

“Teste da Orelhinha” uma Vitória para a Fonoaudiologia

Amanda de Andrade Barbosa

Fonoaudióloga

amanda_w45@hotmail.com

Maria Esther Araújo

Fonoaudióloga – Especialista em Saúde Coletiva – Mestre em Gestão Ambiental

Professora da Faculdade Redentor e Faculdade Integrada AVM

esthervda@gmail.com

RESUMO:

Esta pesquisa destaca a relevância da aplicação da otoemissão acústica (Teste da Orelhinha) e a contribuição dos pediatras e enfermeiros no encaminhamento para o diagnóstico precoce das perdas auditivas que acometem desenvolvimento da criança. Considera-se fundamental que os profissionais envolvidos no cuidado à gestante e no acompanhamento do primeiro ano de vida do bebê, tenham consciência quanto a necessidade do encaminhamento para uma avaliação auditiva e da atuação do fonoaudiólogo nesse processo. O “Teste da Orelhinha” é obrigatório desde 2010, com a aprovação da lei. 12.303, de 2 de agosto de 2010, que tornou sua aplicação obrigatória em todos os recém-nascidos. A partir dos resultados encontrados foi possível entender que ainda há muito a ser realizado para que a lei seja aplicada e os objetivos sejam alcançados, destacando-se a divulgação do teste, a lei e a qualificação dos profissionais que atuam com esse segmento, ou seja, uma melhor qualificação dos profissionais que atuam diretamente com os recém – nascidos.

Palavras-chave: Criança; Nascimento; Saúde.

ABSTRAT

This research highlights the importance of the application of otoacoustic emissions (Little ear Test) and contribution of pediatricians and nurses in the referral for early diagnosis of hearing loss that affect child development. It is essential that professionals involved in the care of pregnant women and tracking the first year of baby's life, have awareness of the need for referral for an evaluation of the performance of hearing and speech therapist in the process. The "Little ear Test" is required since 2010, following the approval of the law. 12303 of August 2, 2010, which made it obligatory for all newborn. From the results it was possible to understand that there is still much to be done so that the law is applied and the objectives are achieved, highlighting the disclosure of the test, the law and qualification of professionals that works with this segment, a better qualification of professionals that works directly with the newborn.

Keywords: Child; Birth; Health.

1 Introdução

No nascimento, a resposta auditiva da criança é percebida pelas respostas reflexas. Com o passar dos meses essa resposta sofre modificações e os sons são percebidos de forma diferente, transformando-se através da aprendizagem, onde a criança vai conhecendo cada

som e fazendo as suas associações (ZACOLI *et al*, 2006).

Sabe-se que a deficiência auditiva é a principal causa da dificuldade na aquisição de linguagem, interferindo significativamente na vida da criança Stumpf *et al*, (2009). É através do órgão da audição que a linguagem oral ocorre, facilitando a interação com o outro de forma racional (SOUZA, 1995).

É primordial que a perda auditiva seja percebida nos primeiros meses de vida, e que medidas essenciais sejam tomadas Pinto & Lewis, (2007). De acordo com Garcia *et al*, (2005) para que isso aconteça é necessário o empenho de profissionais qualificados na identificação da perda, no seu diagnóstico e na intervenção educacional, possibilitando que esse indivíduo desenvolva-se de forma qualitativa, desenvolvendo-se mais próximo de um padrão considerado normal (BOTELHO *et al*, 2010).

Um dos desafios da saúde pública é a obtenção desse diagnóstico o mais precocemente possível, pois, na maioria dos casos, a surdez só é percebida tardiamente Marques *et al*, (2008). Por esse motivo deu-se a criação da lei nº 12303, de 2 de agosto de 2010, que deixa claro a obrigatoriedade do "Teste da Orelhinha" que é um procedimento realizado através de Emissões Otoacústicas Evocadas. Sendo assim, é fundamental que os recintos como maternidade e hospitais disponibilizem, o exame sem custo algum, ao paciente e à sua família, exame, e os órgãos públicos de saúde terão que se adaptarem para fazer valer o que esta na lei (COELHO *et al*, 2010).

Com essa lei vê-se também a importância de se criar projetos municipais para auxiliar as crianças com perda auditivas, não adianta apenas saber que a perda auditiva existe, ou seja, seu diagnóstico Coelho *et al*, (2010). É primordial que haja estrutura para readaptação dessas crianças, saber apenas que ela tem um déficit auditivo não ajuda muito, é fundamental que se possa oferecer algo que a ampare (ANDRADE *et al*, 2010).

De acordo com o *Joint Committee on Infant Hearing* e o Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância, é fundamental que a triagem auditiva neonatal chegue a todas as crianças com até 90 dias de nascidos, e se for detectado alguma alteração, que se façam os procedimentos cabíveis até 180 dias após o nascimento da criança, isso com o exame de emissões otoacústicas Guimarães, (2010). O (CBPAI) Comitê sobre perdas auditivas na infância e (TANU) Triagem Auditiva Universal também apoia esse parâmetro (ZACOLI *et al*, 2006). O presente artigo tem como objetivo destacar a relevância da aplicação da otoemissão acústica (Teste da Orelhinha) e a contribuição dos pediatras, enfermeiros e neonatologistas no encaminhamento para o diagnóstico precoce das perdas auditivas que acometem desenvolvimento da criança.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1. AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO DA CRIANÇA

Segundo Martinez, (1997), a partir do momento do seu nascimento, o ser humano interage com o outro compartilhando seus desejos, anseios, sentimentos, sensações, seus planos, vitórias, conquistas, tendo a audição como o principal canal de aprendizagem e comunicação. É certo que a audição é um dos principais mecanismos humano responsável, não apenas pela percepção de estímulos sonoros, mas também pelo equilíbrio. Uma de suas funções auxiliares refere-se ao apoio a outros mecanismos, como a execução da comunicação (SILVA *et al*, 2006).

Após o seu nascimento, a criança apresenta resposta comportamental, a sons com volume muito alto, o bater de uma porta, o cair de objetos, gritos quando expostos a tais ruídos ele apresenta o reflexo cócleo - palpebral (RCP). Com o passar das semanas o recém-nascido vai adquirindo outras formas de resposta aos sons, passa a ter atenção ao som e logo após, a procurar a fonte sonora (MAGGI, 2011). A audição segue uma linha no seu processo de desenvolvimento, 1º capacidade de recepção, 2º reconhecimento, 3º identificação, 4º discriminação dos estímulos sonoros. Essa sequência é fundamental para a maturação do sistema auditivo (RUSSO & SANTOS, 1994 *apud* NUNES, 2010).

Como já sabemos, a audição é a principal via para o desenvolvimento da linguagem e comunicação humana. Lactentes com alguma alteração auditiva perderão os primeiros estímulos auditivos, os quais são primordiais para o completo desenvolvimento da linguagem falada. Crianças com déficit auditivo poderão ter problemas na socialização e alterações psicológicas, isolando-as do convívio social, limitando sua interação com o meio e comprometendo o desenvolvimento da sua linguagem (SILVA *et al*, 2006).

Recém-nascidos com algum problema auditivo sofrerão prejuízos em seu desenvolvimento, caso não haja a detecção precoce e sejam tomadas as primeiras medidas no atendimento e assistência a essa criança. O principal prejuízo, normalmente identificado após o primeiro ano de vida, é o atraso ou a não aquisição da linguagem oral. Sem a audição, não há *feed-back*, ou seja, não há como reproduzir o que não se escuta (SILVA *et al*, 2006).

O diagnóstico precoce das perdas auditivas é essencial para o bom desenvolvimento da criança. É preciso que as alterações nas vias auditivas sejam diagnosticadas logo no início e que os fatores causadores da perda auditiva sejam identificados e, se possível, sanados, minimizando ou evitando prejuízos futuros. Cerca de 50% das perdas auditivas teriam os danos minimizados se tivessem sido diagnosticados precocemente ou eliminados os fatores de

risco (ZOCOLI *et al*, 2006).

A perda auditiva se tornou uma questão de preocupação mundial com a saúde pública pelo fato de causar enormes prejuízos a vida do seu portador. De acordo com o Censo Brasileiro de 2000, a perda auditiva ocupa o terceiro lugar das deficiências mais comuns no Brasil, equivalente a 16,7% das deficiências. Com relação aos lactentes, a estimativa para crianças com baixo risco para surdez, é de um a três casos a cada 1000 nascimentos, e dois a quatro casos para crianças com internação em unidades de terapia intensiva (UTI), consideradas de risco auditivo. (FERNANDES & NOZAWA, 2007).

A perda auditiva em crianças pode acontecer exposição a substâncias ototóxicas, infecção da orelha média causando as otites médias (crônica, aguda, serosa ou secretora), por exposição a bactérias e vírus, a exemplos disso são as doenças como Meningite, (S)TORCH a sigla resume as doenças: o T significa toxoplasmose, O significa outros, R de rubéola, C de citomegalovírus e o H de herpes simples, o S utilizado de maneira mnemônica representa sífilis (MOREIRA J., online).

São vários fatores descritos acima que causam perdas auditivas em recém-nascido, por esse motivo que se dá a necessidade de detectar a perda auditiva o mais breve possível, vendo em questão suavizar os prejuízos vindos da deficiência e levando isso em conta, deixa claro a importância da criação de programas para atenção a saúde auditiva (HERNANDEZ & MARCHESAN, 2001).

2.2. PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA INFANTIL

O programa de saúde auditiva infantil é parte da Política Nacional de Atenção a Saúde Auditiva, instituída desde 2004. O Programa de Saúde Auditiva deve ser voltado para as ações referentes a promoção de saúde, ou seja, ações preventivas que evitam a ocorrência da perda auditiva.

No que se refere à prevenção é importante ressaltar que, embora o foco seja “evitar a perda auditiva”, a finalidade de um programa de prevenção e detecção, o diagnóstico e a intervenção, no caso de se confirmar a perda auditiva. Em relação à saúde da criança, o programa visa organizar o atendimento aos deficientes auditivos como triagem e monitoramento da audição de neonato, pré - escolares e escolares diagnósticos de perda auditiva de crianças, tratamento clínico em otorrinolaringologia, concessão de prótese auditiva e acompanhamento em cada um desses seguimentos (PORTARIA, online).

De acordo com Ribeiro, (2001), a partir da década de 80 nos Estados Unidos, programas de triagem auditiva neonatal (PTAN) vêm sendo instalados em diversos

países. Segundo Northern & Downs, (2005); Dantas, (2009) a triagem auditiva infantil neonatal é um programa de saúde pública que tem com finalidade testar o mais cedo possível a capacidade auditiva das crianças dentro do ambiente hospitalar ou até o os três primeiros meses de vida. Se a perda auditiva for detectada, é necessário que haja a mediação até os seis meses, sendo a maior preocupação da triagem auditiva infantil detectar os casos de alterações auditivas levando em conta as alterações sociais e educacionais

Por volta da década de 60, a triagem auditiva, tinha como objetivo triar todos os bebês, mas o método usado era muito perceptivo, ocasionando o falso positivo e o falso negativo. Só dez anos depois, segundo "Joint Committee on Infant Hearing", mudou o critério de avaliação sendo apenas necessário triar os bebês com algum risco de perda auditiva, onde foi usado o método das emissões otoacústicas evocadas. Em 1994, revendo o critério de avaliação, a triagem volta a ser realizada em todos os recém - nascidos (MEYER et al, 1999, *apud* MENDONÇA, 1999).

Atualmente, de acordo com o *Joint Committe on Infant Hearing* (JCIH), 2007, todas as crianças nascidas vivas terão que passar pela triagem auditiva neonatal. Essa decisão levou em conta que só 50% dos casos de bebês com deficiência tinham fatores predisponentes para perdas auditivas, excluindo do processo uma grande quantidade de crianças com surdez congênitas, consideradas fora do grupo de risco (RODRIGUES, 2010).

O diagnóstico de deficiência auditiva no Brasil ainda é considerado tardio, pois ocorre por volta dos 3 anos de idade. O diagnóstico tem seu início quando a criança apresenta uma das consequências da surdez, que é o atraso no desenvolvimento da linguagem Pádua *et al*, (2005). O primeiro passo para solucionar esse problema foi dado através da criação da lei tornando obrigatório o “Teste da Orelhinha”. Sancionada pelo ex-presidente: Luiz Inácio Lula da Silva e vice: José Gomes Temporão (planalto, online).

De acordo com a lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010:

Art. 1º É obrigatória a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Segundo COELHO (2010 p.10 e 11) a lei originou-se no PLC 064/204, de autoria do então deputado e hoje senador Inácio Arruda (PCdoB-CE).

Segundo Jerger & Hayes, (1976) *apud* ANDRADE & MARCONDES, (2003) Se a

perda auditiva for detectada pela triagem auditiva, a criança passará pelo reteste. Confirmada a perda, dentro de um prazo de 3 meses, ela passa por avaliações mais complexas como a avaliação fisiológica, comportamental, dentre outros testes necessários para traçar o tipo, o grau e a configuração da perda auditiva. De acordo com Lima *et al*, (2008) *apud* RODRIGUES, (2010), a família necessitará de proteção psicológica permanente, pois as intervenções terão que começar assim que a perda for descoberta, dando condições a essa criança de uma socialização e desenvolvimento pleno, melhorando sua qualidade de vida.

É fundamental para que os programas de triagens auditivas consigam atingir seus ideais passando de forma clara e objetiva, a importância da triagem auditiva aos profissionais que atuam na saúde da criança, aos pais e sociedade. É fundamental ampliar a visibilidade quanto às vantagens da descoberta da perda logo no início. Passar essa informação aos pais não é só responsabilidade das pessoas que lidam direto com o programa e sim de todos os profissionais da saúde, enfermeiros, pediatras e neonatologistas (SOARES & MARQUES & FLORES, 2008 *apud* RODRIGUES, 2010).

A triagem auditiva é considerada o primeiro passo para a detecção precoce da perda auditiva infantil. Segundo Durante, (2004) os procedimentos eletrofisiológicos são claros, confiáveis e passivos, não necessita de resposta do paciente. Os procedimentos mais usados são o potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) e a emissões otoacústicas (EOA), consideradas como triagem auditiva neonatal universal. De acordo com Kemp, (2002) *apud* Lewis *et al*, (2010), hoje, a EOA tem ganhado um grande espaço no mundo. Uma razão para essa preferência é a capacidade que a orelha interna tem de liberar um ruído de áudio frequência, Kemp, (1978) *apud* Santos & Russo (2011), que sabemos hoje que se trata das emissões otoacústicas, que são liberadas tanto de forma espontânea quando evocada, ou seja, perante a um som captado pelo pavilhão auricular. Segundo Stach, (1998) *apud* Santos & Russo, (2011), essa energia liberada pela cóclea se propaga por meia região da cadeia ossicular, membrana timpânica e conduto auditivo. Outro fator importante para o destaque das EOAs foi a evolução da sua tecnologia, o que facilitou o manuseio e a identificação da perda auditiva precocemente, e um papel de destaque dentro da rotina de teste contido na triagem auditiva neonatal (KEMP, 2002 *apud* LEWIS, 2010).

As Emissões Otoacústicas Espontâneas são ruídos produzidos naturalmente pela cóclea sem a introdução de qualquer objeto para estimular. Por volta de 50 a 70% das pessoas ditas normais apresentam a emissão espontânea desse ruído. Para a captação desse som é necessário à utilização de uma sonda, que é colocada no conduto auditivo (SANTOS & RUSSO, 2011).

As emissões otoacústicas evocadas de acordo com Santos & Russo, (2011) são derivadas de respostas a um estímulo sonoro, elas dão a resposta parecida com o que foi emitido, são conhecidas também como Teste da Orelhinha. Elas se dividem entre emissão otoacústica evocada por estímulo transiente (EOAT) e emissão otoacústica por produto de distorção (EOAPD).

Segundo Lonsbury & Martin *et al*, (2001) *apud* Lewis *et al*, (2010), as EOAs são um teste clínico de fácil manuseio, simples, rápido, realizado através do meato acústico. E o exame, não tem qualquer contraindicação, não acorda nem incomoda o bebê, não exige uso de agulhas ou qualquer outro objeto perfurante e é absolutamente inócuo, dura de 5 a 10 minutos, o recém-nascido não sente nada e é de simples compreensão (GUIMARÃES, 2010).

No nosso país, as EOAs foram adotadas pela avaliação audiológica e na triagem auditiva neonatal. A EOAT é a mais usada pelo fato de que os seus registros são melhores definidos em relação a EOAPD, isso de acordo com vários estudos relacionados as EOAT na triagem auditiva (LEWIS, 2010).

Novos estudos vêm sendo feitos em relação à cóclea e células ciliadas, o que nos permite um bom progresso em relação às EOAs e uma grande vantagem em poder conhecer mais de perto todas as peculiaridades do sistema auditivo, é buscar meios para evitar ou até mesmo sanar a deficiência auditiva (ANDRADE & MARCONDES, 2003).

A EOAT é um procedimento simples, sem danos, realizado através de uma sonda composta por uma oliva flexível, proporcionando o vedamento total do conduto auditivo. Acontece a liberação de um clique ou sinal transiente emitido pelo aparelho direto no conduto com o tempo de 4 ms e a resposta é captada pela sonda composta por um microfone, e dada a partir do tempo de latência em milissegundos (ANDRADE & MARCONDES, 2003; SANTOS & RUSSO, 2011; HERNANDEZ & MARCHESAN, 2001).

Na EOAPD os resultados vindos da cóclea a partir do teste EOAPD não são lineares. São emitidos dois tons diferentes dentro das frequências de 1000 a 6000 Hz na cóclea, ela por sua vez emite outros dois tons diferentes do que lhe foi apresentado, essas distorções são tons combinados ou harmônicos relacionados diretamente com fundamentos matemáticos. Os ruídos emitidos inicialmente são chamados de f_1 f_2 sendo a resposta é denominada pela equação $2 f_1 . f_2$ (SANTOS & RUSSO, 2011).

Vale lembrar que é comum a presença de Vértex ou líquido amniótico no conduto auditivo de recém-nascidos que causa que o famoso falso-positivo, uma resposta que não condiz com a realidade, por esse motivo o reteste é recomendado por volta de 1º mês de vida da criança (MARQUES *et al*, 2008).

É grande o número de crianças que chegam até a idade escolar sem ter a sua perda auditiva detectada. Após um tempo, a criança não é diagnosticada com perda auditiva ou não, ela perde o momento adequado para o seu desenvolvimento da linguagem, o que reverte significativamente na vida dela, por esse motivo que é primordial que profissionais da área da saúde, enfermeiros, pediatras e neonatologistas saibam como funciona a triagem neonatal, para que o mais cedo possível seja realizado no ambiente hospitalar (ANDRADE, 2003).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa, de origem social e exploratória, aprovada pelo Conselho e Ética e Pesquisa da Faculdade Redentor, sob o nº. 04/2012 (ANEXO 1) desenvolveu-se tendo como base os fundamentos SOS, programas de saúde auditiva infantil, complementada de forma demonstrativa pela coleta de dados direta, utilizando de método descritivo, com registro e análise dos dados coletados.

Na coleta direta utilizou-se um questionário semi - estruturado (ANEXO 2), aplicados em enfermeiros e pediatras composto por questões relacionadas a rotina e conhecimento sobre o teste da orelhinha, sua aplicabilidade e do profissional fonoaudiólogo. Não foram expostas identificações pessoais, sendo usado o sistema de numeração para identificação dos mesmos nas fichas e questionários da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção do público alvo da pesquisa teve como foco os que atuam diretamente com o recém-nato, dentro ou fora da sala de parto. Em Itaperuna, foi possível avaliar 2 médicos, 18 enfermeiros, já que os neonatologistas foram inacessíveis no período da coleta.

Na coleta de dados foram abordadas questões relacionadas ao nível de conhecimento e aplicabilidade do "Teste de Orelhinha". Embora os profissionais participantes sejam diretamente envolvidos no atendimento e cuidado ao recém-nato, 20% relatam desconhecer a que se refere o "Teste de Orelhinha". E quanto a aplicabilidade e funcionalidade do teste, esse percentual aumenta para 25%, sendo um resultado considerado coerente com o quantitativo que indicaram conhecer-lo.

Considerando que o teste é obrigatório de acordo com a Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010, que trata da obrigatoriedade da realização do exame (emissões otoacústicas evocada), por todas as maternidades e hospitais do país, em todos os neonatos nascido em

suas dependências (planalto, online), e tratando-se de uma Lei Federal, é preocupante que ainda existam profissionais que desconheçam sobre sua existência. Nesse sentido, deve-se pensar em uma maior divulgação de sua existência e aplicabilidade, alcançando 100% dos profissionais da saúde, levando em conta a importância do teste e a necessidade de sua execução. De acordo com o Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), 2007, todas as crianças nascidas vivas terão que passar pela triagem auditiva neonatal. Essa decisão levou em conta que só 50% dos casos de bebês com deficiência tinham fatores predisponentes para perdas auditivas, excluindo do processo uma grande quantidade de crianças com surdez congênitas, consideradas fora do grupo de risco (RODRIGUES, 2010).

Ainda há dúvidas quanto ao profissional qualificado para realizar o teste, já que o público identificou como profissional ideal médicos, fonoaudiólogos e enfermeiros. Embora 75% do grupo analisado tenha identificado o fonoaudiólogo como o profissional qualificado para aplicação do teste, os resultados indicam uma necessidade de maior divulgação sobre as ações do profissional da fonoaudiologia e sua relação com o “Teste da Orelhinha”. Por se tratar de alteração da audição de acordo com o Conselho Regional de Fonoaudiologia 1ª região online, é o fonoaudiólogo o profissional habilitado para realizar o “Teste da orelhinha”, atuando também na Triagem Auditiva Neonatal e infantil (CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA, online).

Embora 100% do público entrevistado tenha considerado o teste relevante, deve-se ater para o fato de que 25% declarou desconhecimento sobre sua existência e aplicabilidade. Os resultados da coleta indicaram que 50% do público considera a indicação do teste para os casos em que a mãe apresentou alguma doença na gestação ou nos casos em que a criança apresente alguma deformação crânio facial, ao nascimento. Por tratar-se de uma triagem capaz de detectar perdas auditivas no início da infância, sua aplicabilidade é capaz de diminuir a chance de problemas futuros causando sofrimento e prejuízos no desenvolvimento da criança. Com a detecção precoce, podem ser tomadas as primeiras medidas no atendimento e assistência a essa criança. O principal prejuízo, normalmente identificado após o primeiro ano de vida, é o atraso ou a não aquisição da linguagem oral. Sem a audição, não há *feed-back*, ou seja, não há como reproduzir o que não se escuta (SILVA *et al*, 2006).

Não deve haver dúvida, principalmente por parte de quem atua diretamente com o recém-nato, sobre sua importância e indicações do teste. É fundamental que os programas de triagens auditivas consigam atingir seus ideais, passando de forma clara e objetiva qual a importância da triagem auditiva aos profissionais que atuam na saúde da criança, aos pais e sociedade. É fundamental ampliar a visibilidade quanto às vantagens da descoberta da perda

logo no início. Passar essa informação aos pais não é só responsabilidade das pessoas que lidam direto com o programa e sim de todos os profissionais da saúde enfermeiros, pediatras e neonatologistas (SOARES & MARQUES & FLORES, 2008 *apud* RODRIGUES, 2010).

Considerando que trata-se de uma política de saúde auditiva infantil. Segundo Dantas, (2009), a triagem auditiva infantil neonatal é um programa de saúde pública que tem com finalidade testar o mais cedo possível a capacidade auditiva das crianças dentro no ambiente hospitalar ou até o os três primeiros meses de vida, se a perda auditiva é detectada é necessário que haja a mediação até os seis meses. A maior preocupação da triagem auditiva infantil é detectar os casos de alterações auditivas levando em conta as alterações sociais e educacionais. Por ser um teste que deve ser aplicado em todos os recém- natos, deve-se ter a atenção em um maior esclarecimento aos profissionais que atuam com esse público, já que os dados indicaram que alguns consideram sua aplicação necessária somente nos casos de alterações físicas ou doenças gestacionais.

No município de Itaperuna - RJ, não há projetos de saúde auditiva e o teste da orelhinha não é realizado em instituição pública, sendo a oferta desse teste realizada apenas por algumas clínicas particulares. Isso agrava a questão, já que por falta da oferta do serviço, não há interesse imediato em divulgar o teste e fazer cumprir a lei, aumentando ainda mais a distância entre o ideal e o real.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados encontrados na pesquisa, fica clara a necessidade de se criar política de saúde auditiva infantil no município de Itaperuna. Tal política deve levar em conta a qualificação e conscientização dos profissionais que atuam diretamente com os neonatos, de forma a que cumpram seu papel no que se refere a saúde auditiva, dentre ela a orientação e o encaminhamento para realização dos testes e intervenções necessárias.

Os profissionais que lidam diretamente com os neonatos não podem levar a culpa sozinha, pois é função da equipe de política de saúde pública do município de Itaperuna – RJ criar condições para que a lei seja cumprida. Para isso, deve equipar seus hospitais e postos de saúde contratando profissionais qualificados para a realização do teste, além de orientar os demais profissionais que atuam com o recém - nato por meio de cursos e palestras, proporcionando a eles conhecimento amplo no que se trata a saúde auditiva.

Outro aspecto que não deve ser esquecido pelo município, refere-se ao trabalho com a população, divulgando suas políticas de saúde e mostrando a importância do “Teste da

Orelhinha” como direito de todos os bebês, tratando-se de um teste simples sem a necessidade de sedação e que leva poucos minutos para ser realizado.

A detecção da perda logo na infância é fundamental para que haja a intervenção o mais rápido possível proporcionando a essa criança a chance de ter uma vida normal sem grandes prejuízos na vida escolar e social.

REFERÊNCIA

ANDRADE, C. R. F.; MARCONDES, E. **Fonoaudiologia Em Pediatria**. 1ed. São Paulo, p. 141, 2003.

ANDRADE, B. Z.; ROCHA, C. O. P.; CORREA, C. M.; SILVA, E. B. **Fonoaudiologia em Foco**. Belo Horizonte - MG, n.47, p.16 agosto-outubro/ 2010.

BOTELHO, F. A.; BOUZADA, M. C. F.; RESENDE, L. M.; SILVA, C. F. X.; OLIVEIRA, E. A. Prevalência de alterações auditivas em crianças de risco. **Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologistas**. São Paulo, v.76, n.6, 2010.

COELHO, T. T. T.; GIRODO, C. M.; TARIGUTE, C. C. ZORZI, J. L. **Comunicar**. n. 46, p. 3-11, julho-setembro de 2010.

Conselho regional de Fonoaudiologia 1ª região. Disponível em:

< <http://www.crfa1.org.br/Atuacao.aspx>>

CARLSON, B. M. **Embriologia humana e biologia do desenvolvimento**. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan S. A. p. 248, 1996.

DURANTE, A. S.; CARVALLO, R. M. M.; COSTA, M. T. Z. CIANCIARULLO, M. A. VOEGELS, R. L.; TAKAHASHI, G. M.; SOARES, A. V. N.; SPIR, E. G. A implementação de programa de triagem auditiva neonatal universal em um hospital universitário brasileiro. **Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2004.

FERNANDES, J. C.; NOZAWA, M. R. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. **Ciência e Saúde Coletiva**. Campinas - SP, dezembro, 2007.

GUIMARÃES, V. C.; BARBOSA, M. A. Avaliação auditiva no recém-nascido e suas

implicações éticas. **Ciências Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, março, 2010.

GARCIA, M. V.; AZEVEDO, M. F.; TESTA, J. R. Medidas de imitação acústica em lactentes com 226hz e 1000hz: correlação com as emissões otoacústicas e o exame otoscópico. **Revista brasileira de otorrinolaringologista**. São Paulo v.75, n.1, janeiro/Fevereiro, 2009.

HERNANDEZ, A. M.; MARCHESAN, I. **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar**. 1ed. Rio de Janeiro: Revinter, p. 109, 2001.

LEWIS, D. R.; MARONE, S. A. M.; MENDES, B. C. A.; CRUZ O. L. M.; NÓBREGA, M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva COMUSA. **Jornal Brasileiro de Otorinolaringologia**. São Paulo, 2010.

Lei Nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Disponível em: Presidência da República casa civil subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:

< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm >

MARTINEZ, J. **MANUAL DE FONOAUDIOLOGIA**. São Paulo, 13 c. 177 p. 1997.

MAGGI, C. R.; PACHECO, L. C.; TOCHETTO T.; GONÇALVES, M. S.; PEDROSO, F. S. Habituação do reflexo cócleo-palpebral no período neonatal e desenvolvimento auditivo. **Einstein**. Santa Maria – RS, 2011.

MENDONÇA, C. L.; Diagnóstico precoce na deficiência auditiva. **CEFAC**. Recife-PE, 1999.

MOREIRA JR. Estudo da deficiência auditiva das crianças do HRAC-USP, Bauru-SP: subsídios para uma política de intervenção. Disponível em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2074>

MARQUES, T. R.; MENDES, P. C.; BOCHNIA, C. F. P.; JACOB, L. C. B.; ROGGIA, S.M.; MARQUES, J. M. **Triagem auditiva neonatal: relação entre banho e índice de reteste**. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. Paraná, 2008.

NUNES, P. A. O. Experiência auditiva no meio intra – uterino. **Portal dos Psicólogos**. Portugal, 2010.

Portaria Nº 2073/ gm em 28 de Setembro de 2004. Disponível em:
<<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/0308-%5B2610-120110-SES-MT%5D.pdf>>

PINTO, V.S.; LEWIS, D.R. Emissões otoacústicas: produto de distorção em lactentes até dois meses de idade. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.** São Paulo, v.19, n.2, 2007.

PÁDUA, F. G. M.; MARONE, S.; BENTO,R. F.; CARVALLO, R. M. M.; DURANTE, A. S.; JORDANA C. SOARES,J. C.; BARROS, J. C. R.; LEONI, C. R. Triagem Auditiva Neonatal: Um Desafio para sua Implantação. **Arq. Otorrinolaringol.** São Paulo, v.9, n.3, p. 190-194, 2005.

RODRIGUES, C. A. Identificação do percentual de falhas na triagem auditiva e fatores de risco em recém-nascidos de um hospital no vale do rio dos sinos. **Universidade Feevale.** Novo Hamburgo, 2010.

SILVA, L. P A.; QUEIROS, F.; LIMA, I. Fatores Etiológicos da Deficiência Auditiva em Crianças e Adolescentes de um Centro de Referência APADA em Salvador-BA. **Revista brasileira de otorrinolaringologista.** São Paulo, janeiro/fevereiro 2006.

SANTOS, T. M. M.; RUSSO, I. C. P. **A Prática da Audiologia Clínica** – 8 ed. São Paulo p.218-219 Cortez, 2011.

STUMPF, C. C.; GAMBINI, C.; BÓRNIA, L. C.; CORTELETTI, J.; ROGGIA, S. M. Triagem auditiva neonatal: um estudo na cidade de Curitiba – PR. **Revista CEFAC.** São Paulo, v.11, n.3, 2009.

SOUZA, L. C. A. Diagnóstico precoce da surdez infantil e estratégias terapêuticas. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, 1995.

ZOCOLI, A. M. F.; RIECHEL, F. C.; ZEIGELBOIM, B. S.; MARQUES, J. M. Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.** São Paulo, v.72, n.5, Setembro/Outubro 2006.