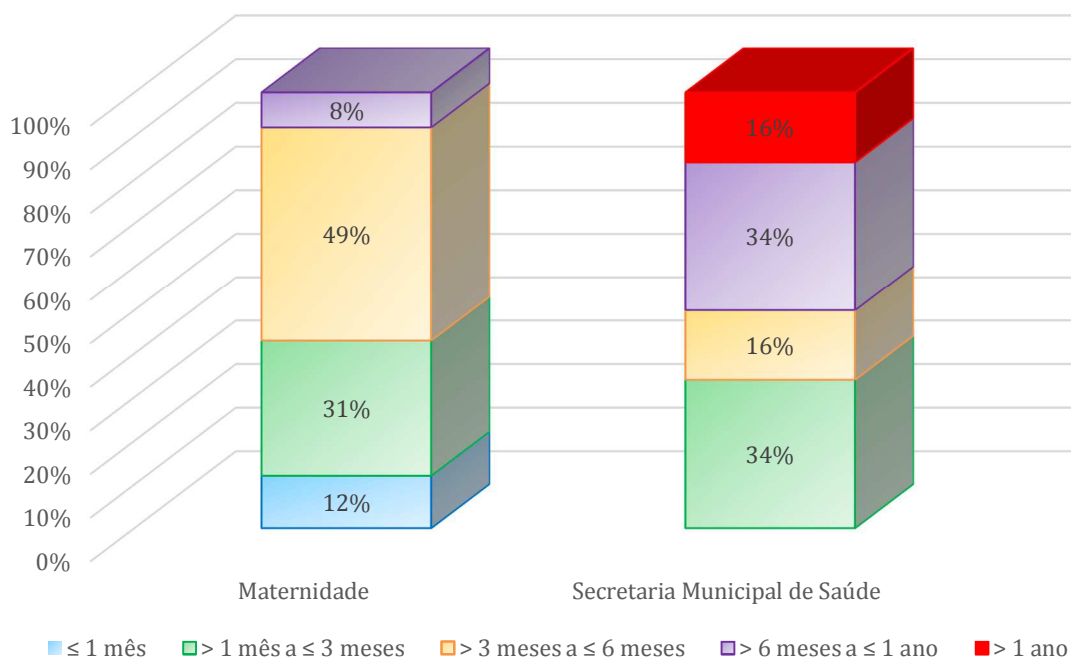


Gráfico 4 – Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas para realização do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, devido ao Indicador de Risco para Deficiência Auditiva, de acordo com as instituições solicitantes.



56 Resultados

Gráfico 5 – Distribuição dos agendamentos no período (mensal), de acordo com as instituições solicitantes.

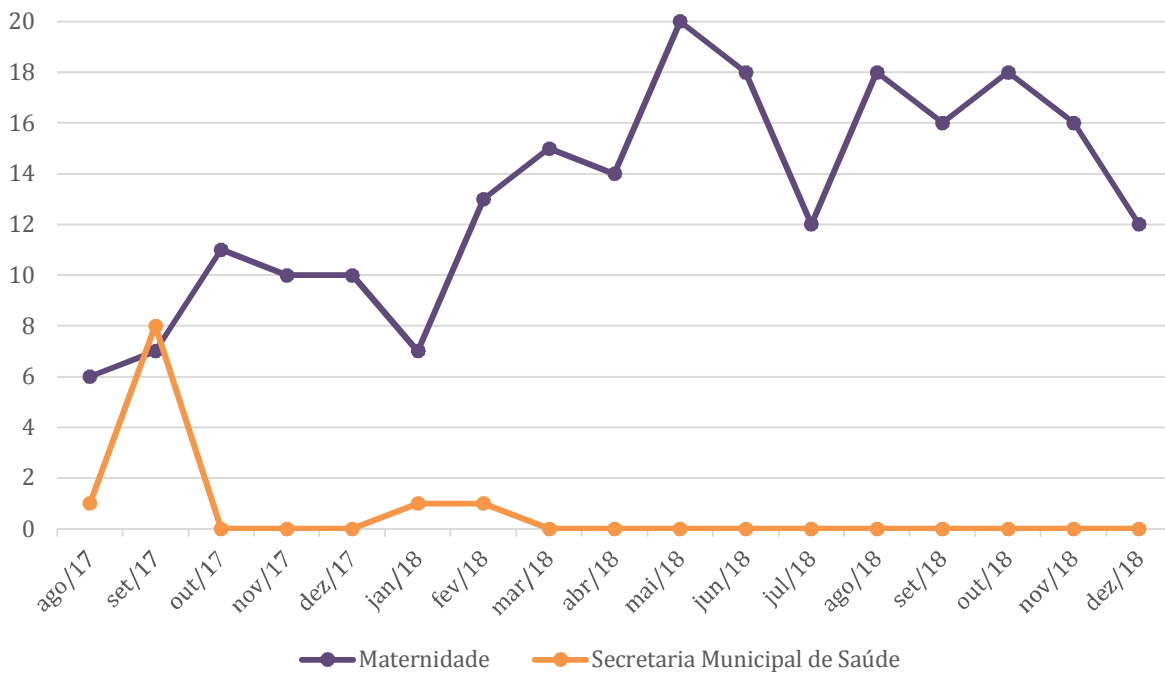


Gráfico 6 – Distribuição das crianças de acordo com o motivo do encaminhamento para o serviço de referência, considerando as instituições solicitantes.

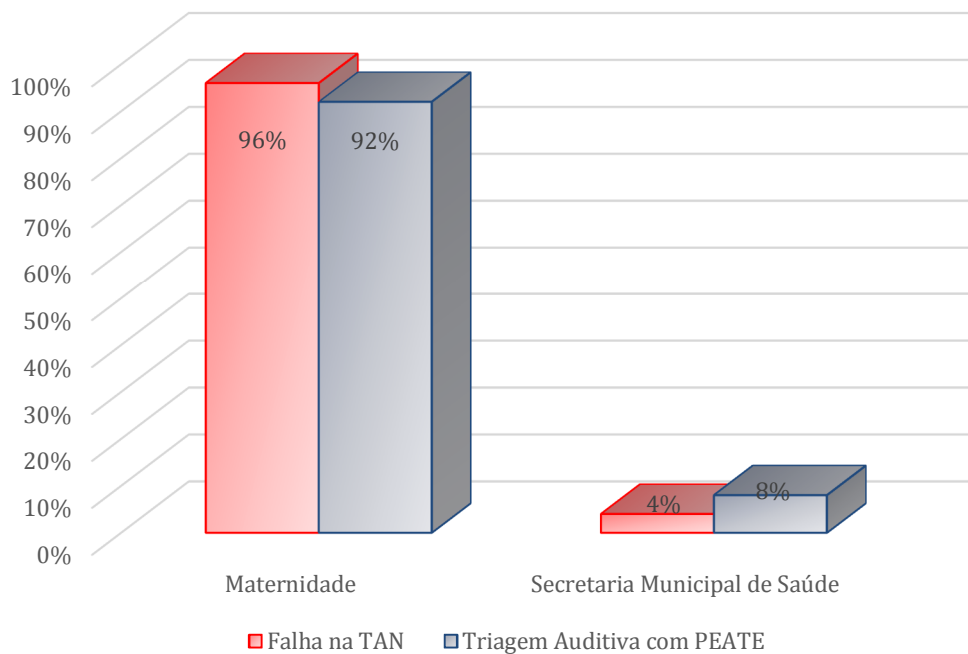


Gráfico 7 – Distribuição da conclusão do diagnóstico audiológico por motivo de falha na Triagem Auditiva Neonatal, de acordo com as instituições solicitantes.

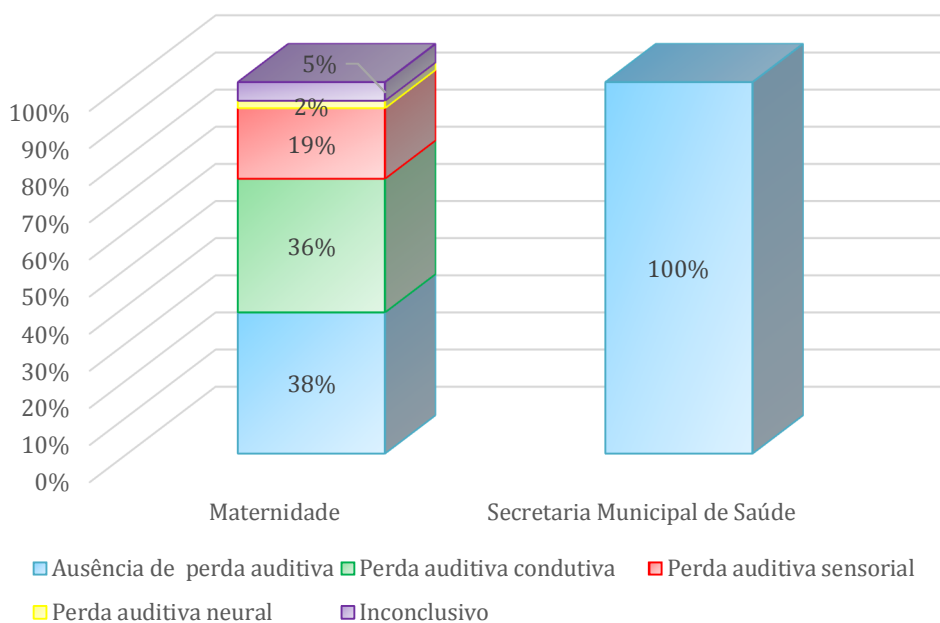
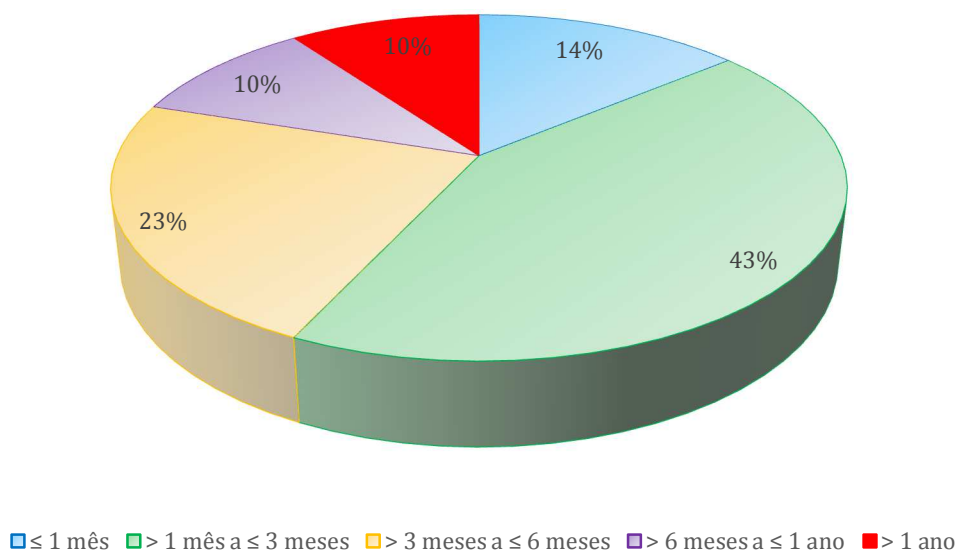


Gráfico 8 – Distribuição das crianças com diagnóstico audiológico de perda auditiva sensorial ou neural, de acordo com a idade na conclusão diagnóstica.



Divisão de Saúde Auditiva

No período de análise, agosto de 2017 a dezembro de 2018, 23 instituições referenciaram para procedimentos de avaliação audiológica. A figura 5 apresenta os municípios de origem das crianças encaminhadas para a DSA/HRAC.

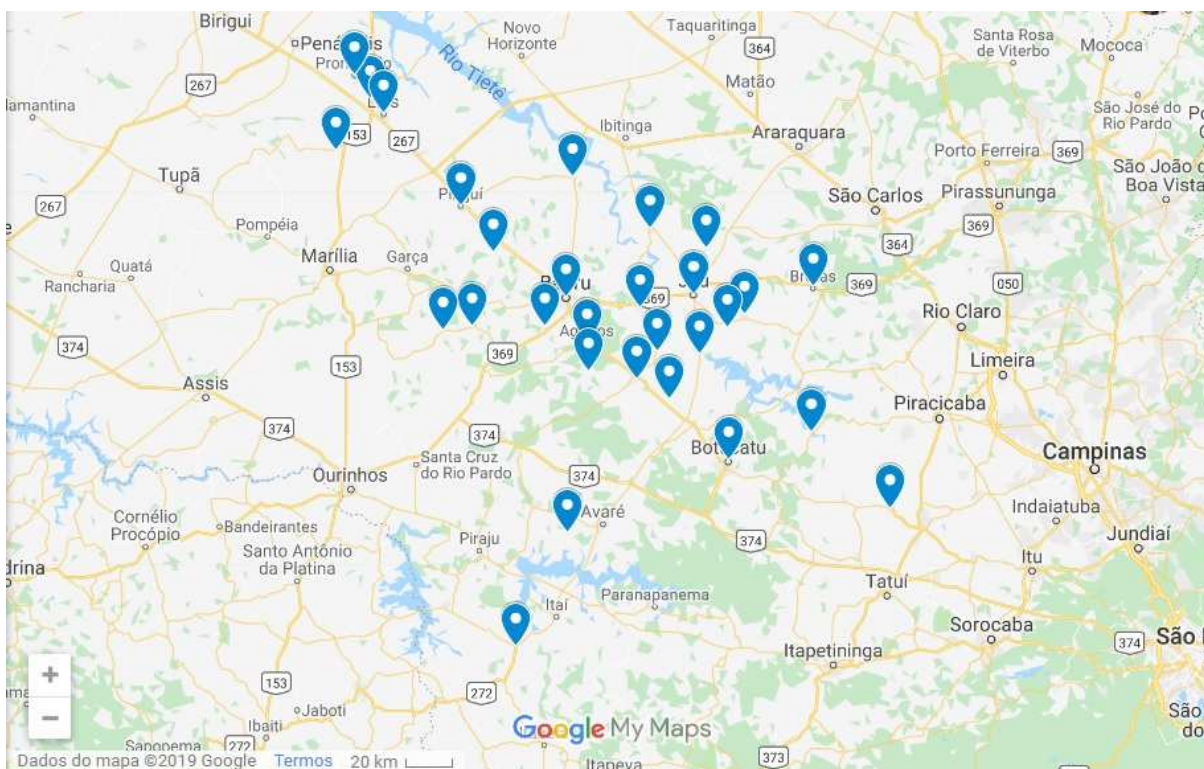


Figura 5 - Distribuição dos municípios de origem das crianças encaminhadas para a Divisão de Saúde Auditiva (n=29), pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI.

Ao analisar as instituições responsáveis pelo encaminhamento constatou-se que 19 (83%) são referentes à SMS; três (13%) Centro de Especialidade, sob gestão estadual e um (4%) Hospital. Com o objetivo de compreender o fluxo de agendamento, analisou-se aspectos como:

- 1) Comparecimento das crianças encaminhadas, de acordo com as instituições solicitantes (Gráfico 9);
- 2) Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas para avaliação audiológica, de acordo com as instituições solicitantes (Gráfico 10);

Gráfico 9 – Comparecimento das crianças encaminhadas, de acordo com as instituições solicitantes.

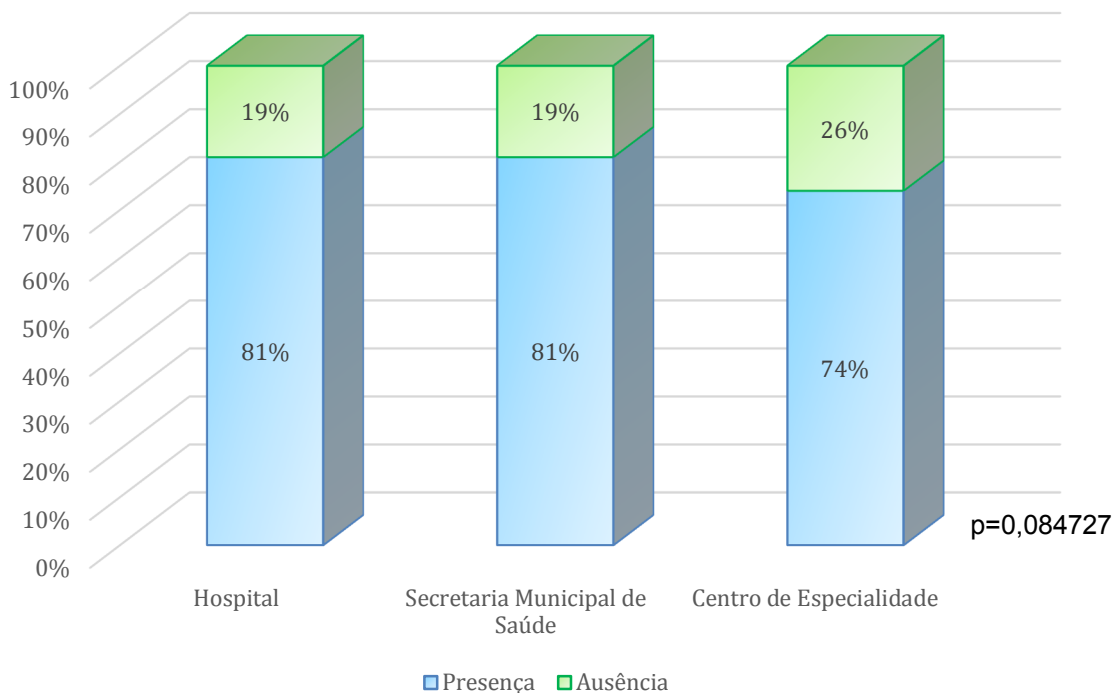
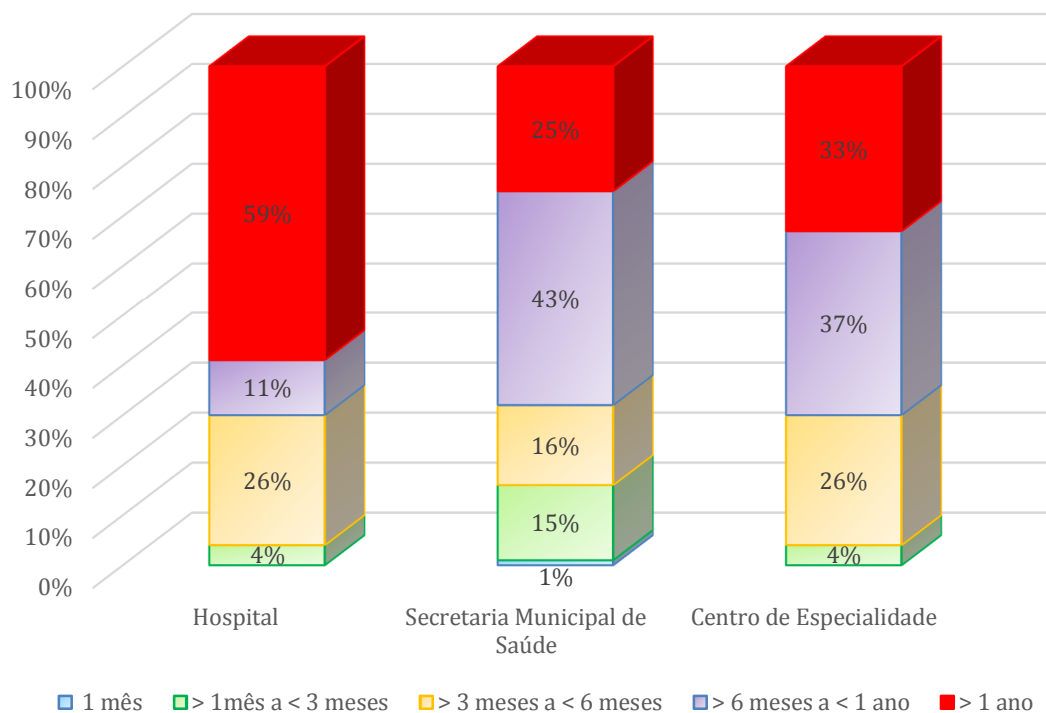


Gráfico 10 – Distribuição por idade, na data da consulta, das crianças encaminhadas para avaliação audiológica, de acordo com as instituições solicitantes.



Ao considerar os dois serviços de referência em saúde auditiva (CF/FOB e DSA/HRAC), analisou-se, baseado no município de origem das crianças, se todos os 68 municípios pertencentes ao DRS VI tinham ações voltadas à saúde auditiva.

A figura 6 apresenta os municípios de origem das crianças encaminhadas para os dois serviços de referência.

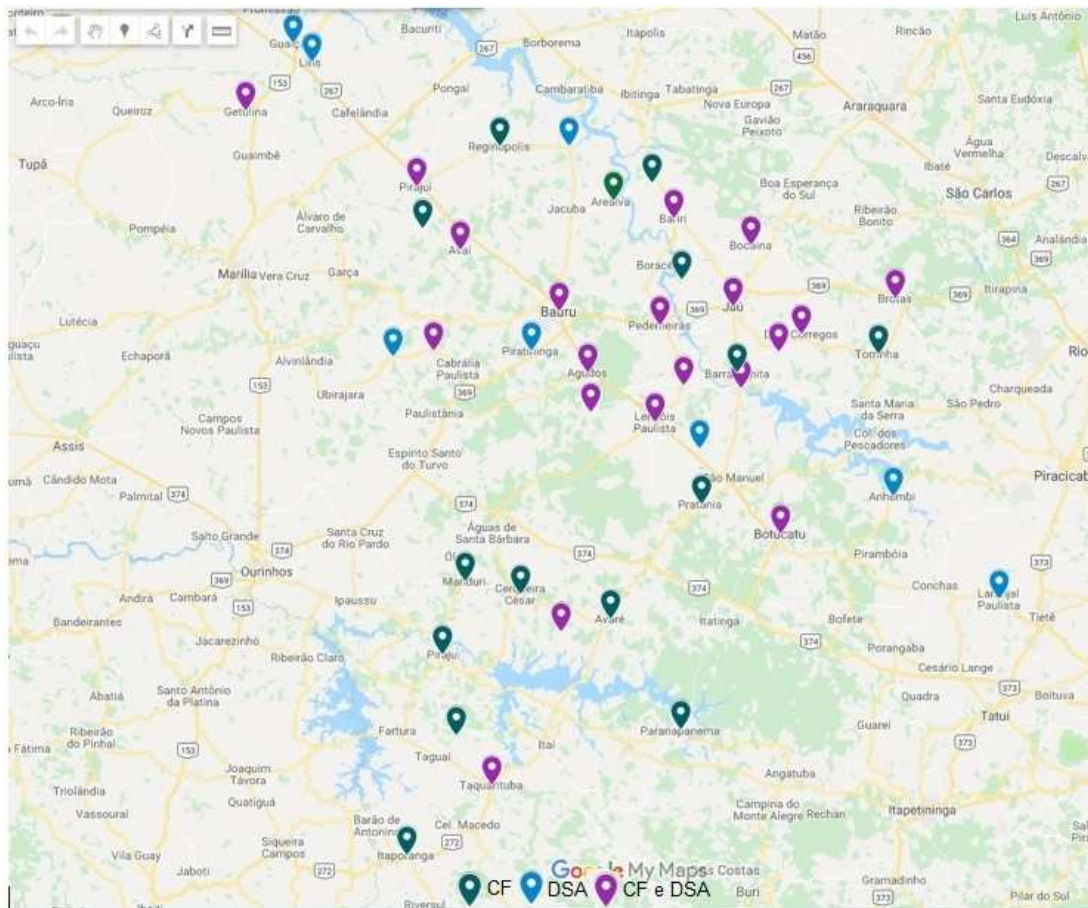


Figura 6 - Distribuição dos municípios de origem das crianças encaminhadas para a Clínica de Fonoaudiologia e/ou Divisão de Saúde Auditiva (n=44), pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI.

É possível constatar que, 44 (65%) dos municípios encaminharam para avaliação audiológica para um dos dois serviços e para 24 (35%), não houve registro de crianças encaminhadas.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Compreender as circunstâncias de ações acerca da saúde auditiva infantil na região do DRS VI, no que se refere as etapas da TAN e diagnóstico audiológico, possibilitou identificar como a Rede de Cuidados à Saúde Auditiva Infantil está estruturada no atendimento voltado às crianças na faixa etária de 0 a 3 anos, principalmente no que tange ao acesso à assistência por esta população.

Com a utilização de ferramentas, como questionários, pôde-se identificar o perfil institucional das maternidades e o ponto de vista dos gestores em relação à saúde auditiva, com o intuito de conhecer as facilidades e dificuldades no atendimento e encaminhamento, quando necessário.

Neste estudo, a taxa de retorno das respostas, 14% das maternidades e 10% das SMS, revelou a dificuldade no acesso às informações e baixa adesão de participação corroborando com estudo de Theunissen e Swanepoel (2008). Uma possibilidade para baixa participação pode estar relacionada ao acúmulo de tarefas dos profissionais envolvidos, burocratização dos serviços ou falta de compreensão sobre a importância da participação neste tipo de estudo.

Ainda assim, os dados obtidos, por meio da análise dos questionários, nos trouxeram reflexões interessantes acerca das etapas da TAN e ações voltadas aos cuidados na audição, ao considerar a visão dos gestores.

No que se refere ao perfil das maternidades observou-se que, em relação ao tipo de gestão, 40% era exclusivamente pública e 60% público e privado, isto é, um sistema que envolve a operação de planos ou seguros de saúde. Embora a Constituição brasileira garanta acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, ainda se faz necessário o subsídio da saúde suplementar no contexto do SUS, uma vez que ainda há um subfinanciamento do SUS para os serviços públicos, não suprindo, assim, à assistência necessária para demanda existente.

A região do DRS VI, composta por 68 municípios, apresenta extensão territorial e populacional bem diversa, diante disso, torna-se plausível a variabilidade de nascimentos mensal relatada neste estudo, entre 40 a 300 por mês. Vale ressaltar

que a maternidade com maior número de nascimento/mês é referência na região, em gestação de risco, sendo exclusivamente pública.

Diante da obrigatoriedade em que as maternidades nacionais devem cumprir a Lei Federal, que obriga a realização das EOE em todos os RN, pode ser viável os gestores assumirem parcerias com municípios vizinhos, minimizando os custos em manter profissional e estrutura para atender à exigência federal.

Com relação à renda familiar da gestante, observou-se que a maioria das equipes que realizam a TAN (75%) não tinham acesso à esta informação. É possível supor que esta situação pode influenciar nos processos de ajustes e aperfeiçoamento ao atendimento, uma vez que conhecer o perfil das famílias contribui para melhorar a dinâmica e logística de Programas de Saúde Auditiva (KEMP et al., 2015). Dentre os que responderam, 25% referiram renda familiar de até três salários mínimos. Estudos mostraram que população com nível socioeconômico mais baixo tende a apresentar menor assiduidade por desconhecer informações das causas, sintomas e o impacto da perda auditiva sobre o desenvolvimento global das crianças (ONODA; AZEVEDO; SANTOS, 2011).

Aspectos socioeconômicos são fatores que interferem na saúde e relação mãe-filho e, por isso, devem ser considerados nos programas de TAN. As informações socioeconômicas nos trazem dados sobre ações de gestão, assistência e ensino na área de saúde (KEMP et al., 2015).

Com relação ao protocolo, a recomendação internacional para a realização da TAN é a utilização de EOE e/ou PEATE. Desta forma, cada país pode adotar normas e criar protocolos coerentes que atendam às necessidades e possibilidades regionais e orçamentarias (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007).

O quadro 1 apresenta a maneira como as etapas da TAN são conduzidas, o que permitiu verificar uma provável adaptação das recomendações nacionais e internacionais por cada estabelecimento, com o objetivo de cumprir a obrigatoriedade de realizar a TAN (BRASIL, 2010; LEWIS, 2010; BRASIL, 2012b; JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007).

Este achado está condizente com o descrito na literatura, pois a maioria dos estudos apresenta protocolos de TAN adaptados de acordo com a realidade das maternidades, porém sem perder os princípios apresentados pelas recomendações nacionais e internacionais. Por outro lado, diferentes protocolos dificultam a discussão comparativa dos resultados obtidos entre os estudos.

É importante ressaltar que esta situação também foi observada quando comparado aos estudos que tinham como objetivo apresentar os programas de TAN desenvolvidos nos diversos países. Os protocolos variavam com relação à idade do RN na primeira fase e o uso de múltiplos testes com repetição das EOE ou uso do PEATE realizado naqueles que falham na fase inicial (ONODA; AZEVEDO; SANTOS, 2011; ANGRISANI, et al., 2012; BRASIL, 2012b; CÔRTEZ-ANDRADE, BENTO e LEWIS, 2013; RODRIGUES et al., 2016; BERRETINI et al., 2017; WROBLEWSKA-SENIUK et al., 2018; BOUILLOT; VERCHERAT e DURAND, 2019).

De maneira geral constatou-se que, todas as maternidades executam a TAN com os procedimentos recomendados, EOE e/ou PEATE, contudo, a maioria utiliza as EOE como único procedimento, independente da presença de IRDA. Neste sentido, é importante que cada instituição assuma as próprias limitações e fragilidades do protocolo utilizado, a fim de propor ações para que todas as crianças tenham acesso ao diagnóstico da perda auditiva na idade ideal. Na situação da TANU apenas com EOE, na presença de IRDA, julga-se essencial que tais crianças devam ter o acompanhamento do desenvolvimento da audição e linguagem nos serviços de atenção básica. Neste caso, enfatiza-se a necessidade de formação dos agentes comunitários que atuam em programas como Estratégia de Saúde da Família.

É de fundamental importância a existência de um sistema de Tecnologia da Informação que permita arquivar, transmitir e acessar com segurança os dados do programa e conseqüentemente ter um controle de indicadores de qualidade como: cobertura da TAN, índice de reteste, encaminhamentos ao diagnóstico, dentre outros (LEWIS, 2010; BRASIL, 2012; VOS et al., 2018; MOLINI et al., 2016). Em nosso estudo, das quatro maternidades que responderam ao questionário, uma não possui banco de dados próprio, assim como não está inserida no sistema CROSS.

Tal condição é preocupante, pois é como se o programa não existisse no contexto hospitalar. Esta não é uma situação pontual, visto que foram encontrados outros estudos que justificaram a ausência de banco de dados no início da implantação de programas, porém com perspectiva de inserir na rotina, mas isto não diminui a responsabilidade desta situação inadequada (BOTELHO et al., 2010a; LIMA et al., 2015). Em contrapartida, outros estudos descreveram que o banco de dados existente no programa deve ser aprimorado, a fim de que as informações possam ser compartilhadas entre os profissionais que atuam diretamente na rede de cuidado infantil. Esta proposta facilitaria a troca de informações entre os membros da equipe, com aumento da possibilidade do controle destas crianças, principalmente para evitar evasão no processo de identificação da perda auditiva (THEUNISSEN e SWANEPOEL, 2008; GIUNTINI et al., 2016; BUSH et al., 2017).

Com relação a permanência no cargo, observou-se que a maioria deles ocupa função há 1 ano ou menos. O *turnover* comum nas instituições da área da saúde pode comprometer os processos que compõem uma rede de cuidado em saúde. Pesquisas na área ainda destacaram que a rotatividade em cargos de gestão compromete o andamento do serviço e o aprendizado institucional, pois acredita-se que o novo gestor necessita de tempo e pode encontrar dificuldades para se adequar, conhecer a rede e até mesmo propor melhorias (SANTOS e GIOVANELLA, 2014; LORENZETTI et al., 2014; SCHILLO e LACERDA, 2015).

A atuação do gestor, no âmbito da saúde, é complexa e instável, complexa no sentido de desenvolver habilidades, apreender conhecimentos para lidar com as dificuldades cotidianas de um setor público. A instabilidade relaciona-se com a rotatividade, especificamente, a cada disputa eleitoral (SILVA e ROQUETE, 2013; SANTOS e GIOVANELLA, 2014).

Dos municípios (14%) que responderam aos questionários, constatou-se que 86% realizam a TAN antes da alta hospitalar. Esta ação é recomendada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (BRASIL, 2012b). Estudos mostraram que a realização em ambiente hospitalar favorece maior adesão e melhores taxa de abrangência, entre 90% a 97% (CHAPCHAP e SEGRE 2001; BEVILACQUA et al., 2010; KEMP et al., 2015). Contrariamente, o estudo de Onoda, Azevedo e Santos et

al. (2011) que relatou uma abrangência de 39% e atribuiu a esse fato a falta de recursos humanos, pois a TAN era realizada apenas em dois períodos da semana.

Ao realizar a TAN após alta hospitalar existe uma grande tendência ao absenteísmo, como exposto por Lima et al. (2015), no qual a TAN é realizada no contexto ambulatorial. Os autores observaram a adesão ao programa durante 4 anos e constataram que a taxa se modificou de 32% para 85%, entretanto mesmo com o aumento, manteve-se abaixo da recomendação nacional (BRASIL 2012b).

Os dados da nossa região demonstraram um empenho do setor público em validar as determinações do Ministério da Saúde no que versa a obrigatoriedade da TAN (BRASIL, 2012b). Ressalta-se que, de 10% (sete) que responderam o questionário, a única SMS que negou a realização da TAN justificou que não há ocorrência de nascimento no município.

No que se refere às UBS e aos cuidados específicos para audição da criança (1 mês a 3 anos de idade), os gestores (71%) responderam que as ações estão voltadas às orientações das famílias, estimulação de fala e linguagem e, na presença de queixa ou observação de dificuldade da audição, referenciam a criança para o serviço de referência em saúde auditiva (SIGOLO e LACERDA, 2010; SCHILLO e LOPES, 2015). Sobre este aspecto, observa-se que existe uma compreensão da responsabilidade dos serviços de alta complexidade em saúde auditiva na rede de cuidados da criança, uma vez que devem ser encaminhadas apenas as crianças após avaliação clínica do médico da Unidade Básica de Saúde, frente a suspeita de presença de alteração auditiva.

Para compreender o fluxo de agendamento na perspectiva dos serviços de referência em saúde auditiva, analisou-se, inicialmente, a taxa de absenteísmo, na primeira consulta e observou-se que não há diferença ($p=0,18$) entre os agendados tanto para a CF/FOB ($p=0,56$) e quanto para a DSA/HRAC ($p=0,84$). Pode-se atribuir este fato à utilização da ferramenta CROSS para o agendamento destas crianças, uma vez que este sistema emprega instruções por escrito sobre a data das consultas. Considera-se que este mecanismo diminui o índice de absenteísmo (SOUZA; SERINOLLI, 2017; FERNANDES, 2019).

Entretanto, ainda há famílias que não levam às crianças, mesmo frente a dúvida da normalidade da função auditiva.

A análise apresentou os motivos dos encaminhamentos e resultados das avaliações audiológicas das crianças encaminhadas foi realizado com base dos dados da CF/FOB.

Ressalta-se que mais da metade (61%) dos referenciados devido à falha na TAN, são menores de três meses de idade (gráfico 3), de acordo com os indicadores de qualidade nacionais e internacionais (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007; LEWIS, 2010; BRASIL, 2012; WOOD, SUTTON e DAVIS, 2015). Entretanto, ainda é fato de que, existem crianças que são referenciadas tardiamente, pois 39% (gráfico 3) dos referenciados pela maternidade e 100% dos referenciados pela SMS chegaram a consulta com idade superior a três meses (MOLINI et al., 2016).

Estes dados permitem uma reflexão e questionamento sobre os motivos que justificam crianças que falharam na TAN serem encaminhadas pela SMS e não pela maternidade, uma vez que todas foram agendadas pelo sistema CROSS. A princípio, esta situação cria uma etapa desnecessária no processo e gera um aumento na idade que a criança realiza o primeiro atendimento na instituição, uma vez que, 75% das crianças referenciadas pela SMS tiveram o primeiro agendamento com idade acima de um ano (gráfico 3).

Observou-se que, independentemente do serviço, CF/FOB ou DSA/HRAC, as crianças têm sido encaminhadas para avaliação audiológica com idade inferior a um ano. Esses achados divergem do estudo de Banda et al. (2018) que verificaram que a média da idade das crianças encaminhadas ao ambulatório de audiologia de um hospital público foi de seis anos. Destaca-se diferenças territoriais e orçamentarias entre os dois estudos, reforçando assim a importância do investimento em saúde pública voltada à saúde auditiva.

Diferentemente da CF/FOB que atende RN referenciados de maternidade, a DSA/HRAC atende crianças referenciadas, exclusivamente, de serviços de saúde. Os dados do estudo mostram que esta forma de fluxo da DSA/HRAC, não dificulta o acesso de crianças menores de um ano. Essa tendência na idade precoce do diagnóstico audiológico pode refletir uma maior conscientização da perda auditiva

infantil por parte dos profissionais da atenção básica (DURIEUX-SMITH, FITZPATRICK, WHITTINGHAM, 2008).

Apesar disso, a chegada das crianças para avaliação audiológica tem sido mais precoce, o que pode ser justificado por um olhar mais criterioso de profissionais da área da saúde ao considerarem a queixa familiar ou a suspeita dos próprios profissionais de saúde. Essa tendência na idade precoce do diagnóstico pode refletir uma maior conscientização da perda auditiva infantil por parte dos profissionais da atenção básica (DURIEUX-SMITH, FITZPATRICK, WHITTINGHAM, 2008).

Em contrapartida, existem crianças referenciadas de maternidades por falha da TAN com idade superior a três meses, chegando a 5% de crianças acima de um ano (gráfico 3).

Em relação ao diagnóstico audiológico, constatou-se que, embora as SMS referenciassem RN por falha na TAN em idades superiores as recomendáveis para diagnóstico audiológico precoce, a perda auditiva foi descartada em todos os casos. Contudo, este fato não minimiza a responsabilidade dos programas de TAN em atender-se aos reais motivos que levaram a este atraso. Dos casos encaminhados pela maternidade - por falha da TAN - a perda auditiva foi confirmada em mais da metade (57%), sendo do tipo condutiva (36%), sensorineural (19%) e neural (2%), conforme gráfico 7.

A perda auditiva condutiva nesta idade geralmente não é notada pelas famílias, pois raramente apresenta sintomas e o RN manifesta reações diante do estímulo acústico; entretanto a persistência deste tipo de alteração pode acarretar em prejuízos no processo de aquisição de fala (WROBLEWSKA-SENIUK et al., 2018).

O diagnóstico da perda auditiva condutiva é um fator a ser considerado em crianças que falham na TAN, devido a diversos fatores, desde alteração de orelha média a possíveis malformação de orelha externa e/ou média (WROBLEWSKA-SENIUK et al., 2018). Dentre as crianças diagnosticadas com perda auditiva, observou-se, neste estudo, que a de maior ocorrência foi do tipo condutiva (BEVILACQUA et al., 2010; ANGRISANI et al., 2012; KEMP et al., 2015; BANDA et al., 2018; WROBLEWSKA-SENIUK et al., 2018).

Quanto a perda auditiva neural, os estudos de Botelho et al. (2010a) e Botelho et al. (2010b) apresentaram elevada frequência 46% e 25%, respectivamente; resultados diferentes aos encontrados na presente pesquisa. Os achados destes estudos, podem ser justificados pelo número reduzido da casuística e pelo fato de maior prevalência de hiperbilirrubinemia na população estudada. Em contrapartida, neste estudo, foi observada a ocorrência deste tipo de perda auditiva em 2% dos casos; achados semelhantes com estudo de Angrisani et al. (2012). Entretanto, outros estudos - Chapchap e Segre (2001); Bevilacqua et al. (2010); Kemp et al. (2015); Lima et al. (2015); Wroblewska-Seniuk et al. (2018) - não identificaram presença deste tipo de alteração.

Observou-se no gráfico 7 uma taxa de 5% de evasão dos casos para concluir diagnóstico audiológico, frente a demanda de RN encaminhados para avaliação audiológica, após falha na TAN. Resultados acima dos encontrados por Kemp et al. (2015) e Onoda, Azevedo e Santos (2011), com taxa entre 1% e 0,9%, respectivamente. A evasão ainda é um desafio para os profissionais da audiolgia. Um dos fatores que pode justificar tal afirmação é a dificuldade de acesso, visto que os serviços de saúde auditiva se situam distante do local de nascimento (ONODA; AZEVEDO; SANTOS, 2011; GIUNTINI et al., 2016). Justificativa essa plausível para este estudo, tendo em vista que o serviço de referência situado na cidade de Bauru atende 68 municípios, com distância média de 140 km.

A fim de superar este desafio, espera-se que uma rede de saúde auditiva estruturada possibilite atendimentos de identificação, diagnóstico e intervenção precoce, bem como de orientação e apoio às famílias (LIMA et al., 2015).

No que concerne a perda auditiva sensorineural a literatura traz uma variabilidade de ocorrência. O gráfico 7 apresenta que 19% das crianças possuem este tipo de alteração. Estudos anteriores com RN apontaram diferenças de 0,5% a 3,5% da população diagnosticada (TIENSOLI et al., 2007; BEVILACQUA et al., 2010; ANGRISANI et al. 2012; LIMA et al., 2015; WROBLEWSKA-SENIUK et al. 2018). Em contrapartida, Banda et al. (2018) ao avaliarem crianças referenciadas para um serviço público com idade superior a cinco anos, identificaram 23% de perda auditiva sensorineural. Acredita-se que a discrepância entre os estudos pode

justificar-se devido as causas multifatoriais da perda auditiva, uma vez que neste último estudo as perdas auditivas podem não ser necessariamente congênitas.

Em relação a distribuição dos agendamentos do serviço CF/FOB, observou-se que no decorrer dos meses analisados - de agosto de 2017 a dezembro de 2018 - houve uma constância no número de encaminhamentos referenciados pela maternidade; entretanto, no que se refere às SMS, os encaminhamentos incidiram apenas no início do processo de agendamento via CROSS, conforme os dados apresentados no gráfico 5. Este dado justifica-se, provavelmente, em decorrência dos ajustes realizados pelo sistema de regulação na distribuição de vagas do sistema CROSS logo após sua implantação, agosto de 2017.

Souza e Serinolli (2015) observaram aspectos positivos e favoráveis após inserção do sistema CROSS no serviço de cardiologia, pois os autores relataram que, antes da implantação do sistema, as vagas não eram reguladas e gerava situações desorganizadas.

A saber, destaca-se que as vagas disponíveis são liberadas pelas instituições de referência no sistema CROSS, para que, assim, sejam distribuídas por meio de pactuações com os serviços de saúde de menor complexidade, possibilitando, aos usuários, acesso rápido aos serviços ambulatoriais (SÃO PAULO, 2016).

O gráfico 6 apresenta a distribuição das crianças de acordo com o motivo do encaminhamento - falha na TAN ou solicitação de PEATE devido IRDA - para o serviço da CF/FOB; tais dados demonstram que os programas de TAN, mesmo os que realizam a TAN nas maternidades, referenciam para serviço de alta complexidade crianças com IRDA com o intuito de realizar o PEATE. Este fato ocorre, pois, estas maternidades não possuem equipamento recomendável para a realização da TAN em RN com IRDA, ou seja, o PEATE, como pode ser observado nas respostas ao questionário, Quadro 1

Isso evidencia uma fragilidade nos Programas de TAN, pois enquanto as maternidades cumprem a Lei Federal de realização das EOE em todos os recém-nascidos, quando aplicados os protocolos equivocadamente, os encaminhamentos incham os serviços de alta complexidade, comprometendo assim as vagas destinadas

aos RN com falha na TAN ou por alterações auditivas de início tardio ou adquirida, bem como a chegada precoce daqueles que realmente necessitam.

Como dito anteriormente, crianças com IRDA que não foram submetidas ao procedimento PEATE na maternidade, conforme preconizado pelo protocolo de risco, o acompanhamento dos marcos do desenvolvimento global, linguagem e audição deve ser realizado na rede de atenção básica.

Piza (2014), em uma análise do panorama dos programas de triagem auditiva brasileira, constatou que na Rede de Cuidados da Saúde Auditiva Infantil, infelizmente, não há profissionais suficientes para que a avaliação auditiva seja facilmente realizada. Um contraponto que pode estar relacionado aos encaminhamentos errôneos da rede.

Destaca-se que as perdas auditivas permanentes, do tipo sensorial ou neural, devem ser diagnosticadas o mais precocemente, a fim de garantir o acesso do RN e sua família no processo de (re)habilitação audiológica.

Os resultados apresentados no gráfico 8 apontam que mais da metade (57%) dos RN tiveram o diagnóstico audiológico concluído até os três meses de idade. Estes achados estão em conformidade com as recomendações nacionais e internacionais (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007; SININGER et al., 2009; LEWIS 2010; BRASIL 2012b).

Em contrapartida, estudos relataram que a idade da conclusão diagnóstica com idade inferior a três meses foi possível, apenas, em 11% e 16% nos estudos de Durieux-Smith, Fitzpatrick e Whittingham (2008) e Bevilacqua et al. (2010), respectivamente. Ainda, Vos et al. (2018) referiram que 25% das crianças concluíram o diagnóstico audiológico até os seis meses de idade.

A implantação de programas de TAN tendem a reduzir significativamente a idade da confirmação da perda auditiva e conseqüentemente início da intervenção (WAKE et al 2016; VOS et al., 2018).

Entretanto, salienta-se que dos 43% restantes (gráfico 8), o diagnóstico foi concluído acima de três meses, o que pode acarretar prejuízo no processo de desenvolvimento de linguagem desta criança. Destaca-se, ainda, que a influência do

diagnóstico tardio pode estar diretamente relacionada com a idade em que o RN teve o acesso ao serviço de alta complexidade para o diagnóstico audiológico.

O benefício do diagnóstico precoce pode ser de fato obtido apenas quando ocorre, concomitantemente, a intervenção precoce, visando a promoção da comunicação da criança e desenvolvimento linguístico e cognitivo (GIUNTINI et al., 2016).

Ressalta-se que a influência do diagnóstico tardio pode estar relacionada a idade em que o RN teve o acesso ao serviço de alta complexidade para o diagnóstico audiológico ser concluído.

Observou-se que a maternidade encaminha, exclusivamente, para o serviço da CF/FOB, enquanto os demais serviços - SMS, Hospital e Centro de Especialidades - encaminhavam tanto para CF/FOB quanto para o DSA/HRAC. A figura 6 aponta que os municípios de origem dos usuários podem encaminhar para um ou ambos dos serviços de referência. Nota-se, ainda, que dos 68 municípios pertencentes ao DRS VI, constam de municípios (n=24) que não referenciaram.

Entende-se que o acesso do RN com perda auditiva aos serviços de referência em saúde auditiva, no percurso da alta da maternidade até o diagnóstico audiológico, tornar-se efetivo a medida que o diagnóstico e a reabilitação forem realizados de forma contínua.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Com a análise do Programa de Saúde Auditiva Infantil, nas etapas da triagem auditiva neonatal e diagnóstico audiológico da rede de saúde pública desenvolvido na região do DRS VI, pode-se constatar que existe um fluxo estabelecido entre maternidade e o serviço de referência em saúde auditiva, entretanto, apesar de existir esse agendamento diretamente, observou-se que, ainda, há crianças que chegam tardiamente ao processo de diagnóstico audiológico, mesmo aquelas que apresentam falha na etapa da TAN.

Evidenciou-se que mais da metade das crianças encaminhadas com suspeita de perda auditiva concluiu o diagnóstico audiológico antes dos três meses de idade, possibilitando o início do processo de reabilitação auditiva. Entretanto, ainda, há ações que devem ser reestruturadas para que o acesso seja universal, com integralidade e equidade. Desta forma, os Programas de Saúde Auditiva Infantil devem considerar as normativas e preconizar as recomendações nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

(Formato ABNT)

ANGRISANI, R. M. G. et al. Newborn Hearing Screening with otoacoustic emissions and cochlear-palpebral reflex: sensitivity and specificity study. *Rev. CEFAC*. v. 14, n. 5, p. 844-82, Sep./Oct. 2012.

BANDA, F. M. et al. Hearing Impairment Among Children Referred to a Public Audiology Clinic in Gaborone, Botswana. *Global Pediatric Health*. v. 5, p. 1-8, 2018. 37DOI: 10.1177/2333

BARAKY, L. R. et al. Disabling hearing loss prevalence in Juiz de Fora, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 78, n. 4, p. 52-58, Mar. 2012.

BÉRIA, J. U. et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 381-387, May. 2007.

BERRETTINI, S. et al. Newborn hearing screening protocol in tuscan region. *Italian J Pediatr*, v. 43, n. 82, p. 1-9, Sep. 2017. doi.org/10.1186/s13052-017-0397-1

BEVILACQUA, M. C. et al. Survey of hearing disorders in an urban population in Rondonia, Northern Brazil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 309-415, 2013. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004059.

BEVILACQUA, M. C. et al. The universal newborn hearing screening in Brazil: From identification to intervention. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, [S.l.]: v. 74, n. 5, p. 510-505, Mar. 2010. doi: 10.1016/j.ijporl.2010.02.009.

BOTELHO, F. A. et al. Prevalence of hearing impairment in children at risk. *Braz J Otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 76, n. 6, p. 739-744. Nov/Dec. 2010b. doi.org/10.1590/S1808-86942010000600012

BOTELHO, M. S. N. et al. Newborn hearing screening in the limiar clinic in Porto Velho – Rondônia. *Braz J Otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 76, n. 5, p. 605-610. Sep./out. 2010a. doi.org/10.1590/S1808-86942010000500012

BOUILLOT, L., VERCHERAT, M., DURAND C. Implementing universal newborn hearing screening in the French Rhône-Alpes region. State of affairs in 2016 and the 1st half of 2017. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. v. 117, p. 30-6, Feb. 2019

82 Referências

BRASIL. Decreto DOE no 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Diário Oficial do Estado de São Paulo, Palácio dos Bandeirantes, 28 de dez. 2006. Seção 1, p. 1. Disponível em ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.dezembro.06/iels247/E_DC-51433_281206.pdf

BRASIL. Lei no 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Presidência da República. [Casa Civil]. Brasília, 03 de agosto de 2010a.

BRASIL. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (estatuto da pessoa com deficiência). Presidência da República [Casa Civil]. Brasília, 06 abr. 2015, art. 2º, cap 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3a. ed. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.073 de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. p. 34, 29 de setembro de 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS. Instrutivo Saúde Auditiva. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde- PNASS: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: MS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria no 587 de 07 de outubro de 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva e das outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. p. 105, 11 de outubro, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 32 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 589 de 08 de outubro de 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0589_08_10_2004_rep.html>. 2004b.

BRASIL. Portaria GM/MS no 1.559, de 1º de agosto de 2008. Instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde [Gabinete do Ministro]. Brasília, 01 de ago. 2008.

BUSH, M. L., KAUFMAN, M. R., MCNULTY, B. N. Disparities in Access to Pediatric Hearing Healthcare. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. Lexington, v. 25, n. (5), p. 359–364, Oct 2017. doi:10.1097/MOO. 0000000000000388

CARDOSO, S. Y.; FERREIRA, F. Responsibilities of manager in health services: analysis of scientific production in the period 2001 to 2011. *Rev. adm. saúde*. v. 15, n. 58, p. 2-12, Jan./Mar. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Hearing loss in children, 2016. Summary of Diagnostics Among Infants Not Passing Hearing Screening. Disponível em <<https://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/2016-data/03-detailed-screening-results.html>>. Acesso em: 30 de abr. de 2019.

CHAPCHAP, M.J., SEGRE, C.M. Universal newborn hearing screening and transient evoked otoacoustic emission: new concepts in Brazil. *Scan Audiol Suppl*. 2001; v. 53, p. 33-36.

COMITÊ BRASILEIRO SOBRE PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA (CBPAI). Recomendação 01/99 do Comitê Brasileiro sobre perdas auditivas na infância. *J Cons Fed Fonoaudiol*, Brasília. 2000; v. 5, p. 3-7.

CÔRTEZ-ANDRADE, I.F, BENTO, D.V, LEWIS D.R. Emissões Otoacústicas Evocadas por Estímulo Transiente: protocolos de Triagem Auditiva Neonatal. *Rev. CEFAC*. São Paulo, v. 15, n. 3, May/June 2013.

CROSS. <http://www.cross.saude.sp.gov.br/>, 2019. Informação. Disponível em: <<http://www.cross.saude.sp.gov.br/>>.

CRUZ, M. S. et al. Prevalence of self-reported hearing loss and attributed causes: a

population-based study. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.1123-1131, Maio 2009.

DEFICIÊNCIA Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) • VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR/SNPD, 2013. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_enerico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf>

DURIEUX-SMITH , A., FITZPATRICK, E., WHITTINGHAM , J. Universal newborn hearing screening: a question of evidence. *Int J Audiol*. v. 47, n. 1, p. 1-10, Jan. 2008. doi: 10.1080/14992020701703547

FERNANDES, R. A. Absenteísmo de pacientes na primeira consulta na oncologia cirúrgica do centro de referência da saúde da mulher - Hospital Pérola Byington. 2019. 121 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Nove de Julho, UNINOVE, São Paulo, 2019.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B., OLIVEIRA, D. C., GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140. 2012.

GIUNTINI, G. et al. Early care in children with permanent hearing impairment. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. Pisa, v. 36, n. 1, Feb, p. 51-59. 2016.

GONDIM, L. M. A. et al. Study of the prevalence of impaired hearing and its determinants in the city of Itajaí, Santa Catarina State, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 78, n. 2, Mar-Abr, p. 27-34. 2012.

GUIMARAES, V. C, BARBOSA, M. A. Prevalência de alterações auditivas em recém-nascidos em hospital escola. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*. v. 16, n. 2, p. 179-185, 2012.

HARRIS, M. S., DODSON, E. E. Hearing health access in developing countries. *Otolaryngol Head Neck Surg*. v. 25, n. 5, p. 353-358, Out. 2017. doi:10.1097/MOO.0000000000000392.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em < <http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Data de acesso 20 de jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p.

JOINT COMMITTEE INFANT OF HEARING YEAR 2007. POSITION STATEMENT Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*, v. 131, n. 4, p. 1324-1349, Apr. 2013. doi:10.1542/peds.2013-0008

KEMP, A. A. T. et al. Neonatal hearing screening in a low-risk maternity in São Paulo state. *Braz J Otorhinolaryngol*, v. 81, n. 5, p. 505-13, July 2015.

KIM, S. H. et al. Outcomes and Limitations of Hospital-Based Newborn Hearing Screening, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. v. 98, p. 53-58. July 2017. doi:10.1016/j.ijporl.2017.04.030.

LEWIS, D. R. et al. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva - COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol*. v. 76, n. 1, p. 121-128, 2010.

LIMA, M. C. M. P. et al. Analysis of neonatal hearing screening program performed on an outpatient basis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. v. 79, n. 12, p. 2227-2223, Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2015.10.009>

LORENZETTI, J. et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*. v. 23, n. 2, p. 417-425. Abr./Jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

MENDONÇA, C.S., REIS, A.F., MORAES, J.C. (Org.) A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116p.

MOLINI, E. et al. Universal newborn hearing screening in Umbria region, Italy, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, v. 82, p. 92-97, Mar. 2016. doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.01.007

ONODA, R. M., AZEVEDO, M. F., SANTOS A. M. N. Neonatal Hearing Screening: failures, hearing loss and risk indicators. *Braz J Otorhinolaryngol*. v. 77, n. 6, p. 775-783, Nov./Dec. 2011.

PAIVA, R. A. et al. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*. v. 28, Suppl 5, p. 181-184. Ago. 2018.

Parecer do CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. no. 26/06 - Assunto: Dispõe sobre a realização de audiometria por fonoaudiólogos. Brasília, BR, [acesso em 02 05 19]. Disponível em <<https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/parecer-26-2006.pdf>> 2006a.

Parecer do CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. no. 29/06 - Assunto: Dispõe sobre a triagem auditiva neonatal quanto à necessidade, viabilidade técnica, políticas públicas e legislação existente. Brasília, BR, [acesso em 02 05 19]. Disponível em <<https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/parecer-CFFa.-CS-No-29-de-21-de-outubro-2006.pdf>> 2006b.

PIZA, M. T. Overview of neonatal hearing screening programs in Brazilian maternity hospitals. *Braz J Otorhinolaryngol.* v. 80, n. 5, p. 369-370, Set./Out. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.07.003>

Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p.

ROCHA, T. A. H. et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.1, pp.229-240. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.16672015>.

RODRIGUES, P. A. L. et al. Comparação de dois protocolos de triagem auditiva neonatal com critérios de referência de passa e falha distintos. *Rev. CEFAC.* v. 18, n. 4, p. 876-880, Jul-Ago, 2016.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública.* v. 48, n. 4, p. 622-631. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Decreto no. 62.541, 13 de abril de 2017. Regulamenta a Lei estadual nº 16.287, de 18 de julho de 2016, que dispõe sobre o acesso das unidades da rede pública de saúde ao sistema da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – sistema CROSS. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo, 14 abr. 2017. Seção 1, p. 1.*

SÃO PAULO (Estado). Decreto no. 63.906, de 6 de dezembro de 2018. Altera o Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, para instituir a criação do Departamento Regional de Saúde de Botucatu – DRS XVIII. *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo, 07 dez. 2018. Seção 1, p. 128.*

SÃO PAULO (Estado). Lei no. 16.287, 18 de julho de 2016. Dispõe sobre o acesso das unidades da rede pública de saúde ao sistema da Central de Regulação de

Ofertas de Serviços de Saúde – sistema CROSS. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo, 19 jul. 2016. Seção 1, p. 1.

SÃO PAULO (Estado). Lei no. 16.657, 12 de janeiro de 2018. Cria, em caráter permanente, na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, a “Central Única de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS-U”, e dá outras providências. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo, Poder Legislativo, São Paulo, 13 jan. 2018. Seção 1, p. 4.

SCHILLING, C. M., REIS, A. T., MORAES, J. C. (orgs.). A política regulação do Brasil. Brasília: OPAS, 2006. 116 p.

SCHILLO, R., LOPES, S. M. B. Caracterização da rede da saúde auditiva de uma regional de saúde de Santa Catarina. Rev. CEFAC. São Paulo. v.17, n. 4, July/Aug. 2015.

SÍGOLO, C., LACERDA, C. B. F. Da suspeita à intervenção em surdez: caracterização deste processo na região de Campinas/SP. J Soc Bras Fonoaudiol. v. 23, n. 1, p, 32-7, 2011.

SOUZA, D. C. C., SERINOLLI, M. I. Agendamento eletrônico ambulatorial: análise de melhorias após a implantação. Revista de Gestão em Sistema de Saúde, [S. l.], p. 276-292, 27 jun. 2019. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/341>. Acesso em: 23 abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v6i3.341>

SOUZA, D. C. C., SERINOLLI, M. I. Impacto do sistema de agendamento eletrônico (CROSS) sobre o funcionamento de um ambulatório hospitalar de atenção médica especializada em cariologia. In: Simpósio internacional de gestão de projetos, inovação e sustentabilidade, 2015, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: [s. n.], 2015. Disponível em: <https://singep.org.br/4singep/resultado/414.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2019.

STEVENS, G. et al. Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries, European Journal of Public Health, v. 23, n. 1, p. 146-152, Feb. 2013. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr176>

THEUNISSEN, M., SWANEPOEL, D. Early hearing detection and intervention services in the public health sector in South Africa. Int J Audiol. v. 47, Suppl 1, 2008. doi:10.1080/14992020802294032.

TIENSOLI, L. O. et al. Hearing screening in a public hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: hearing impairment and risk factors in neonates and infants. Cad Saude Publica. v. 23, n. 6, p. 1431-1441, Rio de Janeiro, 2007.

TUCCI, D. L., MERSON, M. H., WILSON, B. S. A Summary of the Literature on Global Hearing Impairment: Current Status and Priorities for Action. *Otology & Neurotology*. v. 31, n. 1, p. 31-41. 2009

UCHÔA, N. T. et al. Prevalência de perda auditiva em recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr*. Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 123-128, 2003.

VILARINS, G. C. M., SHIMIZUI, H. E., GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, Out./Dez. 2012.

VOS, B. et al. Improving early audiological intervention via newborn hearing screening in Belgium. *BMC Health Services Research*, Brussels, v. 18, n. 56, p. 1-8, Jan. 2018. doi 10.1186/s12913-018-2878-3.

WAKE M. et al. Population outcomes of three approaches to detection of congenital hearing loss. *Pediatr*. v. 137, n. 1, Jan. 2016. doi:10.1542/peds.2015-1722.

WOOD, S. A., SUTTON, G. J., DAVIS, A. C. Performance and characteristics of the Newborn Hearing Screening Programme in England: The first seven years. *Inter J Audiol*. v. 54, n. 6, p. 353-358. Jun. 2015. doi: 10.3109/14992027.2014.989548

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Deafness and hearing loss. Disponível em <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>>. Abr 2019.

WROBLEWSKA-SENIUK, K. et al. Sensorineural and conductive hearing loss in infants diagnosed in the program of universal newborn hearing screening, International. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. v. 105, p. 181-186, Feb. 2018. doi:10.1016/j.ijporl.2017.12.007.

ZEITLIN, W. et al. Factors Related to Not Following Up with Recommended Testing in the Diagnosis of Newborn Hearing Loss. *Health Soc Work*. v. 42, n. 1, p. 24-31, Feb. 2017. doi:10.1093/hsw/hlw061.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta convite e Questionário aos coordenadores e/ou responsáveis da maternidade.

Seção 1 de 13

Hospital / Maternidade

Descrição do formulário

Endereço de e-mail *

Endereço de e-mail válido

Este formulário coleta endereços de e-mail. [Alterar configurações](#)

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada "Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública: é uma realidade?" de autoria da pesquisadora Raquel Sampaio Agostinho sob a orientação da Profa Dra. Kátia de Freitas Alvarenga e tem como objetivo:

Conhecer a realidade do Programa de Saúde Auditiva Infantil na região do DRS VI, desde as etapas de triagem auditiva neonatal, diagnóstico audiológico e da intervenção inseridas na rede de saúde pública

Para maiores esclarecimentos, clique no link para acessar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

https://drive.google.com/open?id=1-6o9UPcCxxHhZh9HCse_JYnien8kyqCk

Atenção! Este sistema NÃO salva as respostas para responder em momentos diferentes. Desta forma, todas as perguntas do questionário devem ser respondidas para enviá-lo! Contudo, o preenchimento pode ser interrompido diversas vezes, sem perder as respostas, desde que não saia da página. Você não levará mais que 10 minutos.

Descrição (opcional)

Você está de acordo com os termos propostos e aceita voluntariamente participar desta pesquisa? *

Eu concordo em participar

Eu não concordo em participar

Informações

Descrição (opcional)

Nome da Instituição: *

Texto de resposta curta

Quem está respondendo este questionário (Nome e Cargo)? (Se for mais de uma pessoa descrever as pessoas envolvidas) *

Texto de resposta curta

Hospital / Maternidade é ? *

Público

Privado

Ambos

Qual a média de nascimento mês deste Hospital / Maternidade? *

Texto de resposta curta

Em relação a renda familiar da gestante, assinale a alternativa que mais se enquadra, baseado no Ministério do Desenvolvimento Social (Decreto 6.135 - 26/06/2007) *

Baixa renda - 0 a 3 salários mínimos

Acima de 3 salários mínimos

Não tenho acesso a essa informação

Atende plano de saúde / convênio médico? *

Sim

Não

Seção 3 de 13

✕ ⋮

Informações adicionais

Descrição (opcional)

Quais os planos / convênios atendidos pelo Hospital / Maternidade? *

Texto de resposta longa

Seção 4 de 13

✕ ⋮

TAN

Descrição (opcional)

No Hospital / Maternidade é realizado a triagem auditiva neonatal - Teste da orelhinha (TAN) ? *

Não

Sim

Seção 5 de 13



Informações adicionais

Descrição (opcional)

Qual o motivo? *

Texto de resposta curta



Os RN nascidos neste Hospital são encaminhados para realizar a TAN em outro local? *

Sim

Não

Seção 6 de 13



Continuando

Descrição (opcional)

Qual o local do encaminhamento? *

Texto de resposta curta

Descreva como ocorre o fluxo de encaminhamento? *

Texto de resposta curta

Confirma que neste Hospital / Maternidade NÃO realiza a TAN? *

Sim

Não



Apenas para Hospital / Maternidade que realiza a TAN

Descrição (opcional)

Quais os critérios para identificar os indicadores de risco para deficiência auditiva? *

- Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), 2007
- Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA), 2010
- Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, 2012
- Outros...

Existe um protocolo diferenciado para o recém-nascido sem e com risco? *

- Sim
- Não



Protocolo de Triagem Auditiva

Descrição (opcional)

Descreva o protocolo para RN sem IRDA, incluindo tipo de procedimento e momento do teste e/ou reteste *

Texto de resposta longa

Descreva o protocolo para RN com IRDA, incluindo tipo de procedimento e momento do teste *

Texto de resposta longa



TAN

Descrição (opcional)

Que tipo de exame é realizado para a TAN? *

- Emissões Otoacústicas Evocadas (EOE)
- Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE / BERA)
- Combinado (EOE + PEATE)

Em que momento a TAN é realizada? *

- Antes da alta hospitalar
- Após alta hospitalar

Existe o protocolo de Reteste quando há FALHA no teste da TAN? *

- Sim
- Não

Seção 10 de 13



Protocolos

Descrição (opcional)

Qual o protocolo utilizado? *

Texto de resposta curta

Seção 11 de 13



Condições da TAN

Descrição (opcional)

Qual o local que é realizado a TAN? *

- berçário
- alojamento
- Alojamento materno
- sala silenciosa
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)
- Outros...

Qual a conduta quando o RN FALHA na TAN (teste e reteste) ? *

Texto de resposta longa

Qual a conduta quando o RN PASSA na TAN e apresenta IRDA? *

Texto de resposta longa

Quem informa ou orienta os pais / responsáveis sobre a importância da TAN, *
procedimentos, riscos da perda auditiva e benefícios da detecção precoce e
intervenção ?

- Profissional responsável pela triagem auditiva
- Profissional responsável pela alta hospitalar
- Folders / Pôster
- Outros...

Quem informa ou orienta os pais / responsáveis sobre os resultados da TAN *
?

- Profissional responsável pela triagem auditiva
- Profissional responsável pela alta hospitalar
- Pediatra
- Equipe de enfermagem
- Outros...

Existe alguma ação para contatar os pais / responsáveis de RN que NÃO *
realizaram a TAN antes da alta hospitalar?

- Profissional responsável pela triagem auditiva
 - Contato telefônico
 - Correspondência do Hospital / Maternidade
 - Contato com o pediatra
 - Contato do Serviço Social
 - Nenhum
 - Outros...
-
-

Quem informa ou orienta os pais / responsáveis de RN que NÃO realizaram o reteste, quando necessário ? *

- Profissional responsável pela triagem auditiva
- Contato telefônico
- Correspondência do Hospital / Maternidade
- Contato com o pediatra
- Contato do Serviço Social
- Nenhum
- Outros...

Existe um controle dos RN que foram encaminhados devido FALHA da TAN (teste e reteste) ? *

- Sim
- Não

Seção 12 de 13



Continuidade

Descrição (opcional)

Como ocorre este controle ? *

- Contato direto com a família
- Contato com o Serviço de Referência (Unidade Executante)
- Contato com o Serviço de Atenção Básica
- Nenhum
- Outros...



Informações administrativas

Descrição (opcional)

Existe agendamento via CROSS para os RN que FALHAM na TAN (teste e/ou reteste) ? *

Sim

Não

Existe problema de falta de vagas para agendar RN que falharam na TAN (teste e/ou reteste) ? *

Sim

Não

O Hospital / Maternidade consta com um banco de dados com informações sobre o processo da triagem auditiva neonatal? *

Sim

Não

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Maternidade



Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar voluntariamente da pesquisa **"Saúde Auditiva Infantil inserida na rede de saúde pública: é uma realidade?"** desenvolvido sob minha responsabilidade, com a participação da aluna de pós-graduação, nível doutorado, em Fonoaudiologia, Raquel Sampaio Agostinho. O objetivo desta pesquisa é conhecer como o Hospital maternidade está se organizando para realizar a triagem auditiva neonatal e o fluxo de encaminhamento para avaliação da audição quando necessária nos serviços de referência credenciados no DRS VI, responsável pela saúde do município no qual seu Hospital está alocado. Com estas informações iremos conhecer a realidade, desde ações que têm obtidos bons resultados às dificuldades encontrados pelo Hospital. Com estas informações iremos aperfeiçoar o modelo existente do Programa de Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública.

Caso concorde em participar do estudo, o (a) Sr. (a) será solicitado (a) a entrar no link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfan9n0OUvdrK32EiCnNmZb7DdRq7BfKOWCcHqbDL2VZnltA/vie_wform e responder o questionário disponibilizado, ou se for de sua preferência este questionário poderá ser preenchido via e-mail ou correio.

No questionário não existe nenhuma pergunta que possa lhe causar prejuízo ao seu Hospital e/ou desconforto que coloque em risco a sua responsabilidade profissional e/ou cargo que ocupa. Entretanto caso sentir-se cansado ou incômodo durante o preenchimento, pode-se fazer uma pausa ou retornar a responder em outro momento, sem prejuízo ou perda das informações já inseridas. O tempo médio para o preenchimento não excede 20 minutos. Ao final do estudo os resultados serão apresentados a fim de que Sr. (a) possa utilizá-los para benefício do Hospital sob sua responsabilidade. Adicionalmente, haverá um reflexo positivo na rede de saúde auditiva do Sistema Único de Saúde no qual seu serviço está inserido, com melhora no atendimento da população infantil atendida. Todas as informações são CONFIDENCIAIS, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto, sem identificação do indivíduo, como nome e/ou endereço. No DRS VI serão apresentados os dados em um relatório geral que permita a compreensão do contexto e elaboração de normativas para a rede de saúde auditiva infantil. O risco de sua participação está relacionada apenas ao cansaço, mas como informado anteriormente, você poderá organizar a melhor forma de responder (on line ou impresso), assim como o tempo e momento de sua participação.

Ressaltamos que sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem a necessidade de expor as razões, assim como a desistência da participação em qualquer momento, não ocasionará prejuízos de nenhuma espécie.

Caso o (a) senhor (a) queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da FOB-USP, pelo endereço: Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB-USP), assim como pelo telefone (14) 3235-8356.

Dúvidas em relação à pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo desenvolvimento da pesquisa, Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga pelo telefone (14) 3235-8232.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr (a) _____, portador da célula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tomar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Cap. IV, Art. 23. do Código de Ética da Fonoaudiologia (Res. CFFa nº 490/2016).

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, este último se pertinente, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga
Pesquisadora

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado Interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **14hs às 17 horas**, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX(14)3235-8356

e-mail: cep@fob.usp.br

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73

e-mail: dep-fono@fob.usp.br – Fone/FAX (Dxx14) 3235-8332/3235-8068

<http://www.fob.usp.br>

APÊNDICE C – Carta convite e Questionário aos coordenadores e/ou responsáveis pela Secretaria Municipal da Saúde.

Seção 1 de 8



Secretaria municipal da saúde

Destinado ao Secretário Municipal da Saúde - DRS VI

Endereço de e-mail *

Endereço de e-mail válido

Este formulário coleta endereços de e-mail. [Alterar configurações](#)

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada "Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública: é uma realidade?" de autoria da pesquisadora Raquel Sampaio Agostinho sob a orientação da Profa Dra. Kátia de Freitas Alvarenga e tem como objetivo:

Conhecer a realidade do Programa de Saúde Auditiva Infantil na região do DRS VI, desde as etapas de triagem auditiva neonatal, diagnóstico audiológico e da intervenção inseridas na rede de saúde pública

Para maiores esclarecimentos, clique no link para acessar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

https://drive.google.com/open?id=1p9wZnCANkrq2rhc1Z0dvJxki9_IWMYfi

Atenção! Este sistema NÃO salva as respostas para responder em momentos diferentes. Desta forma, todas as perguntas do questionário devem ser respondidas para enviá-lo! Contudo, o preenchimento pode ser interrompido diversas vezes, sem perder as respostas, desde que não saia da página. Você não levará mais que 10 minutos.

Descrição (opcional)

Você está de acordo com os termos propostos e aceita voluntariamente participar desta pesquisa? *

Eu concordo em participar

Eu não concordo em participar



Título da seção (opcional)

Descrição (opcional)

Informe seu município *

Texto de resposta curta

Quem está respondendo este questionário? *

Texto de resposta curta

Informe o período de sua Gestão *

Texto de resposta curta

Qual a sua formação acadêmica *

Texto de resposta curta

Na rede de atenção à Saúde do recém-nascido (0 a 1 mês) existe alguma ação voltada para a audição? *

Sim

Não



Se você respondeu Sim

Descrição (opcional)

Descreva *

Texto de resposta longa

Seção 4 de 8



Se você respondeu NÃO

Descrição (opcional)

Justifique *

Texto de resposta longa

Seção 5 de 8



UBS

Descrição (opcional)

No que se refere as Unidades Básicas de Saúde de seu município existe cuidados específicos para audição na criança (1 mês a 3 anos de idade)? *

Sim

Não

Seção 6 de 8



Se você respondeu SIM,

Descrição (opcional)

Descreva *

Texto de resposta longa

Seção 7 de 8



Se você respondeu NÃO,

Descrição (opcional)

Justifique *

Texto de resposta longa

Seção 8 de 8



Comentários finais

Descrição (opcional)

Comentários adicionais que julgar necessário. *

Texto de resposta longa

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Secretaria Municipal de Saúde.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos por este documento convidá-lo (a) a participar voluntariamente da pesquisa **“Saúde Auditiva Infantil inserida na rede de saúde pública: é uma realidade?”** desenvolvida pela aluna de pós-graduação, nível doutorado, em Fonoaudiologia, Raquel Sampaio Agostinho, sob a orientação da Profa Dra Kátia de Freitas Alvarenga. O objetivo desta pesquisa é conhecer como o seu município, pertencente ao DRS VI atua na Saúde Auditiva Infantil. Com estas informações iremos conhecer a realidade, desde ações que têm obtidos bons resultados às dificuldades encontrados pelo próprio município. Com estas informações iremos aperfeiçoar o modelo existente do Programa de Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública.

Caso concorde em participar do estudo, o (a) Sr. (a) será solicitado (a) a entrar no link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc37XhbWxN02oW6b3TRFEvaQTa3bBikcg2e7TNW-iXLPXSK1g/viewform> e responder o questionário disponibilizado, ou se for de sua preferência este questionário poderá ser preenchido via e-mail ou correio.

No questionário não existe nenhuma pergunta que possa lhe causar prejuízo ao seu Serviço ou município e/ou desconforto que coloque em risco a sua responsabilidade profissional e/ou cargo que ocupa. Entretanto caso sentir-se cansado ou incômodo durante o preenchimento, pode-se fazer uma pausa minimizando a janela da aba aberta e responder em outro momento, sem prejuízo ou perda das informações já inseridas. O tempo médio para o preenchimento não excede 10 minutos. Ao final do estudo os resultados serão apresentados a fim de que Sr. (a) possa utilizá-los para benefício do Serviço sob sua responsabilidade. Adicionalmente, haverá um reflexo positivo na rede de saúde auditiva do Sistema Único de Saúde no qual seu serviço está inserido, com melhora no atendimento da população infantil atendida. Todas as informações são CONFIDENCIAIS, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto, sem identificação do indivíduo, como nome e/ou endereço. No DRS VI serão apresentados os dados em um relatório geral que permita a compreensão do contexto e elaboração de normativas para a rede de saúde auditiva infantil. O risco de sua participação está relacionada apenas ao cansaço, mas como informado anteriormente, você poderá organizar a melhor forma de responder (on line ou impresso), assim como o tempo e momento de sua participação.

Ressaltamos que sua participação no estudo é inteiramente voluntária. A não aceitação em participar do mesmo, sem a necessidade de expor as razões, assim como a desistência da participação em qualquer momento, não ocasionará prejuízos de nenhuma espécie.

Caso o (a) senhor (a) queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da FOB-USP, pelo endereço: Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB-USP), assim como pelo telefone (14) 3235-8356.

Dúvidas em relação à pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo desenvolvimento da pesquisa, Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga pelo telefone (14) 3235-8232.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr (a) _____, portador da célula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas



Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Cap. IV, Art. 23. do Código de Ética da Fonoaudiologia (Res. CFFa nº 490/2016).

Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, este último se pertinente, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Responsável

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga
Pesquisadora

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **14hs às 17 horas**, em dias úteis.
Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75
Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901
Telefone/FAX(14)3235-8356
e-mail: cep@fob.usp.br

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73

e-mail: dep-fono@fob.usp.br – Fone/FAX (0xx14) 3235-8332/3235-8068

<http://www.fob.usp.br>

ANEXOS

ANEXO A – Ofício de aprovação do projeto emitido pelo Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde Auditiva Infantil inserida na rede de saúde pública: é uma realidade?

Pesquisador: Kátia de Freitas Alvarenga

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79085617.8.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.505.614

Apresentação do Projeto:

O estudo de doutoramento investiga a realidade do Programa de Saúde Auditiva Infantil, na região do DRS VI, desde as etapas de triagem auditiva neonatal, diagnóstico e intervenção dentro da rede de saúde pública. Assim como levantar aspectos positivos que propiciam a implantação do programa de saúde auditiva infantil e aspectos negativos que dificultam essa implantação e adicionalmente fornecer subsídios para aperfeiçoar o modelo existente do Programa de Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública a partir das informações obtidas.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a realidade do Programa de Saúde Auditiva Infantil, na região do DRS VI, desde as etapas de triagem auditiva neonatal, diagnóstico e intervenção dentro da rede de saúde pública. Assim como levantar aspectos positivos que propiciam a implantação do programa de saúde auditiva infantil e aspectos negativos que dificultam essa implantação e adicionalmente fornecer subsídios para aperfeiçoar o modelo existente do Programa de Saúde Auditiva Infantil na rede de saúde pública a partir das informações obtidas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nesta versão foram inseridos os riscos e benefícios, tanto na PB como TCLE, conforme recomendação da resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo de doutorado busca delinear o panorama sobre o que é oferecido na rede de saúde

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**



Continuação do Parecer: 2.505.614

auditiva e a realidade de cada serviço quanto as ações já existentes voltadas à saúde auditiva infantil e as dificuldades existentes para alcançar as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

nesta versão os termos foram adequados, conforme sugestão do CEP.

Recomendações:

recomenda-se a apresentação do relatório parcial e final ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as sugestões foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 07/02/2018, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_962033.pdf	23/01/2018 21:57:28		Aceito
Parecer Anterior	Oficio_encaminhamento.pdf	23/01/2018 21:55:18	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito
Outros	Oficio_solicitacao.pdf	23/01/2018 21:54:18	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Raquel_Sampaio_Agostinho.pdf	23/01/2018 18:33:50	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_Servicos.docx	23/01/2018 18:32:14	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**



Continuação do Parecer: 2.505.614

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coordenador_Hosp_Maternidade.docx	23/01/2018 18:18:34	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aquiescencia_departamento.docx	18/10/2017 08:33:05	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito
Outros	Questionario_Tecnico.pdf	18/10/2017 08:32:48	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COMPROMISSO_PESQUISADOR.docx	18/10/2017 08:32:21	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	21/07/2017 14:16:53	Raquel Sampaio Agostinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 21 de Fevereiro de 2018

Assinado por:

**Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br