

Mariana Szymanski Ribeiro Gomes

Plano de ação participativa para a identificação da deficiência
auditiva em crianças de 3 a 6 anos de idade de uma comunidade de
baixa renda

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ida Lichtig

São Paulo

2004

Ao Sergio, meu marido, pelo apoio incondicional, pela compreensão e por estar sempre ao meu lado.

Ao Alexandre, meu filho, pelo amor e pela felicidade que me causa.

Dedico, com todo o meu amor.

Agradecimentos

À **Profa. Dra. Ida Lichtig** pela preciosa orientação, pela confiança e respeito ao meu trabalho, por me abrir as portas para a pesquisa e pela amizade.

À minha mãe **Heloisa Szymanski** pela disponibilidade, pelo incentivo, pelas revisões e pelas valiosas sugestões.

À **Dra. Maria Sílvia Cárnio** pelas valiosas contribuições nos Exames de Qualificação, por todo incentivo e apoio.

Às **Dras. Dulce Maria Rosa Gualda e Mônica Cristina Andrade Bassetto** pelas importantes sugestões no Exame de Qualificação.

Aos **Drs. José Geraldo Silveira Bueno, Sílvio Antônio Monteiro Marone** e à **Dra. Marta Carvalho Almeida** pela participação na primeira Banca de Qualificação.

Ao **Ivo**, líder comunitário da Vila Nova Esperança, e a toda equipe de funcionários da creche Sociedade Amigos do Pianoro pela colaboração e disponibilidade durante o percurso deste trabalho.

À fonoaudióloga **Andréa Wander Bonamigo**, diretora da Unidade de Saúde Municipalizada Jardim Paulistano, por ter acreditado no valor deste trabalho e ter colocado a Unidade à minha disposição.

Aos **agentes comunitários de saúde** da Unidade de Saúde da Família Municipalizada Jardim Paulistano pela disposição em participar da pesquisa.

Às amigas de sempre **Fabiola Mecca, Renata Akiyama e Maria Inês Vieira Couto** pelas reflexões, pelos muitos bate – papos e pelas críticas e sugestões.

Aos **pais e crianças** que participaram dessa pesquisa por terem aceito o meu trabalho na comunidade e pela colaboração durante a pesquisa.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho.

À **FAPESP**, pelas bolsas e pelo Auxílio Pesquisa concedidos que viabilizaram a realização dessa tese.

Muito obrigada!

Sumário

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Resumo

Summary

1. Introdução	1
2. Revisão da literatura	8
2.1. As conseqüências da deficiência auditiva e a importância da detecção e intervenção precoces	9
2.2. A deficiência auditiva no Brasil e no mundo: prevalências e causas da deficiência auditiva	14
2.3. Programas de triagem auditiva	17
2.4. Instrumentos de baixo custo para triagem auditiva	23
2.5. Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e a Participação de não-especialistas	36
2.6. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF)	43
3. Casuística e Métodos	49
3.1. ESTUDO 1 - A comunidade Vila Nova Esperança	54
3.2. ESTUDO 2 - A Unidade de Saúde da Família Municipalizada Jardim Paulistano	77
3.3. Análise dos dados dos ESTUDOS 1 e 2	94
4. Resultados	99
4.1. ESTUDO 1 – Comunidade Vila Nova Esperança	100
4.2. ESTUDO 2 – Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano	117

5. Discussão	140
5.1. Discussão da metodologia	142
5.2. Discussão dos Resultados	144
5.3. Considerações finais	161
6. Conclusões	164
7. Anexos	168
8. Referências Bibliográficas	233

Lista de Símbolos e Siglas:

dB - decibel

Hz - Hertz

NA - nível de audição

NPS - nível de pressão sonora

Lista de Figuras:

Figura 1: Esquema da relação entre os fatores que afetam positivamente ou negativamente a audição. Adaptado de SANCHO et al (1998).....	10
Figura 2: Administrações Regionais da cidade de São Paulo.....	50
Figura 3: Administração Regional da Freguesia do Ó.....	50
Figura 4: Distribuição de favelas de acordo com as Administrações regionais do município de São Paulo.....	51
Figura 5: Distribuição das famílias da Vila Nova Esperança de acordo com a região de origem.....	55
Figura 6: Nível de escolaridade dos adultos da comunidade Vila Nova Esperança.....	55
Figura 7: Distribuição de número de filhos por família da comunidade Vila Nova Esperança..	56
Figura 8: Distribuição do número de cômodos por residência da comunidade Vila Nova Esperança.....	57
Figura 9: Saneamento básico nas residências da Vila Nova Esperança.....	57
Figura 10: Vista da comunidade Vila Nova Esperança	58
Figura 11: Creche Sociedade Amigos do Pianoro	59
Figura 12: Vista da praça da comunidade Vila Nova Esperança	59
Figura 13: Distribuição das 133 crianças participantes do Estudo 1 quanto à escolaridade....	61
Figura 14: Distribuição das visitas feitas pela pesquisadora à comunidade Vila Nova Esperança no ano de 2001.....	70
Figura 15: Representação gráfica das etapas da triagem auditiva	75
Figura 16: Fluxograma das etapas do procedimento do Estudo 1	76
Figura 17: Agentes comunitários da saúde da Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano	78
Figura 18: Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano	80
Figura 19: Distribuição das 91 crianças participantes do Estudo 2 quanto à escolaridade.....	81
Figura 20: Distribuição das triagens realizadas nas crianças de 3 a 6 anos de idade da Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano no período de agosto a novembro de 2003.....	88
Figura 21: Fluxograma das etapas do procedimento do Estudo 2	94
Figura 22: Achados da inspeção visual do meato acústico externo realizada nas 133 crianças do estudo 1 (n= 266 orelhas)	107
Figura 23: Distribuição das crianças do estudo 1 que falharam na triagem audiométrica segundo faixa etária (n= 12).....	108
Figura 24: Distribuição das crianças do estudo 1 que falharam na triagem imitanciométrica segundo faixa etária (n= 18).....	110
Figura 25: Achados da inspeção visual do meato acústico externo realizada nas 90 crianças do estudo 2 (n= 180 orelhas).....	117

Figura 19: Distribuição das crianças do estudo 2 que falharam na triagem audiométrica segundo faixa etária (n= 15).....	118
Figura 20: Distribuição das crianças do estudo 2 que falharam na triagem imitanciométrica segundo faixa etária (n= 25).....	120

Lista de Tabelas:

TABELA 1: Definição de sensibilidade e especificidade para estudos de triagem	17
TABELA 2: Principais causas de instalação de incapacidades	36
TABELA 3: Região de origem dos chefes de domicílio do Distrito da Brasilândia	52
TABELA 4: Nível de escolaridade da população do Distrito da Brasilândia de acordo com o número de anos de estudo	53
TABELA 5: Distribuição das crianças que participaram do Estudo 1 residentes na comunidade Vila Nova Esperança de acordo com sexo e idade.....	60
TABELA 6: Distribuição dos sete voluntários residentes na comunidade Vila Nova Esperança quanto a profissão, escolaridade e, sexo	62
TABELA 7: Valores médios de ruído encontrados na sala de teste da Vila Nova Esperança ..	64
TABELA 8: Respostas obtidas em 40 orelhas de crianças sem alterações auditivas de 3 a 6 anos de idade residentes na comunidade Vila Nova Esperança na frequência de 500 Hz.....	73
TABELA 9: Critério recomendado para falha na triagem imitanciométrica segundo ASHA (1997)	74
TABELA 10: Distribuição das pessoas cadastradas na Unidade Jd Paulistano do acordo com sexo e faixa etária	79
TABELA 11: Distribuição das crianças que participaram do Estudo 2, cadastradas na Unidade de Saúde Jardim Paulistano de acordo com sexo e idade	81
TABELA 12: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano quanto ao sexo, idade e escolaridade	82
TABELA 13: Valores médios de ruído encontrados na sala de teste do Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano	85
TABELA 14: Valores de K, p e porcentagem de casos concordantes para cada pergunta e observação da Parte I do questionário original	101
TABELA 15: Valores de K, p e porcentagem de casos concordantes para cada pergunta e observação da Seção D - Parte II do questionário original	102
TABELA 16: Valores de K, p e porcentagem de casos concordantes para cada pergunta e observação da Seção E - Parte II do questionário original	103
Tabela 17: Valores de K, p e porcentagem de casos concordantes para cada pergunta e observação da Seção F - Parte II do questionário original.....	105
TABELA 18: Distribuição das 12 crianças do estudo 1 que falharam na triagem audiométrica em relação ao sexo e faixa etária.....	108
TABELA 19: Distribuição das 18 crianças do estudo 1 que falharam na triagem imitanciométrica em relação ao sexo e faixa etária	109
TABELA 20: Distribuição da faixa etária das crianças do grupo alterado e grupo controle (estudo 1)	111
TABELA 21: Níveis de significância das questões da Parte I do questionário original (estudo 1)	111
TABELA 22: Níveis de significância das questões da seção D da Parte II do questionário original (estudo 1)	112
TABELA 23: Níveis de significância das questões da seção E da Parte II do questionário original (estudo 1).....	113
TABELA 24: Distribuição do escore obtido pelos sujeitos do grupo alterado e controle do estudo 1, segundo análise de LICHTIG (1998)	115

TABELA 25: Comparação entre o grupo controle e alterado do estudo 1 em função do escore zero	116
TABELA 27: Distribuição das 15 crianças do estudo 2 que falharam na triagem audiométrica em relação ao sexo e faixa etária.....	118
TABELA 28: Distribuição das 25 crianças do estudo 2 que falharam na triagem imitanciométrica em relação ao sexo e faixa etária	119
TABELA 29: Distribuição da faixa etária das crianças do grupo alterado e grupo controle do estudo 2	120
TABELA 30: Níveis de significância das questões da Parte I do questionário modificado.....	121
TABELA 31: Níveis de significância das questões seção D da Parte II do questionário modificado	122
TABELA 32: Níveis de significância das questões seção E da Parte II do questionário modificado	123
TABELA 33: Níveis de significância das questões seção F da Parte II do questionário modificado.....	124
Quadro 1: Códigos e categorias emergentes da análise da entrevista coletiva com os ACS ..	125
Quadro 2: Códigos e categorias emergentes da análise da entrevista coletiva com os ACV ..	133

Resumo

Gomes M.S.R. *Plano de ação participativa para a identificação da deficiência auditiva em crianças de 3 a 6 anos de idade de uma comunidade de baixa renda*. São Paulo; 2004. p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

O diagnóstico da deficiência auditiva no Brasil é, em geral, tardio por ser feito em centros audiológicos com equipamentos de alto custo e profissionais especializados, não disponíveis para toda a população, em especial a de baixa renda. É evidente a necessidade de se desenvolver uma estratégia funcional para a identificação da deficiência auditiva que otimize a utilização de recursos disponíveis nas próprias comunidades. Visando tornar acessível à população de baixa renda, de uma comunidade da periferia da cidade de São Paulo, um programa de triagem auditiva de baixo custo, o presente estudo pretendeu: capacitar alguns moradores dessa comunidade a identificarem a deficiência auditiva em crianças de 3 a 6 anos de idade, por meio da utilização de um instrumento de triagem auditiva de baixo custo e verificar a eficácia deste procedimento. Funcionários da creche local e da unidade de saúde (agentes comunitários), todos membros dessa comunidade, foram treinados e familiarizados com um questionário para identificação da deficiência auditiva. Os pais ou responsáveis por crianças de 3 a 6 anos de idade responderam a esse questionário, empregado pelos agentes comunitários, e as crianças, num total de 224, foram submetidas à triagem auditiva (audiométrica e imitanciométrica). Os resultados evidenciaram que os agentes comunitários

treinados foram capazes de reproduzir a avaliação da pesquisadora, mostrando alta concordância na coleta de dados por meio do questionário para triagem auditiva. Das 224 crianças triadas, verificou-se uma porcentagem de falha de 26%, considerando as falhas nas triagens audiométrica e imitanciométrica, isoladamente e em conjunto, e os impedimentos totais do meato acústico externo pela presença de cerúmen. A triagem imitanciométrica revelou ser um procedimento eficiente na triagem das alterações encontradas. Os dados obtidos por meio do questionário e da triagem auditiva foram comparados e demonstraram que, na população estudada, este questionário apresentou alta sensibilidade (84,2%) para a identificação da deficiência auditiva leve e alterações de orelha média e baixa especificidade (52,6%) para identificar as crianças sem alteração. O questionário utilizado pelos agentes comunitários mostrou ser um procedimento simples, de rápida aplicação e de baixo custo. Os agentes comunitários relataram aprendizado com a pesquisa e conscientização sobre a importância da audição. Concluiu-se que foi possível treinar e capacitar os agentes comunitários a identificarem a deficiência auditiva na comunidade, por meio do instrumento de baixo custo, o que contribuiu para a sensibilização dos moradores quanto à importância da audição para o desenvolvimento global da criança.

Summary

Gomes M.S.R. Participation of non - specialists in the detection of hearing loss in preschool children of a poor community. São Paulo; 2004. p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

There is a lack of trained personnel and testing equipment to provide early detection of hearing impairment in children from the lower socio economic level of developing countries. The delay in the identification of hearing impairment leads to a late clinical intervention and enrollment in rehabilitation programmes. There is a need to develop a strategic functional model for identification of hearing impairments through a scheme for the optimal utilization of the limited and local resources in the community. A questionnaire offers a low cost option, specially if it is administered by non professionals resources. This study evaluated the use of a parent report questionnaire by non professionals, to identify hearing loss in pre-school children of a poor community in São Paulo city. Member of the community (employees of the local nursery school and of the local health unit) were trained to apply a parent report questionnaire. Parents of 224 three to six years old children answered the questionnaire administered by the community agents, and their children underwent audiological screening, including audiometric and imitanciometric measures. The results showed that the trained members of the community reproduced the evaluation of the researcher regarding the use of the questionnaire. The statistical analysis showed significant concordance between data collecting by the community agents and the researcher with the questionnaire. Of the 224

children who were tested, 26% failed: 1,8% failed audiometric screening only; 8,9% failed imitanciometric screening only; 10,2% failed both, audiometric and imitanciometric screening; and 5,1% presented ear wax in the external acoustic meatus. The questionnaire showed high sensitivity (84,2%) to identify hearing impairment, and low specificity (52,6%), to identify normal hearing in pre school children. It was concluded that: it was possible to use local resources of the community, such as community agents to identify hearing impairment in pre school children; the questionnaire offered a low cost option to screen hearing impairment, when administered by non professionals, although it needs further refinements to improve specificity; the action plan provided a learning experience for the non professionals about hearing impairment in children and it's consequences.

1. INTRODUÇÃO

Crianças e jovens portadores de qualquer modalidade de deficiência têm menos oportunidade de freqüentar escolas comuns e geralmente são marginalizados socialmente. Conseqüentemente, o adulto portador de deficiência é excluído da posição de liderança e de tomada de decisões, acarretando a falta de resoluções concretas com relação às suas necessidades (Helander et al, 1980). A marginalização social de pessoas portadoras de deficiência é ainda mais acentuada quando existe dificuldade na área da comunicação (Hartley, 1997).

A deficiência auditiva em crianças acarreta graves conseqüências em relação à aquisição e desenvolvimento normal da fala e linguagem, além de influenciar no desenvolvimento emocional, social e educacional do indivíduo. Mesmo as perdas auditivas do tipo condutivo leve nos primeiros anos de vida podem interferir negativamente na cognição, comportamento e desempenho escolar (Carvalho, 1996; Lichtig, 1997; Matkin e Wilcox, 1999; Hodgson 1999; Yoshinaga-Itano, 2000).

Por se tratar de uma alteração não visível, o diagnóstico da deficiência auditiva é, muitas vezes, feito tardiamente, dificultando a tomada de medidas adequadas para minimizar ou eliminar suas conseqüências (Lichtig, 1998).

A importância da detecção precoce da deficiência auditiva tem sido enfatizada por vários autores, a fim de possibilitar a inserção da criança

deficiente auditiva em programas de intervenção e reabilitação, e, assim, otimizar a plasticidade e sensibilidade do sistema nervoso central em organizar estruturas cognitivas durante os primeiros anos de vida que são críticos para o desenvolvimento geral do indivíduo (NIH, 1993; Rodrigues, 1993; Azevedo, 1996; ASHA, 1997; Lichtig, 1998; Ramos, 1999; JCIH, 2000; Moeller, 2000).

A realização do diagnóstico de perdas de audição no Brasil implica no uso de equipamentos de precisão, que geralmente encontram-se em clínicas, hospitais - escolas, instituições e centros particulares. Em locais onde tais facilidades são inexistentes, a detecção da deficiência auditiva não ocorre. De acordo com Silveira (1992), crianças portadoras de deficiência auditiva têm sido diagnosticadas, no Brasil, por volta dos dois ou três anos de idade, podendo transcorrer de um a dois anos entre a suspeita e a confirmação da alteração (Nóbrega, 1994).

O Joint Committee on Infant Hearing (JCIH, 1994; 2000) determina que todas as crianças recém nascidas devem ser triadas para alterações auditivas antes dos seis meses de idade (triagem auditiva neonatal universal), para que sejam incluídas em programas de reabilitação o mais cedo possível.

Embora existam esforços no Brasil em direção à triagem auditiva neonatal (Chap Chap, 1996, Lopes Fo. et al, 1996, Bassetto, 1998), principalmente nas grandes cidades, esta não é uma realidade para a maioria da população de baixa renda. Nesse sentido, a adaptação de técnicas e a

utilização de equipamentos de baixo custo são necessárias e imprescindíveis para tornar o atendimento acessível às populações brasileiras mais carentes, evitando o diagnóstico tardio, ou mesmo a falta deste.

O uso de questionários como instrumento de triagem auditiva tem sido discutido por vários autores (Mc Cormick, 1991; Haggard e Hughes, 1991; Dube, 1995; Hammond et al, 1997; Lichtig e Wirz, 1998; Hind et al, 1999; Ateunis et al, 1999; Stewart et al, 1999; Newton et al, 2001). Alguns estudos que pesquisaram a efetividade de questionários para triagem auditiva, constataram que eles são capazes de selecionar a maioria das crianças com perda de audição na faixa etária acima de dois anos e que podem ser uma opção de baixo custo para detectar perdas auditivas em pré-escolares nos países em desenvolvimento. (Mc Cormick, 1991; Haggard e Hughes, 1991; Newton et al, 2001).

Para contemplar a população carente de países em desenvolvimento, onde o acesso à prevenção e reabilitação de deficiências não é igualitário, no final da década de 70 e início da década de 80, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu a proposta de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) (Helander et al, 1980). Essa proposta visou a criação novas formas de serviços que demandassem menos profissionais, treinamentos acessíveis para pessoas não especializadas e métodos de reabilitação mais simples, para expandir as provisões já existentes (Periquet, 1984; O'Toole, 1991, Lundgren-Lundquist e Nordholm, 1993).

A RBC deve enquadrar a prevenção e a reabilitação no sistema de atenção primária à saúde, utilizar tecnologia de baixo custo e utilizar recursos de fácil acesso. Nesta proposta busca-se dar ênfase à mobilização e envolvimento da população local, inclusive pessoas portadoras de deficiências, na criação e desenvolvimento de programas de assistência.

Com base nas considerações anteriores, o objetivo desta pesquisa foi verificar a eficácia de um plano de ação para a identificação da deficiência auditiva em crianças de 3 a 6 anos de idade, por pessoas não especialistas treinadas para a utilização de um instrumento de triagem auditiva de baixo custo, um questionário. Esta pesquisa foi um desdobramento do estudo *“Programa de atendimento a crianças portadoras de deficiência auditiva com e sem linguagem oral”* realizada no Setor de Audiologia Educacional do Curso de Fonoaudiologia da FMUSP, de 1996 a 1998 coordenado pela professora Dra. Ida Lichtig, que utilizou o mesmo instrumento de baixo custo para triar a deficiência auditiva em crianças de 3 a 6 anos de idade.

A presente pesquisa apresentou dois estudos realizadas em contextos e tempos diferentes: Estudo 1, desenvolvido na comunidade Vila Nova Esperança durante o ano de 2001 e Estudo 2, que foi realizado na Unidade de Saúde da Família Municipalizada Jardim Paulistano durante o ano de 2003.

O Estudo 1, teve como objetivos específicos:

- Capacitar alguns membros da comunidade Vila Nova Esperança (funcionários da creche local) a utilizarem o questionário de baixo custo para triagem auditiva de crianças de 3 a 6 anos de idade, mesmo questionário utilizado por Lichtig (1998);
- Verificar a fidedignidade entre a coleta de dados feita por tais membros e pela pesquisadora (não especialista X especialista) quanto à utilização do questionário de baixo custo, ou seja, avaliar se houve concordância na coleta de dados feita pela pesquisadora e pelos membros treinados da comunidade;
- Verificar a prevalência da deficiência auditiva nas crianças de 3 a 6 anos da comunidade, triadas neste estudo;
- Comparar os resultados obtidos com a utilização do questionário de baixo custo com medidas audiológicas (triagens), a fim de verificar a sensibilidade e especificidade deste instrumento;
- Comparar os achados deste estudo com os de Lichtig (1998) no que diz respeito ao questionário de baixo custo.

Após o término do Estudo 1, iniciou-se o Estudo 2, cujos objetivos específicos foram:

- Modificar e adaptar o questionário de baixo custo, a fim de torná-lo mais sensível e específico para identificar deficiências auditivas de grau leve e moderado;

- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano a utilizar o questionário adaptado para triagem auditiva de crianças de 3 a 6 anos de idade cadastradas na Unidade;
- Verificar a prevalência da deficiência auditiva nas crianças de 3 a 6 anos de idade frequentadoras da Unidade de Saúde Jardim Paulistano triadas neste estudo;
- Comparar os resultados obtidos por meio da utilização do questionário adaptado com as medidas audiológicas (triagens), a fim de verificar a sensibilidade e especificidade deste instrumento;
- Conhecer a experiência vivenciada pelos participantes da pesquisa (membros da comunidade Vila Nova Esperança e Agentes Comunitários de Saúde) por meio de depoimentos coletados em entrevistas coletivas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. As conseqüências da deficiência auditiva e a importância da identificação e intervenção precoces.

A audição é um dos sentidos que traz informações importantes para o desenvolvimento humano, principalmente nos aspectos lingüísticos e psicossociais. A deficiência auditiva, mesmo sendo de grau leve, tem impacto no desenvolvimento inicial da linguagem, cognição e competência sócio-emocional (Matkin e Wilcox, 1999).

Segundo Carvallo (1996), a integridade anatomofisiológica do sistema auditivo, tanto em sua porção periférica quanto central, constitui um pré-requisito para a aquisição e desenvolvimento normal da linguagem. Atualmente, não são apenas os comprometimentos graves de audição os únicos a serem associados a comprometimentos de fala e linguagem. Alterações sensoriais discretas passaram a ser identificadas em associação a quadros de distúrbios da comunicação tanto em adultos quanto em crianças.

A deficiência da audição interfere na percepção e no reconhecimento da fala pela criança, filtrando e/ou distorcendo os sons nas perdas neurosensoriais ou causando níveis de audição flutuantes nas perdas condutivas. Em ambos os casos, ocorre um atraso do desenvolvimento de habilidades auditivas (detecção, discriminação, reconhecimento, compreensão e atenção) que são pré-requisitos para o desenvolvimento de habilidades

receptivas e expressivas da linguagem oral, assim como para a inteligibilidade de fala. Dessa forma os domínios da linguagem (sintaxe, semântica e pragmática) ficam comprometidos, causando problemas de compreensão, comunicação e aprendizado, refletidos em baixo desempenho escolar e isolamento social (NIH, 1993; Souza, 1995; Matkin e Wilcox, 1999; Yoshinaga-Itano, 2000; Voltera et al, 2000).

Jamienson (1999) afirma que o impacto da deficiência auditiva no comportamento de uma criança está relacionado com os efeitos desta deficiência nas habilidades de comunicação e sofre influências da idade do acometimento, da idade do diagnóstico, do grau da deficiência auditiva e de sua etiologia.

Para Gravel e Tocci (1998), a audição normal é um pré – requisito para o desenvolvimento otimizado da comunicação oral / aural, sendo que a percepção e produção da fala são afetadas negativamente pela falta de um modelo normal de input auditivo.

Lichtig (1997), Hubig (1997) e Hodgson (1999) alertam que as deficiências auditivas condutivas leves nos primeiros anos de vida podem provocar prejuízos no desenvolvimento da criança, interferindo nas relações que o indivíduo estabelece nas suas diferentes etapas de desenvolvimento. Portanto, a observação do desenvolvimento auditivo e de linguagem por

pediatras, assim como a valorização da queixa dos pais é de fundamental importância para o encaminhamento para investigação audiológica.

Diefendorf (1996) ressalta que crianças com deficiências auditivas leves, moderadas, ou unilaterais são detectadas mais tardiamente do que aquelas com perdas de graus severo ou profundo. Isto ocorre devido à dificuldade de os pais perceberem a audição parcial de seus filhos.

Souza et al (1998) afirmam que o que se observa, via de regra, é uma conduta expectante de médicos, familiares e educadores diante de alterações auditivas e/ou de atrasos na aquisição da linguagem de crianças, postergando-se a devida investigação da acuidade auditiva e, conseqüentemente o diagnóstico dessas alterações.

De acordo com o National Institute of Health - NIH (1993), alguns fatores, além da identificação tardia, podem exacerbar as conseqüências da deficiência auditiva, como por exemplo, fatores relacionados com a condição sócio econômica, como falta de acesso a serviços de assistência, outros problemas de saúde associados, população de alto risco ou fatores ambientais, como a qualidade da informação lingüística fornecida pelos pais.

Segundo Sancho et al (1998), o “custo” da deficiência auditiva para o indivíduo, para seus familiares e, conseqüentemente, para a sociedade pode ser enorme e afirmam que programas para detecção precoce, intervenção e

aconselhamento podem reduzir esse custo. A figura 1 enfatiza a importância da identificação e intervenção precoces a fim de diminuir as várias conseqüências que a deficiência auditiva.

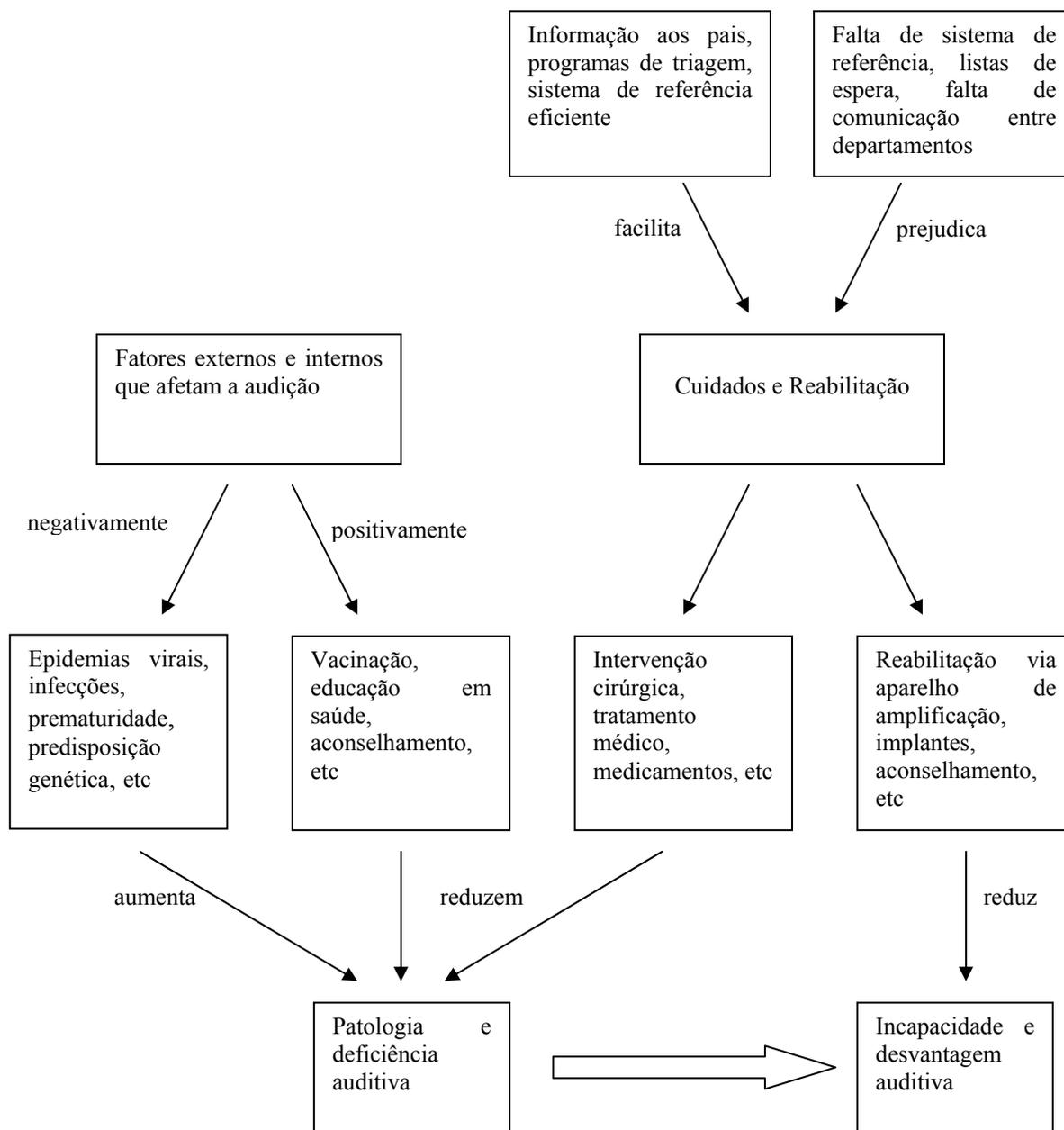


Figura 1: Esquema da relação entre os fatores que afetam positivamente ou negativamente a audição. Adaptado de SANCHO et al (1998)

Autores como, Northern e Downs (1989), Katz (1990), Azevedo (1996), Lichtig (1997), Sininger et al (1999), entre outros, concordam que os primeiros anos de vida da criança são considerados como o período crítico para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem. Durante este período, o Sistema Nervoso Central (SNC) apresenta alta plasticidade, favorecendo a aprendizagem (Katz, 1990; Rodrigues, 1993).

Ao nascer, a criança já apresenta as orelhas externa, média e interna formadas, mas para que ocorra a maturação das vias auditivas, é necessário que haja estimulação sonora, principalmente no primeiro ano de vida (Ramos, 1999; Sininger et al, 1999). Nesta fase, as crianças têm habilidade para distinguir sons da fala, para reconhecer nomes de objetos familiares, para interpretar a entonação da voz e desempenhar funções auditivas sofisticadas, muito antes de poderem demonstrar tais habilidades na própria produção oral (Sininger et al, 1999).

O Joint Committee on Infant Hearing - JCIH (2000) recomenda que a audição de todos os bebês seja triada antes dos três meses de idade, por meio de testes objetivos e fisiológicos, e que o processo de intervenção para aqueles cuja a deficiência auditiva foi confirmada, tenha início antes dos seis meses e seja centrado na família.

Estudos realizados por Yoshinaga-Itano (1997) comprovam que quando crianças com deficiências auditivas de graus moderado, severo ou profundo

são detectadas antes dos seis meses de idade e iniciam reabilitação nesse período, elas atingem habilidades de fala e linguagem, bem como desenvolvimento social, comparáveis aos das crianças ouvintes de mesma faixa etária.

Moeller (2000) acrescenta que um maior sucesso em relação ao desenvolvimento da linguagem é alcançado quando existe um envolvimento ativo da família no programa de intervenção, no qual a criança com deficiência auditiva está inserida.

2.2. Prevalência e Causas da deficiência auditiva no Mundo e no Brasil.

Estudos sobre a prevalência da deficiência auditiva em crianças são geralmente realizados para perdas auditivas severas e profundas. Poucos são os estudos que mostram a prevalência para perdas leves ou moderadas.

A Declaração do Consenso Europeu em Triagem Auditiva Neonatal (ECDC-NHS, 1998) afirma que a deficiência auditiva permanente é um problema sério de saúde pública, afetando pelo menos uma criança em 1000 nascimentos e que a detecção das alterações auditivas logo após o nascimento e o encaminhamento para programas de intervenção adequados possibilita uma melhor qualidade de vida ao indivíduo afetado.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria (1999), a incidência de deficiência auditiva encontrada em berçários comuns nos Estados Unidos é de 1-3 a cada 1000 nascimentos, enquanto que em Unidades de Tratamento Intensivo – UTIs neonatais este índice é de 2-4 em 100 nascimentos.

Segundo Matkin e Wilcox (1999) uma estimativa mais apropriada da prevalência da deficiência auditiva pode ser feita se forem consideradas as alterações auditivas que interferem significativamente no processo de educação. Tais alterações, segundo os autores, seriam perdas neurossensoriais severas a profundas bilaterais (1:1000), perdas neurossensoriais leves a moderadas bilaterais (6:1000), perdas neurossensoriais unilaterais (2:1000) e as perdas condutivas ou associadas à otite média recorrente, resultando em atraso de fala e linguagem (pelo menos 3:1000). Aplicando-se essa definição, tem-se que a prevalência de qualquer tipo de deficiência auditiva que interfira no processo educacional da criança é de 12:1000.

Alguns estudos sugerem que a prevalência da deficiência auditiva é maior em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos, devido à doenças de orelha média, não detectadas e/ou não tratadas, à causas congênitas, à doenças infecciosas, como sarampo, meningite ou rubéola materna, e à identificação tardia de perdas leves e moderadas (Hendarmin, 1988; Thorburn, 1990; Alberti, 1996).

De acordo com Santos (1996), aproximadamente 80% das crianças em idade pré escolar e escolar sofrem uma perda auditiva temporária devido a presença de otite média, sendo essa uma das doenças infecciosas mais comuns na infância.

Embora não haja dados oficiais sobre a prevalência de deficiência auditiva no Brasil, Kurc e Ferrari (1994), estimam que esta seria de aproximadamente um deficiente auditivo para cada 750 bebês nascidos vivos. De acordo com Russo (2000), existem 2.459.214 deficientes auditivos no país, correspondendo a 1,5% da população brasileira, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde.

No que se refere às causas da deficiência auditiva, em um estudo prospectivo realizado na cidade de São Paulo - Brasil, Tabith et al (1989) pesquisaram 119 alunos de uma escola especial para crianças surdas, encontrando como etiologias: 14,28% por rubéola congênita, 10,08% por meningite, 10,08% por fatores genéticos, 6,72% por consangüinidade dos pais, 6,72% por anóxia neonatal, 14,28% por outras causas e para 37,8% da população estudada, não foi possível determinar o fator etiológico.

Nóbrega (1994) estudou 200 crianças e adolescentes do Ambulatório de Deficiência Auditiva do Departamento de Otorrinolaringologia e Distúrbios da Comunicação da EPM - SP, encontrando fatores etiológicos semelhantes ao estudo de Tabith et al (1989): 21% de casos com fatores genéticos, 17,5%

rubéola congênita, 12% com intercorrências perinatais, 10% de casos com meningite, 13,5% com outros fatores e em 64 casos (32%) não foi possível identificar a provável causa da deficiência auditiva.

Lichtig et al (1995) caracterizaram o perfil de 152 indivíduos portadores de deficiência auditiva que procuraram o Centro de Docência e Pesquisa em Fonoaudiologia da FMUSP no período de 1992 a 1993 e constataram que a maioria deles era portadora de deficiência auditiva neurossensorial de grau severo e profundo, sendo as principais causas: a meningite (32%) e a rubéola (29%).

2.3. Programas de Triagem Auditiva.

Segundo Mc Cormick (1991), um programa de triagem auditiva deve selecionar do total da população um pequeno grupo alvo de casos com certa probabilidade de apresentar alteração de audição. Tal programa deve ter alta sensibilidade, ou seja, deve ser eficiente em captar os casos afetados e alta especificidade, ou seja, deve identificar corretamente os casos não afetados (tabela 1).

Além dessas características, segundo a American Speech and Hearing Association (ASHA, 1997), um teste de triagem auditiva deve ser econômico, de fácil aplicação, curta duração e não deve causar desconforto no paciente.

TABELA 1: DEFINIÇÃO DE SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE PARA ESTUDOS DE TRIAGEM.

Resultado da triagem	Com doença	Sem doença
Falhou	Verdadeiro positivo (a)	Falso positivo (b)
Passou	Falso negativo (c)	Verdadeiro negativo (d)
	Sensibilidade = $\frac{a}{a + c}$	Especificidade = $\frac{d}{d + b}$

FONTE: Mc Cormick (1991).

O objetivo principal de qualquer programa de triagem auditiva, segundo Mc Cormick (1991), é identificar casos de deficiência auditiva que tenham relevância médica ou educacional, ou seja, as perdas auditivas que possam se beneficiar de um tratamento médico ou de um programa de intervenção que minimize suas conseqüências no processo educacional da criança. Para alcançar tal objetivo, a triagem auditiva deve identificar não somente os casos mais graves, mas também os menos severos e mais comuns, como as perdas auditivas condutivas.

Mc Cormick (1991) afirma que é importante fazer a distinção entre testes de triagem e testes diagnósticos. Os testes de triagem são o primeiro estágio no processo de identificação do distúrbio e não têm como objetivo a sua confirmação, mas sim, a seleção daqueles que apresentam maior probabilidade de ter determinada condição. Os possíveis resultados de uma triagem são: passou ou falhou. Para tanto, critérios de referência devem ser devidamente estabelecidos, ou seja, os valores de corte devem ser adequados

para que o desempenho do teste em identificar corretamente aqueles que apresentam o distúrbio e aqueles que não o apresentam seja maximizada (ASHA, 1997). Os casos de falha detectados por uma triagem são, então, encaminhados para confirmação da deficiência auditiva mediante testes diagnósticos, que têm por objetivo determinar o grau e a natureza do distúrbio, caso este realmente exista.

Logan (1995) assinala que muitos programas de triagem têm um grande número de falso-positivo, retardando o diagnóstico e gerando dúvidas e ansiedades desnecessárias. Para que isso não ocorra é necessária a adequação dos valores de corte às características da população a ser triada.

Bassetto (1998) afirma que várias técnicas para triagem e diagnóstico estão disponíveis atualmente, como potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) e emissões otoacústicas evocadas (EOAE). Essas técnicas, no entanto, exigem recursos financeiros, tempo e comprometimento da equipe, nem sempre viáveis para muitas realidades.

Nesta pesquisa, duas técnicas de triagem auditiva foram utilizadas e serão descritas a seguir: a audiometria condicionada e a imitanciometria.

2.3.1. Audiometria Condicionada (AC):

Segundo ASHA (1997), a audiometria condicionada é provavelmente o procedimento mais utilizado em triagem e avaliação da audição de crianças em idade pré - escolar. Mediante um condicionamento, a criança aprende a realizar determinada atividade de seu interesse, previamente estabelecida, toda vez que ouvir o estímulo auditivo. Frequentemente, a atividade consta em colocar blocos numa caixa, encaixar peças de um brinquedo ou levantar a mão.

De acordo com Folson e Diefendorf (1999), o desafio deste teste é ensinar a criança a esperar, ouvir e responder quando o sinal auditivo for apresentado. Para isso, é necessário que o examinador seja capaz de reforçar socialmente, no momento correto, a resposta da criança.

Segundo Callison (1999), a AC é utilizada com crianças de três a cinco anos de idade, em salas com nível de ruído controlado, com a utilização de fones de ouvido e vibrador ósseo, possibilitando a avaliação da audição por via aérea e via óssea. Algumas crianças de dois anos podem ser condicionadas a realizarem este teste.

As recomendações da ASHA (1997) para a realização de triagem por meio da AC são: uso de fones de ouvido (convencionais ou de inserção), apresentação de pelo menos dois estímulos nas frequências de 1000, 2000 e 4000 Hz a 20 dB NA em ambiente com ruído controlado.

2.3.2. Imitanciometria:

De acordo com o National Institute of Deafness and other Communication Disorders - NIDCD (1996), a imitanciometria avalia a função da orelha média, mediante a transmissão do som pela membrana timpânica. Este teste pode detectar vários problemas de orelha média, incluindo presença de fluido, anormalidade na membrana timpânica, redução de mobilidade da cadeia ossicular, função da tuba auditiva, etc.

A imitanciometria consiste de testes objetivos e rápidos que avaliam a integridade do sistema auditivo periférico, e que não dependem da resposta do paciente, (Callison, 1999; Ramos, 1999). Para sua realização, uma sonda revestida por uma oliva de borracha flexível é introduzida em uma orelha do paciente, vedando-se completamente o meato acústico externo, e um fone é colocado na orelha oposta. Uma bomba pneumática existente no aparelho injeta pressão no meato por meio da sonda, que capta as respostas do sistema auditivo periférico frente à variação de pressão e aos estímulos sonoros apresentados.

Para Carvalho (1997), os procedimentos de imitância permitem a captação de reflexos acústicos, que têm valor na identificação da deficiência auditiva por serem menos dispendiosos do que, por exemplo, o PEATE ou EOA. Porém, a autora ressalta que critérios específicos para cada população devem ser estabelecidos e os resultados devem ser analisados em conjunto

com outros achados clínicos e com a observação comportamental, para se evitar um alto número de resultados falso – positivos.

Para Margolis e Shanks (1985), as medidas de imitância acústica, quando analisadas simultaneamente com as formas da curva timpanométrica e com a presença dos reflexos acústicos podem fornecer informações para o estabelecimento do diagnóstico auditivo.

Para Ramos (1999), a imitanciometria é bastante útil na realização de triagem auditiva para a identificação de crianças com problemas de orelha média, principalmente a otite média com efusão, que pode ser assintomática e passar despercebida.

O NIDCD (1996); Hubig e Costa Fo. (1997); ASHA (1997), Ramos (1999) afirmam que a infecção de orelha média ocorre freqüentemente e é uma das causas mais comuns de perda de audição leve e moderada na infância, tornando sua identificação imprescindível, o mais cedo possível.

O guia para triagem auditiva elaborado pela ASHA (1997) conclui que é de fundamental importância triar doenças da orelha média e externa, pois são de alta prevalência e de alto custo em termos de diagnóstico e tratamento. E a melhor forma de triar essas doenças é por meio de história do caso, inspeção visual da membrana timpânica e teste imitanciométrico (traçado de curva timpanométrica e visualização do volume do canal auditivo).

2.4. Instrumentos de baixo custo para triagem auditiva.

A criança com qualquer grau de deficiência auditiva pode desenvolver suas habilidades de comunicação, desde que essa deficiência seja identificada o mais cedo possível, com vistas a encaminhamentos de (re) habilitação adequados.

O grande progresso científico – tecnológico dos últimos anos tem facilitado o conhecimento e o acesso a triagens e testes de avaliação audiológica em crianças e bebês. O JCIH propôs, em 1994, a triagem auditiva neonatal universal, como procedimento para triar e diagnosticar a deficiência auditiva em recém - nascidos até o sexto mês de vida. Porém, nos países em desenvolvimento, onde a desigualdade existente na saúde é grande, o uso destes procedimentos é limitado. Os Sistemas de Saúde destes países, incluindo o do Brasil, não priorizam a saúde da comunicação humana, compreendendo a da audição (Befi, 1991; Hartley, 1997)

No Brasil, os locais para diagnóstico da audição, envolvendo equipamentos de precisão, situam-se junto a clínicas, hospitais - escolas, instituições e centros privados, impossibilitando a detecção da deficiência auditiva em contextos onde tais serviços são inexistentes.

Em estudo realizado por Soares (1999), constatou-se que as regiões de São Paulo com maior índice de exclusão social, de acordo com o mapa de

exclusão/inclusão social apresentado por Sposati (1996), ou seja, as regiões mais carentes da cidade, não possuem serviços especializados no diagnóstico da deficiência auditiva. Conseqüentemente, o diagnóstico é feito tardiamente, dificultando a tomada de medidas adequadas para minimizar ou eliminar as conseqüências da deficiência auditiva.

Remencius (1998), estudando a acessibilidade de serviços públicos de saúde no atendimento de crianças com deficiência auditiva constatou que o retardo no diagnóstico da deficiência auditiva ocorre, muitas vezes, em função da dificuldade de acesso do usuário ao sistema de saúde.

Segundo Silveira (1992), a idade média do diagnóstico de crianças com deficiência auditiva no Brasil varia em torno de dois ou três anos, podendo levar até 2 anos para ser concluído (Nóbrega, 1994).

Azevedo (1996) afirma que na maioria dos casos, a suspeita da deficiência auditiva ocorre no primeiro ano de vida, mas o diagnóstico e a subsequente intervenção só ocorrem entre o segundo e o terceiro ano de vida da criança.

Para Harrison e Roush (1996), reduzir o atraso entre a suspeita e o diagnóstico da deficiência auditiva requer consciência pública de serviços de audiologia e procedimentos de avaliação auditiva pediátrica de fácil aplicação.

Dessa forma, faz-se necessária a adoção de técnicas ou a utilização de procedimentos cujos custos sejam acessíveis às áreas carentes do país, que não contam com recursos financeiros para a aquisição de tecnologia e que possibilitem a identificação, o mais precoce possível, de grupos de risco para problemas de audição, contribuindo, dessa forma para a redução das desigualdades existentes na saúde brasileira.

Segundo Travassos et al (2000), as “desigualdades em saúde” refletem as desigualdades sociais e a “igualdade no uso de serviços de saúde” é condição importante para se atingir a equidade na saúde, ou seja, facilidade de acesso, direitos iguais, distribuição justa dos serviços, qualidade igual de cuidados para todos, sem restrição social ou econômica.

2.4.1. Campanha Nacional para a prevenção da deficiência auditiva.

Em 1997, ocorreu no Brasil a I Semana Nacional de Prevenção da Surdez, com o objetivo de educar e informar a população sobre os problemas da surdez e sobre como preveni-los. A população recebeu amplo material informativo sobre doenças do ouvido, suas repercussões na vida cotidiana e no desenvolvimento e aprendizado das crianças. Quase 100.000 pessoas foram testadas e mais de 6.000.000 de folhetos informativos foram distribuídos (Fundação Otorrinolaringologia, 2003). Um dos resultados mais significativos desta campanha foi a extensão da vacinação isolada e obrigatória contra rubéola em todo território nacional, compreendendo crianças de 1 a 11 anos

nas campanhas de vacinação e todas as mulheres no pós-parto imediato (Bento, 1997; Carvalho, 1997).

Em 1999, ocorreu a I Campanha Nacional de Prevenção da Surdez denominada “Quem ouve bem, aprende melhor”, a qual contou com o apoio do Ministério da Educação, da Fundação Otorrinolaringologia, da Sociedade Brasileira de Otologia, da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e do Ministério da Saúde. A campanha foi inserida no Programa Nacional de Saúde do Escolar e procurou aumentar a consciência da população brasileira, especialmente dos educadores, sobre a perda auditiva em alunos da 1ª série do ensino fundamental de escolas públicas. Combinada a ações de prevenção e de diagnóstico, a campanha teve como meta o tratamento desses alunos com distúrbios da audição e a orientação de pais e professores (Sanchez et al, 1999; Ministério da Educação, 2003).

Esta campanha gerou uma solução inédita para a impossibilidade de exame médico e audiométrico em todas as crianças do sistema público: a elaboração de um vídeo- teste, para ser aplicado pelo corpo docente das escolas públicas, para identificar alunos com potencial problema auditivo. Aproximadamente 120.000 crianças foram examinadas por médicos e fonoaudiólogos em 480 municípios brasileiros, representando a maior campanha já realizada no mundo com escolares, pela sua abrangência e

complexidade (Bento, 2000; Fundação Otorrinolaringologia, 2003; Ministério da Saúde, 2003)

Em 2001 ocorreu a II Campanha “Quem ouve bem, aprende melhor”, com os mesmos objetivos da primeira, dando continuidade a identificação e tratamento dos problemas auditivos nos alunos da rede pública. Mais de 160.000 crianças passaram por exame otológico.

Durante os dois anos, a campanha sofreu várias críticas em relação à técnica utilizada e aos critérios de “passa” e “falha” nos testes. O critério de normalidade proposto pela campanha, que é de 30 dBNA, não atinge a população infantil com perda auditiva de grau leve, que pode passar despercebida pelos pais e professores, e levar a distúrbios de comunicação, afetando o desempenho escolar destas crianças.

Algumas variáveis que podem interferir na aplicação do vídeo- teste não são consideradas na campanha, como por exemplo: o tamanho das salas de teste e suas características acústicas, que podem gerar diferenças na quantidade e qualidade do som que chega ao ouvido da criança testada; a variedade dos modelos de televisão e vídeo, com diferentes sistemas de som, e as distorções que o magneto da fita VHS sofre com as várias apresentações; a calibração do volume da televisão, um procedimento subjetivo que depende da acuidade auditiva de quem calibra; as orientações são feitas somente via

fitas VHS aos professores aplicadores do teste, não permitindo esclarecimentos e troca de informações pela ausência presencial do profissional da área.

Brunetto-Borgianni (2003) verificou que a sensibilidade do vídeo- teste, ou seja, sua capacidade de identificar os casos alterados é baixa (35,9%), porém, a especificidade, ou seja, a capacidade para identificar os casos sem alteração, é mais alta (73,6%). A autora conclui que o vídeo- teste da campanha “Quem ouve bem, aprende melhor” não é um bom procedimento, pois contraria a maioria dos princípios da triagem: critérios de passa / falha, ambiente de teste, profissional capacitado, validade, entre outros.

2.4.2. Critérios de Alto Risco para a Deficiência Auditiva:

Os critérios de alto risco, estabelecidos pelo JCIH atualizados em 2000, têm dois propósitos: 1- identificar as crianças que devem receber avaliação audiológica; 2- identificar crianças que devem receber monitoramento audiológico e médico contínuo, uma vez que audição normal ao nascimento não garante a não ocorrência de deficiência auditiva no decorrer da infância.

De acordo com o JCIH (2000), embora a triagem somente de crianças de risco para alterações auditivas seja capaz de identificar apenas 50% das crianças com perda de audição, esse procedimento pode ser útil quando há limitação para a realização da triagem universal, como por exemplo, nos países

em desenvolvimento ou em áreas remotas, onde o acesso à triagem neonatal universal não é possível.

Os indicadores de risco para deficiência auditiva podem ser classificados em duas categorias: aqueles presentes durante o período neonatal (até 28 dias de vida) e aqueles presentes após 28 dias até os 2 anos de vida.

Indicadores de risco para perda de audição durante o período neonatal (até 28 dias):

- qualquer doença ou condição que requeira permanência de 48 horas ou mais em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI);
- características ou achados associados com síndromes relacionadas com deficiência auditiva condutiva ou sensorineural;
- história familiar de deficiência auditiva sensorineural permanente na infância;
- anomalias craniofaciais, incluindo aquelas com anomalias morfológicas do pavilhão ou meato acústico;
- infecções intra-uterinas, como citomegalovírus, herpes, toxoplasmose ou rubéola.

Indicadores de risco para perda de audição durante o período entre 28 dias e 2 anos:

- suspeita, dos pais ou responsáveis, de alteração de audição, fala ou atraso de desenvolvimento;
- história familiar de deficiência auditiva sensorineural permanente na infância;
- características ou achados associados com síndromes relacionadas com deficiência auditiva condutiva ou sensorineural, ou disfunção da tuba auditiva;
- infecções pós-natais relacionadas com deficiência auditiva, incluindo meningite bacteriana;
- infecções intra-uterinas, como citomegalovírus, herpes, sífilis, toxoplasmose ou rubéola;
- níveis de bilirrubina elevados, hipertensão pulmonária persistente do neonato associada com ventilação mecânica;
- síndromes associadas com deficiência auditiva progressiva, como neurofibromatose, osteoporose e síndrome de Usher;
- distúrbios neurodegenerativos, como síndrome de Hunter, ou neuropatias sensorio motoras, como ataxia de Friedreich;
- trauma craniano;
- otite média com efusão recorrente ou persistente por pelo menos três meses.

Ainda segundo JCIH (2000), qualquer criança com algum desses indicadores para deficiência auditiva progressiva ou de aparecimento tardio

deve receber monitoramento audiológico a cada seis meses até a idade de três anos.

2.4.3. Questionários

Estudos realizados por Mc Cormick (1991), Haggard e Hughes (1991) sobre o uso de questionários para triagem auditiva, constataram que tais questionários selecionam a maioria das crianças com perda de audição na faixa etária acima de dois anos.

Haggard e Hughes (1991) apontam que o sucesso no emprego de questionários depende dos cuidados na sua elaboração e aplicação.

Dube (1995) desenvolveu um instrumento para a identificação da deficiência auditiva em áreas rurais de Zimbábue, na África, contendo questões sobre a comunicação e estágios do desenvolvimento de linguagem oral da criança.

Uma versão modificada e adaptada desse instrumento às necessidades brasileiras foi utilizada por Lichtig e Wirz (1998) em São Paulo, sendo que os resultados obtidos foram comparados com avaliações audiológicas completas. O instrumento mostrou-se altamente sensível para identificar crianças de 3 a 6 anos de idade com perdas auditivas severa e/ou profunda e as diferenciou das crianças com audição normal.

Hammond et al (1997) investigou a validade de um questionário usado para triar perdas auditivas em crianças pré – escolares na Austrália, baseado em observações dos pais. Os dados obtidos com os questionários foram comparados com dados de testes audiométricos das respectivas crianças e demonstraram que o questionário usado foi um meio ineficiente para detectar a presença de perda de audição nessa faixa etária, apresentando sensibilidade de 56% e especificidade de 52%.

Hind et al (1999) compararam os dados obtidos por meio de um questionário para triagem auditiva com os obtidos no teste audiométrico de crianças de 4-5 anos de idade e concluíram que, embora os dois procedimentos tenham apresentado resultados semelhantes, o questionário tem melhor especificidade e pior sensibilidade do que o teste audiométrico no que se refere à decisão de encaminhamento para tratamento otorrinolaringológico. Os autores apontaram ainda para o menor custo do questionário quando comparado com o teste audiométrico para triar crianças pré - escolares. Porém, sugerem a necessidade de se realizarem comparações de custo – benefício na triagem auditiva de crianças em idade escolar, utilizando-se o teste audiométrico ou o questionário isoladamente e utilizando-se os dois métodos combinados.

Ateunis et al (1999) realizaram estudo longitudinal com 210 crianças até a idade de 27 meses, comparando dados obtidos por meio de questionários

aplicados aos pais sobre infecção de orelha média e a audição de seus filhos com dados de otoscopia, timpanometria e audiometria tonal. Concluíram que apesar das orientações constantes dadas aos pais sobre as condições de orelha média e audição de seus filhos, a maioria deles falhou em reconhecer a presença de alterações, indicando uma sensibilidade limitada das observações de pais no diagnóstico e monitoramento de alterações auditivas de seus filhos.

Stewart et al (1999) estudaram se a percepção de pais sobre a audição de seus filhos com otite média predizia os resultados de testes audiométricos. Um total de 113 crianças foi testado antes e depois de cirurgia de colocação de tubo de ventilação. Os pais responderam questionários sobre a audição de seus filhos nestes dois momentos. Os autores verificaram que a percepção dos pais é um indicador pobre dos achados audiológicos objetivos, tanto antes como depois da cirurgia.

Com o objetivo de avaliar um questionário para detectar perdas auditivas em crianças de 5 anos de idade, Heathershaw e Wake (2000) avaliaram 1642 crianças nessa faixa etária, comparando o resultado do questionário com triagem audiométrica e imitanciométrica. O questionário continha questões sobre audição, otite média, linguagem e comportamento e foi administrado aos pais das crianças. Combinando as 15 questões mais sensíveis, pode-se observar uma sensibilidade de 89% e especificidade de 24%. Os autores concluíram que o questionário foi ineficiente na detecção de perdas auditivas em crianças de 5 anos de idade.

Newton et al (2001) afirma que nos países em desenvolvimento, um questionário pode ser uma opção de baixo custo para detectar perdas auditivas em pré-escolares. Em estudo com 735 crianças no Quênia, os autores compararam dados obtidos por meio de questionário preenchido por pais, professores ou responsáveis com dados de audiometria tonal e verificaram que o questionário foi 100% sensível para detectar perdas auditivas maiores que 40 dB, sendo sua especificidade de 75%. Foi concluído neste estudo que o questionário poderá ser útil quando aplicado em contextos de atenção primária de assistência à saúde para detecção de perdas auditivas em pré-escolares.

Considerando as dificuldades sócio econômicas de países em desenvolvimento para promover campanhas de prevenção de problemas auditivos, Olusanya (2001) comparou o desempenho de um questionário direcionado a pais de crianças da primeira série, com triagem audiométrica e timpanométrica. Um total de 359 crianças foram triadas e seus pais responderam ao questionário contendo perguntas sobre o passado otológico, história familiar e desenvolvimento da criança. Os resultados do questionário indicaram boa especificidade (94%) e baixa sensibilidade (10%), sendo avaliado como procedimento inadequado para detectar a deficiência auditiva de grau leve. Entretanto, o autor defende o questionário como opção imediata mais viável para os países em desenvolvimento, desde que devidamente aprimorado.

Um simples instrumento contendo duas questões foi utilizado por Dube et al (2002) para identificar crianças de 3 a 6 anos de idade com risco para deficiência auditiva neurossensorial (maior que 50 dB) no Zimbábue. A validação do questionário foi feita por meio de comparação com audiometria de tom puro em 747 crianças. Tal instrumento de baixo custo apresentou especificidade de 70,6% e sensibilidade de 42,3%. Segundo os autores, a baixa performance do questionário era esperada, pois as duas questões não tinham o propósito de triar a deficiência auditiva, mas sim de identificar um grupo de alto risco para deficiência auditiva. Os autores concluíram que o instrumento é útil e pode ser usado em estudos subseqüentes para recrutar sujeitos.

Brunetto-Borgianni (2003) estudou diferentes procedimentos de triagem auditiva, entre eles o procedimento proposto pela ASHA (1997), o vídeo- teste da campanha “Quem ouve bem, aprende melhor” e um questionário com perguntas sobre a presença de queixa auditiva, alteração do comportamento auditivo, desempenho escolar e antecedentes ligados à otite e distúrbios de linguagem. A autora concluiu que, dos três procedimentos, o protocolo de triagem da ASHA demonstrou ser o melhor na identificação da deficiência auditiva em escolares, apresentando sensibilidade e especificidade de 92,3%. O questionário veio em seguida, com sensibilidade de 82,1% e especificidade de 67%. Porém, a vantagem do questionário é que este não necessita de equipamentos para sua aplicação e pode ser um procedimento rápido, simples e de baixo custo.

2.5. Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e a Participação de não – especialistas.

A Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) é uma proposta inovadora para a prevenção e reabilitação das deficiências introduzida pela Organização Mundial da Saúde numa tentativa de solucionar o problema do aumento das deficiências nas áreas pobres dos países em desenvolvimento, onde o acesso à prevenção e reabilitação de deficiências não é igualitário, sendo os serviços existentes ineficientes e inadequados as reais necessidades das pessoas com deficiências, concentrados nas regiões economicamente favorecidas (Periquet, 1984; Brasil, 1993; Helander, 1993; Lundgren-Lundquist e Nordholm, 1993).

Segundo Oliver et al (1999) a RBC foi concebida em contraposição ao modelo de organização de serviços de reabilitação predominante – o modelo médico, que é de alto custo e de difícil acesso para muitas pessoas, por ser distante das periferias dos grandes centros urbanos, resultando em baixa cobertura da população. De acordo com o documento Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no SUS (Brasil, 1993), é justamente nas periferias que se concentra um maior número de casos de deficiência e esta população, para ter acesso ao atendimento necessário, enfrenta grandes deslocamentos, sofrendo com transportes de má qualidade e de alto custo, não compatível com o poder aquisitivo das famílias.

De acordo com Periquet (1984), a desnutrição, doenças infecciosas, a carência de exames pré – natais e acidentes constituem a grande maioria das causas de deficiências nos países em desenvolvimento e, portanto, a prevenção é a forma mais eficiente de combater o problema. As ações de prevenção nos níveis primário e secundário possibilitam a diminuição de incidência de incapacidades em 50% nesses países. Se tais ações forem restritas ao nível secundário (detecção precoce, prevenção de incapacidades e intervenção precoce), a redução de deficiências pode ser em torno de 20% (Brasil, 1993), eliminando a necessidade de reabilitação nesses casos, que é mais longa e mais cara, tanto para os serviços quanto para os portadores.

TABELA 2: PRINCIPAIS CAUSAS DE INSTALAÇÃO DE INCAPACIDADES.

Causas	% de incapacidade por causa
Transtornos congênitos e perinatais (retardo mental, transtornos genéticos, etc)	16,6
Doenças transmissíveis (poliomielite, tracoma, hanseníase, etc)	16,8
Doenças crônicas não transmissíveis	21,0
Perturbações psiquiátricas funcionais	6,6
Abuso crônico de álcool e drogas	10,0
Acidentes (trânsito, trabalho, desportivos)	18,0
Desnutrição	11,0

FONTE: Organização Mundial da Saúde - OMS

Segundo O'Toole (1991), Lysack e Krefting (1993), Thorburn et al (1993), a proposta de RBC estimula a identificação de novas formas de serviços que requeiram um número menor de profissionais, formas de

treinamento mais acessíveis para pessoas não especializadas e métodos de reabilitação mais simples para facilitar a expansão das provisões já existentes.

Para a Organização Mundial da Saúde (ILO; UNESCO; WHO, 1994), a Reabilitação Baseada na Comunidade deve enquadrar a prevenção e reabilitação no sistema de atenção primária à saúde, utilizar tecnologia de baixo custo e recursos de fácil acesso, ou seja, treinar pessoas da própria comunidade com anseio de assessorar os membros de sua comunidade. Nesta proposta busca-se dar ênfase à mobilização e envolvimento da população local.

Werner e Bower (1984) afirmam que os programas de saúde considerados bem sucedidos apresentam as seguintes características: início modesto na própria comunidade; crescimento lento e descentralizado; participação da população local; planejamento como processo de aprendizagem, não seguindo esquema pronto; presença de líderes sensíveis às necessidades da população; reconhecimento de que saúde depende do desenvolvimento social da comunidade.

Segundo Mc Conkey e O'Toole (1995), financeiramente é impossível sustentar uma equipe de trabalho profissional para atuar efetivamente com a população de baixa renda nos países em desenvolvimento. Os autores afirmam que somente por meio de uma abordagem social, com treinamento de famílias

e pessoas da comunidade, é possível fornecer alguma ajuda qualificada para os que necessitam.

Thorburn (1990) afirma que, com base em experiências anteriores, é muito grande o potencial para se treinar pessoas não especializadas da comunidade a trabalharem com crianças com incapacidades, porém algumas precauções devem ser tomadas para a manutenção dos treinamentos, controle da qualidade, supervisão e motivação dessas pessoas. A autora declara que, apesar da possibilidade de se treinar qualquer pessoa interessada da comunidade, algumas qualidades essenciais devem estar presentes como, por exemplo, ter sérias intenções sobre o trabalho, motivação para ajudar aos que necessitam, atitudes de empatia e respeito para com pessoas com incapacidades, boa saúde, vida familiar estável e certo nível de alfabetização. Boa capacidade de observação e de relacionamento interpessoal também são características importantes.

Um aspecto pouco mencionado da participação de não especialistas, que geralmente são voluntários, em programas de RBC é a sua motivação para o trabalho. Lysack e Krefting (1993) apontam que essas pessoas enfrentam inúmeras dificuldades e que o incentivo tem papel fundamental na determinação do desempenho desses voluntários.

A seguir estão relacionados alguns estudos realizados com a participação de moradores de comunidades na identificação de deficiências e orientação da população.

Em 1981, teve início no Ceará - Brasil, um projeto com a participação de não-especialistas, com a finalidade de diminuir a mortalidade infantil. Este projeto contou com o apoio de entidades não governamentais, da Sociedade Pediátrica, da Igreja Católica e do Governo. Fazia parte do projeto, um programa de treinamento de pessoas não especializadas da comunidade, que tinha como objetivos orientar e informar as famílias sobre a importância do aleitamento materno, da necessidade de imunização e de como prevenir e tratar doenças. Os resultados obtidos neste estudo mostraram, entre outros achados, uma diminuição de 32% no índice de mortalidade infantil, no período de outubro de 1986 a agosto de 1989, ressaltando assim a eficácia da participação de pessoas da própria comunidade (UNICEF Brasil, 1992).

Lundgren-Lundquist e Nordholm (1993) realizaram um estudo a fim de identificar pessoas com deficiências em uma vila em Botswana, na África. A pesquisa foi realizada de porta em porta, envolvendo pessoas da comunidade (educadores familiares, profissionais da saúde e voluntários da Cruz Vermelha) devidamente treinadas para a aplicação de um questionário padronizado. Os resultados evidenciaram que 1,4% da população apresentava algum tipo de deficiência: dificuldades motoras (65%), dificuldade de aprendizagem e retardo mental (33%), convulsão e epilepsia (11,5%), distúrbios de comportamento e

doença mental (8%), dificuldades de audição e fala (3%) e dificuldades visuais (1,5%).

A participação de não especialistas na identificação de deficientes também foi relatada por Zaman et al (1990), que utilizaram um questionário com 10 questões relativas a problemas motores, visuais, de audição, compreensão, aprendizagem, fala e retardo mental aplicado em Bangladesh, na Índia. Neste estudo, os problemas mais freqüentes foram com relação à audição e fala (1,9 e 2% respectivamente), sendo que houve maior número de pessoas do sexo masculino afetado do que feminino. Os resultados obtidos por meio deste questionário foram comparados com avaliações profissionais completas e mostraram que este instrumento de baixo custo foi efetivo para detectar deficiências severas.

Em estudo conduzido por Rao et al (1993) com objetivos de utilizar pessoas não especializadas para identificar deficiências nas áreas rurais da Índia e identificar recursos na própria comunidade que facilitassem a reabilitação destas deficiências, 151 voluntários foram treinados por um time de profissionais. Como resultado, verificou-se que os voluntários foram capazes de identificar com sucesso 62,5% dos casos de deficiência, incluindo deficiência física, mental e de audição; 37,5% dos casos foram identificados erradamente (falso – positivos); e 5 pessoas com deficiência mental não foram identificadas pelos voluntários (falso – negativos). Os autores concluíram que é possível utilizar pessoas não especializadas para identificar pessoas

portadoras de deficiências nas áreas rurais, desde que sejam treinadas adequadamente.

Wirz e Lichtig (1998) discutem o uso de não especialistas na provisão de serviços para crianças com perdas auditivas e afirmam que para possibilitar este trabalho, o profissional deve compartilhar seu conhecimento com pessoas da comunidade, e desenvolver habilidades de treinamento para assessorar os agentes comunitários que atuarão como seus parceiros. Segundo as autoras, tais agentes têm capacidade para trabalhar com os pais e para mobilizar sua comunidade, ajudando a modificar atitudes negativas frente às incapacidades.

Oliver e Leão (2001) desenvolvem um projeto de RBC numa comunidade da cidade de São Paulo, contando com a participação de terapeutas ocupacionais, de membros do Conselho Tutelar da criança e do adolescente, de representantes de equipamentos sociais (escola, creche e Unidades Básicas de Saúde), de pastorais ligadas à Igreja Católica, de familiares e pessoas portadoras de deficiências. A partir dessa participação heterogênea, as autoras acreditam ser mais fácil conhecer o contexto sociocultural do grupo e ampliar a cobertura assistencial, criando serviços e ações de reabilitação de baixo custo. O projeto busca inserir as pessoas com deficiências nas atividades culturais e de lazer do bairro e tenta fazer com que a comunidade tenha autonomia no seu gerenciamento e na busca de soluções para os seus problemas.

A Prefeitura Municipal de Santo André iniciou, em 1998 o Programa Integrado de Inclusão Social (PIIS), uma experiência piloto, parte do Programa Santo André mais Igual, delineado para enfrentar o desafio de diminuir a exclusão social no município. O PIIS é orientado pelo princípio básico do envolvimento da comunidade, que participa da operacionalização direta das ações, por meio dos agentes comunitários (de saúde, de educação, de lazer e ambiental) selecionados dentre os moradores. A participação desses moradores permite uma maior implantação das ações do Programa, em função do seu conhecimento da realidade local. Como resultado dessa interlocução permanente com a comunidade já se identifica um avanço na sua auto-organização, visto que a participação é cada vez maior não só em relação aos temas de interesse individual mais imediatos, como também para aqueles de caráter coletivo (Prefeitura de Santo André, 2004).

2.6. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

A participação comunitária nas políticas e programas de saúde brasileiros, com vistas ao desenvolvimento da consciência de cidadania, vem sendo implementada desde o início dos anos 90, com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). O desenvolvimento das principais ações do PACS davam-se por meio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas selecionadas dentro da própria comunidade, com espírito de liderança e

solidariedade, para atuarem junto à população, contribuindo para uma reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (Brasil, 2001).

A fim de desenvolver uma estratégia para reorganizar o modelo assistencial brasileiro, com o objetivo de consolidar o caráter prioritário da atenção básica nas ações de saúde, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação do PACS. Segundo o Ministério da Saúde, o PSF é um modelo criado para substituir o modelo tradicional, aproveitando as estruturas existentes, e assumir o desafio de garantir a todos equidade no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2001).

A estratégia do PSF prioriza ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da família, que deve receber atendimento integral e contínuo em seu ambiente físico e social. Para isso, o PSF concentra os esforços do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, que funcionam como um eixo estruturante do sistema. Cada Unidade de Saúde é responsável por um território de abrangência definido, onde vive um determinado número de pessoas. Esse território é subdividido em micro áreas, e cada micro área é atendida por uma equipe de saúde da família (ESF). Como aspecto fundamental do PSF, cada equipe deve assumir responsabilidade sanitária pela cobertura do território a ela designado, em relação a todas as necessidades de saúde apresentadas pelos moradores da área.

As equipes que atuam no PSF são multi e interdisciplinares, compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS), e são capacitadas, segundo o documento oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que elas atendem está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Os ACS atendem entre 400 e 750 pessoas e desenvolvem atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, tais como: visitas domiciliares mensais a todas as famílias adscritas às equipes, mapeamento das residências e das áreas de risco, acompanhamento de vacinação das crianças, incentivo ao aleitamento materno, identificação de gestantes e encaminhamento para pré-natal,

orientação sobre prevenção da AIDS, entre outras (Brasil, 2001). É válido ressaltar que as atividades realizadas pelos ACS são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro, que atua como instrutor – supervisor e que é responsável, também, pela capacitação dos agentes, de acordo com as necessidades identificadas na comunidade. Esse enfermeiro recebe capacitação e educação permanente com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde.

Os ACS são um elo cultural que potencializa o trabalho educativo à medida em que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (Costa Neto, 2000). O fato de os ACS residirem na própria comunidade contribui para a construção de uma relação de confiança com os moradores, facilitando a comunicação entre ACS e população.

O vínculo estabelecido entre as ESF e as famílias propicia espaço privilegiado para se trabalhar com a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo de atenção à saúde (Souza et al, 2000).

Levy et al (2004) analisaram a percepção de moradores sobre a atuação de agentes comunitários de saúde em duas comunidades de Bauru, São Paulo, e observaram que a população sente-se amparada por receber acompanhamento constante, não sendo necessário a instalação da doença para que a assistência à saúde seja recebida.

De acordo com Bursztyn et al (2003) e Levy et al (2004), o Programa de Saúde da Família será tanto mais efetivo, quanto maior for a flexibilidade e adaptação local do programa. É no cotidiano do território que as relações são construídas e o perfil do Programa vai sendo delineado. Na ausência desta flexibilidade, o programa poderá ficar enrijecido e com baixa resolutividade. Os treinamentos e a capacitação das equipes também beneficiam o PSF.

Em suma, as diretrizes do PSF são: saúde como direito de qualidade de vida; democratização do conhecimento; humanização, como princípio do acolhimento; enfoque familiar; identificação de fatores de risco; integralidade da atenção; intersetorialidade; e participação popular.

2.6.1. Inclusão da fonoaudiologia no PSF.

No que diz respeito as atribuições da fonoaudiologia no PSF, segundo a Proposta de Inclusão da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família (2002), pode-se destacar:

- atuar em equipe no atendimento integral;
- participar das reuniões integradas com as ESF, das visitas domiciliares, das entidades representativas da população, da seleção e capacitação e treinamento de recursos humanos, das campanhas públicas intersetoriais que envolvam promoção da saúde;

- desenvolver atividades coletivas de promoção e proteção à saúde em geral e da comunicação;
- propor e realizar ações intersetoriais junto à creches, escolas, etc;
- co-participar da capacitação de ACS a agentes multiplicadores;
- capacitar, orientar e acompanhar as ações dos ACS;
- realizar e divulgar pesquisas referentes à atuação do fonoaudiólogo no PSF, dentre outras atribuições.

Essa atuação abrangente exige sensibilização e capacitação do profissional para trabalhar nessa proposta, visando a contribuição para a construção de um saber interdisciplinar, baseado nas necessidades da população, na vigilância à saúde, na atuação intersetorial, com vistas à melhor qualidade de vida da comunidade.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Descrição do Distrito da Brasilândia.

Esta pesquisa foi desenvolvida na comunidade Vila Nova Esperança e na Unidade de Saúde da Família do Jardim Paulistano, situadas no Distrito da Brasilândia, periferia da Zona Norte da cidade de São Paulo, que faz parte da Sub-prefeitura da Freguesia do Ó (figuras 2 e 3).



Figura 3: Administração Regional da Freguesia do Ó.

Figura 2: Administrações Regionais da cidade de São Paulo.

O Distrito da Brasilândia é caracterizado por uma população de 235.327 pessoas, das quais 39.062 (16%) residem em favelas¹, segundo dados do IBGE (2002). A distribuição de favelas no município de São Paulo, de acordo com as administrações regionais, pode ser vista na figura 4. Observa-se maior concentração de favelas nas áreas periféricas, incluindo a administração regional da Freguesia do Ó (FO).

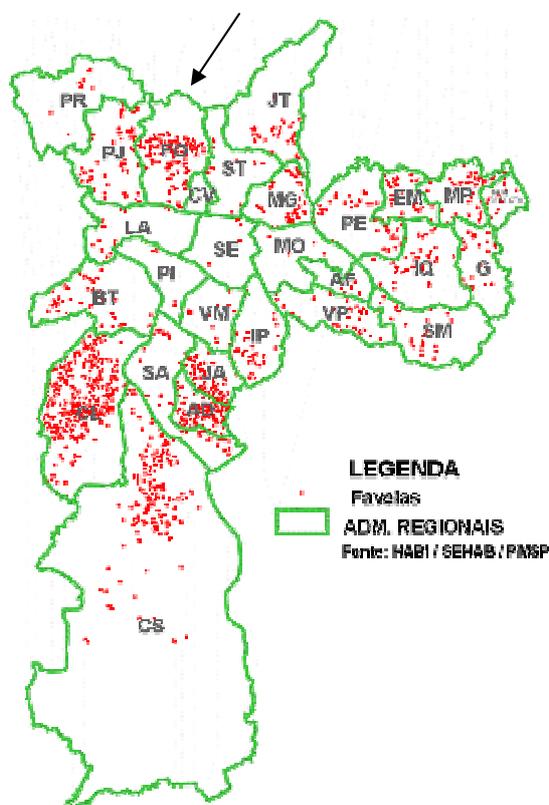


Figura 4: Distribuição de favelas de acordo com as Administrações regionais do município de São Paulo.

¹ O IBGE considera favelas e assemelhados como Aglomerados Subnormais. Aglomerado subnormal é o conjunto constituído por mais de 50 unidades habitacionais (barracos, casas...) localizadas em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular), com ocupação desordenada e densa sendo, em geral, carente de serviços públicos essenciais.

De acordo com o Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo, elaborado a partir de quatro grandes áreas: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade, o Distrito da Brasilândia situa-se entre os dez Distritos mais excluídos, com Índice de Exclusão (IEX) de $-0,82$ (Sposati, 1996).

A maior parte dos chefes de família do Distrito da Brasilândia é migrante dos estados do Nordeste brasileiro (tabela 3).

TABELA 3: REGIÃO DE ORIGEM DOS CHEFES DE DOMICÍLIO DO DISTRITO DA BRASILÂNDIA.

Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Estrangeiros	Sem informação
%	4	72,5	17,3	2,9	2	0,54	0,75

FONTE: Contagem da população - IBGE, 1996.

Em relação à escolaridade da população da Brasilândia, tem-se que mais da metade não completou o primeiro grau, como pode ser visto na tabela 4.

TABELA 4: NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DO DISTRITO DA BRASILÂNDIA DE ACORDO COM O NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO.

Anos de estudo da população residente na Brasilândia							
	Total ⁽¹⁾	- de 1	de 1 a 7 1o. Grau Incompleto	de 8 a 10 1o. Grau Completo	de 11 a 14 2o. Grau Completo	de 15 ou + 3o. Grau Completo	Não Determinados
N	215.587	18.392	124.132	40.866	23.062	3.083	6.052
%	100,0	8,5	57,6	19	10,7	1,4	2,8

FONTE: Contagem da População - IBGE, 1996 Sempla / Deinfo

(1) *Pessoas com 4 anos ou mais*

As questões relativas à segurança, as quais se encontram no dia-a-dia da população paulistana, têm fundamental importância nos estudos sobre as condições de vida na capital. No distrito da Brasilândia, o índice de mortalidade devido a causas externas ou não-naturais, que englobam o conjunto de mortes decorrentes de homicídios, acidentes de trânsito, suicídios e outras (quedas, afogamentos, etc.) é extremamente alto: de 100,00 a 127,37 por 100.000 habitantes (Atlas Ambiental do Município de São Paulo, 2002). Este índice significa que os habitantes desta região têm maiores chances de vir a falecer por causas violentas.

Com relação à saúde da população do Distrito da Brasilândia, o índice de mortalidade infantil é alto, de 20 a 24,99 por 1000 nascidos vivos, ficando à frente apenas do Distrito de Marsilac, na periferia da zona Sul da cidade, onde tal índice é de 25 a 44,25 por 1000 nascidos vivos (Atlas Ambiental do Município de São Paulo, 2002).

3.1. ESTUDO 1 - A comunidade Vila Nova Esperança.

Na comunidade Vila Nova Esperança, situada no distrito descrito acima, estão sendo desenvolvidos estudos da relação família – escola – comunidade desde 1992, combinando pesquisa e intervenção, com o objetivo de planejar e implementar atividades que melhorem as condições de vida da população local (Szymanski, 1996, 1999).

O contato com a comunidade, seus membros e líderes para a execução desta pesquisa foi estabelecido em 1999 por intermédio da Professora Doutora Heloisa Szymanski do Departamento de Psicologia da Educação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Os dados apresentados a seguir caracterizam os aspectos físicos da comunidade e os seus moradores e foram extraídos do Relatório de Pesquisa: “Um estudo de participação comunitária em um projeto educacional” (Szymanski, 1999).

Há aproximadamente 550 famílias na região, na sua grande maioria, migrantes dos estados do Nordeste do Brasil (65%).

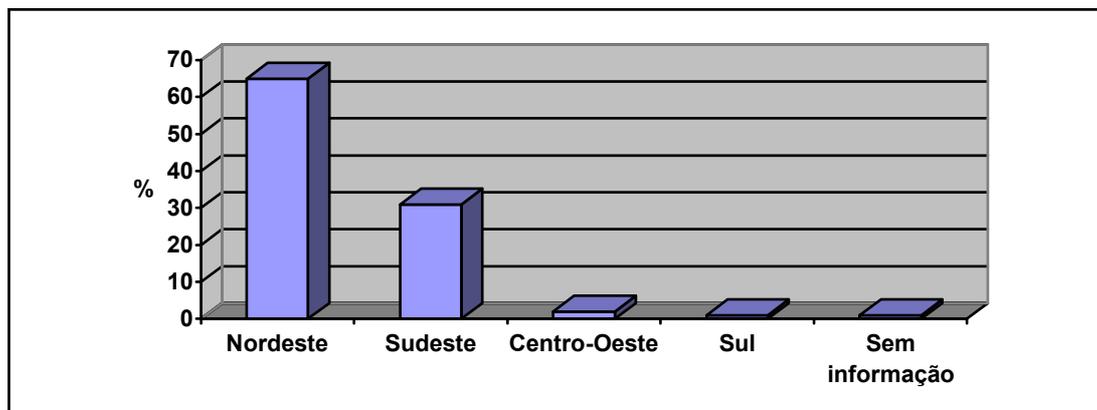


Figura 5: Distribuição das famílias da Vila Nova Esperança de acordo com a região de origem

Com relação ao nível de escolaridade dos adultos da comunidade, verifica-se baixo índice de analfabetismo (3%), porém, observa-se também que a maioria não completou o ensino fundamental (80%). Verifica-se que os dados da comunidade refletem os dados gerais do Distrito da Brasilândia.

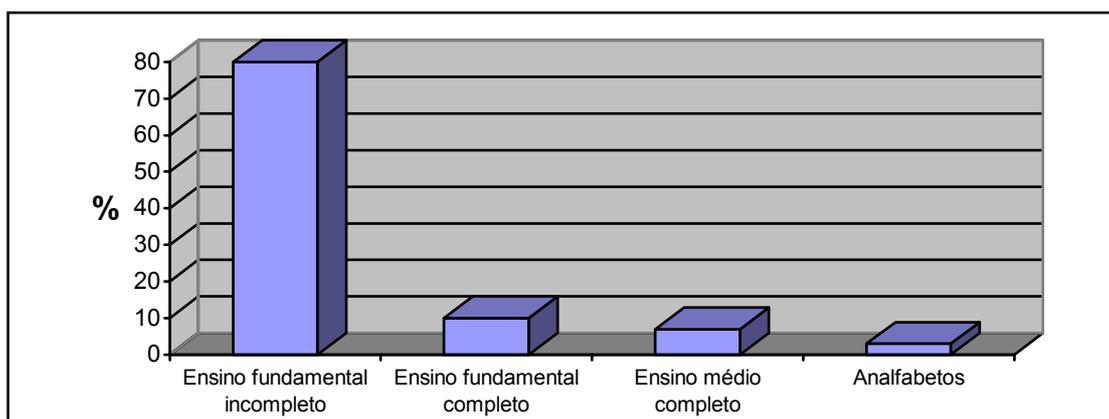


Figura 6: Nível de escolaridade dos adultos da comunidade Vila Nova Esperança.

A estrutura da família é organizada dentro do modelo familiar nuclear: pai, mãe, filhos. Grande parte dos casais é formado por jovens entre 26-35 anos de idade (aproximadamente 58%), com 2 a 3 filhos em média (figura 7).

O desemprego e o subemprego são bastante elevados entre os trabalhadores da comunidade. As profissões mais comuns exercidas pelos moradores incluem, entre os homens, pedreiro e ajudante de pedreiro, e entre as mulheres, dona de casa.

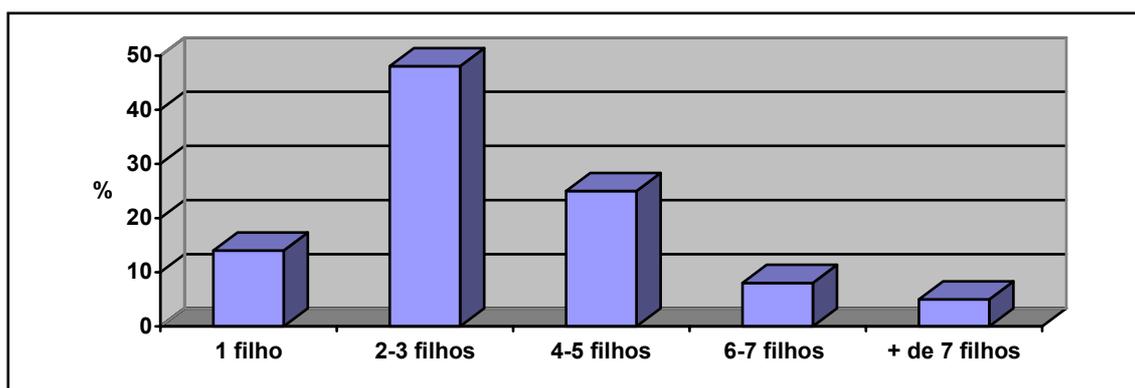


Figura 7: Distribuição de número de filhos por família da comunidade Vila Nova Esperança.

A ocupação da região iniciou-se em 1987 e atualmente encontra-se bastante povoada, não havendo mais terrenos disponíveis. As condições de habitação são precárias: as construções são feitas em pequenos espaços, sendo algumas de madeira e outras de alvenaria e estão constantemente em processo de reforma / reconstrução. Oitenta e cinco por cento (85%) das famílias possuem residência própria; 6% residem em casas alugadas; e 8% tiveram suas residências cedidas. O número de cômodos nas casas varia de 1 a 7, sendo que a maioria (58%) possui de 2 a 3 cômodos.

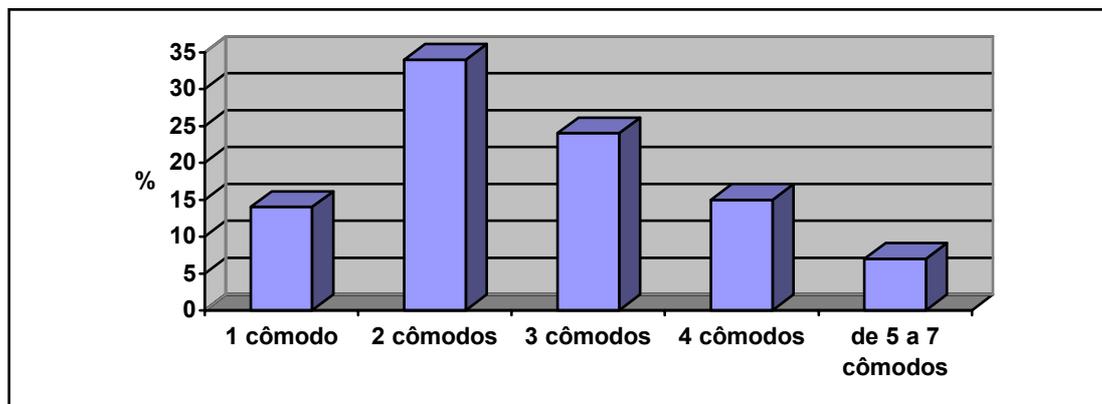


Figura 8: Distribuição do número de cômodos por residência da comunidade Vila Nova Esperança.

A região apresenta rede de esgoto escassa: apenas 66% das casas contam com esse serviço; 18% fazem uso de fossa e 15% não possuem nenhum serviço de saneamento (figura 9). O abastecimento de água também é insuficiente, uma vez que não existe uma rede em toda a região. Aproximadamente 90% das casas têm luz elétrica. Somente a partir do ano de 2001, a Prefeitura iniciou investimento em melhorias na rede de esgoto e na pavimentação das ruas.

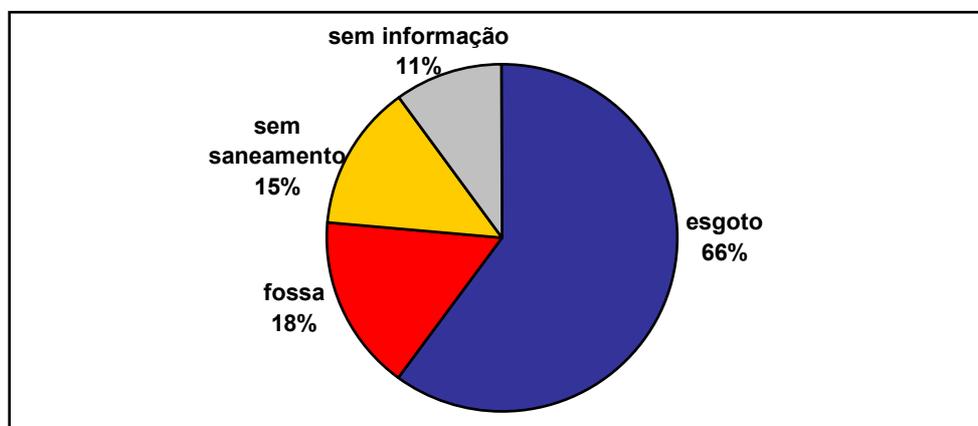


Figura 9: Saneamento básico nas residências da Vila Nova Esperança.

Há na região duas creches que atendem crianças até 5 anos de idade: a Sociedade Amigos do Pianoro e a Creche Paulistano, com número de vagas aproximado de 60 cada uma. A escola formal recebe crianças a partir dos 7 anos. Além da escassez de vagas nas creches para a totalidade de crianças da região (ambas as creches possuem listas de espera), a comunidade enfrenta o problema de deixar as crianças de 5 a 7 anos nas ruas, pois existe apenas uma Escola Municipal de Ensino Infantil (EMEI) nas proximidades, inaugurada em 2002, com 50 vagas para crianças entre 5,1 a 6,11 anos de idade. A EMEI visa o do atendimento das crianças que saem da creche Sociedade Amigos do Pianoro.



Figura 10: Vista da comunidade Vila Nova Esperança.



Figura 11: Creche Sociedade Amigos do Pianoro



Figura 12: Vista da praça da comunidade Vila Nova Esperança.

3.1.1. Casuística.

Crianças:

Um total de 133 crianças, na faixa etária de 3,0 a 6,11 anos de idade, foi submetido aos procedimentos propostos, sendo 66 (49,6%) do sexo masculino e 67 (50,4%) do sexo feminino. A distribuição das crianças com relação à idade pode ser vista na tabela 5. Tais crianças foram selecionadas de acordo com a faixa etária.

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO 1 RESIDENTES NA COMUNIDADE **VILA NOVA ESPERANÇA** DE ACORDO COM SEXO E IDADE.

Crianças / idade	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	Total
Sexo masculino	16	24	21	5	66
Sexo feminino	18	27	10	12	67
Total	34	51	31	17	133

Das 133 crianças que participaram do ESTUDO 1, 58 (43,6%) pertenciam a uma das duas creches da comunidade e 75 (56,4%) não freqüentavam creche ou escola (figura 13).

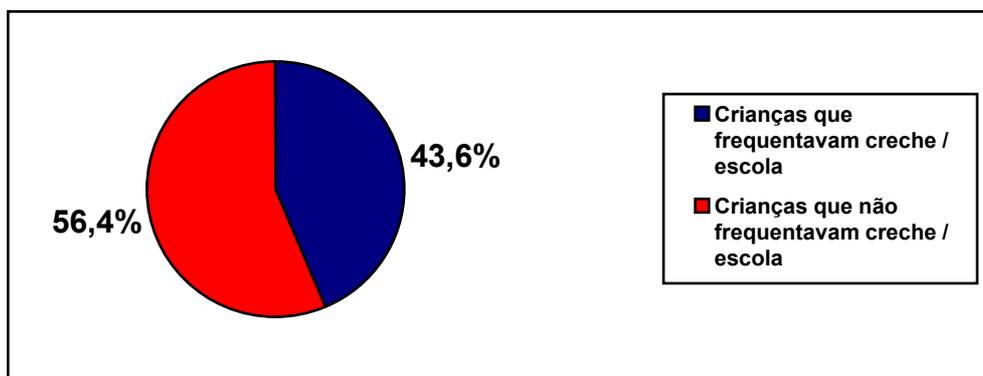


Figura 13: Distribuição das 133 crianças participantes do Estudo 1 quanto à escolaridade

Responsáveis:

Os responsáveis por estas crianças responderam ao questionário sobre a audição de seus filhos e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para a participação no presente estudo (anexo A). Oitenta e quatro por cento (84%) dos questionários foram respondidos pelas mães e 6% pelos pais das crianças. Os demais questionários (10%) foram respondidos por outros responsáveis, tais como tias, vizinhos ou avós e não foram incluídos nos grupos controle e alterado ficando fora da análise estatística.

Agentes Comunitários Voluntários (ACV):

Sete moradores da comunidade Vila Nova Esperança participaram voluntariamente da pesquisa. A distribuição dos ACVs de acordo com sexo, profissão e escolaridade está na tabela 6. Os critérios de seleção dos

voluntários incluíram: nível de alfabetização que possibilitasse a leitura dos questionários, disponibilidade de tempo, interesse na pesquisa e fidedignidade na coleta de dados. Todos os voluntários que se dispuseram a participar da pesquisa eram funcionários remunerados da creche Sociedade Amigos do Pianoro.

TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DOS SETE AGENTES COMUNITÁRIOS VOLUNTÁRIOS DA COMUNIDADE VILA NOVA ESPERANÇA QUANTO A PROFISSÃO, ESCOLARIDADE E, SEXO.

Nome / Profissão	Escolaridade	Sexo
P – faxineira	Fundamental incompleto	F
J – coordenadora	Magistério	F
C – ADI	Médio incompleto	F
M – ADI	Médio completo	F
SR – auxiliar enfermagem	Médio incompleto	F
C – ADI	Médio completo	F
CM – ADI	Médio completo	F

ADI – auxiliar de desenvolvimento infantil.

3.1.2. Equipamentos.

Para o desenvolvimento do ESTUDO 1 foram utilizados os seguintes equipamentos:

- **Otoscópio:** para a inspeção visual do meato acústico externo, foi utilizado otoscópio mini fibra ótica de marca Ka We -2,5 V, acompanhado de vários espéculos de tamanhos diferentes.

- **Audiômetro:** para a realização de triagem audiométrica foi utilizado o audiômetro Maico, modelo MA 41, calibrado de acordo com os padrões ANSI S3.6-1996, IEC 645 em fevereiro de 2001 e em setembro de 2003. Os fones utilizados foram TDH-39 e a triagem foi realizada sem cabina audiométrica.
- **Imitanciômetro:** para a avaliação timpanométrica e pesquisa de reflexos estapedianos (triagem imitanciométrica) utilizou-se aparelho de marca Interacoustics, modelo AZ 7, com olivas para adaptação no meato acústico externo do tipo AZE 26 de tamanhos variáveis entre 6 a 10mm de diâmetro e sonda de frequência em 226 Hz a 65 dB HTL, calibrado conforme padrões ANSI S3.39-1987, IEC 1027-1991 e ISSO/R389-1991 em fevereiro de 2001 e em setembro de 2003.
- **Protocolo:** para registro das respostas para a triagem audiométrica e imitanciométrica, bem como da inspeção do meato acústico externo, utilizou-se um protocolo previamente elaborado (anexo B).
- **Questionário versão original:** para a realização das entrevistas com pais ou responsáveis pelas crianças de 3 a 6 anos foi utilizado um instrumento de baixo custo, desenvolvido por Dube (1995), para identificar a deficiência auditiva. Este instrumento foi traduzido, adaptado e utilizado por Lichtig (1998) em um estudo com 133 crianças e mostrou-se sensível para detectar perdas de audição severa e profunda.

Tal instrumento consta de um questionário de duas partes, cujas respostas dos pais ou responsáveis pela criança, podem ser

classificadas em “sim”, “não” ou “não sei”. O questionário abrange perguntas sobre história familiar, fatores de risco para a deficiência auditiva e desenvolvimento e comportamento gerais da criança. A primeira parte do questionário é comum para todas as idades e a segunda é específica para cada faixa etária (seção D – para crianças de 3 anos; seção E – para crianças de 4 a 5 anos; e seção F – para crianças de 6 anos)². Além de perguntas, o questionário contém algumas observações que devem ser feitas pelo examinador sobre o comportamento da criança em determinadas situações (anexo C).

Foi selecionada uma sala isolada e silenciosa para a realização das triagens auditivas. Os valores médios de ruído encontrados na sala de teste da comunidade Vila Nova Esperança, aferidos com decibelímetro de marca Simpson, modelo 386-2 com filtro de banda de oitava foram:

TABELA 7: VALORES MÉDIOS DE RUÍDO ENCONTRADOS NA SALA DE TESTE DA VILA NOVA ESPERANÇA.

Frequência	Valor médio
500Hz	45dB NPS
1000Hz	42dB NPS
2000Hz	43db NPS
4000Hz	39dB NPS

² As seções A, B e C do questionário referem-se à faixa etária de 0 a 2 anos de idade, não traduzidas e adaptadas para o Português, e não utilizadas neste estudo.

Os níveis de ruído ambiental encontram-se dentro dos limites recomendados pela ASHA (1997) para triagem audiométrica em todas as frequências.

3.1.3. Procedimentos.

a) Treinamento e Fidedignidade entre a pesquisadora e os agentes comunitários voluntários.

Com o objetivo de demonstrar a fidedignidade na coleta de dados, foi realizado um estudo da concordância entre os registros das respostas obtidas pela pesquisadora e pelos ACVs para cada uma das perguntas do questionário. Para tanto, algumas entrevistas realizadas pela pesquisadora foram filmadas com filmadora Panassonic NV-VJ66PN (10 da seção D – crianças de 3 anos, 15 da seção E – crianças de 4 e 5 anos e 10 da seção F – crianças de 6 anos). Cinco entrevistas de cada seção (D, E e F), num total de 15 entrevistas, feitas pela pesquisadora foram selecionadas aleatoriamente para serem assistidas e analisadas posteriormente pelos voluntários devidamente treinados para utilizar o questionário.

O treinamento dos voluntários para a utilização do questionário ocorreu em três encontros, com intervalo de uma semana entre eles.

No primeiro encontro, que teve duração de duas horas, a pesquisadora realizou palestras sobre o desenvolvimento da audição, fala e linguagem em crianças ouvintes, as causas mais freqüentes das perdas de audição no Brasil e as conseqüências destas perdas no desenvolvimento infantil. Além dos voluntários, estavam presentes nas palestras outros funcionários e alguns moradores da comunidade.

O segundo encontro, também com duração de duas horas, foi destinado à leitura e discussão sobre a utilização do questionário propriamente dito. Esclarecimentos e dúvidas sobre as questões foram respondidas à medida que foram sendo apresentadas pelo grupo. Por fim, foram realizadas dramatizações, nas quais cada voluntário aplicou o questionário em outro voluntário, de modo que todos vivenciaram a situação de entrevistador e entrevistado. As respostas dadas durante as dramatizações foram registradas nos protocolos e discutidas uma a uma. Todos os integrantes do grupo levaram o material para leitura em casa, a fim de se familiarizarem com as questões.

No terceiro encontro, os sete voluntários se reuniram em uma sala da creche “Pianoro” no “dia da parada” – última sexta feira do mês, que é reservada para cursos de reciclagem aos funcionários da creche e não há atendimento às crianças. As quinze entrevistas com os pais de crianças de três a seis anos de idade filmadas pela pesquisadora (5 de cada seção do questionário) foram apresentadas ao grupo. Todos assistiram aos vídeos e registraram individualmente nos protocolos as respostas dadas por cada

entrevistado. Todo o procedimento para coleta de dados gerados pelos voluntários durou aproximadamente três horas, com um intervalo de meia hora.

b) Aplicação do questionário original pelos voluntários.

As entrevistas com os pais foram agendadas seguindo diferentes procedimentos, estabelecidos de acordo com o responsável pela mesma, a saber: o diretor da creche Sociedade Amigos do Pianoro, a auxiliar de enfermagem da creche e a pesquisadora.

O diretor e a auxiliar de enfermagem da creche Sociedade Amigos do agendaram as entrevistas de acordo com a disponibilidade de horário dos pais, normalmente quando estes iam levar ou buscar seus filhos na creche. Nesse momento, os ACVs treinados e familiarizados com o questionário aplicaram o questionário, registrando as respostas no protocolo.

A pesquisadora agendou as entrevistas a partir das filas para o cadastramento do Programa Renda Mínima da Prefeitura da Cidade de São Paulo, o qual foi realizado na região, e para o cadastramento de crianças de 4 a 6 anos de idade para preencherem as 50 vagas da nova EMEI. Nessas ocasiões, os pais foram abordados pela pesquisadora enquanto aguardavam na fila e questionados se desejavam participar da pesquisa. Aqueles que concordaram e cujos filhos estavam presentes, dirigiram-se à sala de teste

para aplicação do questionário e realização das triagens, voltando à fila do cadastramento após os exames. Outros receberam notificação da data e horário para comparecerem à sala de teste, juntamente com seus filhos, para realização das triagens.

Os pais ou responsáveis pelas crianças que participaram da pesquisa receberam informações pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa e a importância da audição no processo de desenvolvimento da criança. Somente após assinarem o termo de consentimento, concordando com a inclusão dos dados na pesquisa, os mesmos responderam as perguntas integrantes do questionário. Ficou assegurado aos pais ou responsáveis que os casos alterados seriam encaminhados para avaliação médica e, posteriormente, acompanhados pela pesquisadora.

As perguntas do questionário foram feitas ao entrevistado da forma como estavam escritas no protocolo, a fim de eliminar pistas que direcionassem a resposta do mesmo. As respostas dos entrevistados, bem como o resultado da observação das crianças, foram registradas em protocolos.

As diferentes estratégias de agendamento das entrevistas decorreram das dificuldades encontradas tanto em manter o procedimento de delegar a um funcionário da creche a organização de um horário, quanto em conseguir que os pais comparecessem pontualmente às entrevistas.

Os pais ou responsáveis de crianças que não estavam em nenhuma das duas creches, como descrito anteriormente, foram convocados a partir de notificações ou pessoalmente para comparecerem à sala de teste para responderem o questionário e para a realização da triagem auditiva de seus filhos, caso houvesse interesse. Houve um número grande de não comparecimento nas datas previamente estabelecidas, principalmente no início da pesquisa, retardando o seu andamento. Das 158 crianças não integrantes das creches convocadas, apenas 75 compareceram (47,5%). Os pais de quatro crianças (2,5%) optaram por não participar da pesquisa. Por outro lado, alguns pais e responsáveis trouxeram seus filhos com idade superior a 6 anos, ou seja, fora da faixa etária abrangida pela pesquisa, para serem testados. Um total de 13 crianças acima de seis anos foi triado audiologicamente: cinco falharam e foram encaminhadas para consulta otorrinolaringológica e 8 passaram tanto na triagem audiométrica quanto na imitanciométrica. Esses dados não fizeram parte dos resultados finais da pesquisa.

A questão do horário de comparecimento para a realização das triagens também foi problemática. Muitas vezes, os pais ou responsáveis compareceram em qualquer horário, mesmo tendo marcado na notificação o horário correto da triagem de seus filhos, tumultuando o atendimento e, em alguns casos, impedindo que a triagem fosse efetuada naquele dia, sendo remarcada para outra semana. Isso contribuiu para que houvesse algumas desistências, pois muitas das faltas foram de casos remarcados.

No total foram feitas 36 visitas à comunidade pela pesquisadora no ano de 2001 para a realização das triagens, entrevistas, reuniões e palestras (figura 14).

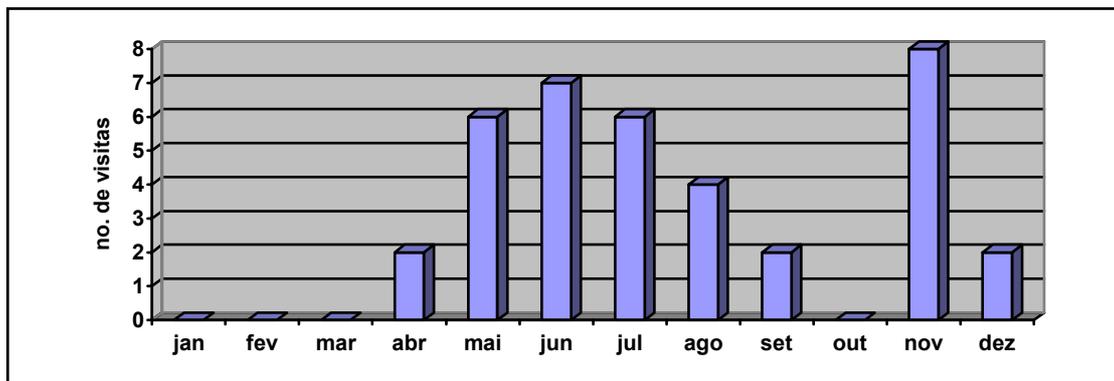


Figura 14 : Distribuição das visitas feitas pela pesquisadora à comunidade Vila Nova Esperança no ano de 2001.

Das 31 visitas destinadas exclusivamente para a realização de triagens e entrevistas, 7 foram inúteis (22,58%), uma vez que os pais agendados para aqueles dias não compareceram e não trouxeram suas crianças para serem testadas.

c) Triagem Auditiva.

As triagens auditivas das crianças da Vila Nova Esperança foram realizadas no período de abril a dezembro de 2001, e obedeceram a seguinte ordem:

- inspeção visual de meato acústico externo;
- triagem audiométrica;
- triagem imitanciométrica.

Todos os testes da triagem auditiva foram realizados pela pesquisadora.

c).1. Inspeção visual do meato acústico externo:

A inspeção visual do meato acústico externo foi realizada antes da triagem auditiva propriamente dita, a fim de se verificar presença ou não de cerúmen e/ou alterações como, presença de objetos estranhos, perfuração timpânica, presença de secreção, etc. que impedissem a realização dos demais exames.

Os possíveis resultados para esta etapa foram:

- sem impedimento, quando a visualização da membrana timpânica foi possível;
- obstrução parcial (por cerúmen), impossibilitando a visualização da membrana timpânica, porém com passagem de ar;
- obstrução total (por cerúmen), ou alteração da membrana timpânica, impedindo a realização das triagens.

Nos dois primeiros casos, prosseguiu-se com as avaliações audiométricas e imitanciométricas. No caso de obstrução total do meato, ou de alguma anormalidade, como otorréia, perfuração timpânica, presença de corpo

estranho, etc., foi feito o encaminhado da criança para avaliação otorrinolaringológica, realizada nas Unidades Básicas de Saúde ou hospitais, e agendou-se nova avaliação após a consulta médica.

c).2. Triagem audiométrica:

As triagens audiométricas foram realizadas nas salas de teste cujos níveis de ruído encontravam-se dentro dos padrões sugeridos pela ASHA (1997).

Os critérios para a triagem audiométrica foram estabelecidos de acordo com a ASHA (1997) para as frequências de 1, 2 e 4 KHz, ou seja, 20 dB NA. Na frequência de 500 Hz, incluída no estudo devido sua importância nas perdas auditivas condutivas, houve a necessidade de se aumentar o critério para 25 dB NA a fim de evitar um número excessivo de falhas. Este limiar foi definido a partir das respostas para tom puro nessa frequência obtidas em 20 crianças (40 orelhas) de mesma faixa etária, residentes na mesma comunidade e consideradas normais, ou seja, com ausência de alteração na inspeção do meato acústico externo, triagem imitanciométrica normal e sem queixa por parte dos pais ou responsáveis (tabela 8).

TABELA 8: RESPOSTAS OBTIDAS EM 40 ORELHAS DE CRIANÇAS SEM ALTERAÇÕES AUDITIVAS DE 3 A 6 ANOS DE IDADE RESIDENTES NA COMUNIDADE VILA NOVA ESPERANÇA NA FREQUÊNCIA DE 500 HZ.

Intensidade da resposta na frequência de 500 Hz	20 dB	25 dB	Total
N	18	22	40
%	45%	55%	100%

O condicionamento das crianças para responder aos estímulos da triagem audiométrica foi feito em 60 dB NA na frequência de 1 KHz, diminuindo-se a intensidade de 10 em 10 dB até atingir 20 dB. As demais frequências foram testadas já nos critérios propostos (20 dB em 2 e 4 KHz e 25 dB em 500 Hz).

A falha do sujeito em responder para qualquer frequência implicou em nova testagem durante a mesma sessão ou, no máximo, em um mês. A persistência da falha implicou em encaminhamento para avaliações otorrinolaringológica e audiológica completas.

c).3. Triagem imitanciométrica:

A triagem imitanciométrica foi realizada após a triagem audiométrica, com traçado da curva timpanométrica, com visualização do volume do canal auditivo externo (cm^3), pico de admitância (mmho) e formato da curva timpanométrica.

Os critérios para análise das informações obtidas com a triagem imitanciométrica foram baseados nas determinações da ASHA (1997) para triagem de alterações na orelha externa e média em crianças pré-escolares.

TABELA 9: CRITÉRIO RECOMENDADO PARA FALHA NA TRIAGEM IMITANCIOMÉTRICA SEGUNDO ASHA (1997)

Crianças de 1 ano até a idade escolar
Volume do canal auditivo > (maior) que 1,0 cm ³ + timpanograma sem pico.
Pico de admitância < (menor) que 0,3 mmho ou Largura do timpanograma > que 200 daPa.

A orientação dada às crianças antes da triagem imitanciométrica foi que ficassem imóveis e ouvissem o apito.

As crianças que falharam foram encaminhadas para avaliação médica nas Unidades Básicas de Saúde ou hospitais, e triadas novamente após tratamento médico. Na persistência da falha, novo encaminhamento foi feito.

O reflexo estapediano ipsilateral não faz parte da triagem imitanciométrica proposta pela ASHA (1997). Neste estudo, optou-se pela sua pesquisa, sendo utilizada a seguinte classificação:

- Presente – quando foi possível verificar reflexos em pelo menos uma das frequências testadas (500, 1000, 2000 e 4000 Hz);
- Ausente – quando todas as frequências testadas não apresentaram reflexos.

Os resultados obtidos com a pesquisa dos reflexos estapedianos ipsilaterais estão no anexo F.

O esquema abaixo ilustra a seqüência dos procedimentos realizados durante a triagem auditiva:

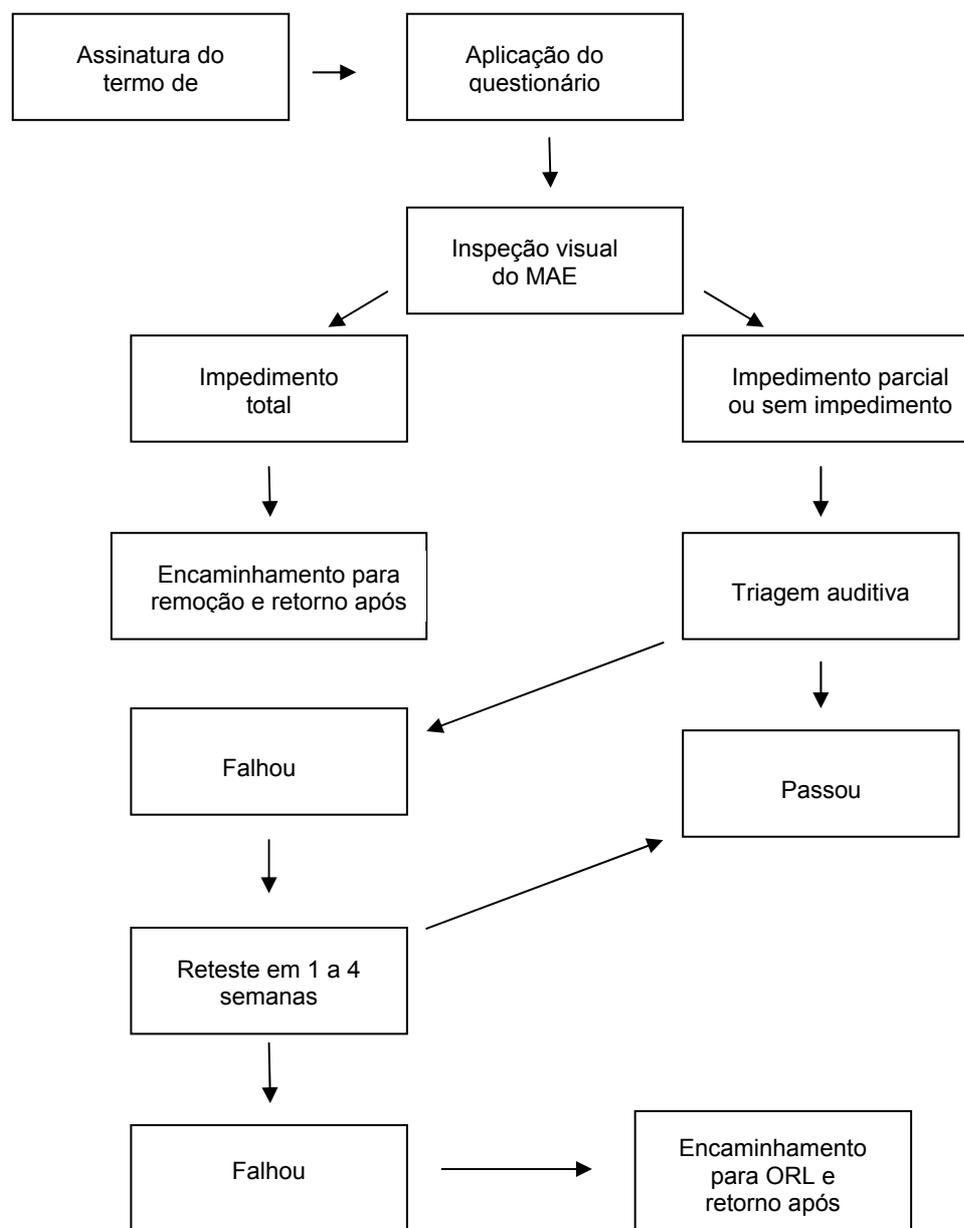


Figura 15: Representação gráfica das etapas da triagem auditiva.

A fim de facilitar a compreensão do trabalho realizado, o esquema abaixo resume as etapas do procedimento realizado no ESTUDO 1, na comunidade Vila Nova Esperança.

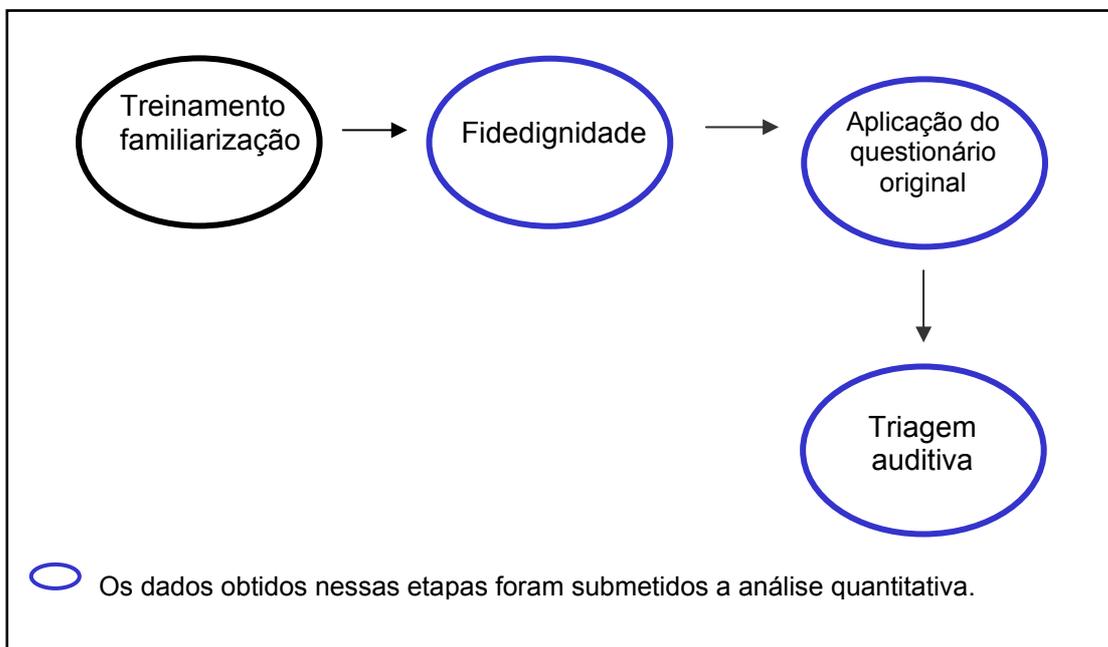


Figura 16: Fluxograma das etapas do procedimento do ESTUDO 1.

3.2. ESTUDO 2 - A Unidade de Saúde da Família Municipalizada Jardim Paulistano.

O contato inicial com a diretora da Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano foi estabelecido em julho de 2003. Nesse momento, foi feita a introdução da pesquisadora no interior da Unidade e a solicitação do consentimento institucional para a realização da pesquisa (anexo E). Sendo a diretora fonoaudióloga, houve, de imediato, grande interesse no trabalho, que foi apresentado detalhadamente em reunião com a participação dos agentes comunitários de saúde, funcionários da Unidade. Essa reunião também permitiu a escolha do espaço para a realização da pesquisa, do grupo de funcionários que participaria e de algumas estratégias de coleta de dados em campo.

A Unidade de Saúde da Família Municipalizada Jardim Paulistano engloba o Programa Saúde da Família - PSF/QUALIS, que, como mencionado anteriormente, prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento à população é prestado na unidade de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família.

Quatro equipes atuam na Unidade Jardim Paulistano, cada uma é composta por 4 agentes comunitários da saúde (ACS), um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Cada equipe é responsável por uma

micro- área, geograficamente determinada, dentro da área total de abrangência da unidade. Os ACS fazem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realizando o mapeamento de cada área e o cadastramento das famílias. Em média são 800 visitas domiciliares por mês.



Figura 17: Agentes Comunitários da Saúde da Unidade de Saúde Jardim Paulistano.

Um total de 3992 famílias são cadastradas na Unidade Jardim Paulistano, totalizando aproximadamente 17 mil pessoas. A distribuição das pessoas de acordo com o sexo e a faixa etária pode ser vista na tabela 10.

TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS CADASTRADAS NA UNIDADE JD PAULISTANO DO ACORDO COM SEXO E FAIXA ETÁRIA.

Faixa etária /	< 1	1 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Sexo								
Masculino	107	1997	1734	2867	895	409	240	8249
Feminino	114	2010	1834	3260	861	460	334	8873
Total	221	4007	3568	6127	1756	869	574	17122

FONTE: SIAB (Sistema de Informação de Assistência Básica) – Secretaria Municipal de Saúde.

Com relação à caracterização das moradias da população cadastrada na Unidade tem-se que: 95,19% das residências são de tijolo ou adobe, 99,82% possuem energia elétrica, 99,75% tem abastecimento de água pela rede pública, 95,47% tem coleta pública de lixo e o sistema de esgoto está presente em 75,86% das residências.

Dentre as doenças referidas pela população que frequenta a Unidade, destacam-se: hipertensão arterial, acometendo 1144 pessoas, diabetes (245 pessoas) e alcoolismo (168 pessoas) (SIAB, 2003).



Figura 18: Unidade de Saúde da Família Municipalizada Jardim Paulistano.

3.2.1. Casuística.

Crianças:

Um total de 91 crianças que freqüentavam a Unidade de saúde Jardim Paulistano participaram da pesquisa. A distribuição dessas crianças pode ser vista na tabela abaixo.

TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO 2, CADASTRADAS NA **UNIDADE DE SAÚDE JARDIM PAULISTANO** DE ACORDO COM SEXO E IDADE.

Crianças / idade	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	Total
Sexo masculino	13	10	17	15	54
Sexo feminino	5	11	7	13	35
Total	18	21	24	28	91

A distribuição das 91 crianças de acordo com a escolaridade pode ser vista na figura 19.

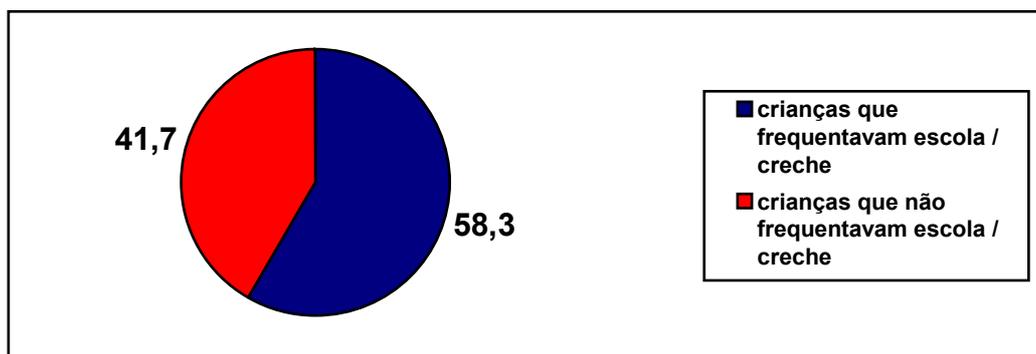


Figura 19: Distribuição das 91 crianças participantes do ESTUDO 2 quanto à escolaridade.

Responsáveis:

Os responsáveis por estas crianças responderam ao questionário modificado sobre a audição de seus filhos administrado pelos Agentes Comunitários de Saúde e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para a participação no presente estudo (anexo A). A grande maioria dos questionários foi respondida pelas mães das crianças (91,2%) e 8,8% dos questionários foram respondidos pelos pais. O fato do questionário ter sido administrado nas residências das crianças contribuiu para que somente as mães e os pais respondessem o questionário.

Agentes Comunitários da Unidade de Saúde Jardim Paulistano:

Os 15 Agentes Comunitários da Saúde (ACS), funcionários da Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano, e portanto, profissionais da saúde, participaram da pesquisa, administrando o questionário de baixo custo aos pais das crianças cadastradas na Unidade. Todos residiam na região de abrangência da Unidade. A tabela 12 mostra a distribuição dos ACS de acordo com sexo, idade e escolaridade.

TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM PAULISTANO QUANTO AO SEXO, IDADE E ESCOLARIDADE.

Agente	Sexo	Idade	Escolaridade
A1	F	21	Médio completo
A2	F	31	Fundamental incompleto
A3	F	29	Médio completo
A4	F	22	Médio completo
A5	F	22	Fundamental incompleto
A6	F	29	Médio completo
A7	F	30	Fundamental incompleto

A8	F	35	Médio completo
A9	F	36	Médio completo
A10	F	29	Fundamental incompleto
A11	F	35	Fundamental incompleto
A12	F	34	Fundamental incompleto
A13	M	45	Superior incompleto
A14	F	36	Fundamental incompleto
A15	F	37	Médio completo

3.2.2. Equipamentos.

Os mesmos equipamentos descritos no ESTUDO 1 foram utilizados no ESTUDO 2: otoscópio, audiômetro, imitanciômetro, protocolo para registro dos dados. O questionário utilizado no ESTUDO 1 foi adaptado pela pesquisadora, neste estudo, a fim de torná-lo mais sensível e específico para perdas leves e moderadas, passando a ser denominado questionário versão modificada (anexo D).

As adaptações consistiram no acréscimo de algumas perguntas relacionadas com problemas respiratórios e histórico de problemas de orelha média, na Parte I, comum a todas as faixas etárias. Questões sobre o comportamento auditivo das crianças, mais especificamente relacionadas à presença de otite média, foram acrescentadas à Parte II. Por fim, questões que causaram dúvidas, tanto por parte dos entrevistadores, como por parte dos

entrevistados foram excluídas ou sofreram modificações no vocabulário utilizado a partir de sugestões dos próprios agentes comunitários, durante o treinamento.

Dessa forma, na Parte I houve um agrupamento de três questões sobre problemas após o nascimento da criança (“seu filho teve algum problema logo após o nascimento: de respiração, icterícia, febre alta?”). A questão “você tem alguma preocupação em relação a audição de seu filho?” foi eliminada, pois as respostas eram sempre afirmativas. Foram acrescentadas 3 questões sobre frequência de resfriados, histórico de dor de ouvido e problemas de respiração/alergia. Na seção D da Parte II, a expressão “voz baixa” foi substituída por “cochicho” para evitar interpretações variadas (“seu filho consegue apontar alguma parte do corpo quando você pede cochichando?”) e foram acrescentadas mais duas questões sobre o volume da TV e sobre a intensidade da voz da criança. Na seção E, além de algumas simplificações no vocabulário, foram eliminadas as questões: “seu filho se esforça para escutar?, ele fica chateado/frustrado facilmente quando está escutando?”; e “seu filho fica atento à pistas visuais?”, por não terem sido compreendidas por vários pais exigindo explicações e, portanto, dando margem à interpretação pessoal de cada entrevistador. Foram acrescentadas três questões nessa seção sobre pedido de repetição freqüente pela criança, volume da TV e sobre a atenção da criança. Na seção F, houve alteração de vocabulário, eliminação de duas questões redundantes e acréscimo de mais três questões: sobre volume da TV, pedido de repetição e desempenho escolar da criança.

A sala de teste selecionada para a realização das triagens auditivas na Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano apresentou os seguintes valores de ruído ambiental, que se encontram dentro dos limites recomendados pela ASHA (1997) para triagem audiométrica em todas as freqüências.

TABELA 13: VALORES MÉDIOS DE RUÍDO ENCONTRADOS NA SALA DE TESTE DO UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM PAULISTANO.

Freqüência	Valor médio
500Hz	49dB NPS
1000Hz	48dB NPS
2000Hz	50db NPS
4000Hz	58dB NPS

3.2.3. Procedimentos.

a) Treinamento dos ACS para aplicação do questionário modificado.

Todos os ACS aceitaram participar da pesquisa, administrando os questionários aos pais das crianças de 3 a 6 anos de idade de suas respectivas áreas e agendando as triagens durante as visitas domiciliares de rotina. Desse modo, não seria necessário desviar as atividades realizadas pelos ACS correndo o risco de sobrecarregá-los.

Foi realizado um treinamento com os ACS para a utilização do questionário modificado nos mesmos moldes do treinamento para os voluntários da comunidade Vila Nova Esperança. Devido à impossibilidade de afastar os ACS, funcionários da Unidade de suas tarefas diárias por muito tempo e, estando eles mais familiarizados com procedimentos de aplicação de questionários e realização de entrevistas, o treinamento foi realizado em apenas um encontro, com a participação exclusiva dos ACS, constando de:

- Palestra sobre a importância da audição e seu desenvolvimento em crianças ouvintes, as causas mais frequentes da deficiência auditiva no Brasil e as consequências dessa deficiência no desenvolvimento infantil;
- Leitura e discussão do questionário, esclarecimentos de dúvidas e, por fim, uma dramatização, onde um ACS aplicou o questionário em outro, e as respostas foram discutidas uma a uma com todo o grupo. Nesse momento, algumas sugestões foram feitas pelos ACS para a modificação do vocabulário de algumas questões, a fim de simplificar a aplicação do questionário. Os ACS, assim como os moradores da Vila Nova Esperança, levaram o material para leitura em casa, a fim de se familiarizarem com as questões.

Inicialmente, cada ACS ficou responsável por marcar duas triagem por semana. Assim, cada agente administrava dois questionários e marcava duas triagens durante as visitas da semana. Os questionários foram respondidos no início da semana, segunda ou terça-feira, e as triagens das crianças foram realizadas no final da semana, quinta ou sexta-feira. Dessa forma, o intervalo

entre a aplicação do questionário e a realização da triagem não ultrapassou 4 dias. Posteriormente, cada ACS ficou responsável por fazer apenas uma entrevista por semana, uma vez que os horários não estavam sendo preenchidos devido à falta dos pais ou impossibilidade de aplicação do questionário.

Foi colocado um cartaz na Unidade de Saúde informando sobre os dias e horários de realização de triagem auditiva. Dessa forma, quatro crianças com mais de 6 anos e seis adultos da comunidade foram triados. Uma criança foi encaminhada para avaliação otorrinolaringológica e dois adultos foram encaminhados para avaliação auditiva completa. Os demais adultos e crianças passaram tanto na triagem audiométrica quanto na imitanciométrica.

Duas reuniões com os ACS foram feitas, uma no mês de agosto e outra no mês do setembro, a fim de informá-los sobre os resultados das triagens, esclarecer dúvidas e discutir sugestões que otimizassem o agendamento das triagens. Dentre as sugestões feitas pelo grupo, destacaram-se:

- Marcação de exame somente a partir das 10:00h para diminuir faltas;
- Possibilidade de mudança o horário caso a família não pudesse no horário indicado;
- Entrega de dois horários para cada agente por semana, sendo um no período da manhã e outro no da tarde;
- Marcação de mais crianças por horário para compensar as faltas;

Apesar das sugestões terem sido acatadas, dos 250 horários disponíveis para triagem, apenas 103 foram preenchidos. Houve 24 faltas e os demais horários não foram entregues aos pais pelos ACS. O gráfico abaixo ilustra a empolgação inicial com a pesquisa, quando foram realizadas a maior parte das triagens, e a redução do número de triagens com o passar do tempo.

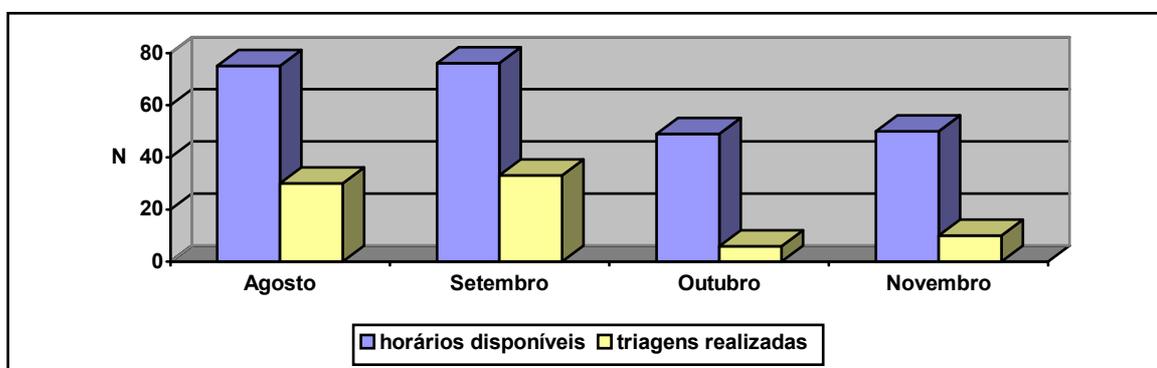


Figura 20: Distribuição das triagens realizadas nas crianças de 3 a 6 anos de idade da Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano no período de agosto a novembro de 2003.

Verifica-se que nos meses de agosto e setembro aproximadamente 40% das vagas foram preenchidas, enquanto que nos meses de outubro e novembro esse percentual baixou pela metade. Alguns fatores podem ter contribuído para tal ocorrência: a triagem auditiva deixou de ser novidade tanto para os pais, quanto para os ACS, que não prosseguiram com a aplicação dos questionários; os ACS já haviam entrevistado os pais daquelas crianças que julgavam necessitar de atendimento e, portanto, reduziram o número de entrevistas com os pais; em duas ocasiões houve confusão no agendamento das triagens e os horários não foram entregues aos pais das crianças.

Ao contrário do que pôde ser percebido na comunidade Vila Nova Esperança, a questão do horário foi bastante respeitada pelos freqüentadores da Unidade de Saúde, ou seja, todos os pais ou responsáveis compareceram nos horários devidos para a realização das triagens das crianças.

b) Triagem Auditiva.

A triagem auditiva das crianças da Unidade foi realizada somente após os pais terem respondido o questionário administrado pelos ACS, no período de agosto a novembro de 2003, e seguiu a mesma ordem descrita no ESTUDO 1, representada na figura 15:

- inspeção visual de meato acústico externo;
- triagem audiométrica;
- triagem imitanciométrica.

Todos os testes da triagem auditiva foram realizados pela pesquisadora e analisados de acordo com os critérios propostos pela ASHA (1997), como descrito no ESTUDO 1.

Os resultados obtidos com as triagens auditivas podem ser lidos no capítulo Resultados.

c) Entrevistas Coletivas com os Agentes Comunitários de Saúde e com os Agentes Comunitários Voluntários da Creche.

Entendendo que a participação dos agentes comunitários de saúde e dos voluntários na pesquisa, utilizando o questionário para triagem auditiva junto aos pais de crianças de 3 a 6 anos de idade, foi essencial, fez-se necessária uma avaliação de tal participação sob o enfoque dos próprios agentes comunitários de saúde e dos funcionários da creche.

Dessa forma, foram realizadas entrevistas coletivas com os agentes e voluntários baseadas na metodologia de Grupo Focal, com o objetivo de compreender a experiência vivenciada por eles na pesquisa. O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa qualitativa que consiste em tirar o máximo de proveito possível da comunicação entre os participantes de uma pesquisa, a fim de gerar informações, usando a própria interação do grupo como parte do método. Esse método é especialmente útil para investigar o conhecimento e experiências dos participantes, examinando não somente o que eles pensam, mas como e porque eles pensam desta ou daquela maneira (Kitzinger, 1995).

Optou-se por entrevistas coletivas, pois a expressão de percepções, atitudes e opiniões são mais facilmente captadas durante um processo de interação, em que os comentários de uns podem estimular as opiniões de outros, especialmente se o ambiente for favorável e não constrangedor (Westphal et al, 1996).

Tipicamente, o Grupo Focal é composto de 6 a 10 participantes mais um pesquisador/ moderador, que tem como objetivos principais: criar um ambiente propiciador para que diferentes percepções e pontos de vista venham à tona; solicitar esclarecimentos e aprofundamentos quando estes forem necessários; estimular a participação de todos e finalizar o grupo.

Os dados coletados por meio de entrevistas coletivas são de natureza qualitativa e o processo de análise envolve um conjunto de procedimentos que têm por objetivo organizar os dados para que eles revelem como os grupos perceberam e se relacionaram com o foco do estudo em questão.

Segundo Merighi e Praça (2003), a investigação qualitativa está em crescente expansão nas ciências da saúde. Procedimentos qualitativos são utilizados quando se objetiva verificar como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento, permitindo uma melhor compreensão da distância entre o conhecimento e a prática (Westphal et al, 1996; Merighi e Praça, 2003).

Neste estudo, foram realizadas duas entrevistas coletivas: uma com os voluntários da Vila Nova Esperança, na creche onde os mesmos trabalhavam, com a participação de 4 voluntários mais a pesquisadora; e outra com os Agentes Comunitários de Saúde, na Unidade de Saúde da Família, com a participação de 8 ACS mais a pesquisadora. O ambiente conhecido, da creche

e da unidade de saúde, permitiu que os participantes dos dois grupos ficassem à vontade durante as entrevistas.

Estas foram conduzidas pela própria pesquisadora, seguindo um roteiro de tópicos, estabelecido previamente, e o tempo de duração de cada entrevista foi de aproximadamente uma hora.

As entrevistas realizadas com os dois grupos foram gravadas com filmadora digital, gerando a transcrição de cada uma (anexo G) e possibilitando a observação, no vídeo, do comportamento das pessoas durante a interação. O consentimento de cada participante foi obtido oralmente, no início das gravações. A transcrição consiste na passagem integral da entrevista para a linguagem escrita, após ouvir minuciosamente a fita. Nesta pesquisa, reproduziu-se fielmente o discurso dos participantes com suas repetições, erros gramaticais, pausas e interrupções. A fim de confirmar e tornar confiáveis os registros das transcrições, as mesmas foram apresentadas aos participantes dos dois grupos para que as lessem e manifestassem confirmação, discordância e/ou complementações que julgassem necessárias.

A condução das entrevistas se deu de acordo com estágios propostos por Szymanski (2002):

- *Contato inicial*: nesse primeiro momento, a pesquisadora se apresentou aos grupos e esclareceu a finalidade da entrevista, abrindo espaço para perguntas e dúvidas. Foi solicitada permissão para a gravação da

entrevista e assegurado a cada participante o acesso às gravações e transcrições sempre que desejassem.

- *Aquecimento*: após a apresentação formal da finalidade da entrevista, os integrantes dos grupos se apresentaram, dizendo o nome, a idade e há quanto tempo trabalhavam na instituição. Nesse momento ainda, foram feitas algumas perguntas gerais sobre o que o grupo sabia sobre fonoaudiologia e sobre a questão do acesso aos serviços de fonoaudiologia.
- *Questão desencadeadora*: é o ponto de partida para o foco do estudo. Ela tem por objetivo trazer à tona a primeira elaboração que o participante pode oferecer sobre o tema que é introduzido. Nessa pesquisa a questão foi: como vocês (funcionários da creche e ACS) podem participar de um serviço de fonoaudiologia nesta comunidade?
- *Sínteses*: de tempos em tempos, a pesquisadora ofereceu sínteses dos discursos dos participantes, com suas palavras, a fim de apresentar o acompanhamento das falas dos entrevistados, mantendo e aprofundando o foco da entrevista.
- *Questões*: quando necessário, algumas questões foram feitas a fim de: esclarecer discursos confusos, focalizar o assunto da entrevista, ou aprofundar discursos superficiais.
- *Devolução*: ao final das entrevistas, a pesquisadora fez uma recapitulação resumida dos discursos, abrindo espaço para os participantes se manifestarem, realizando retificações ou reelaborando suas idéias.

O esquema abaixo resume as etapas do procedimento do ESTUDO 2.

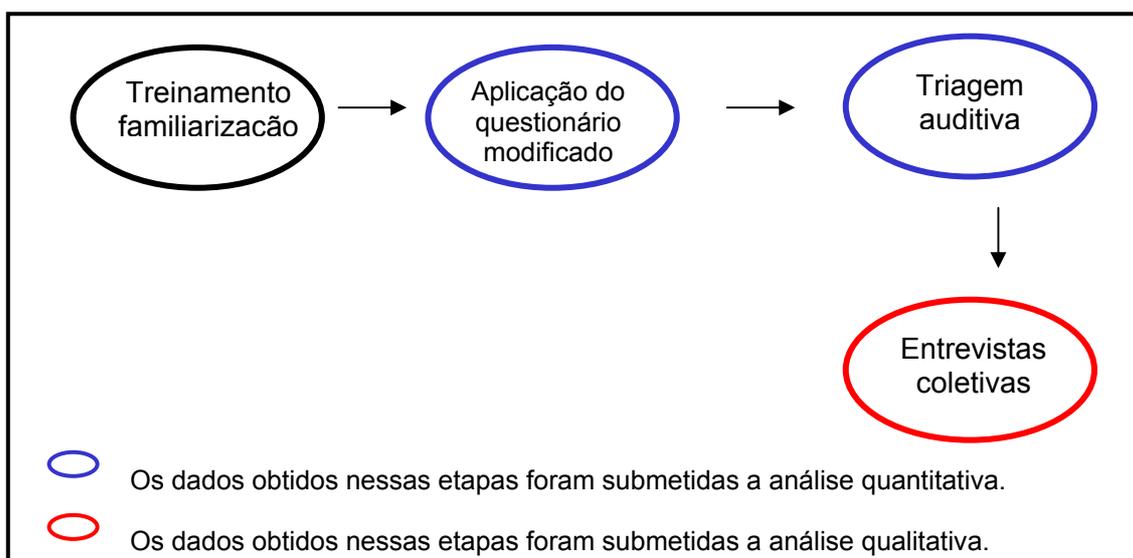


Figura 21: Fluxograma das etapas do procedimento do ESTUDO 2.

3.3. Considerações metodológicas referentes à análise dos dados dos ESTUDOS 1 e 2.

Esta pesquisa compatibilizou os métodos de pesquisa convencionais com o resgate e a incorporação do conhecimento local. Trata-se, portanto, de uma pesquisa híbrida, ou seja, que faz uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos. Ambas as abordagens foram necessárias, por serem insuficientes para abarcar toda a realidade observada, se utilizadas separadamente.

Os métodos quantitativos provêm informações contextuais e comparativas indispensáveis (Souza, Gomes, 2003). Já os métodos qualitativos permitem a verificação de um universo de valores, crenças e significados, os quais não podem ser quantificados.

De acordo com Newman e Benz (1998) apud Souza e Gomes (2003), o método científico contemporâneo deve ser indutivo e dedutivo, objetivo e subjetivo, uma vez que os dois paradigmas coexistem no mundo da investigação, formando um “*continuum* interativo”. Para Souza e Gomes (2003), quantidades e qualidades compõem um campo figura – fundo, no qual o objetivo pode ser contexto para o subjetivo, ou o subjetivo pode ser contexto para o objetivo, de acordo com o ponto de vista selecionado.

A seguir serão descritos os métodos de análise quantitativo e qualitativo empregados nesta pesquisa.

3.3.1. Métodos quantitativos.

- **Fidedignidade:**

Para a análise da fidedignidade entre a pesquisadora e os voluntários da creche no que diz respeito à utilização do questionário para triagem auditiva, os dados obtidos pela pesquisadora e pelos voluntários com o questionário, foram tabulados e analisados, utilizando-se o teste estatístico Kappa com nível de significância de 5%. O teste Kappa é um teste de concordância para duas

amostras de natureza qualitativa (categorizadas) e é utilizado quando se deseja saber o grau de concordância ou equivalência entre duas classificações. Quanto maior o valor de K e mais próximo de 1, melhor a concordância. No presente estudo, em casos onde pelo menos um dos totais marginais foi zero, o teste Kappa não foi aplicável, sendo apresentado descritivamente o percentual de casos concordantes.

- **Comparação entre questionários (original e modificado) e triagem auditiva:**

Após a Triagem Auditiva, dois grupos foram formados: grupo alterado incluindo crianças que falharam em uma ou em ambas as triagens (audiométrica e imitanciométrica); e grupo controle, incluindo crianças sem alterações nas triagens audiométricas e imitanciométricas. Ambos os grupos foram constituídos pelo mesmo número de crianças com faixas etárias equivalentes.

As respostas dadas pelos pais das crianças de ambos os grupos, para as perguntas que compõem o questionário foram tabuladas e analisadas estatisticamente utilizando-se o teste de Fisher, com nível de significância de 5% (quando $p < 0,05$ há diferença significativa). O teste de Fisher é indicado para verificar diferenças na distribuição de uma característica categorizada (duas categorias) em função de outra também categorizada, através de tabelas 2x2. Este teste mede o grau de relacionamento entre as duas características e é especialmente indicado para amostras com poucos casos. O teste foi

aplicado em todas as questões das Partes I e II do questionário nos grupos alterado e controle.

3.3.2. Método qualitativo.

A análise qualitativa dos dados das entrevistas coletivas foi feita a partir das transcrições e baseou-se na Grounded Theory ou, em português, Teoria Fundamentada nos Dados. Tal método se refere à construção de uma teoria a partir dos dados. Desse modo, não existe uma teoria *a priori* em que o investigador se baseia para realizar a análise dos dados coletados. Assim, a Grounded Theory permite ao pesquisador realizar um tipo de análise no qual conceitos teóricos passam a emergir dos dados. Para tanto, é necessário uma sensibilidade por parte do investigador para coletar dados que sejam relevantes e para saber identificar as sutilezas dos significados que esses dados revelam, durante o processo de análise.

A análise dos dados é composta por três etapas principais, segundo Strauss e Corbin (1990):

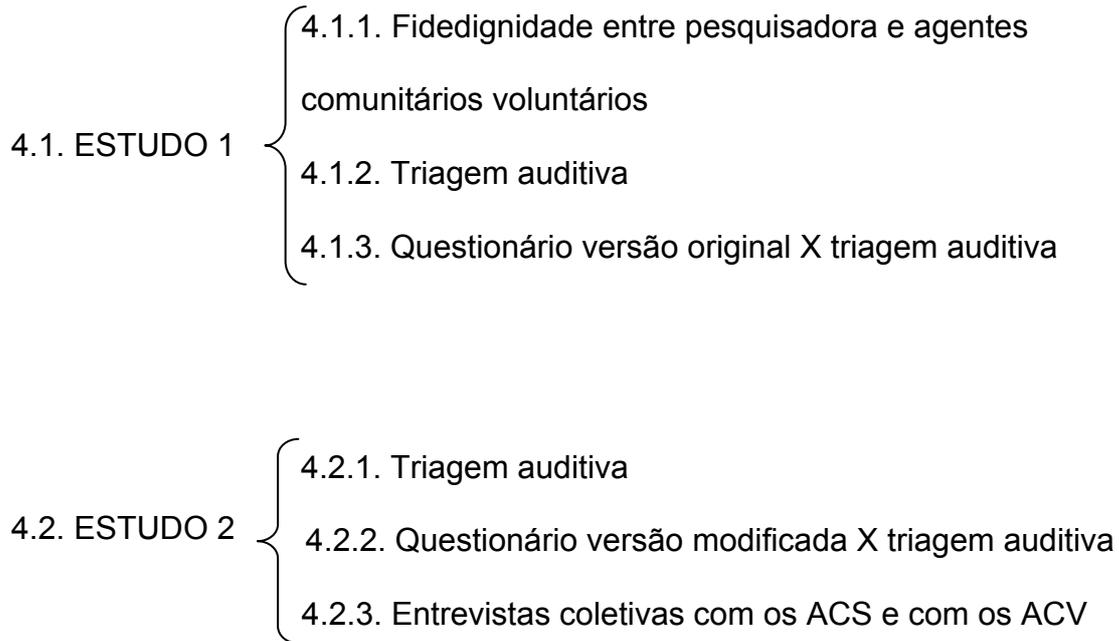
1. codificação: nesta etapa, o pesquisador realiza o desmembramento da transcrição das entrevistas, examinando minuciosamente o texto escrito, levando em consideração os incidentes e eventos ocorridos, que serão transformados em códigos. O pesquisador busca descobrir os significados implícitos em cada código e, após encontrá-los, os códigos são agrupados a partir de seus conceitos.

2. categorização: nesta etapa, os códigos são agrupados, considerando-se tanto as suas similaridades quanto suas diferenças conceituais, formando-se categorias. As categorias são mais abstratas, mais desenvolvidas e possuem mais força conceitual que os códigos. Devem ter nomes que representam adequadamente os códigos que elas englobam.
3. codificação teórica: neste momento, as categorias são reorganizadas de forma a estabelecer conexões umas com as outras, unindo-se aquelas categorias que parecem referir-se a um mesmo fenômeno. Neste processo, ocorre uma ida e vinda do pesquisador aos dados, voltando às entrevistas, para garantir a fidedignidade aos dados.

A partir dos dados da análise, foram elaboradas uma síntese englobando todas as categorias para cada um dos grupos.

4. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados obtidos nos Estudos 1 e 2, conforme o esquema abaixo:



4.1. ESTUDO 1 – Comunidade Vila Nova Esperança.

4.1.1. Fidedignidade entre pesquisadora e voluntários.

Como descrito no capítulo Casuística e Métodos, foi realizado um estudo para a verificação da concordância na coleta de dados via questionário original entre a pesquisadora e os agentes comunitários voluntários, não especialistas, observando-se a eficácia do treinamento realizado.

As tabelas 14, 15, 16 e 17 mostram os valores de K e p encontrados para cada pergunta do questionário original e o percentual de casos concordantes quando o teste estatístico Kappa não foi aplicável. A análise estatística na íntegra pode ser vista no anexo H.

TABELA 14: VALORES DE K, P E PORCENTAGEM DE CASOS CONCORDANTES PARA CADA PERGUNTA E OBSERVAÇÃO DA PARTE I DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL.

Perguntas – Parte I	Valor de K	Valor de p	% de casos concordantes
1. Há história de surdez na família?	K=0,894	p<0,001 *	-
2. Seu filho nasceu com baixo peso (menos de 1,5 Kg)?	Não aplicável	Não aplicável	95
3. Seu filho respirou apropriadamente após o nascimento?	K=0,643	p<0,001 *	-
4. Seu filho pareceu amarelo após o nascimento (icterícia)?	K=0,906	p<0,001 *	-
5. Seu filho teve alguma febre alta após o nascimento?	Não aplicável	Não aplicável	95
6. Você teve alguma doença durante a gravidez?	Não aplicável	Não aplicável	100
7. Você tem alguma preocupação especial com a audição de seu filho?	K=0,915	p<0,001 *	-
8. Você acha que seu filho é surdo ou não ouve normalmente?	K=0,212	p=0,141	-

* estatisticamente significativa.

Como pode ser visto na tabela 14, das oito perguntas da Parte I, quatro foram estatisticamente significantes e, quando o teste estatístico não pode ser aplicado, o percentual de casos concordantes foi de no mínimo 95%, indicando uma boa concordância entre a pesquisadora e os agentes comunitários voluntários em relação ao registro das respostas dos pais para estas questões.

TABELA 15: VALORES DE K, P E PORCENTAGEM DE CASOS CONCORDANTES PARA CADA PERGUNTA E OBSERVAÇÃO DA **SEÇÃO D** - PARTE II DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL.

Perguntas – Parte II (Seção D)	Valor de K	Valor de p	% de casos concordantes
1. Seu filho consegue apontar / indicar um objeto ou figura quando você pede oralmente?	Não aplicável	Não aplicável	100
2. Seu filho presta atenção quando está num grupo ouvindo uma estória?	K=1,000	p<0,001 *	-
3. Seu filho consegue apontar para pelo menos uma parte de seu corpo quando você pede em voz baixa?	Não aplicável	Não aplicável	77
4. Seu filho consegue te acompanhar em canções?	Não aplicável	Não aplicável	94,7
5a. Observação pelo entrevistador: quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, barriga, boca) em voz baixa ele (a) responde?	Não aplicável	Não aplicável	100
5b. Observação pelo entrevistador: quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do	Não aplicável	Não aplicável	100

corpo escondendo a boca com a mão ele (a)
responde?

* estatisticamente significante.

Como mostra a tabela 15, em relação à seção D (para crianças de 3 anos), o teste estatístico só pode ser aplicado em uma questão (2), mostrando-se significante. A questão 3 obteve o menor percentual de casos concordantes (77%), que ainda é considerado bom para o estudo da concordância; as demais questões apresentaram alto percentual de concordância. Quanto à observação da criança realizada pelo entrevistador, houve 100% de casos concordantes nas duas situações (5a e 5b).

TABELA 16: VALORES DE K, P E PERCENTAGEM DE CASOS CONCORDANTES PARA CADA PERGUNTA E OBSERVAÇÃO DA **SEÇÃO E** - PARTE II DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL.

Perguntas – Parte II (Seção E)	Valor de K	Valor de p	% de casos concordantes
1. Seu filho consegue entender ordens simples como trazer água ou fechar porta?	Não aplicável	Não aplicável	96,7
2. Seu filho escuta fala em voz baixa?	K=0,902	p<0,001 *	-
3. Seu filho normalmente observa a boca ou a face do falante?	K=0,784	p<0,001 *	-
4. Seu filho faz força para escutar (ou é natural) ?	Não aplicável	Não aplicável	96,7
5. Ele(a) fica chateado facilmente quando está escutando?	Não aplicável	Não aplicável	80

6. Você acha que ele(a) escuta melhor quando está olhando para você?	Não aplicável	Não aplicável	85,7
7. Você tem que falar mais alto ou fazer gestos para conseguir a atenção de seu filho?	K=0,707	p<0,001 *	-
8. Seu filho parece ficar atento à pistas visuais? (ao que ele vê)	K=0,697	p<0,001 *	-
9a. Observação pelo entrevistador: quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, boca, barriga) em voz baixa, escondendo a boca ele(a) responde?	Não aplicável	Não aplicável	100
9b. Observação pelo entrevistador: quando o entrevistador pede para a criança repetir palavras (casa, bola, sapato), ele (a) apresenta fala não muito clara ou fala normal.	K=0,333	p=0,053	-
9c. Observação pelo entrevistador: quando o entrevistador pede para a criança levantar-se (ou sentar-se) quando ouvir o som "já", escondendo a boca, ele (a) responde?	Não aplicável	Não aplicável	100

* estatisticamente significante.

Com relação à seção E (para crianças de 4 e 5 anos de idade), como ilustra a tabela 16, das oito questões feitas aos pais, quatro apresentaram significância estatística e quatro apresentaram percentual de casos concordantes variando de 80 a 100%. As observações da criança feitas pelos voluntários e pela pesquisadora também foram concordantes nas situações 9a e 9c (100% de casos concordantes). A observação 9b não apresentou concordância entre pesquisadora e voluntários, havendo casos em que a

pesquisadora classificou a fala da criança como normal e os avaliadores a classificaram como não clara. Essa diferença pode ser atribuída a qualidade de som distorcida da TV em que os vídeos foram apresentados, dificultando a avaliação da fala da criança por não especialistas.

TABELA 17: VALORES DE K, P E PERCENTAGEM DE CASOS CONCORDANTES PARA CADA PERGUNTA E OBSERVAÇÃO DA **SEÇÃO F** - PARTE II DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL.

Perguntas – Parte II (Seção F)	Valor de K	Valor de p	% de casos concordantes
1. A fala de seu filho é mais difícil de entender do que de outras crianças de 6 anos?	K=1,000	p<0,001 *	-
2. Alguém já sugeriu que seu filho não escuta bem?			100
3. Você já notou alguma diferença de resposta do seu filho quando ele está em ambiente silencioso ou barulhento?	K=0,740	p<0,001 *	-
4. Seu filho fica menos responsivo/atento á fala quando está resfriado ou com nariz escorrendo?	K=0,935	p<0,001 *	-
5. As frases que seu filho usa são mais simples do que as das outras crianças de 6 anos?	Não aplicável	Não aplicável	100
6. As outras pessoas comentam sobre a fala ou a audição do seu filho?	K=1,000	p<0,001 *	-
7. Seu filho precisa sentar na sua frente (ou na	K=1,000	p<0,001 *	-

frente do professor) para escutar uma estória?

8. Observação pelo entrevistador durante conversa em voz baixa.	Não aplicável	Não aplicável	79,3
---	---------------	---------------	------

* estatisticamente significativa.

No que se refere à seção F (para crianças de 6 anos de idade), verificou-se dados estatisticamente significantes quanto à concordância entre pesquisadora e voluntários em cinco das sete questões feitas aos pais e percentual de casos concordantes de 100% nas duas questões onde o teste não foi aplicável. Em relação à observação feita pelo entrevistador, o percentual de casos concordantes foi de 79,3%.

4.1.2. Triagem Auditiva.

a) Inspeção de meato acústico externo:

Das 266 orelhas inspecionadas, 45 (17%) apresentaram impedimentos parciais, com presença de cera no meato, não impossibilitando a realização dos demais exames. Os impedimentos totais e alteração da membrana timpânica, exigindo encaminhamento para otorrinolaringologista, foram verificados em 15 orelhas (5,6% do total), sendo que 6 crianças (12 orelhas) apresentaram obstrução total por cerúmen bilateral e 3 crianças apresentaram perfuração timpânica unilateral. A figura 22 ilustra os achados da inspeção visual do meato acústico externo realizada nas 133 crianças de 3 a 6 anos residentes na comunidade Vila Nova Esperança.

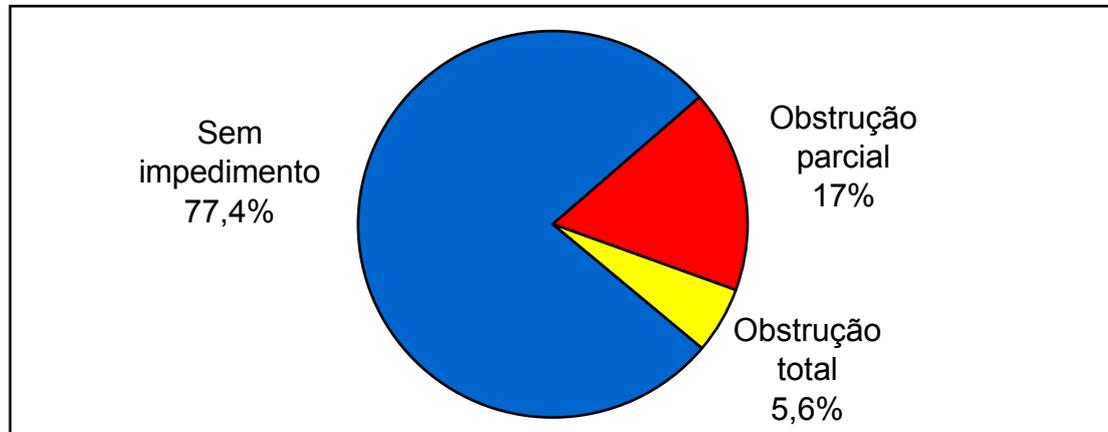


Figura 22: Achados da inspeção visual do meato acústico externo realizada nas 133 crianças do ESTUDO 1 (n=266 orelhas).

Todas as crianças com obstrução total do meato acústico externo por presença de cerúmen e com perfuração timpânica (n=9 – 6,75% do total de crianças) foram encaminhadas para avaliação otorrinolaringológica.

b) Triagem audiométrica:

Das 133 crianças que participaram do ESTUDO 1 desta pesquisa, 12 (9%) apresentaram falha na triagem audiométrica, de acordo com os critérios definidos no capítulo Casuística e Método. A tabela 18 ilustra a distribuição das crianças que falharam na triagem audiométrica quanto ao sexo e faixa etária.

TABELA 18: DISTRIBUIÇÃO DAS 12 CRIANÇAS DO ESTUDO 1 QUE FALHARAM NA TRIAGEM AUDIOMÉTRICA EM RELAÇÃO AO SEXO E FAIXA ETÁRIA.

Sexo / Idade	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	Total
Masculino	2	2	3	0	7
Feminino	3	2	0	0	5
Total	5	4	3	0	12

Observa-se que a maioria das crianças que apresentaram falha na triagem (41,67%) estão na faixa etária de 3 anos de idade; e que nenhuma criança de 6 anos apresentou falha na triagem audiométrica..

Destas doze crianças, 5 (3,75%) apresentaram falha bilateral e 7 (5,25%) unilateral. Ressalta-se, ainda, que somente uma criança falhou apenas na triagem audiométrica, porém não retornou para a reavaliação. Todas as demais falharam também na triagem imitanciométrica (n=11).

Os resultados das triagens audiométricas podem ser visualizados na figura .

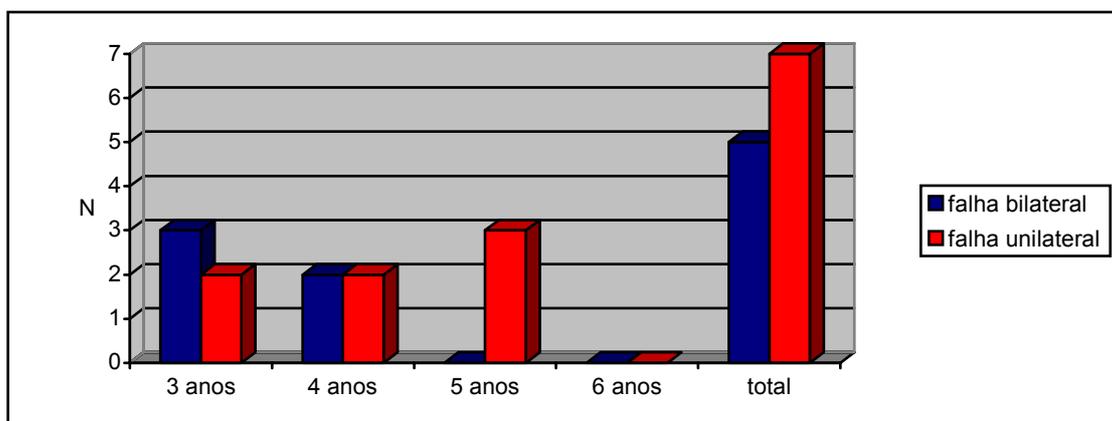


Figura 23: Distribuição das crianças que falharam na triagem audiométrica (estudo 1) segundo faixa etária (n=12)

c) Triagem imitanciométrica:

De acordo com a classificação descrita no capítulo Casuística e Método, 18 crianças falharam na triagem imitanciométrica (13,53%). Destas crianças, 11 falharam também na triagem audiométrica e 7 falharam apenas na imitanciométrica. A tabela 19 ilustra a distribuição destas 18 crianças quanto ao sexo e faixa etária.

TABELA 19: DISTRIBUIÇÃO DAS 18 CRIANÇAS DO ESTUDO 1 QUE FALHARAM NA TRIAGEM IMITANCIOMÉTRICA EM RELAÇÃO AO SEXO E FAIXA ETÁRIA.

Sexo / Idade	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	Total
Masculino	5	3	2	0	10
Feminino	4	3	1	0	8
Total	9	6	3	0	18

Verifica-se que 50% das crianças que falharam na triagem imitanciométrica (n=9) têm 3 anos de idade. Nenhuma criança de 6 anos apresentou falha na triagem imitanciométrica, assim como na triagem audiométrica.

De todas as crianças que falharam na triagem imitanciométrica, 12 apresentaram falha unilateral e 6, bilateral (figura 24). Verificou-se presença de perfuração timpânica unilateral em 3 crianças; 4 crianças retornaram da avaliação otorrinolaringológica com diagnóstico de otite média secretora; e as demais (n=11) não retornaram.

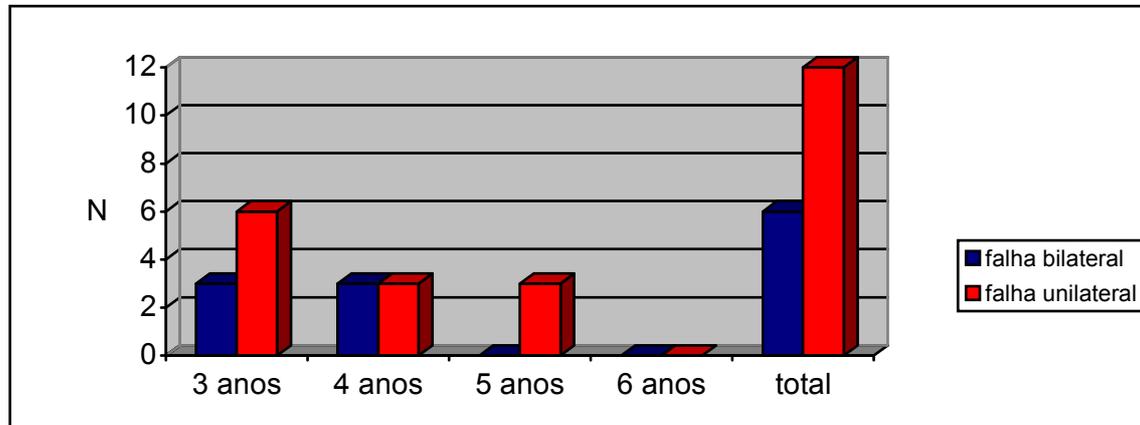


Figura 24: Distribuição das crianças do ESTUDO 1 que falharam na triagem imitanciométrica segundo faixa etária (n=18)

Todas as crianças que apresentaram falha na triagem imitanciométrica foram encaminhadas para avaliação otorrinolaringológica (n=18). Sete crianças (38,9%) retornaram após a consulta médica: três apresentaram diagnóstico de otite média crônica unilateral e quatro apresentaram diagnóstico de otite média secretora unilateral (n=2) e bilateral (n=2). As demais crianças não retornaram para reavaliação (61,1%).

4.1.3. Questionário versão original X Triagem Auditiva.

Dois grupos foram formados a partir dos resultados obtidos com a Triagem Auditiva: grupo alterado composto por 19 crianças que falharam em uma ou em ambas as triagens (audiométrica e imitanciométrica); e grupo controle, composto também por 19 crianças sem alterações nas triagens audiométricas e imitanciométricas, de mesma faixa etária do grupo alterado (tabela 20).

TABELA 20: DISTRIBUIÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DAS CRIANÇAS DO GRUPO ALTERADO E GRUPO CONTROLE (ESTUDO 1).

	3 anos	4 anos	5 anos	Total
Grupo alterado	9	7	3	19
Grupo controle	9	7	3	19

As respostas dos pais das crianças de ambos os grupos para as questões do questionário versão original foram analisadas estatisticamente utilizando-se o teste de Fisher (anexo H).

Os resultados da análise estatística dos dados obtidos na Parte I do questionário, comum a todas as faixas etárias, referente à comparação das informações gerais dos dois grupos podem ser vistos na tabela 21.

TABELA 21: NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA DAS QUESTÕES DA PARTE I DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL (ESTUDO 1).

Questão	(p)
1. Há história de surdez na família?	0,330
2. Seu filho nasceu com baixo peso?	1,000
3. Seu filho respirou apropriadamente após o nascimento?	0,486
4. Seu filho pareceu amarelo após o nascimento (icterícia)?	1,000
5. Seu filho teve alguma febre alta?	1,000
6. Você teve alguma doença durante a gravidez?	1,000
7. Você tem alguma preocupação com a audição de seu filho?	0,269
8. Você acha que seu filho é surdo ou não ouve normalmente?	0,404

Verifica-se que não houve diferença estatística significativa entre o grupo alterado e o grupo controle em nenhuma questão da Parte I do questionário, comum a todas as faixas etárias. Ou seja, os pais ou responsáveis pelas crianças dos dois grupos responderam de maneira semelhante as perguntas integrantes da Parte I, não possibilitando que o questionário identificasse as crianças com alterações auditivas verificadas na triagem auditiva.

A análise estatística da Parte II do questionário, referente às questões específicas para cada idade, encontra-se a seguir.

TABELA 22: NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA DAS QUESTÕES **SEÇÃO D** DA PARTE II DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL (ESTUDO 1).

Questão	(p)
1. Seu filho consegue apontar / indicar um objeto ou figura quando você pede oralmente?	1,000
2. Seu filho presta atenção quando está num grupo ouvindo uma estória?	0,206
3. Seu filho consegue apontar para pelo menos uma parte de seu corpo quando você pede em voz baixa?	0,471
4. Seu filho consegue te acompanhar em canções?	1,000
5a. Observação pelo entrevistador: quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, barriga, boca) em voz baixa ele (a) responde?	1,000
5b. Observação pelo entrevistador: quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo escondendo a boca com a mão ele (a) responde?	0,486

No que diz respeito às questões da seção D (crianças de 3 anos), não houve diferença estatística significativa nas respostas dos pais ou responsáveis das crianças do grupo alterado e do grupo controle. Assim como na Parte I, o questionário não identificou as falhas ocorridas que foram detectadas na triagem auditiva das crianças de 3 anos de idade. As observações realizadas pelo entrevistador (pesquisadora ou agentes comunitários) também não diferenciaram estatisticamente as crianças do grupo alterado das crianças do grupo controle.

TABELA 23: NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA DAS QUESTÕES **SEÇÃO E** DA PARTE II DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL (ESTUDO 1).

Questão	(p)
1. Seu filho consegue entender ordens simples como trazer água ou fechar porta?	1,000
2. Seu filho escuta fala em voz baixa?	1,000
3. Seu filho normalmente observa a boca ou a face do falante?	1,000
4. Seu filho faz força para escutar (ou é natural) ?	1,000
5. Ele(a) fica chateado facilmente quando está escutando?	1,000
6. Você acha que ele(a) escuta melhor quando está olhando para você?	0,266
7. Você tem que falar mais alto ou fazer gestos para conseguir a atenção de seu filho?	1,000
8. Seu filho parece ficar atento à pistas visuais? (ao que ele vê)	1,000
9a. Observação pelo entrevistador: quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, boca, barriga) em voz baixa, escondendo a boca ele(a) responde?	0,486
9b. Observação pelo entrevistador: quando o entrevistador pede para a criança repetir palavras (casa, bola, sapato), ele (a) apresenta fala não muito clara ou fala normal.	0,714

9c. Observação pelo entrevistador: quando o entrevistador pede para a criança levantar-se (ou sentar-se) quando ouvir o som “já”, escondendo a boca, ele (a) responde?	1,000
--	-------

Observa-se que, assim como na Parte I e na seção D da Parte II, as respostas dadas pelos pais das crianças do grupo alterado e as respostas dadas pelos pais das crianças do grupo controle não apresentaram diferença estatística na seção E, bem como as observações realizadas pelos entrevistadores, não sendo possível diferenciar os dois grupos a partir do questionário.

No trabalho de Lichtig (1998) com o mesmo questionário de baixo custo, verificou-se significância estatística para diferenciar o grupo alterado (com perdas severas e profundas) do grupo de ouvintes em 15 perguntas do questionário (3 da Parte I; 4 da Parte II – seção D; e 8 da Parte II – seção E). Sendo assim, foi definido um escore calculado a partir dessas perguntas, variando de 0 a 10, onde zero (0) significava normalidade absoluta e dez (10), alteração em sua manifestação máxima. Quando o escore encontrava-se no intervalo 0-5, o sujeito estava dentro da faixa de normalidade e quando o escore encontrava-se entre 6-10, era indicativo de perda auditiva.

Aplicando-se tal escore nos sujeitos desta pesquisa obtivemos que a maioria das crianças de ambos os grupos apresentou escore de 0 a 5, ou seja, dentro da faixa de normalidade. Apenas 3 sujeitos do grupo alterado apresentaram escore entre 6-10, indicando perda de audição (tabela 24).

Dessa forma, não houve diferença estatística entre os dois grupos ($p > 0,05$) quanto ao escore proposto por Lichtig (1998). Com esse critério, a sensibilidade do questionário foi baixa, por volta de 15% e a especificidade, por volta de 94%, ou seja, o questionário consegue identificar as crianças que passaram nas triagens (especificidade), mas não identifica aquelas que falharam (sensibilidade).

TABELA 24: DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE OBTIDO PELOS SUJEITOS DO GRUPO ALTERADO E CONTROLE DO ESTUDO 1, SEGUNDO ANÁLISE DE LICHTIG (1998).

	Grupo alterado	Grupo controle	Total
Escore	n	N	n
0-5	16	18	34
6-10	3	1	4
Total	19	19	38

Considerando apenas as crianças que tiveram escore 0 (zero), observa-se que houve diferença estatística significativa entre os grupos: o grupo controle apresentou maior incidência de escore zero do que o grupo alterado. Isso é um indicativo de que quando o escore for maior que 0, a chance de haver uma alteração auditiva é maior. O teste aplicado nesta análise foi o teste de **Fisher**, com nível de significância de 5% (tabela 25).

TABELA 25: COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO CONTROLE E ALTERADO DO ESTUDO 1 EM FUNÇÃO DO ESCORE ZERO.

	Alterados		Não Alterados		Total		(p)
	N	%	N	%	N	%	
Escore 0	3	15,8	10	52,6	13	34,2	
Escore maior que 0	16	84,2	9	47,4	24	65,8	0,038*
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

* estatisticamente significativa.

Verifica-se que a sensibilidade do questionário aumentou para 84,2%, empregando-se essa pontuação, e a especificidade baixou para 52,6%.

4.2. ESTUDO 2 – Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano.

4.2.1. Triagem Auditiva.

a) Inspeção de meato acústico externo:

Na Unidade de Saúde Jardim Paulistano 91 crianças realizaram triagem auditiva. Um total de 180 orelhas foram inspecionadas pela pesquisadora (uma das criança não permitiu que fosse feita a inspeção visual do meato), sendo encontrados: impedimentos parciais em 64 delas (35,55%); impedimentos totais, exigindo encaminhamento para otorrinolaringologista para a remoção do cerúmen, em 8 orelhas (4,45%), sendo que 2 crianças (4 orelhas) apresentaram obstrução total bilateral. As demais orelhas, num total de 108 (60%) não apresentavam impedimento. A figura 25 ilustra os achados da inspeção visual do meato acústico externo realizada nas 90 crianças de 3 a 6 anos que participaram da pesquisa.

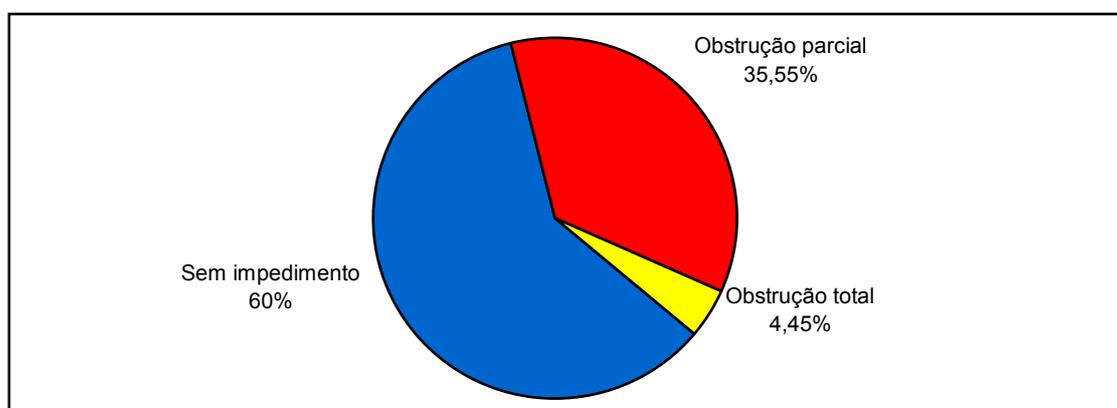


Figura 25: Achados da inspeção visual do meato acústico externo realizada nas 90 crianças do ESTUDO 2 (n= 180 orelhas).

b) Triagem audiométrica:

Das 91 crianças que participaram do ESTUDO 2 desta pesquisa, 15 (16,5%) apresentaram falha na triagem audiométrica. A tabela 27 ilustra a distribuição das crianças que falharam na triagem audiométrica quanto ao sexo e faixa etária.

TABELA 27: DISTRIBUIÇÃO DAS 15 CRIANÇAS DO ESTUDO 2 QUE FALHARAM NA TRIAGEM AUDIOMÉTRICA EM RELAÇÃO AO SEXO E FAIXA ETÁRIA.

Sexo / Idade	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	Total
Masculino	2	1	5	3	11
Feminino	1	2	0	1	4
Total	3	3	5	4	15

Destas 15 crianças, 7 (46,66%) apresentaram falha bilateral e 8 (53,33%) unilateral, sendo que apenas três falharam somente na triagem audiométrica. As demais falharam também na triagem imitanciométrica (n=12). Os resultados das triagens audiométricas podem ser visualizados na figura 26.

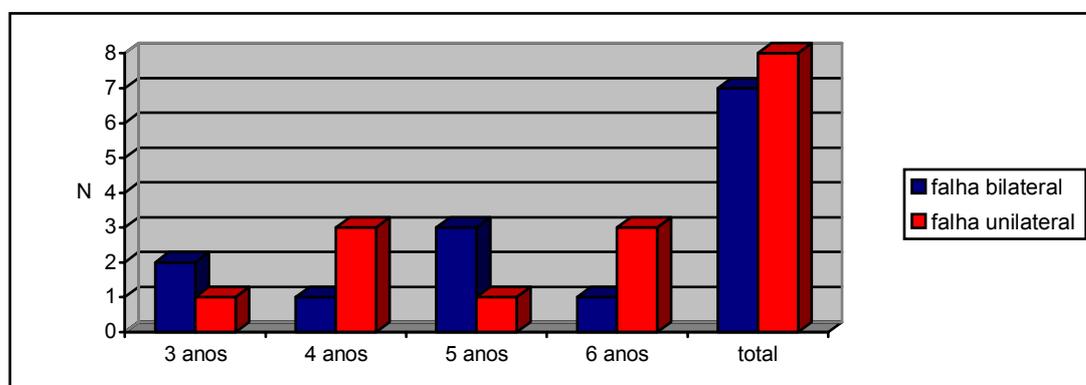


Figura 26: Distribuição das crianças do ESTUDO 2 que falharam na triagem audiométrica segundo faixa etária (n=15)

c) Triagem imitanciométrica:

Das 91 crianças triadas na Unidade de Saúde, 25 falharam na triagem imitanciométrica (27,5%). Destas, 12 (48%) também falharam na triagem audiométrica e 13 (52%) falharam apenas na imitanciométrica. A tabela 28 ilustra a distribuição destas 25 crianças quanto ao sexo e faixa etária.

TABELA 28: DISTRIBUIÇÃO DAS 25 CRIANÇAS DO ESTUDO 2 QUE FALHARAM NA TRIAGEM IMITANCIOMÉTRICA EM RELAÇÃO AO SEXO E FAIXA ETÁRIA.

Sexo / Idade	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	Total
Masculino	4	1	4	5	14
Feminino	4	3	1	3	11
Total	8	4	5	8	25

Das 25 crianças da Unidade de Saúde que falharam na triagem imitanciométrica, 16 (64%) apresentaram falha unilateral e 9 (36%), bilateral (figura 20). Nove crianças apresentaram melhora espontânea verificada na reavaliação, 4 crianças retornaram da avaliação otorrinolaringológica com diagnóstico de otite média secretora; e as demais (n=12) não retornaram.

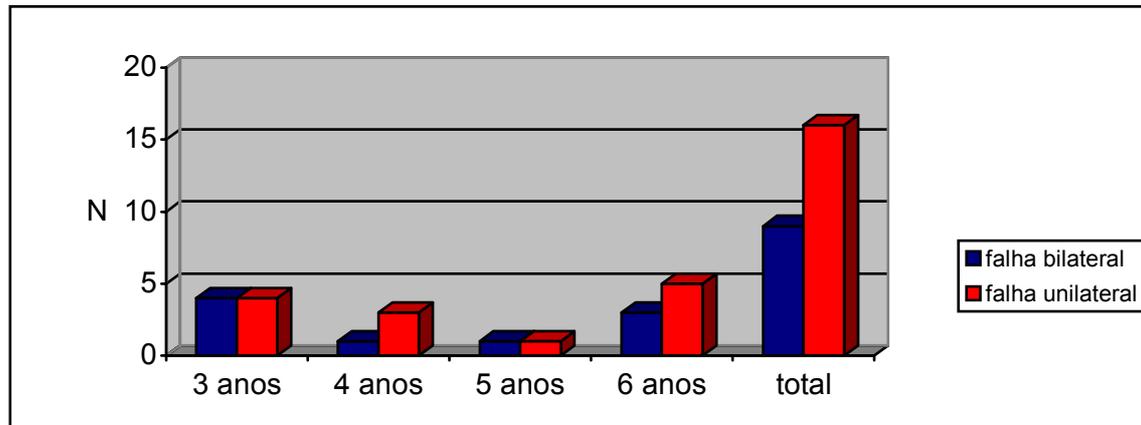


Figura 27: Distribuição das crianças do ESTUDO 2 que falharam na triagem imitanciométrica segundo faixa etária (n=25)

4.2.2. Questionário versão modificada X Triagem Auditiva.

Dois grupos foram formados para a análise dos dados: grupo alterado composto por 27 crianças que falharam em uma ou em ambas as triagens - audiométrica e imitanciométrica (tabela 29); e grupo controle, composto também por 27 crianças sem alterações nas triagens audiométricas e imitanciométricas, de mesma faixa etária do grupo alterado.

TABELA 29: DISTRIBUIÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DAS CRIANÇAS DO GRUPO ALTERADO E GRUPO CONTROLE DO ESTUDO 2.

	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	Total
Grupo alterado	8	6	5	8	27
Grupo controle	8	6	5	8	27

A análise estatística aplicada às respostas dadas pelos pais das crianças de ambos os grupos ao questionário versão modificada foi realizada com a aplicação do teste de Fisher, com nível de significância de 5% (quando $p < 0,05$ há diferença significativa). Assim como no Estudo 1, o teste foi aplicado em todas as questões das Partes I e II do questionário modificado.

TABELA 30: NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA DAS QUESTÕES DA **PARTE I** DO QUESTIONÁRIO MODIFICADO

Questão	(p)
1. Tem algum caso de surdez na família?	1,000
2. Seu filho nasceu com baixo peso (menor que 1,5Kg)?	0,521
3. Seu filho teve algum problema logo após o nascimento (de respiração, icterícia, febre alta)?	1,000
4. Você teve alguma doença durante a gravidez?	0,435
5. Seu filho fica resfriado, com nariz escorrendo freqüentemente?	0,767
6. Seu filho já teve ou tem dor de ouvido? Qual a freqüência?	0,008*
7. Seu filho tem problemas respiratórios ou alergia (bronquite, asma, rinite, sinusite)?	0,567
8. Você acha que seu filho ouve normalmente?	0,070

* estatisticamente significativa

A tabela 30 mostra os resultados da análise estatística obtidos na Parte I do questionário modificado. Verifica-se que houve diferença estatística na questão 6, indicando que a falha na triagem auditiva está relacionada com histórico de dor de ouvido. Na questão 8, há indícios de que no grupo alterado as mães desconfiam que seus filhos não ouvem normalmente.

A análise estatística dos resultados obtidos na Parte II do questionário modificado, referente às questões específicas para cada idade, encontra-se a seguir.

TABELA 31: NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA DAS QUESTÕES **SEÇÃO D** DA PARTE II DO QUESTIONÁRIO MODIFICADO.

Questão	(p)
1. Seu filho consegue apontar/indicar um objeto ou figura quando você pede oralmente?	1,000
2. Seu filho presta atenção quando está ouvindo uma história?	1,000
3. Seu filho consegue apontar alguma parte do corpo quando você pede cochichando?	1,000
4. Seu filho consegue cantar alguma música junto com você?	0,510
5. Seu filho ouve TV ou rádio muito alto?	1,000
6. A fala do seu filho é muito baixa?	1,000

No que diz respeito às questões da seção D (crianças de 3 anos), não houve diferença estatística nas respostas dos pais ou responsáveis das crianças do grupo alterado e do grupo controle, ou seja, o questionário modificado não identificou as falhas que foram detectadas na triagem auditiva das crianças de 3 anos de idade.

TABELA 32: NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA DAS QUESTÕES **SEÇÃO E** DA PARTE II DO QUESTIONÁRIO MODIFICADO.

Questão	(p)
1. se você pedir para seu filho trazer água ou fechar uma porta, ele entende?	0,535
2. se você falar cochichando, seu filho escuta?	0,317
3. seu filho normalmente observa a boca ou a face de quem está falando com ele?	1,000
4. seu filho pede pra você repetir o que falou, ou fala “quê?”, “hã?” freqüentemente?	0,655
5. você acha que ele(a) escuta melhor quando está olhando para você do que quando não está?	1,000
6. você tem que falar mais alto ou fazer gestos para conseguir a atenção de seu filho?	0,672
7. seu filho ouve TV ou rádio muito alto?	0,196
8. seu filho é desatento, desligado?	0,658

Observa-se que, assim como na seção D, as respostas dadas pelos pais das crianças do grupo alterado e as respostas dadas pelos pais das crianças do grupo controle não apresentaram diferença estatística na seção E, conforme ilustra a tabela 32.

TABELA 33: NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA DAS QUESTÕES **SEÇÃO F** DA PARTE II DO QUESTIONÁRIO MODIFICADO.

Questão	(p)
1. a fala de seu filho é mais difícil de entender, mais enrolada do que de outras crianças de 6 anos?	0,088
2. alguém já falou que seu filho não escuta bem?	0,148
3. você já notou alguma diferença na audição do seu filho quando o ambiente está silencioso ou barulhento?	0,012*
4. seu filho fica desatento após um resfriado ou nariz escorrendo?	0,253
5. seu filho precisa sentar na sua frente (ou na frente do professor) para escutar e entender uma história?	0,088
6. seu filho ouve TV ou rádio muito alto?	0,255
7. seu filho pede pra você repetir o que falou, ou fala “quê?”, “hã?” freqüentemente?	1,000
8. seu filho consegue acompanhar as outras crianças da escola, ou tem dificuldades?	0,211

* estatisticamente significante

Na tabela 33 pôde-se observar diferença estatística entre as respostas dadas pelos pais das crianças do grupo alterado e do grupo controle para a questão 3 e indícios de que as questões 1 e 5 estejam associadas a falhas na triagem auditiva.

Não se estabeleceu uma pontuação (escore) para que o questionário modificado diferenciase as crianças do grupo alterado das crianças do grupo controle, pois apenas duas questões apresentaram significância estatística, uma da Parte I, a questão 6 – seu filho já teve ou tem dor de ouvido? - e uma da Parte II, seção F, a questão 3 – você já notou alguma diferença na audição de seu filho quando o ambiente está silencioso ou barulhento?.

4.2.3. Entrevistas Coletivas.

As transcrições da entrevistas coletivas realizada com os ACS e com os voluntários foram analisadas qualitativamente, conforme descrito no capítulo Casuística e Métodos e os resultados encontram-se a seguir.

a) Entrevista Coletiva com Agentes Comunitário de Saúde (ACS).

O quadro abaixo, apresenta os códigos verificados na transcrição da entrevista com os ACS, as categorias e a codificação teórica, determinadas de acordo com a *Grounded Theory*.

Quadro 1: Códigos e categorias emergentes da análise da entrevista coletiva com os ACS.

CÓDIGOS	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO TEÓRICA
-Desconhecimento do trabalho fonoaudiológico pelos ACS; -Desconhecimento de trabalho fonoaudiológico pelas mães; -Críticas aos serviços de fonoaudiologia;	Experiências prévias dos ACS com serviços de fonoaudiologia	Serviço Fonoaudiológico

<p>-Encaminhamento da escola para atendimento fonoaudiológico;</p> <p>-Crítica com relação à inclusão de crianças com deficiências;</p> <p>-Relação entre alteração fonoaudiológica e desempenho escolar</p>	<p>A relação escola X fonoaudiologia, segundo os ACS</p>	
<p>-Preocupação com a saúde dos filhos;</p> <p>-Desconhecimento do desenvolvimento normal da fala de crianças;</p> <p>-Desinteresse pela investigação da audição de seus filhos;</p> <p>-Acomodação para reivindicar serviços de fonoaudiologia para a comunidade</p>	<p>Perfil da população, segundo os ACS</p>	<p>População X Sistema de saúde, segundo os ACS</p>
<p>-Expectativas da população;</p> <p>-Insatisfação com o trabalho dos ACS;</p>	<p>Relação população X ACS</p>	
<p>-Insatisfação com o PSF;</p> <p>-Falta de conhecimento sobre o PSF;</p> <p>-Satisfação com o PSF.</p>	<p>Relação população X PSF</p>	
<p>-Sensibilização dos ACS;</p> <p>-Aceitação dos pais;</p> <p>-Oferecimento de serviço.</p>	<p>Impacto da pesquisa</p>	
<p>-Dificuldade dos ACS para avaliar a audição de crianças;</p> <p>-Dificuldade dos ACS para avaliar a fala de crianças;</p> <p>-Superioridade do profissional.</p>	<p>Alcance e limitações da pesquisa</p>	<p>Pesquisa</p>

-Ampliação da faixa etária; -Participação da pesquisadora nos grupos da Unidade; -Participação da pesquisadora nas visitas domiciliares;	Sugestões	
--	-----------	--

A seguir, será apresentada uma síntese englobando todas as categorias verificadas na entrevista coletiva com os ACS.

Os funcionários da Unidade de Saúde da Família Jardim Paulistano já tiveram experiências anteriores com fonoaudiólogos, a maioria alunos estagiários da Universidade Guarulhos (UnG), que realizaram estágios temporários de pesquisa para a realização do trabalho de conclusão do curso universitário. Apesar desse contato anterior, os relatos dos ACS apontaram para o desconhecimento, tanto deles quanto dos pais das crianças, da atuação do profissional fonoaudiólogo e do desenvolvimento da fala de crianças.

“eu mesma, como mãe, achava que meu filho falava certo e não fala”.

“tivemos palestras com fonoaudióloga, as estagiárias que vinham trabalhar aqui com a gente. Mas, ver mesmo [o atendimento], não vimos.”

Tais relatos assumiram um tom de crítica, tanto em relação à não participação dos ACS e das mães no atendimento fonoaudiológico, quanto em

relação a efetividade do funcionamento do serviço fonoaudiológico existente para a população da região.

“eu acho que com a fono também tinha que ter [um acompanhante com a criança], para ver o que se passa, qual a conversa da fono com o paciente.”

“eu trouxe o meu filho, mas ele entrou e eu fiquei lá fora. Eu não sei o que ela [fonoaudióloga] conversou com ele.”

Em decorrência do desconhecimento anteriormente citado, a escola foi apontada pelos ACS como detectora de alterações fonoaudiológica em crianças em idade escolar. Nesse sentido, perceberam uma relação entre a fonoaudiologia e a escola, reconhecendo que o desempenho escolar da criança pode ser prejudicado quando esta apresenta alteração auditiva.

“a maioria das mães que tem crianças de 8, 10, até 12 anos estão vendo que tem problema na escola, que as professoras pedem [avaliação fonoaudiológica].”

Por outro lado, apontaram que, mesmo à revelia da lei, as escolas não aceitam crianças com deficiência, dificultando a sua inclusão e o seu acesso à educação.

“as escolas não querem aceitar ele. E é lei as escolas aceitarem.”

“o problema dele é a escola, que pede uma avaliação. E tem que ser escola especial.”

Nos seus relatos, os ACS informaram que há interesse das mães por serviços de atendimento fonoaudiológico, além de haver preocupação com a saúde geral dos seus filhos.

“se a população soubesse que tinha [atendimento fonoaudiológico], ia aparecer um monte de criança.”

“é interessante porque a mãe do JC, que passou com você e teve problema, foi encaminhado para o otorrino (...) Agora, as outras vizinhas todas querem.”

Segundo eles, o oferecimento de serviço é comentado pelas mães, que ao tomarem conhecimento, acorrem com seus filhos. Suas dúvidas, sua participação em grupos e mesmo nesta pesquisa, sua prontidão em informar a vizinhança denotam preocupação com a saúde dos filhos e interesse pelo serviço.

Os ACS interpretaram a necessidade de insistência para que as mães comparecessem à triagem como desinteresse da parte delas. Ainda, reclamaram da falta de participação da população, a qual é vista como acomodada, atribuindo-lhe a responsabilidade pela falta do serviço de fonoaudiologia.

“eu falo: ‘gente, se vocês vêem uma especialidade que não tem, vocês vão atrás, façam um abaixo – assinado.”

Foi possível constatar nos relatos, que os ACS sentiram dificuldade de aceitação da comunidade por ocasião da implantação do Programa Saúde da Família na região, que implicou na alteração da forma de atendimento médico na Unidade e na inclusão dos ACS na equipe profissional. Relataram que, apesar das informações fornecidas à população, esta recusa-se a entender e aceitar o PSF.

“o outro jeito de atendimento está enraizado na cabeça deles e até hoje eles não conseguiram tirar.”

“é falta de entendimento por parte deles, porque informação eles têm.”

Como consequência deste não entendimento, os ACS vêm-se criticados pela população e responsabilizados pela precariedade do atendimento, embora tenham reconhecido que uma pequena parcela da população está satisfeita com o trabalho realizado por eles.

“eles dizem que depois que a gente entrou, as coisas ficaram piores.”

“tem umas que falam assim: ‘que seria da minha vida se não fossem vocês’. Mas são dois ou três.”

Mais especificamente com relação à esta pesquisa, os ACS relataram que o questionário alertou para a observação de aspectos referentes ao desenvolvimento da criança, antes desconsiderados por eles. Ainda, por representar um cuidado a mais oferecido à população freqüentadora da Unidade, o impacto da pesquisa nos pais foi positivo.

“através do questionário deu para observar algumas coisas (...) que podem acontecer no dia a dia e que a gente não tinha observado.”

“elas [mães] vieram falar comigo que gostaram bastante.”

Apesar de reconhecerem que têm um contato bastante próximo com as famílias, os ACS apontaram para a dificuldade de participar da avaliação de alterações tanto de fala, quanto de audição das crianças, indicando a necessidade de um profissional para fazê-lo.

“porque se eu achava que meu filho falava direito, como é que eu vou avaliar as outras crianças, sendo que com ele eu convivo todos os dias?”

“você é profissional, você sabe se a criança está ou não falando direito.”

Algumas sugestões foram feitas pelos ACS em relação à pesquisa, como por exemplo, a ampliação da faixa etária a ser atendida e a participação da pesquisadora nos grupos de orientação da Unidade e nas visitas domiciliares. A inclusão de fonoaudiólogos no quadro profissional da Unidade também foi proposta pelos ACS, que acreditam que, embora a simples presença de um fonoaudiólogo na Unidade não seja capaz de resolver a questão da demanda, a necessidade deste profissional é indiscutível.

“tinha que ser uma [fonoaudióloga] que ficasse mesmo, tipo o médico do PSF, que fosse fixo.”

“acho que teria que ter duas, né [fonoaudiólogas na unidade de saúde].”

Em suma, os relatos dos ACS evidenciaram o desconhecimento da população quanto à avaliação da audição e da fala de seus filhos. Acham “normal” uma fala alterada até os 3, 4 ou 6 anos de idade, como se acreditassem ser este o desenvolvimento esperado.

Como as famílias não percebem essas dificuldades antes, a Escola revelou-se como a instituição que torna patente as dificuldades de audição e fala, depois que as crianças esbarram com as dificuldades de aprendizagem. A Escola mobiliza os pais que, ao irem em busca do serviço de fonoaudiologia, deparam-se com as dificuldades de atendimento. Ficou explícita a distância

entre o profissional e a população, que mesmo passando pelo serviço de fonoaudiologia, desconhece-o. Os ACS responsabilizam a própria população pela falta de atendimento e a população faz o mesmo, vendo-os como eles que não cumprem sua função.

b) Entrevista Coletiva com os Agentes Comunitários Voluntários (ACV).

O quadro abaixo apresenta os códigos, as categorias e a codificação teórica verificados na transcrição da entrevista com os voluntários, de acordo com a *Grounded Theory*.

Quadro 2: Códigos e categorias emergentes da análise da entrevista coletiva com os ACV.

CÓDIGOS	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO TEÓRICA
-Importância da detecção precoce; -Relação de alterações fonoaudiológicas com desenvolvimento infantil; -Fonoaudiologia e qualidade de vida.	Valorização da fonoaudiologia	Serviço de fonoaudiologia
-Desconhecimento do trabalho desenvolvido pelo fonoaudiólogo; -Exclusão da mãe do processo terapêutico.	Experiências prévias com serviço de fonoaudiologia	

-Dificuldade para encontrar vagas; -Desmotivação dos pais;	Falta de serviços de fonoaudiologia	
-Descaso das autoridades; -Falta de atendimento de qualidade; -Dificuldade de acesso à saúde.	Saúde para população de periferia	Políticas Públicas para a periferia
-Mobilização da população; -Descaso do governo;	Serviços básicos para a periferia	
-Aprendizado dos voluntários; -Interesse da população; -Importância dos encaminhamentos.	Impacto da pesquisa	Pesquisa
-Possibilidade dos voluntários identificarem a deficiência auditiva; -Necessidade de palestras.	Alcance e limitações da pesquisa	

A seguir, apresenta-se uma síntese englobando todas as categorias verificadas na entrevista coletiva com os ACVs.

Os agentes comunitários voluntários, funcionários da creche, demonstraram em seus relatos ter certo conhecimento sobre o serviço de fonoaudiologia, principalmente no que diz respeito à detecção precoce das alterações e à relação das alterações fonoaudiológicas com o desenvolvimento infantil.

“é muito importante, porque se a criança tem algum tipo de problema e é detectado desde o início, pode ser tratado.”

“se ela [criança] não escuta direito, ela não vai entender a fala, não vai ter um bom desenvolvimento e a aprendizagem vai ser prejudicada.”

Embora suas experiências prévias com um serviço de fonoaudiologia, na Unidade Básica de Saúde, não tenham propiciado maior conhecimento sobre a atuação profissional do fonoaudiólogo, o acesso à essa especialidade é considerado necessário para uma qualidade de vida melhor para a população.

“psicologia, pediatria, fonoaudiologia, transporte, todas essas coisas necessárias para uma qualidade de vida melhor, para conseguir melhorar um mínimo, é um sacrifício imenso.”

Apesar de reconhecerem a importância da existência de um serviço de fonoaudiologia, especialmente para a população infantil, relataram que a oferta desse serviço na rede pública, para a população de baixa renda, é muito escassa.

“muitos pais estavam desistindo de fazer o tratamento porque não encontram fácil.”

“é o privilégio da elite.”

A dificuldade de acesso a serviços de saúde em geral, não só ao de fonoaudiologia, também apareceu nos discursos, sugerindo um descaso do governo para com a população da periferia da cidade.

“o atendimento de qualidade à periferia não existe.”

“a gente manda encaminhamento [para otorrinolaringologista], só que as mães não conseguem [atendimento].”

Tal descaso do governo foi ainda mais evidenciado na fala do líder comunitário ao relatar a luta da população para conseguir serviços básicos para a região.

“(…) Para construir um CEI, uma creche, que é uma necessidade premente, porque as crianças estão na rua sendo atropeladas, (...) é muito difícil. Uma linha de ônibus que atende a população, é um sacrifício imenso, grande, grande. Então, imagina a saúde! A saúde vai ficando. Ainda mais essas especialidades que não são assim tão populares, digamos.”

Ainda segundo o líder comunitário, tanta dificuldade e sofrimento acaba por frustrar parte da população, que cansada e desestimulada, vê a conquista de um serviço de fonoaudiologia, por exemplo, como algo distante.

“por isso que eu falei, é para a elite mesmo. Porque a população vê essas coisas tão distantes, que parece um sonho. E é mesmo.”

Segundo os voluntários, a população tem uma boa participação na luta por melhorias para a comunidade. No entanto, a dificuldade para se conseguir serviços básicos faz com que parte dela desista de se mobilizar.

“a gente tem alguns grupos atuando em algumas áreas, cobrando algumas coisas.”

“se comparar com o tamanho das necessidades, essa participação ainda é insignificante.”

“nós formamos uma comissão para ir até o Secretário da Saúde, mas essa comissão não foi adiante.”

No que diz respeito à pesquisa propriamente dita, a população mostrou-se interessada, segundo as voluntárias, divulgando o atendimento para outras mães e querendo trazer crianças de fora da creche para serem triadas.

“quando a gente falou na reunião que ia ter uma fonoaudióloga, todas as mães falaram: ‘que bom!’.”

“porque foi muito boca a boca. As mães falavam para as outras o trabalho que você faz.”

“elas queriam também trazer os irmãos de casa para fazer.”

Os próprios voluntários relataram ter aprendido com a pesquisa, em especial com o questionário, cuja utilização foi interpretada, tanto pelas mães, quanto por eles, como uma grande demonstração de interesse sobre a saúde da criança, evidenciada pelo conteúdo das questões.

“(...) nem no convênio, eu nunca vi uma preocupação assim, de fazer um questionário.”

“é muito difícil um profissional fazer um questionário.”

Como consequência desse aprendizado, passaram a observar melhor os comportamentos das crianças relacionados à dificuldade de audição, demonstrando maior sensibilidade e segurança na sua participação na identificação de alterações auditivas em crianças pré escolares.

“a gente estava percebendo que ela estava falando mais alto.”

“na convivência a gente nota [se a criança escuta bem].”

Em suma, na entrevista coletiva com os voluntários, evidenciou-se a importância que os voluntários dão ao serviço de fonoaudiologia. Sua fala enfatizou a dificuldade de acesso ao atendimento como resultado de políticas públicas deficientes quanto aos atendimentos de população de baixa renda. Mostraram a população como interessada, atenta e receptiva às ofertas de serviços em fonoaudiologia.

A creche, por ser uma instituição de educação para crianças de 0 a 5 anos, permite que seus funcionários acompanhem o desenvolvimento de linguagem das crianças, pelo convívio diário com as mesmas. Dessa forma, eles são capazes de identificar mais precocemente alterações fonoaudiológicas, principalmente se forem orientados nessa direção.

5. DISCUSSÃO

Pesquisas sobre os efeitos da deficiência auditiva em crianças mostram que esta, mesmo sendo de grau leve, influencia negativamente no desenvolvimento da linguagem, cognição e comportamento sócio – emocional, podendo acarretar problemas de compreensão, comunicação e aprendizado.

Uma das causas mais comuns e prevalentes de perda de audição leve e moderada em crianças no período pré escolares é a infecção da orelha média, o que legitima a importância de sua detecção. No entanto, a dificuldade de acesso da população de baixa renda a serviços de fonoaudiologia, os quais auxiliam no processo diagnóstico da deficiência auditiva, evidencia a necessidade de uma mudança no modo como esses serviços são oferecidos à essa população.

Para que isso ocorra, faz-se necessária a adaptação de técnicas, a utilização de instrumentos de baixo custo. Surge, então, a proposta de Reabilitação Baseada na Comunidade, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (ILO; UNESCO; WHO, 1994), deve enquadrar a prevenção e reabilitação no sistema de atenção primária à saúde, utilizar tecnologia de baixo custo e recursos de fácil acesso, ou seja, treinar pessoas da própria comunidade. Nesta proposta busca-se dar ênfase à mobilização e envolvimento da população local. Nesse sentido, é necessário uma mudança de postura do profissional, para que ele compartilhe seu conhecimento científico com a comunidade, permitindo sua participação nos processos de tomada de decisão, com vistas ao desenvolvimento da cidadania.

A presente pesquisa teve por objetivo apresentar um procedimento de triagem auditiva para pré escolares de baixa renda, por meio da capacitação de agentes comunitários e da utilização de um instrumento de triagem de baixo custo. O plano de ação aqui exposto representa uma alternativa de atuação fonoaudiológica na comunidade, visando a sensibilização dos moradores quanto à temática da deficiência auditiva e a antecipação da faixa etária na qual esta é identificada na população infantil.

Iniciaremos a discussão a partir da metodologia seguida, como caminho para o desenvolvimento do plano de ação proposto.

5.1. Discussão da metodologia.

A combinação de análise dos dados utilizando métodos quantitativos e métodos qualitativos nesta pesquisa, permitiu um estudo pormenorizado dos resultados obtidos com o plano de ação efetuado.

A análise quantitativa foi aplicada no estudo da concordância entre os dados coletados pela pesquisadora e os dados coletados pelos agentes comunitários com o questionário. Tal análise teve por objetivo averiguar se os agentes treinados seriam capazes de obter os mesmos resultados que a pesquisadora, por meio do questionário.

Novamente, a análise quantitativa foi utilizada para comparar os resultados obtidos por meio do questionário, no que diz respeito à audição das crianças, com os dados obtidos por meio da triagem auditiva objetiva. Tal análise comparativa verificou a sensibilidade e a especificidade do questionário como um instrumento de triagem auditiva.

Os resultados obtidos com ambas as análises quantitativas forneceram informações importantes e necessárias para a validação dos procedimentos utilizados, permitindo a reprodução desta pesquisa em outros contextos.

Por fim, a análise qualitativa dos dados foi fundamental para verificar a aceitação do presente trabalho na comunidade, bem como a sua relevância para a população local e os benefícios e prejuízos que decorreram deste. Por ser um trabalho desenvolvido na comunidade, para a comunidade e com a participação de agentes comunitários, a avaliação e o conhecimento das experiências vividas por estes agentes no decorrer da pesquisa foi de suma importância. A compreensão e resultante interpretação qualitativa destes dados norteará trabalhos futuros. A atuação junto com a comunidade ocorre de modo dinâmico e só progride quando existe envolvimento de seus moradores em parceria com os profissionais. A comunidade, por sua vez, só se empenha quando está consciente e compreende o objetivo da proposta de ação.

Quando se objetiva saber como uma pessoa, ou um grupo, avalia uma experiência, os procedimentos qualitativos são mais apropriados, pois

permitem a verificação de valores, crenças e significados, que não podem ser quantificados.

De acordo com Gualda et al (1995) a metodologia qualitativa é tanto processo quanto produto da investigação; como processo, envolve uma atitude de aprender com, não apenas estudar as pessoas em um trabalho de campo. Como produto constitui-se no relatório de todo o processo empreendido pelo pesquisador e de seus achados, incluindo a interpretação do significado das ações do grupo cultural estudado.

Na presente pesquisa, a combinação entre os dados analisados quantitativamente e qualitativamente foi realizada, a fim de que um conjunto de dados desse suporte e fosse complementar ao outro.

5.2. Discussão dos resultados.

5.2.1. participação de não especialistas.

As pesquisas sobre a participação de não especialistas em programas de saúde, tanto por meio de questionários para identificação de deficiências (Zaman et al 1990; Lundgren-Lundquist e Nordholm 1993; Rao et al 1993; Dube et al 2002), quanto por meio de orientações à população (UNICEF Brasil,

1982; Wirz e Lichtig, 1998; Oliver e Leão, 2001) demonstram que pessoas da comunidade têm um grande potencial para trabalharem nesses programas, desde que sejam conscientizados de seus objetivos e que recebam um treinamento adequado.

Para avaliar o desempenho dos não especialistas que participaram do presente estudo, com relação à utilização do questionário para triagem auditiva, com pais de crianças de 3 a 6 anos de idade, foi realizado um estudo estatístico comparativo, que demonstrou a concordância entre a pesquisadora e os não especialistas treinados. A alta concordância dos dados mostrou que o treinamento realizado foi eficiente em capacitá-los a utilizarem o questionário de modo fidedigno.

A participação de não especialistas em programas de saúde é vantajosa não só porque acarreta um barateamento do custo de programas de saúde para população de baixa renda, mas também por permitir que um número maior de pessoas seja beneficiado com procedimentos, como por exemplo de triagem auditiva, que, devido à falta de profissionais limitam o acesso de grande parte da população. Além disso, o treinamento e a capacitação de pessoas da própria comunidade criam uma situação de aprendizado que contribui para a promoção da saúde, por meio do compartilhamento de conhecimentos e desenvolve a consciência de cidadania, dando poder à comunidade para ter autonomia na busca de soluções para os seus problemas.

A situação de aprendizado citada acima é ilustrada pelo depoimento dos funcionários da creche na entrevista coletiva segundo o qual, após o treinamento e a utilização dos questionários com os pais, passaram a ficar mais atentos e a identificar comportamentos associados à problemas de audição nas crianças da creche. Isto demonstra que a vivência da pesquisa e as informações contidas no questionário, compartilhadas com a pesquisadora, resultaram em uma maior sensibilização para a temática da audição.

A proposta desta pesquisa, de abarcar a comunidade em um plano de ação para a triagem auditiva de pré escolares, relaciona-se com a proposta de Reabilitação Baseada na Comunidade, que preconiza o uso de tecnologia de baixo custo e de recursos de fácil acesso. Nesse sentido, é essencial o treinamento de pessoas da própria comunidade, dando ênfase à mobilização e envolvimento da população local, como forma de melhorar o acesso à prevenção e reabilitação em áreas pobres dos países em desenvolvimento e áreas carentes de fornecimento de serviços, onde os serviços já existentes são ineficientes, inadequados e não cobrem a demanda criada.

A dificuldade de acesso dos usuários ao sistema público de saúde brasileiro, especialmente nas áreas de maior exclusão social, como é o caso do Distrito da Brasilândia, acaba favorecendo o aumento da prevalência de deficiência auditiva no país devido a doenças de orelha média não tratadas ou não detectadas. Ainda, tal dificuldade contribui para o atraso do diagnóstico da deficiência auditiva. As ações de prevenção no nível secundário de atenção à

saúde, tais como detecção precoce, prevenção e intervenção precoce, possibilitam a redução de deficiências em torno de 20% (Brasil, 1993), eliminando a necessidade de reabilitação nesses casos, que é mais longa e mais cara, tanto para os serviços públicos, quanto para os portadores.

A dificuldade de acesso à saúde foi pontuada nos discursos dos funcionários da creche como sendo resultado do abandono da periferia pelo governo. Tal situação atinge, além da saúde, outros setores, como o de transporte e o da educação, o que acentua a dificuldade de viabilização de um atendimento fonoaudiológico na região, que parece não representar uma prioridade, diante das necessidades existentes. Para o líder comunitário da comunidade Vila Nova Esperança, o reconhecimento dos obstáculos enfrentados pela população no dia-a-dia, justifica o desânimo e a dificuldade de mobilização da mesma, que precisa reivindicar desde a construção de uma creche para as crianças desassistidas, até uma linha de ônibus local que atenda a população. Um discurso menos politizado foi verificado na entrevista com os ACS que, embora tenham conhecimento das condições concretas nas quais vive a população (por integrarem a comunidade e por realizarem visitas domiciliares), não conseguem imergir nessa realidade e compreender o porquê da falta de participação da população.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, já prevê a participação comunitária. O envolvimento e a mobilização da população local no PSF se dá via agentes comunitários de saúde,

moradores da própria comunidade, e que devem fazer o elo de ligação entre a população e a Unidade de Saúde. Os ACS, dentre outras tarefas, devem incentivar a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento e na definição de prioridades. Como a população está mais habituada a comportar-se como usuária do que como participante, é necessário introduzir ações educativas que promovam essa mudança de atitude.

Nesse estudo, a relação entre os ACS e a população pareceu ser frágil e relacionada apenas ao cadastramento das famílias na Unidade de Saúde. Observou-se uma falta de entrosamento entre ACS e a população local, evidenciada nas críticas da população ao PSF e aos próprios ACS. Estes, por sua vez, demonstraram assumir uma postura defensiva, censurando a população pela falta de participação. Embora todos os ACS tenham se referido à importância da participação da população na luta por melhores condições de saúde, a ação dos mesmos na comunidade não pareceu se concretizar na mesma direção. Apenas o fato dos ACS residirem no bairro não garante o conhecimento, a autonomia e a segurança quanto a sua atuação nele. Nesse sentido, os dados desta pesquisa indicam a necessidade de aprimoramento da formação profissional e capacitação dos ACS e da formação continuada durante o processo de supervisão realizado pelos enfermeiros da Unidade de Saúde da Família, incluindo a temática sobre a relação dos ACS com as famílias da comunidade.

Os ACS, em seus relatos, demonstraram um conhecimento limitado acerca do PSF, principalmente no tocante aos fundamentos essenciais os quais orientam as práticas desse programa, que envolvem: prevenção, conscientização e educação para a saúde. As dificuldades referidas pelos ACS, por ocasião da implantação do PSF na região, parecem ser reflexo desse conhecimento restrito, uma vez que a informação fornecida pelos ACS à população é insuficiente. A população, por sua vez, não vê convicção nos discursos dos ACS e sente-se desprovida de atendimento à saúde.

Pelo fato desta pesquisa ter envolvido tanto os agentes comunitários atuando na área da educação (funcionários da creche) quanto na área da saúde, ligados ao PSF, houve uma maior abrangência na obtenção de dados por meio das entrevistas coletivas, verificando-se pontos de vista diferentes relacionados à fonoaudiologia e, em especial, à esta pesquisa sob o enfoque dos dois grupos de agentes comunitários.

Tanto os agentes comunitários funcionários da creche, quanto os agentes comunitários da saúde apontaram para a necessidade do atendimento fonoaudiológico para a população infantil. No entanto, as perspectivas deste atendimento foram vistas de formas distintas nos dois grupos. Os ACS relataram que vêm a possibilidade de atendimento fonoaudiológico para a população mediante a atuação de um, ou mais fonoaudiólogos na Unidade de Saúde, por se tratar de uma especialidade que requer profissional capacitado e equipamentos específicos. Já os funcionários da creche, demonstrando a

compreensão dos objetivos do plano de ação desenvolvido, apontaram que um treinamento adequado para os funcionários permitiria a aquisição de conhecimentos para viabilizar ações tanto na área da saúde, quanto na da educação. Citaram como exemplo, a possibilidade de atuação na triagem de alterações de audição e fala das crianças da creche.

É interessante ressaltar que, os ACS reconheceram a importância da atuação do fonoaudiólogo, porém desempenhada somente pelos profissionais especialistas, enquanto que os ACV, além de reconhecerem a importância do profissional, viram a possibilidade de partilhar do conhecimento do especialista e atuar como um agente colaborador.

Os ACS e os funcionários da creche que participaram da pesquisa afirmaram que o questionário foi um procedimento simples e rápido de ser administrado, evidenciando sua eficiência em contextos comunitários. Tais características são desejáveis em um instrumento de triagem auditiva. Conforme sugere a ASHA (1997), um teste de triagem auditiva deve ser econômico, de fácil aplicação, curta duração e não deve causar desconforto ao paciente. Ademais, é importante ressaltar que a própria aplicação do instrumento favoreceu a sensibilização dos não especialistas para situações de risco para deficiência auditiva, conforme seus relatos nas entrevistas.

Dessa forma, a utilização do questionário como triagem auditiva pode maximizar o trabalho dos agentes comunitários (de saúde ou educação), uma

vez que, além de favorecer meios para a investigação da deficiência auditiva, ele desperta nos agentes o questionamento acerca da acuidade auditiva das crianças.

Indubitavelmente, o questionário emergiu nos agentes comunitários um interesse pelas questões da saúde fonoaudiológica. Contudo, a carência de atendimento fonoaudiológico para a população da região, bem como a inadequação dos raros serviços com os quais a população teve contato, com certeza contribuiu para que houvesse certo desconhecimento tanto em relação ao campo de atividade do fonoaudiólogo, quanto em relação à determinação da necessidade da intervenção deste profissional. Esse desconhecimento mostrou-se mais evidente nos discursos dos ACS. Os funcionários da creche, na condição de profissionais da educação, convivem diretamente com as crianças e seus familiares e estão atentos ao desenvolvimento global das mesmas, apresentando maior segurança na identificação de alterações de linguagem e comportamento. Os ACS não têm um convívio direto com as crianças e, para eles, a necessidade de atendimento fonoaudiológico deve ser determinada pela escola, em situações nas quais a criança apresenta dificuldades de aprendizagem. Em virtude de tal consideração, os ACS sugeriram, durante a entrevista coletiva, que a faixa etária da pesquisa fosse ampliada, a fim de contemplar as crianças encaminhadas pela escola. A dificuldade de identificação de alterações na fala e na audição de crianças tanto pelos pais, quanto pelos próprios ACS, aponta para a necessidade dos profissionais fonoaudiólogos realizarem orientações sobre o desenvolvimento

da linguagem e da audição e seu relacionamento com o desempenho escolar, aos ACS e à comunidade em geral. O compartilhamento do conhecimento do especialista com não especialistas contempla as diretrizes propostas pela Reabilitação Baseada na Comunidade (Helander, 1993).

A partir das diferenças observadas nos discursos dos dois grupos (ACS e funcionários da creche), foi possível constatar que, de forma geral, os funcionários da creche mostraram-se mais “eficientes/empenhados” na realização da triagem de crianças pré escolares da comunidade, por meio do questionário. Vários fatores contribuíram para esse resultado. Inicialmente, dada a responsabilidade integral dos funcionários da creche pelas crianças, há o estabelecimento de um vínculo maior. Esse contato freqüente permite a observação do desenvolvimento de cada criança e possibilita a comparação entre elas, facilitando a percepção de eventuais alterações no desenvolvimento geral. Ainda, a creche foi fruto da luta da população local e é o ponto de encontro da Associação de Moradores, criando uma atmosfera de participação entre seus funcionários. Por fim, ela é palco de pesquisas na área da psicologia da educação, há vários anos, facilitando a aceitação e a colaboração dos funcionários na presente pesquisa.

A diferença de perspectivas e entendimentos sobre a atuação fonoaudiológica e sua contribuição entre os dois grupos, reforça a necessidade de trabalhos de orientação direcionados ao intercâmbio entre creches, escolas e postos de saúde, a fim de encaminhar as crianças ao serviço de

fonoaudiologia o mais cedo possível e desse modo, favorecer a comunicação entre os setores da saúde e da educação intermediados por profissionais numa perspectiva de atuação fonoaudiológica social. É somente por meio da troca destes setores que a saúde bio-psico-social da criança será alcançada.

5.2.2. Questionário de baixo custo para triagem auditiva.

Estudos sobre programas de triagem auditiva determinam que estes devem identificar não somente os casos mais graves, mas também os menos severos e mais comuns, tais como as perdas auditivas condutivas (Mc Cormick, 1991). Além disso, devem ser econômicos, de fácil aplicação, de curta duração e não causar desconforto ao paciente (ASHA, 1997).

Os questionários utilizados neste estudo para identificar a deficiência auditiva certamente foram procedimentos econômicos, de fácil aplicação e curta duração, conforme relatado pelos agentes comunitários. Como mencionado anteriormente, eles não apenas foram importante no processo de identificação de crianças com alterações auditivas, mas também mostraram-se fundamental na sensibilização dos agentes comunitários para questões da saúde fonoaudiológica.

Cabe ressaltar, porém, que o questionário apresentou melhor sensibilidade e pior especificidade no Estudo 1, ou seja, sua capacidade de

identificar corretamente os casos alterados foi maior do que sua capacidade para identificar os não alterados. Resultados semelhantes foram obtidos por Heathershaw e Wake (2000) e Brunetto-Borgianni (2003) em cujos estudos também foram observadas maior sensibilidade do que especificidade nos questionários utilizados. De acordo com Mc Cormick (1991), a sensibilidade e a especificidade de um programa de triagem devem ser de no mínimo 90%. Dessa forma, o questionário apresentado não pode ser utilizado como único procedimento de triagem, uma vez que identificou 84,2% dos casos alterados (sensibilidade) e 52,6% dos casos sem alteração (especificidade). Contudo, ele pode ser considerado como importante instrumento no processo de investigação de deficiências auditivas, principalmente no que se refere a sensibilização de agentes comunitários. Ainda, sugere-se que a utilização do questionário em serviços de saúde fonoaudiológica possa trazer benefícios nas investigações referentes à audição, uma vez que foca importantes questões do funcionamento do aparelho auditivo.

No estudo de Lichtig (1998), o mesmo instrumento de triagem auditiva apresentou alto grau de sensibilidade e especificidade. Algumas diferenças podem ser apontadas entre os dois estudos: a presente pesquisa foi realizada em contextos comunitários, nos quais a participação de agentes comunitários foi determinante. Não houve pré-requisitos para os critérios de seleção das crianças que participaram da pesquisa, a não ser a faixa etária (3 a 6 anos de idade). Já no estudo de Lichtig (1998), realizado em contexto clínico, as crianças triadas apresentavam queixas ou de linguagem, ou de audição, ou

ambas. Os graus de deficiência auditiva verificados nas crianças avaliadas no estudo de Lichtig variavam de severo a profundo. A deficiência auditiva severa / profunda compromete a linguagem oral, o comportamento psicossocial, o desenvolvimento emocional e o desempenho acadêmico das crianças portadoras desta, facilitando a detecção dessas alterações pelos pais. As perdas auditivas encontradas nas crianças da presente pesquisa foram de grau leve, na sua grande maioria, unilaterais. Os comprometimentos decorrentes desses tipos de perdas são mais discretos e, conseqüentemente, dificultam sua percepção pelos pais. Dessa forma, o mesmo instrumento de triagem foi diferente nos dois estudos, sendo altamente sensível para identificar deficiências auditivas severa e profunda e altamente específico para identificar as crianças sem alteração, no primeiro estudo, e sensível para detectar as deficiências auditivas leves, porém pouco específico para identificar as crianças sem alteração, no segundo.

Por isso, foram propostas modificações e adaptações, realizadas por Gomes, no questionário original. Após as alterações feitas no questionário utilizado no Estudo 1, para torná-lo mais sensível e, principalmente, específico para a identificação de deficiências auditivas leves e moderadas, decorrentes de problemas de orelha média, verificou-se que duas questões passaram a ter significância estatística: uma questão da Parte I (seu filho já teve ou tem dor de ouvido?) e outra da Parte II, para crianças de 6 anos (você já notou diferença na audição de seu filho quando o ambiente está silencioso ou barulhento?). As

demais questões não diferenciaram as crianças que falharam na triagem auditiva objetiva daquelas que passaram.

Os resultados obtidos com os questionários nesta pesquisa podem estar associados aos tipos de alterações e ao grau de deficiência auditiva encontrados na população estudada.

Estudos afirmam que questionários podem ser úteis para detectar deficiências auditivas maiores que 40 dB ou 50 dBNA (Newton et al, 2001; Dube et al, 2002). Os limiares de deficiência auditiva encontradas nesta pesquisa foram menores que 40 dBNA.

Alguns autores indicam que os questionários são meios ineficientes para detectar deficiência auditiva em crianças pré escolares (Hammond et al, 1997; Heathershaw e Wake, 2000). A alta prevalência de problemas de orelha média nessa faixa etária, que geralmente causam alterações leves, podem passar despercebidas pelos pais. Ateunis et al. (1999) e Stewart et al (1999) concluem que a observação dos pais tem uma sensibilidade limitada e é um indicador pobre de alteração auditiva em seus filhos, mesmo após orientações. Com relação a esse aspecto, Carvallo (1988) aponta para um fator que pode ter contribuído para que os pais não percebessem a deficiência auditiva leve em seus filhos nesta pesquisa: a alta redundância da língua portuguesa. A característica acústica da língua portuguesa falada (consoante-vogal) permite maior intensidade na produção do falante, que facilita o processo de escuta até

para o portador de deficiências leves e moderadas, não afetando a compreensão. A maior ocorrência de alterações unilaterais também pode ter contribuído para que os pais, e conseqüentemente os questionários, não identificassem comportamentos associados à perda de audição em seus filhos, aumentando os casos de falsos-negativos. E, finalmente, o fato de as mães acharem “normal” a fala alterada de seus filhos de até 5 ou 6 anos de idade, conforme revelado nas entrevistas coletivas, indica uma falta de conhecimento sobre o desenvolvimento normal da linguagem esperado para esta faixa etária, o que certamente interferiu na sensibilidade dos questionários.

O questionário utilizado no Estudo 1 desta pesquisa apresentou um grande número de falsos-positivos, resultado indesejável em uma triagem, pois pode gerar custos posteriores com exames diagnósticos e causar ansiedade desnecessária nos pais. Questões relacionadas a comportamentos específicos, tais como: ouvir rádio e televisão em alta intensidade, desatenção, desobediência, entre outros, podem ter atribuído problemas de audição à algumas crianças saudáveis. Porém, tais comportamentos não estão, necessariamente, associados à deficiência auditiva, podendo ser puramente problemas de atenção, ou estar relacionados aos costumes da família (como ouvir rádio em intensidade elevada, residir em ambiente doméstico que favorece a dispersão), ou podem até representar alteração no processamento auditivo central.

Nesse sentido, campanhas educativas sobre a audição, a deficiência auditiva e suas manifestações poderão auxiliar os pais a identificar tais manifestações em seus filhos.

De um modo geral, assim como em vários estudos (Hind et al, 1999, Newton et al, 2001, Dube, 2002, Brunetto-Borgianni, 2003), esta pesquisa corroborou que o questionário é um procedimento rápido, simples e de baixo custo, pois não necessita de equipamentos específicos, e pode ser um opção para identificar um grupo de crianças com risco para deficiência auditiva leve e moderada em contextos educacionais (creches e escolas) ou de atenção primária à saúde. É importante ressaltar que, sendo um instrumento de triagem, o questionário não teve o objetivo de confirmar a deficiência auditiva, mas sim, de selecionar as crianças que necessitavam passar por um processo de diagnóstico audiológico completo.

5.2.3. Triagem Auditiva.

As falhas nas triagens auditivas encontradas na população infantil estudada foram, predominantemente, decorrentes de alterações de orelha externa (impedimento por cerúmen) e de orelha média (disfunção tubária, presença de fluído, otorréia); o grau das perdas auditivas das crianças de 3 a 6 anos, quando presentes, variou de 25 a 40dBNA.

Estes achados estão de acordo com vários estudos que afirmam que a infecção de orelha média é uma das causas mais comuns de perda de audição leve e moderada na idade pré- escolar (NIDCD, 1996; Santos, 1996; Hubig e Costa Fo., 1997; ASHA, 1997; Ramos, 1999). Santos (1996) afirma que aproximadamente 20-25% das crianças em idade pré escolar e escolar podem apresentar falha em triagem auditiva. Nesta pesquisa verificou-se uma porcentagem de falha de 26%, considerando as falhas na triagem audiométrica isoladamente (1,8%), na triagem imitanciométrica isoladamente (8,9%), em ambas as triagens (10,2%) e impedimento total do meato acústico externo pela presença de cerúmen ou alteração da membrana timpânica (5,1%). O percentual de falhas encontrado nesta pesquisa corrobora com o estudo citado. Essas falhas, embora nem sempre associadas à uma deficiência auditiva leve, já revelam um *input* auditivo alterado, o que pode interferir negativamente na percepção e produção da fala, conforme aponta a literatura.

A triagem audiométrica isoladamente não se revelou como estratégia mais sensível para identificar esses tipos de alterações, pois grande parte das crianças que falharam nos procedimentos de triagem (42,5%), apresentou limiares auditivos dentro da normalidade, segundo os critérios estabelecidos para triagem audiométrica. Por outro lado, a triagem imitanciométrica pareceu ser mais eficiente na identificação de crianças com alterações de orelha média, uma vez que foi capaz de detectar 91,5% das falhas nas triagens. Esse dado corrobora com os dados citados na literatura, os quais evidenciam que a imitanciométrie é um meio valioso e confiável para identificar problemas de

orelha média, que podem ser assintomáticos e passar despercebidos e para determinar as crianças que devem ser referenciadas para tratamento clínico (NIDCD, 1996; ASHA, 1997; Ramos, 1999). Uma melhor precisão na detecção de deficiências auditivas pode ser alcançada por meio da associação da triagem audiométrica e a triagem imitanciométrica, pois a imitanciometria demonstra alta sensibilidade em detectar alterações de orelha média e a audiometria com tom puro analisa a acuidade auditiva. Brunetto-Borgianni (2003) demonstrou que esse procedimento apresentou sensibilidade e especificidade de 92,3% na identificação da deficiência auditiva em escolares. A desvantagem de tal procedimento é que ele exige equipamento e profissional especializado para sua aplicação, sendo inviável para muitas realidades brasileiras.

Por outro lado, na presente pesquisa, a combinação da utilização do questionário e das triagens objetivas indicou que o questionário pode ser administrado como um instrumento de pré-triagem, por ter apresentado uma sensibilidade de 84,2%, diminuindo o número de crianças a serem submetidas à triagem objetiva. Com a redução do número de crianças que venham a precisar de uma avaliação audiométrica e imitanciométrica, otimiza-se a atuação do fonoaudiólogo, diminuindo o custo e o tempo para a avaliação audiológica das crianças identificadas pelo questionário.

As doenças da orelha média e externa são de alta prevalência e de alto custo em termos de tratamento e suas conseqüências no desenvolvimento

geral e escolar da criança afetada, demandam que sua detecção seja fundamental. No entanto, o acesso à serviços de saúde que ofereçam, tanto o diagnóstico, quanto o tratamento dessas condições é difícil para a população de periferia. Conforme constatou Remencius (1998), o retardo no diagnóstico da deficiência auditiva ocorre, muitas vezes, em função da dificuldade de acesso do usuário ao sistema de saúde, o que dificulta a promoção de medidas adequadas para minimizar ou eliminar as conseqüências desta deficiência. No plano de ação executado, ficou evidenciada a possibilidade da atuação fonoaudiológica junto à Unidade de Saúde, facilitando o acesso dos usuários da Unidade à um procedimento de triagem auditiva.

5.3. Considerações finais:

A atuação do fonoaudiólogo na comunidade exige capacitação e sensibilização deste profissional para que, baseado nas necessidades reais da população, contribua para a democratização e socialização do conhecimento fonoaudiológico com vistas à melhor qualidade de vida da comunidade. Os achados desta pesquisa salientaram que é possível inovar o trabalho fonoaudiológico no âmbito da saúde pública, por meio de uma abordagem que envolva a comunidade, utilize tecnologia de baixo custo, promovendo ações intersetoriais (saúde e educação) de promoção e proteção à saúde. Deste modo, evidencia-se a execução de um fonoaudiologia social.

Tendo em vista a experiência adquirida no desenvolvimento do trabalho e visando responder alguns questionamentos incitados durante a execução dos estudos desta tese, algumas pesquisas futuras podem ser propostas.

Em relação ao questionário:

- apresentar um conjunto de questões claras e objetivas, comuns para todas as faixas etárias, incluindo perguntas relacionadas à alteração de orelha média, à fala da criança, à percepção dos pais em relação à audição da criança, à comportamentos associados à deficiência auditiva e ao desempenho escolar.

Em relação ao procedimento:

- utilizar o questionário com os educadores da creche, pois estes passam a maior parte do dia com as crianças e, nesta pesquisa, mostraram-se atentos para o desenvolvimento das mesmas, podendo providenciar informações mais precisas sobre sua comunicação.
- promover orientações para a população, anteriores à aplicação do questionário, a fim de sensibilizar os pais e/ou os educadores, para os aspectos abordados nas questões, o que pode ser feito pelos não especialistas após treinamento apropriado.

- aplicar o questionário como um procedimento de pré triagem no total da população infantil e realizar as triagens objetivas apenas nos casos identificados como alterados pelo questionário, em outras comunidades, que não tenham acesso ao serviço de triagem auditiva, em caráter preventivo.

6. CONCLUSÕES

A inovação da atuação fonoaudiológica no âmbito da saúde pública, com vistas à prestação de assistência à comunidade é premente, e os nossos achados demonstraram sua viabilidade.

O plano de ação delineado nesta pesquisa, após sua avaliação permitiu concluir que:

Com relação à participação da comunidade:

- foi possível democratizar e socializar o conhecimento fonoaudiológico com os agentes comunitários, da saúde e da educação, por meio da capacitação destes com o treinamento realizado;
- foi possível capacitar agentes comunitários, da saúde e da educação, para utilizarem o questionário de triagem auditiva, demonstrado pelo estudo da fidedignidade entre pesquisadora e agentes;
- os agentes comunitários voluntários (funcionários da creche) mostraram-se mais envolvidos no plano de ação que os agentes comunitários da saúde;

Com relação ao questionário para triagem auditiva:

- o questionário utilizado apresentou maior sensibilidade (84,2%) do que especificidade (52,6%) para identificar perdas auditivas de grau leve;

- o questionário utilizado pelos agentes comunitários mostrou ser um procedimento simples, de rápida aplicação e de baixo custo, viável de ser utilizado em outros contextos;
- o questionário sensibilizou os agentes comunitários para aspectos da saúde fonoaudiológica e, em especial, da audição;
- o uso do questionário em serviços de fonoaudiologia pode trazer benefícios nas investigações da audição de crianças pré escolares;

Com relação à triagem auditiva:

- as falhas na triagem auditiva foram predominantemente decorrentes de alterações de orelha externa e média, sendo que 1,8% das crianças falharam na triagem audiométrica isoladamente, 8,9% falharam na triagem imitanciométrica isoladamente, 10,2% falharam em ambas as triagens e 5,1% apresentaram impedimento total do meato acústico externo, totalizando 26% de crianças que falharam na triagem auditiva;
- a triagem audiométrica, como procedimento isolado não foi a estratégia mais sensível para identificar as alterações encontradas na população estudada;
- a triagem imitanciométrica identificou 91,5% das falhas na triagem auditiva, revelando ser um procedimento eficiente na triagem das alterações encontradas;

- a combinação dos três procedimentos, a saber: questionário, triagem audiométrica e triagem imitanciométrica, mostrou sua eficácia na identificação de alterações auditivas.

Conclui-se, portanto, que, o plano de ação foi bem sucedido pois, de acordo com Werner e Bower (1984), apresentou as características por eles elencadas, a saber: teve um início modesto, porém consistente na própria comunidade; teve um crescimento lento e descentralizado; contou com a participação da população local; o planejamento foi um processo de aprendizagem, que não seguiu esquema pronto e rígido, sofrendo adaptações de acordo com as necessidades; contou com a presença de líderes sensíveis às necessidades da população; e houve o reconhecimento de que saúde depende do desenvolvimento social da comunidade, constatado nas falas dos agentes comunitários.

Anexo A

(aprovação do termo de consentimento livre e esclarecido pela Comissão de Ética da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
D A
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 3671
CÍRCULO PAULISTA, 135
DIRETORIA CLÍNICA

Recibo

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23.08.01, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 501/01, intitulado: "Plano de ação participativa para a investigação de deficiência auditiva em crianças de 3 a 6 anos de idade inseridas em comunidade favelada", da Área de Fisiopatologia Experimental, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Ida Lichtig

Pesquisador Executante: Sra. Mariana Szymanski Ribeiro Gomes

CAPPesq, 27 de agosto de 2001.

Jorge Kalil Filho

PROF. DR. JORGE KALIL FILHO
Presidente da Comissão Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")
Encaminhe-se à CPG-FMUSP para as devidas providências.
S.P., 04.09.01

C. Maria Miltzi Brentani
Prof.ª Maria Miltzi Brentani
Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências
Área de Fisiopatologia Experimental

Joliane
05/09/01

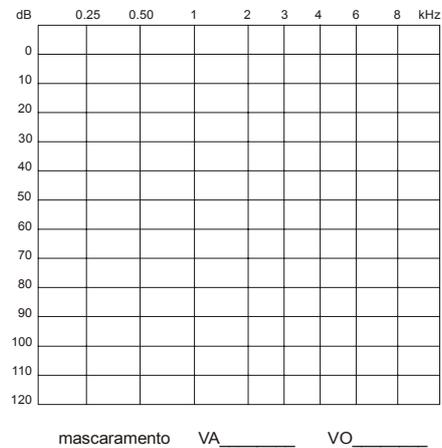
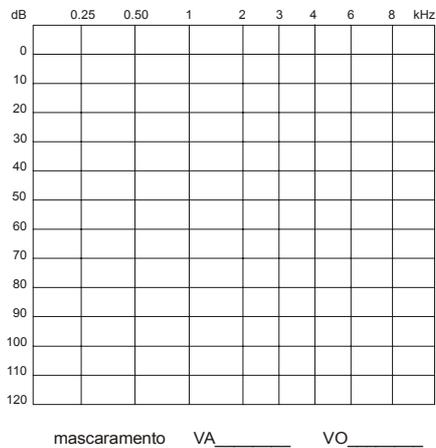
Anexo B
(protocolo para registro dos dados da triagem auditiva)



Programa de Audiologia Clínica
Centro de Docência e Pesquisa - CDP FMUSP
Rua Cipotâmia, 51 - Cidade Universitária - tel: 3818 7453

Nome _____ DN _____ Data _____
Audiômetro MA 41 Imitanciômetro AZ 7 Fonoaudióloga _____

Avaliação Audiológica



Imitanciometria

Timpanometria (Yml)

	()	()
	1.2	3.2
	1.1	3.0
	1.0	2.7
	0.9	2.5
	0.8	2.2
	0.7	2.0
	0.6	1.7
	0.5	1.5
	0.4	1.2
	0.3	1.0
	0.2	0.7

-300 -200 -100 0 +100 +200 daPa

Pesquisa de Reflexos Acústicos

Limiar OD	Ipsi OD	Contra OD AfD EFE	Hz	Limiar OE	Ipsi OE	Contra OE AfD EFE
			500			
			1000			
			2000			
			4000			
			RFL			

Meatoscopia	OD	OE
Vol Equivalente de M A E	ml	ml
Pressão de Pico	daPa	daPa
Pico de Admitância (Yml)	ml	ml

observações

Anexo C
(questionário original – Dube, 1995)

QUESTIONÁRIO ORIGINAL (seu filho escuta bem?)

PARTE 1 (para todas as crianças):

nome da criança:

idade:

sexo: M () F ()

(favor assinalar sim ou não da forma mais honesta possível)

1. há história de surdez na família?
2. seu filho nasceu com baixo peso (menor que 1,5Kg)?
3. seu filho respirou apropriadamente após o nascimento?
4. seu filho pareceu amarelo após o nascimento (icterícia)?
5. seu filho teve alguma febre alta após o nascimento?
Em caso afirmativo, especificar:
6. você teve alguma doença durante a gravidez?
Em caso afirmativo, especificar:
7. você tem alguma preocupação especial com a audição de seu filho?
Em caso afirmativo, especificar:
8. você acha que seu filho é surdo ou não ouve normalmente?

SIM	NÃO	NÃO SEI

PARTE 2 (de acordo com a faixa etária)

SEÇÃO D (crianças de 3,0 a 3,11 anos):

(favor assinalar sim ou não da forma mais honesta possível)

1. seu filho consegue apontar/indicar um objeto ou figura quando você pede oralmente?
2. seu filho presta atenção quando está num grupo ouvindo uma história?
3. seu filho consegue apontar para pelo menos uma parte de seu corpo quando você pede em voz baixa?
4. seu filho consegue te acompanhar em canções?

SIM	NÃO	NÃO SEI

5. Observação pelo entrevistador: (favor assinalar sua observação)

a) quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, barriga, boca) em voz baixa, ele(a): responde () não responde ()

b) quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo escondendo a boca com a mão, ele(a): responde () não responde ()

SEÇÃO E (crianças de 4,0 a 5,11 anos):

(favor assinalar sim ou não da forma mais honesta possível)

1. seu filho consegue entender ordens simples como trazer água ou fechar uma porta?
2. seu filho escuta fala em voz baixa?
3. seu filho normalmente observa a boca ou a face do falante?
4. seu filho faz força para escutar? (ou é natural?)
5. ele(a) fica chateado facilmente quando está escutando?
6. você acha que ele(a) escuta melhor quando está olhando para você?
7. você tem que falar mais alto ou fazer gestos para conseguir a atenção de seu filho?
8. seu filho parece ficar atento à pistas visuais? (ao que ele vê)

SIM	NÃO	NÃO SEI

9. Observação pelo entrevistador: (favor assinalar sua observação)

a) quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, boca, barriga) em voz baixa, escondendo a boca, ele(a): responde () não responde ()

b) quando o entrevistador pede para a criança repetir palavras (casa, bola, sapato), ele(a):
apresenta fala não muito clara ()
não fala, mas usa gestos ()
apresenta fala normal ()

c) quando o entrevistador pede para a criança levantar-se (ou sentar-se) quando ouvir o som “já”, escondendo a boca, ele(a): responde () não responde ()

SEÇÃO F (crianças de 6,0 a 6,11 anos):

(favor assinalar sim ou não da forma mais honesta possível)

1. a fala de seu filho é mais difícil de entender do que de outras crianças de 6 anos?
2. alguém já sugeriu que seu filho não escuta bem?
3. você já notou alguma diferença de resposta do seu filho quando ele está em ambiente silencioso ou barulhento?
4. seu filho fica menos responsivo/atento à fala quando está resfriado ou com nariz escorrendo?
5. as frases que seu filho usa são mais simples do que a das outras crianças de 6 anos?
6. as outras pessoas comentam sobre a fala ou a audição do seu filho?
7. seu filho precisa sentar na sua frente (ou na frente do professor) para escutar uma história?

SIM	NÃO	NÃO SEI

8. Observação pelo entrevistador: (favor assinalar sua observação)

- a) a criança tem dificuldade para escutar, pede para repetir, mas sua fala é normal. (...)
- b) a criança não entende freqüentemente, sua fala não é clara, mas responde melhor quando aumentam a voz. ()
- c) a criança não fala, não responde para a fala, mas usa gestos ou sinais para se comunicar. ()
- d) a criança não tem dificuldade para ouvir a voz baixa, não pede para repetir e tem fala normal. ()

Anexo D
(questionário modificado, adaptado por Gomes)

QUESTIONÁRIO modificado – CRIANÇAS DE 3 ANOS

(adaptado por Gomes)

PARTE 1 (para todas as crianças):

- NF:** 1. nome da criança:
MA: 2. idade:
A.: 3. endereço: telefone:
 4. sexo: M () F ()

(favor assinalar sim ou não da forma mais honesta possível)

1. tem algum caso de surdez na família?
2. seu filho nasceu com baixo peso (menor que 1,5Kg)?
3. seu filho teve algum problema logo após o nascimento (de respiração, icterícia, febre alta)?
4. você teve alguma doença durante a gravidez? Em caso afirmativo, especificar:
5. seu filho fica resfriado, com nariz escorrendo freqüentemente?
6. seu filho já teve ou tem dor de ouvido? Qual a freqüência?
7. seu filho tem problemas respiratórios ou alergia (bronquite, asma, rinite, sinusite)?
8. você acha que seu filho NÃO ouve normalmente?

SIM	NÃO	NÃO SEI

PARTE 2 (de acordo com a faixa etária)

SEÇÃO D (crianças de 3,0 a 3,11 anos):

(favor assinalar sim ou não da forma mais honesta possível)

1. seu filho consegue apontar/indicar um objeto ou figura quando você pede oralmente?
2. seu filho presta atenção quando está ouvindo uma história?
3. seu filho consegue apontar alguma parte do corpo quando você pede cochichando?
4. seu filho consegue cantar alguma música junto com você?
5. seu filho ouve TV ou rádio muito alto?
6. a fala do seu filho é muito baixa?

SIM	NÃO	NÃO SEI

7. Observação pelo entrevistador: (favor assinalar sua observação)
 - a. Pedir para a mãe pedir para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, barriga, boca) em voz baixa:
 responde ()
 não responde ()
 - b. Pedir para a mãe pedir para a criança apontar uma parte do corpo escondendo a boca com a mão:
 responde ()
 não responde ()

Anexo E

(solicitação de consentimento institucional para a realização da pesquisa)

São Paulo, 18 de Julho de 2003.

Solicitação de consentimento institucional para realização de pesquisa.

À Diretora da Unidade de Saúde da Família Municipalizada Jardim Paulistano,
Andréa Wander Bonamigo

Eu, Mariana Szymanski Ribeiro Gomes, aluna de Pós Graduação, nível de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), área de concentração em Fisiopatologia Experimental, venho por meio desta solicitar a utilização da Unidade de Saúde da Família Municipalizada Jardim Paulistano do Distrito de Saúde da Brasilândia / Freguesia do Ó para a realização da pesquisa: “PLANO DE AÇÃO PARTICIPATIVA PARA A IDENTIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM CRIANÇAS DE 3 A 6 ANOS DE IDADE DE UMA COMUNIDADE DE BAIXA RENDA”, sob orientação da Profa Dra. Ida Lichtig do Departamento de Fonoaudiologia da FMUSP.

Anexo a essa solicitação, encontra-se o resumo do projeto de pesquisa, contendo os objetivos e a metodologia a ser desenvolvida.

Atenciosamente,

Mariana Szymanski Ribeiro Gomes.

Anexo F
(resultados da pesquisa dos reflexos estapedianos dos Estudos 1 e 2)

- Reflexos estapedianos Estudo 1:

Segundo a classificação proposta no capítulo Casuística e Método, os seguintes dados foram obtidos com a pesquisa dos reflexos estapedianos ipsilaterais.

Tabela 1: Distribuição das 133 crianças quanto à pesquisa de reflexos estapedianos ipsilaterais (estudo 1).

	Presente à D	Presente à E	Presente bilateralmente	Ausente bilateralmente	Total
N	6	8	103	16	133
%	4,5	6	77,5	12	100

D= direita; E= esquerda.

Das 16 crianças que tiveram ausência de reflexos bilateralmente, 10 (62,5%) falharam na triagem imitanciométrica, sendo que 5 falharam tanto na triagem audiométrica, quanto na imitanciométrica; as demais (n=6) passaram em ambas as triagens. Das 14 crianças que apresentaram reflexos unilaterais (6 à direita e 8 à esquerda), 7 (50%) falharam na triagem imitanciométrica, sendo que 5 falharam também na audiométrica, as demais crianças que apresentaram reflexos unilateralmente (n=7) passaram na triagem audiométrica e imitanciométrica.

- Reflexos estapedianos Estudo 2:

Os seguintes resultados foram obtidos com a pesquisa dos reflexos estapedianos ipsilaterais.

Tabela 2: Distribuição das 91 crianças quanto à pesquisa de reflexos estapedianos ipsilaterais (estudo 2).

	Presente à D	Presente à E	Presente bilateralmente	Ausente bilateralmente	Total
N	3	8	73	7	91
%	3,3	8,8	80,2	7,7	100

D= direita; E= esquerda.

Das 7 crianças que tiveram ausência de reflexos bilateralmente, 5 (71,4%) falharam na triagem imitanciométrica, sendo que 3 falharam tanto na triagem audiométrica, quanto na imitanciométrica; as demais (n=2) passaram em ambas as triagens.

Anexo G
(entrevistas coletivas com os agentes comunitários de saúde e
com os funcionários da creche)

Transcrição da Entrevista Coletiva com os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de saúde da Família Jd Paulistano.

Apresentação do grupo, da pesquisadora e da finalidade da entrevista.

M- eu queria saber primeiro se vocês acham que precisa de um atendimento fonoaudiológico aqui? Não necessariamente nesse posto, mas na região.

TODOS- com certeza!

A1- as mães tem dificuldade para achar.

M- porque é necessário?

A1- porque as vezes, as crianças menores, a mãe até acha normal a criança falar errado. Mas depois quando a criança cresce, e realmente começa a falar errado, a mãe não tem como ficar corrigindo, aí é que elas acham que precisa.

A2- e também através do questionário também deu pra observar algumas coisas, pequenas coisas, com aquelas perguntas, que pode acontecer no dia a dia das crianças e que a gente não observou, né.

M- o questionário facilitou a observação de vocês?

A2- isso.

M- vocês já conhecem o trabalho de um fonoaudiólogo no serviço público? Vocês já tiveram oportunidade de ver como é feito?

VÁRIAS- eu não.

A3- tivemos palestras com fono, as estagiárias que vinham trabalhar com a gente. Mas assim, ver mesmo, não vimos.

M- vocês não sabem como é feito, como é agendado...

VÁRIAS- não.

M- e vocês acham que vocês precisariam saber disso? É uma informação que seria interessante pra vocês?

A1- é porque às vezes as mães perguntam assim: vai lá pra que? Só pra ficar conversando com ela?

A2- é realmente elas perguntam.

A1- então eu falo assim que eu não sei como é que é; se elas entrevistam, se vai conversar com uma criança por vez ou se vai tudo junto, se vai fazer as perguntas pra eles responderem. A gente não sabe como é que é. Então as mães perguntam e a gente não sabe responder.

A3- e no ano passado teve a avaliação com a Juliana. E assim, eu trouxe meu filho, mas ele entrou e eu fiquei lá fora. Eu não vi o que ela conversou com ele. Depois ela saiu e falou que

seu filho fala algumas coisas erradas e que eu tenho que corrigir. Mas ver o atendimento dela com ele, eu não vi.

M- e você achou isso um pouco estranho?

A3- é ficou meio esquisito.

M- e o atendimento fonoaudiológico que tem por aqui dá conta de atender quem precisa? Ou fica muita gente sem o atendimento?

VÁRIAS balançam negativamente a cabeça.

A4- acho que como é o atendimento médico, sempre tem um acompanhante com a criança. Então eu acho que com a fonoaudióloga também tinha que ter, pra ver o que se passa, qual é a conversa da fonoaudióloga com o paciente.

A2- pelo menos na primeira.

A4- como é norma médica, não pode passar o menor sem acompanhante, então eu acho que deveria ser assim também com o fonoaudiólogo. Na minha opinião. Agora, mais pessoas precisam e não só com relação a essa faixa etária, mas outras faixas também. Eu tenho um paciente que precisa de relatório para levar para a escola e ele está na faixa dos 11 para 12 anos. A escola fala que eles precisam procurar um fonoaudiólogo, ou uma escola especial (...) 12 anos sem escola...

A1- não, eu acho assim...

A4- já passou com a Andréa na avaliação, só que continua sem o relatório para levar pra escola.

M- a criança precisa de fono, já procurou o serviço e não conseguiu, é isso?

A4- não, o problema dele é escola, que pede uma avaliação. E tem que ser escola especial.

M- e essa avaliação com fonoaudiólogo não consegue marcar porque não tem onde marcar?

A4- não. A Andréa falou que vai fazer um relatório. Mas as escolas não querem aceitar ele. E é lei as escolas aceitarem.

(...)

M- e o que vocês acham que precisaria acontecer para que as pessoas tivessem mais acesso ao atendimento fonoaudiológico?

A4- tem que ter oferta também desse profissional, né.

A5- no posto, tinha que ter no posto.

A4 eu acho assim, o sistema não oferece.

A1- eu tinha uma pergunta assim, como a E tinha dito, né. Você acha que por ser a criança pequena se a mãe participar, a criança vai se inibir, vai ter alguma influência?

M- depende da criança, mas eu acho que a mãe sempre tem que participar.

M- vocês agentes, poderiam fazer alguma coisa para que a população tivesse mais acesso ao serviço de fonoaudiologia. Enquanto agentes da saúde, o que vocês poderiam fazer?

A5- eu acho que sim, porque quem conhece melhor que os agentes as famílias?

M- e conhecendo as famílias, o que você poderia fazer?

A5- aí, eu ia avaliar a criança que tinha problema e encaminhar para o posto.

A4- ela quer saber o que a gente precisa fazer para ter esse profissional aqui. Levar a reivindicação, né.

A5- é isso mesmo.

A6- mas a Andréa não tinha feito isso?

A5- não, mas era estagiária. Tinha que ser uma que ficasse mesmo, tipo o médico do PSF, que fosse fixo.

A1- aí tinha o dentista e o fono que ficasse aqui. Porque a maioria, tem mães aí que tem criança de 8, 10 anos, até 12, que agora que ta vendo que tem problema na escola, que as professoras pedem. Então, quando é pequeno, na idade de 3, 4, 6 anos, a mãe acha que é normal falar errado.

M- mas será que uma fonoaudióloga no posto resolveria o problema?

TODAS- não.

A7- não porque se a população soubesse que tinha, ia aparecer um monte de criança.

A1- um ia perguntar: tem fono no posto? Tem. Aí ia espalhando, espalhando...

A5- acho que teria que ter duas, né.

M- será?

A3- antigamente eles nem sabiam que era esse serviço. Agora não. Agora eles sabem. Então... A escola já manda um papel pra mãe pedindo um fonoaudiólogo. Então a mãe já vem atrás do fonosudiólogo e não tem.

A1- fonoaudiólogo, psicólogo, também tem muito pedido.

(...)

M- e como a A falou, vocês poderiam ajudar porque vocês conhecem a família e vocês poderiam detectar que tal criança precisa. E a população, eles deveriam participar para que haja atendimento?

A1- eles querem que tenha. Mas na hora que a gente fala que eles precisam se juntar pra fazer isso (...) Vocês se juntem pra poder ter um atendimento melhor no posto, né. Eles são muito sossegados.

A7 (...)

A1- eles querem que tenha, mas reivindicar e ir atrás, eles não querem ter esse trabalho.

M- porque isso?

A1- é porque as pessoas são acomodadas mesmo. Eu acho assim, que nós agentes teríamos que fazer tudo sozinho. Eles pensam assim, tem vocês lá, vocês que se viram. Olha eu preciso disso no posto. Eu falo: gente se vocês vêm uma especialidade que não tem, vocês vão atrás, fazem um abaixo assinado. Não, mas vocês estão aí pra que?

A4- é falta de conhecimento mesmo. Eles acham que nós temos que dizer o que precisa e o que não precisa (...) que nós temos o poder de trazer as coisas pra cá.

A5- (...)

A1- eles fazem as queixas e a gente já leva resolvido pra eles.

M- então na verdade ficou bem fácil pra eles. Eles devem estar satisfeitos com esse tipo de atendimento.

A5- gosta não, reclama.

A1- reclama.

A7 eles dizem que depois que a gente entrou, as coisas ficaram pior. Porque antes eles tinham consulta de 10 minutos então tinha várias de manhã e a tarde. Agora eles não passam por médico enquanto não passam por nós. E aí? Não gosta não. Às vezes eles tem que dizer pra gente o que está acontecendo.

A1- assim, eu preciso saber o que é que ta acontecendo que você quer passar no médico. Eu quero porque eu quero. (...) Não, mas se eu não souber sua história, sua necessidade, não vai ter consulta.

(...)

M- mas vocês acham que isso é, como o Z falou, por uma falta de conhecimento do que é o PSF, os agentes, porque precisa passar no médico e às vezes não. Vocês acham que com informação isso melhoraria?

A5- eu não acho que é falta de informação não.

A4- é falta de entendimento por parte deles. Informação eles tem.

A7- acho que o outro jeito de atendimento esta globalizado na cabeça deles e que até hoje eles não conseguiram tirar. Que eles tem razão e o que a gente fala, eles não querem centralizar isso na cabeça deles. É uma coisa de anos, de uma forma só.

A4- é cultural.

A7- de repente vem uma coisa nova, eles não querem centralizar. Estão acostumados com o antigo, né. Eles querem o antigo por achar que o antigo é melhor.

A1- eles falam assim: na televisão passa que o médico vai na casa deles. Porque que o médico não vai na minha casa?

A2- é isso mesmo.

A1- aí a gente vai explicar que o médico só vai quando tem pessoas acamadas, né, que não pode vir até o posto. Ah não, mas na televisão passa que vai na casa de todo mundo.

M- então, de certa forma é um pouco de falta de informação, tem essa questão cultural, que eles estavam acostumados com um tipo de atendimento, que agora mudou. E eles se apóiam no que era antes.

A1- e o que colocam na televisão não é explicado. Eles colocam que o médico vai na casa do paciente, e aí...

A7- teve um tempo que tava passando direto isso aí. Teve paciente que chegou a brigar com a gente por causa disso. (...)

M- e vocês acham que eles não participam porque não tem essa cultura de participação, são acomodados. Não gostam de ter trabalho de se mobilizar...

A3- a minoria tem. Agora a maioria...

M- isso que eu ia perguntar. Também não é todo mundo, né?

A3- não, a minoria. Sempre tem as pessoas que gostam do plano, que gostam de participar.

A1- é tem umas que elogiam.

A3- mas a maioria reclama.

A1- tem umas que falam assim: ai, que seria da minha vida se não fosse vocês. Mas é dois, três.

A8- porque você não vai com a gente visitar as famílias.

M- eu gostaria bastante.

A1- tem um lugar legal pra você ir. Sabe essas fórmica de mesa? Então sentava lá em cima e rapidinho chegava lá em baixo.

M- Deus me livre!

RISADAS

A1- é difícil. Esse lugar que a gente trabalha aí, só Deus.

M- agora mais com relação ao questionário que vocês estão usando, que é o meu trabalho. O que vocês estão achando de ir nas casas das pessoas e fazerem o questionário, que tem um monte de questões, mas basicamente é sobre a audição. Vocês acham que está sendo importante, que está sendo bom, que está sendo ruim...

A1- está sendo bom, da minha parte acho que está legal. Só que tem mães que a gente tem que estar insistindo. Tem uma casa que eu fui duas, três vezes, por aí, com o mesmo questionário. E gasta a vaga das outras crianças. E a criança precisa porque ele fala bem errado.

A3- na minha área não. Está sendo bem aceito.

A5- na minha também.

A1- se você perguntar alguma coisa pra ele, tipo cadê seu carrinho? Ah, meu tarrinho ta tun tei a tonde. Sabe, então eu peguei e falei pra mãe que às vezes ele fala errado é porque não ouviu direito. Ah, mas é normal. Eu falei, não às vezes não é normal a criança falar errado desse jeito.

A3- na minha área ta bom.

A5- na minha área também. Eles vieram falar comigo que gostaram muito do atendimento, foram encaminhados. E eles viram que teve um resultado, pelo menos da minha área.

M- e os outros? Todo mundo tem a mesma opinião?

A2- eu só acho que tinha que ter uma faixa etária um pouquinho mais ampliada. Porque tem pessoas que não são dessa faixa e que precisa mesmo. A gente vê que precisa e não encaixa em nenhuma das faixas.

A3- mas a doutora viu, né. Tinha uma observação que podia mandar maior, teve até de 15 anos, né?

M- isso, na verdade, a faixa etária do trabalho é essa. Mas se tem alguém que tem problema e é maior, eu já estou aqui, não tem problema, pode mandar. Quando for assim, a pessoa tem problema, pode mandar, como teve aquela mãe de uma criança que tinha problema.

A2- não eu tô falando do teu trabalho. Você tinha falado 100 crianças, se a gente manda maior, não entra nada no seu serviço. É isso que eu quero dizer.

M- é verdade, mas não tem problema, faz parte. Que existem 100 crianças nessa faixa etária, existem muito mais, mas até atingir esse número...

A1- faltam muitas?

M- eu já fiz 65 crianças. Mas é que faltaram muitas mesmo.

A7- é que teve esse tempo de chuv e frio, né.

M- é, exatamente. Aqueles dias que estava aquele frio forte, faltaram muitos. E teve uma semana que deu uma confusão de horários, mas eu acho que está bom. 65 é um número alto. Se tivessem vindo os que faltaram já tinha passado de 100. Mas eu estou achando que está muito bom. Tem algum outro problema, alguma outra crítica, fora essa. O fato de o questionário está sendo feito nas casa das pessoas, isso é bom ou é ruim?

A8- quando a criança está presente é bom, quando não está, quem responde mais ou menos é a mãe. Aí eu coloco uma observação.

M- mas quem tem que responder é a mãe mesmo.

A8- não, mas aquela parte do final, da observação.

M- é, o ideal é que a criança estivesse, mas se não estiver não tem problema, não tem como controlar isso. Mas, vocês acham que as mães respondem bem, que elas respondem a verdade, elas gostam de responder?

A2 ninguém falou nada não.

M- e o fato de vocês estarem indo lá, com mais uma coisa pra fazer acabou sobrecarregando vocês, o horário de vocês ficou...

VÁRIAS- não.

M- vocês já fizeram esse tipo de trabalho antes, para algum médico...

A3- só o cartão SUS.

A8- é interessante porque teve mãe, a mãe do JC, que passou com você e teve problema e foi encaminhado pro otorrino. Ela sempre achou que tava tudo bem, tanto que no questionário ela respondeu que tava tudo normal. Só que depois ele teve dificuldade, tanto com você quanto com a Juliana. Eu achei interessante. Tanto que as outras vizinhas agora tudo quer. Porque elas acham, né. Eu mesma, como mãe, achava que meu filho falava certo e não fala. E também é uma coisa a mais que a gente oferece, né. Porque geralmente, consulta é difícil,

quase nunca tem; a prioridade é pra menor de 2 anos. Então é uma coisa nova que você tá levando pras pessoas.

M- quem vocês acham que são os grandes beneficiados com isso? Quem se beneficia com esse trabalho?

A1- a criança.

A2- a criança, né.

M- e tem alguém que é prejudicado?

A2- não.

VÁRIAS concordam com a cabeça.

A3- só a mãe que tem que correr atrás.

A8- acha que está tudo normal e depois tem que ir atrás.

A1- e a criança, quando a mãe não trás, coitadinha. Fica sem atendimento.

M- e acontece muito isso de as mães não trazerem?

A1- o meu, eu tive que dar três papeizinhos pra ela vir.

A8- os meus vem.

M- também, elas tem o direito de não quererem participar.

A1- aí o prejudicado é a criança.

M- e que mudanças eu poderia fazer para melhorara a pesquisa? Por exemplo, pra ter menos falta, para que abranja mais pessoas. O que vocês acham que eu poderia fazer?

SILÊNCIO POR ALGUNS SEGUNDOS.

A2- vai gente, sugestiona!

A1- eu to falando muito, vou ficar quieta. Eu ia até falar pra dar todas as vagas para a A8. Mas, é. Eu acho que ao invés de dividir as vagas, devia dar pra aquela que mais tem gente que quer.

A3- eu acho assim, tem criança de todas faixas etárias. Então, na hora que vai passar em consulta, podia passar com você também.

A4- todas as equipes fazem grupos, assim: pré-escolares, aí você podia vir naquele dia só pra conversar.

A2- pra assistir a reunião com a médica.

A5- podia estar avaliando as crianças.

A2- (...) e os dias que mais tem crianças é dos grupos de pré-escolares e escolares. Aí tem 25 a 30 crianças.

M- aí tem a orientação médica, é isso que acontece?

A2- aí a médica vai ver. Porque tem muitas mães que tem dúvida sobre manchas de pele, porque a criança não come direito. Daí a médica vai explicar, vai tirar as dúvidas e vai ver se a criança precisa de consulta ou não.

M- e aí a fono poderia participar dessas reuniões para orientar, é isso?

A2 até para observar se no meio delas tem algumas que tem problema.

A5- até fazer o exame também, pra aproveitar.

A2- porque é o grupo mais rico, que tem muitas crianças. Chega até ter 30 crianças.

M- e todas vem?

A2- todas vem, todas vem. Porque é a idade que tem mais dúvida, que a criança para de comer. Vai ter, né A4, dia 21/11? Dia 20 a gente vai ter um grupo.

M- é, eu posso falar com a Andréa para ver se há a possibilidade, para não causar muita confusão. Porque fono no posto não tem. Então de conversar, mas sem prometer nada que não possa ser cumprido.

E esse tipo de trabalho, que vocês vão até as casas das pessoas e fazem questões para investigar outra coisa, que não seja a audição, mas outro problema. Vocês acham que esse tipo de trabalho pode ter resultado positivo?

SILÊNCIO.

M- se for, por exemplo, para vocês irem nas casas e fazerem questões sobre a fala das crianças. Aí vocês fazem as perguntas e conseguem ver se: tal criança tem problema de fala, ou tal criança tem problema de escrita... Vocês acham que é possível esse tipo de trabalho?

A8- por mim, eu acho que não. Porque se eu achava que meu filho falava direito, como é que eu vou avaliar outras crianças, sendo que com ele eu convivo todos os dias. Ele tá com 5 anos e eu achava que o pouco que ele fala errado era normal, e não é. E numa visita, meia hora lá conversando com a criança, eu acho que não vou conseguir não.

A7- a criança que troca o b pelo p pode ter alguma coisa de errado na escola?

M- pode ter. Mas todo mundo concorda que é assim? Que tem uma certa limitação por conta da falta de informação que impossibilita isso?

A6- eu concordo.

M- e se tivesse um treinamento específico, explicando, palestras. Alguma coisa que fosse legal e que permitisse que vocês tivessem um conhecimento maior sobre alguma coisa que vocês fossem investigar. Aí vocês se sentiriam mais seguras com relação ao desenvolvimento da criança: criança de tal idade faz isso, criança de tal idade faz aquilo, com relação à fala, à audição. Aí vocês acham que tudo bem?

SILÊNCIO.

A5- é.

A7- é.

M- porque tudo isso é para ser pensado. A gente está pensando aqui uma forma de dar acesso a fono para todo mundo. Porque botar um fono no posto vocês já disseram que não funciona. Vai ter fila de espera, vai ter gente nervosa... Então a gente tá vendo outra forma e vocês têm que dar a opinião de vocês.

SILÊNCIO.

M- e com relação à audição, vocês acham que precisa de um profissional com equipamento sofisticado para que se possa saber se a criança tem problema de audição?

A2- seria ótimo, né.

A4- mas já não faz parte, quando tem um profissional, ver tudo isso? A audição...

M- às vezes não. Às vezes tem um fonoaudiólogo sem o equipamento.

A4- só pra fala?

M- só pra fala. Mas eu queria saber se só dá pra saber se a criança não está escutando direito se tiver o equipamento?

A4- seria bom, porque aí já fazia uma avaliação completa. Porque você é profissional, você sabe se a criança não está falando direito. Quando eu vejo alguém que não fala direito, eu já pergunto, ela escuta bem? (...)

M- mas será que uma pessoa, que não fosse o fonoaudiólogo ou o médico, não poderia desconfiar se aquela criança está ou não escutando direito? Por exemplo vocês. Tem como vocês desconfiarem se a criança está ou não ouvindo?

A2 e A4 CONCORDAM COM A CABEÇA.

A1- porque às vezes tem criança que a mãe chama: ô fulano! E ele fica lá assim. Ô fulano! E se vier um estranho chamar, a criança vai virar. Porque tem criança que é pirracenta e a mãe acha que tem algum problema e nem tem.

A8- eu fiz uma entrevista com uma mãe e ela falou que as gêmeas ouvem. Só, que ela falou que o interessante é que às vezes eu estou falando e elas ficam assim, distraídas. Mas se eu estou cochichando com uma vizinha, elas escutam tudinho. Então tem criança, que sei lá. Quando quer quer, quando não quer, não quer.

M- e porque é importante saber se a criança está escutando bem ou não?

A5- pra ver se tem problema, né. Na escola.

A1 tem um caso na minha família, é o filho da minha prima. A criança tem 3 anos e acho que tem uns meses atrás que a criança não escuta desde bebezinho. Porque a minha tia tem deficiência auditiva. Ela teve meningite. Então ela não ouve, mas ela não ouve baixo, se falar alto ela ouve baixinho. E o neto dela, ele não ouve. Foram descobrir agora com 3 anos. Chamavam e o menino ficava, derrubavam as coisas e o menino nada. Foram descobri assim, derrubavam as coisas e ele não se assustava.

M- e na sua opinião, 3 anos para descobrir é muito tarde?

A1- é muito tarde! É muita falta de atenção. Porque criança a gente tem que estar em cima, pra ver se está ouvindo direito, se tem o desenvolvimento certo, o andar, sabe.

M- então dá pra saber se a criança está ou não escutando, mesmo não sendo fonoaudiólogo.

A1- eu acho assim, eles notarem agora! Aí levaram pra fazer exame, eu nem sei o que deu. Eles não moram aqui perto, né. Mas é muita falta de atenção com a criança. Sabe, tem filho pra

deixar lá? Porque 3 anos, a criança já está andando, é um perigo porque se a criança vai mexer em alguma coisa perigosa, não adianta gritar. Eu acho um relaxo mesmo. Minha mãe me falou e eu não acreditei.

A8- e ele fala?

A1- fala, coisa assim... resmunga. Mas, eu falei para minha mãe: isso aí é relaxo do pai, da mãe, do avô, porque minha tia nem tanto porque ela não ouve mesmo. Não prestam atenção na criança.

M- prestando atenção na criança qualquer pessoa pode dizer se aquela criança está escutando ou não?

A1- é porque se eles mesmo detectaram isso, é porque a coisa é séria.

M- mas sabe aquele menino de 15 anos que passou? Ele também desde pequeno não ouve, ele tem uma perda grande. Até a fala dele é estranha e só com 15 anos que desconfiaram.

A2- mas ele vai usar aparelho, doutora?

M- a audição dele pode melhorar com o aparelho, mas quem vai optar por usar ou não é ele. Porque ele fala bem, ele consegue se comunicar, então ele pode optar por usar ou não. Se ele gostar, ele pode usar.

M- só uma última pergunta. Quando descobre que uma criança tem perda de audição, qual é o próximo passo. O que vocês acham que tem que ser feito?

A2- no caso de nós que não temos fono, encaminha pra médica ou pro otorrino.

A8- encaminha pra médica da equipe e ela encaminha pro otorrino.

A7- nesse tempo que você está aqui, você não pode tirar um meia hora, uma hora pra fazer uma visita? Pra ver como funciona?

M- eu gostaria sim. Eu acho que eu vou combinar um dia para fazer uma visita com uma de vocês. Só não vai dar pra carregar aqueles aparelhos pesados.

A8- aí, você com sua experiência, podia conversar com as mães.

M- AGRADECE A PARTICIPAÇÃO E RESUME ALGUMAS COLOCAÇÕES MAIS IMPORTANTES. SE COLOCA À DISPOSIÇÃO PARA OUTRAS INFORMAÇÕES.

**Transcrição da Entrevista Coletiva com os Voluntários, funcionários da Creche
Sociedade Amigos do Pianoro**

Apresentação do grupo, da pesquisadora e da finalidade da entrevista.

M- O que vocês acham do atendimento fonoaudiológico, o que é, se é necessário ou não...?

T- Ao meu ver, eu acho que é muito importante, porque se a criança tem algum tipo de problema e é detectado desde o início, pode ser tratado, né. (...) Eu acho que sendo tratado desde o início, o problema pode ser...uma rápida solução.

M- E que tipos de problemas você está falando?

T- Por exemplo, se a criança tem, digamos, uma perda de audição e você encaminha pro otorrino, vai atrás desse otorrino e faz um tratamento, depois retorna e você vê que melhorou. Se não melhorou, você também pode estar ajudando aquela família a ver o tipo de probleminha que tem, pode ser no ouvido ou na fala mesmo da criança (...).

V- É importante, mas é um tratamento que é difícil de encontrar vagas pra estar passando as crianças.

S- Devia ter mais possibilidades, mais chances também.

M- No serviço público?

S- No serviço público, porque é uma especialidade que é difícil conseguir uma vaga (...).

V- E por isso muitos pais estavam desistindo de fazer um tratamento, porque não encontra fácil.

T- É igual a situação do Tomas, foi muito difícil, porque, depois daquele diagnóstico que você deu, foi aí que eu consegui levar mais à frente e agora ele está fazendo um tratamento num otorrino mesmo, entendeu. Mas, sem você dar aquele diagnóstico, estava impossível passar no otorrino. Porque aí a pediatra não quer, não dá, ela acha que não: vamos fazer um (...). E tá vendo que o menino não adianta, que está tomando antibiótico. Mas aí, com o seu diagnóstico, já está bem melhor, não é S?

S- É. Nossa, ele tá falando!

T- Eu percebi até que na fala dele mesmo tinha problema, quando ele começou a passar no otorrino. Ele está tomando 4 antibióticos. Ele já teve duas avaliações depois daquela. E o otorrino achou uma melhora grande depois que começou a passar esses antibióticos. E agora, até a possibilidade de fazer lavagem, foi descartada. Por enquanto nem se fala em cirurgia, nada.

M- Até o segundo exame que eu fiz já estava normal.

T- Exatamente.

M- E vocês conhecem como é que é feito o atendimento fonoaudiológico num serviço público? Vocês têm alguma idéia de como seja? Aonde existe, vocês sabem como é?

TODAS BALANÇAM A CABEÇA NEGATIVAMENTE

T- Tinha aqui no posto Paulistano. Eu lembro que quando eu cuidava do Ediel, acho que ele tinha uns 3 aninhos e ele foi encaminhado por nós mesmas, pela S, pra ele passar no fonoaudiólogo, porque ele tinha um problema pra falar. Aí fez o encaminhamento, só que não conseguia vaga. Foi aí que apareceu no Paulistano e ele começou a passar toda a semana. Mas aí a gente perguntava pra mãe, que é a Miriam, como é que é o tratamento? E ela falava: não sei porque só fica ele e ela, eles dois lá dentro.

M- Ela nunca tinha entrado?

T- Não.

V- Nunca entrou.

M- Nunca conversou com a fono?

T- Não, conversou um primeiro momento, só que depois que começou a levar ele, era só a fonoaudióloga com a criança. E a mãe ficava fora. E nós perguntava, como será?

M- E vocês acham que esse serviço é acessível pra população?

TODAS FALAM NÃO

M- E porque será?

SILÊNCIO

I- É o privilégio da elite.

M- É o privilégio da elite.

I- Os postos de saúde e hospitais não estão preocupados com esse tipo de tratamento preventivo. Se tem a preocupação, não tem o profissional. (...)

M- E o que vocês acham que poderia ser feito para que tivesse um acesso maior para a população da periferia? O que a gente poderia fazer?

I- Na verdade o que acontece é assim, o atendimento de qualidade à periferia não existe. E você colocar psicologia, pediatria, fonoaudiologia, transporte, todas essas coisas necessárias para uma qualidade de vida melhor, pra você conseguir melhorar um mínimo é um sacrifício imenso. Pra mobilizar, dá um imenso trabalho. Pra construir um CEI aqui, uma creche, que é uma necessidade premente, porque as crianças estão na rua, sendo atropeladas, (...), então coisas prementes, mesmo isso, pra se conseguir, é muito difícil. Uma linha de ônibus que atende a população, é um sacrifício imenso, grande, grande, grande. Então, imagina a saúde! A saúde vai ficando... ainda mais essas especialidades que não são assim, populares, digamos. Pediatra já é uma(...) maior, já há uma consciência muito grande, né. Mas, é muito difícil conseguir serviços. Mesmo que sejam até essenciais. Você vê por exemplo, posto de saúde. Para atender essa região aqui, não existe atendimento. Precaríssimo. Fazer reunião com a diretora da Regional de Saúde, com o diretor de Esporte do Centro de Saúde que atende aqui, eles colocam mil dificuldades: não tem profissional, falta recursos, que precisa construir mais centros de saúde. Então isso demanda uma cobrança, uma pressão muito grande. E aí, vai

saindo pouco a pouco. Por exemplo, sai atendimento numa área, a outra fica defasada e é um processo longo, lento.

M- As coisas só são conseguidas através de muita batalha, muita luta, muita mobilização por parte da população.

I- É, a região que se mobiliza mais, consegue primeiro, entendeu, em determinadas áreas. Aquelas que têm muito menos mobilização, ficam muito mais esquecidas, como é o caso nosso aqui.

M- Mas vocês se mobilizam bastante, não é?

I- Mobiliza. É por isso que nós temos esse mínimo de alguma coisa. Tem pessoas que nem esse mínimo que nós temos hoje, não têm. Precisaria de uma mobilização maior da sociedade civil.

M- Enfim, como que vocês, enquanto educadores, enquanto funcionários aqui da creche, o que vocês acham que vocês poderiam fazer para que tivesse atendimento fonoaudiológico, de alguma forma, aqui ou pra população da creche ou para população da região? SILÊNCIO. O que vocês poderiam fazer para contribuir para que a população pudesse ter acesso? SILÊNCIO. Cão é que vocês poderiam oferecer esse tipo de atendimento?

T- Contar com a ajuda de um voluntário! Porque é difícil vir uma pessoa de fora. O tempo que você ficou afastada, ninguém... Eu mesma não conheço nenhuma fonoaudióloga. A creche também não. Pra gente, se vem um voluntário, é assim,(...).

I- Na verdade o que deveria ser feito também é formar grupos que reivindicasse cada uma dessas áreas que estão carentes, né. A gente tem alguns grupos atuando em algumas áreas, cobrando algumas coisas, mas precisaria de mais grupos que fossem mostrar, por exemplo, o Centro de Saúde pra o próprio secretário. O Diretor Regional de Saúde falou pra gente pressionar lá no gabinete, porque é de lá que vem a decisão, pra ver se melhora o atendimento, se há mais profissionais, se essas áreas que nós colocamos na reunião que nós tivemos, foi aqui na quadra. Tinha bastante gente. Mas o Diretor Regional de Saúde, o Diretor de Desportes (...) disseram que a solução tem que vir do gabinete. E aí, nós não conseguimos montar sequer um grupo pra chegar até o secretário, pra fazer pressão lá, pra tentar levar a discussão adiante. Parou.

M- E porque não conseguiram montar um grupo? É a participação da população, que não se mobiliza?

I- A participação é sempre mínima. Mínima com relação ao máximo que reivindica. Tem uma participação, mas se comparar com o tamanho das necessidades, essa participação ainda é insignificante. Tanto é que uma área como essas fica esquecida. (...)

M- E como é que vocês acham que deveria ser a participação da população? Como é que a população poderia participar para reivindicar esse tipo de atendimento?

I- Concretamente, naquela reunião nós formamos uma comissão para ir até o secretário, em audiência e tudo. Mas, essa comissão não foi adiante.

M- Não? Dissolveu.

I- Dissolveu.

M- E porque será que isso acontece?

I- É muito difícil, é muito difícil. A população sofre demais. Olha, o cansaço que é. Cansa mesmo. Você tem que ir até o centro da cidade. Porque, diz que a administração é descentralizada, mas o governo local aqui não resolveu. Falou, publicamente disseram: olha, a gente não tem recursos para isso, tem que pressionar onde tem mais poder pra decidir, pra destinar mais verba pra cá. Já é difícil mobilizar a população pra reunir aqui. Então imagina ter que participar de reuniões, reuniões, cansaço, canseira que é você marca reunião para o meio dia e eles atendem às três horas da tarde. Às vezes marca pras 14 e atende às 17h. Então, a população não tem estímulo. Há a necessidade e tem até uma boa vontade, mas é muito cansativo essa organização. (...) Aí as pessoas cansam de vir. Nem todos, mas uma boa parte acaba desistindo. Parece que os órgãos públicos têm essa intenção...

M- De desestimular.

I- A impressão que dá é essa, que realmente a intenção é cansar.

M- Aí, a população fica cansada, não faz mais.

I- Por isso que eu falei, é pra elite mesmo. Porque a população vê essas coisas tão distantes, que parece um sonho. E é mesmo.

M- Mas agora, voltando um pouco para a pesquisa, o que você achou S da aplicação do questionário? Você acha que é importante?

S- Eu acho que é importante até pra mim mesmo, assimilei muita coisa. Porque no começo, eu tive assim, que ler, por exemplo, a sinusite, voltando no mesmo assunto das mães. Aí eu fui lendo porque eu tinha uns livros lá, e eu vi que tinha tudo a ver com o excesso de secreção que fica. Então, eu achei super importante e os pais também acharam. Desde a primeira vez, eles acharam. Tanto é que dessa vez até diminui, né, o número de crianças. Da outra vez foi muito mais.

M- Foi muito mais.

T- E também é muito difícil um profissional fazer um questionário.

S- É, fazer um questionário, querer saber.

T- Nossa, normalmente no médico, eles falam: oi. To com dor de barriga. Ah, toma tal remédio. Cabo. Eles não questionam nada. É muito difícil eles quererem trabalhar e saber o quê que há com o paciente.

S- Acho que você veio com toda sua boa vontade, ajudou nós a saber um pouco mais, porque cada dia nós aprendemos uma coisa diferente. E depois, você também ajudou ainda os pais. Achei que foi importante, porque eles têm muita dúvida. Da primeira vez, tanto é que eles falavam: mas como? Agora não, numa boa, ficaram contentes (...) porque é muito difícil. Mas

foi impotante tanto pra mim, como pras crianças e para as famílias. As famílias precisam mesmo desse apoio mesmo, é difícil.

V- Foi muito bom (...) e espero aprender mais ainda.

M- Vocês acham que alguém foi prejudicado com esse tipo de trabalho? Mesmo que tenha sido vocês, porque eu tumultuei aqui a sala?

V- De forma alguma!

S- Foi bom.

M- Ninguém se prejudicou?

TODOS- Não.

M- Mesmo de ter descoberto, por exemplo, que sua filha está com um problema de cera. Isso não acabou te estressando?

V- Não, pelo contrário. Foi uma forma de estar me ajudando porque ela já teve problemas assim antes. Aí, quando você voltou, eu falei assim: vou ver de novo. Tanto que a gente estava percebendo que ela estava falando mais alto. Lá em casa, eu não falo alto, nem o H. Então, a gente achava que era estranho. Tudo, a televisão, ela queria escutar mais alto; a S também percebeu, a As também estava percebendo. Aí quando você veio, a primeira coisa que eu pensei foi: vou falar com a Mariana para estar vendo de novo.

M- Não causou estress?

V- Não.

M- E alguma mãe reclamou?

V, S- Não.

T- Nossa, quando a gente falou na reunião que ia ter uma fonoaudióloga, todas as mães falaram: que bom! Pode fazer.

V- Sabe porquê? Porque foi muito boca-a-boca. As mães falavam para outras o trabalho que você já fez anterior, né. Então foi assim. Criou até um... Ah Mariana está aí! Elas se sentiram seguras.

T- Algumas tinham filhos daqui de baixo que tinham feito o exame e têm filhos no G5 e, assim, em diferentes salas, né. Aí falaram: esse já fez e esse, vai fazer?

S- E queriam trazer os irmãos de casa também pra fazer.

M- É que não teve tempo, dessa vez.

S- É, não teve tempo. Mas, se referindo ao seu trabalho, (...) a gente tava ficando um pouco preocupada com ele porque ele tomou muita Amoxicilina esse ano e sempre tendo essa febre. Então, foi importante. Depois da sua avaliação, ele mudou bastante.

T- Eu tenho convênio, né. Só que nem no convênio eu nunca vi nenhuma preocupação, assim de fazer um questionário. Nem no convênio não tem. Só o setor público muito profissional que tem essa preocupação, que seria a Dra (...). Ela tem um trabalho voluntário também.

M- que é a de homeopatia.

T- É, de homeopatia, que ela vai um pouco mais a fundo, que às vezes você sente até um pouco de raiva. Porque está perguntando isso? Mas, depois você vai analisar e acha muito importante todas as perguntas. Você fica uns 45 minutos só respondendo perguntas, desde quando você estava na barriga até os seus sonhos. É bem difícil, por exemplo, um questionário desses. Fala: nossa, ela está perguntando tudo isso a respeito do meu filho, sendo que nenhum médico tinha feito.

M- E o fato de ter sido vocês que fizeram o questionário com os pais aqui na creche, eles confiaram?

S- Confiaram. O que eles tiveram dúvida foi aquilo que eu expliquei, que o catarro tem que se localizar em alguma parte do organismo. Às vezes elimina por fezes, às vezes fica parado, é quando a sinusite vem. Aí eles falaram: que bom!

V- É tão rápido.

M- Mas o objetivo dele é esse mesmo, é ser rápido porque não adianta, em se tratando de uma triagem de massa, ser uma coisa demorada também, porque acaba desconcentrando. Se é uma coisa muito demorada, acaba cansando vocês e os pais. E vocês acham que eles responderam a verdade?

S- A verdade. Quando eles não sabiam, falavam que não sabiam. Porque é assim, a maioria é mães que trabalham fora, a maioria que respondeu foi mãe. Então, assim, a mãe trabalha e a criança fica com a gente. Então nós observamos até mais que a mãe. Às vezes, na folga dela, ela não nota certas coisas.

M- Eu lembro, vocês deram os nomes de algumas crianças que talvez falhassem. Vocês têm algumas sugestões para mudança que possa melhorar tanto o questionário, quanto meu trabalho?

SILÊNCIO

S- Eu acho que o questionário está ótimo. Só o de 6 anos que mudou um pouco, não?

M- É todos mudaram alguma coisinha, porque da outra vez, estava um pouco complicado.

S- Só o fato de você vir, eu acho que está bom.

T- Eu fiquei preocupada que da outra vez que você veio, você fez na casa. Dessa vez, nós não tínhamos a casa e eu pensei, será que ela vai conseguir fazer aqui? Mas aí eu vi que não precisava, que dava pra fazer aqui. E como você estava tranqüila, eu fiquei tranqüila também.

M- E, por exemplo, se tivesse um questionário desses que não fosse relacionado com a audição, mas com qualquer outro problema fonoaudiológico, a fala da criança, a voz, algum outro tipo de alteração. Se vocês recebessem uma palestra, um treinamento e vocês fizessem o questionário, como esse, com os pais das crianças para descobrir, por exemplo, quais crianças têm problemas de fala. Vocês acham que daria certo esse tipo de trabalho?

V- Eu acho que daria.

S- Eu acho que dá. Com a palestra para a gente saber o desenvolvimento.

V- Porque tem crianças que falam errado porque os pais falam errado.

S- Tem uma criança que aqui na creche ele é de uma forma e quando ele saiu comigo e com a mãe dele, ele falava que nem bebê. É uma forma dele chamar a atenção dela. Eu achei interessante porque aqui não é assim.

(...)

M- Então vocês acham que daria certo vocês identificarem crianças com problemas de fala.

S- É.

M- Agora eu queria saber de que modo se pode agir para desconfiar que uma criança tem problema de audição? O que se pode fazer?

T- Eu aprendi que quando a criança é pequena, a gente faz assim (estala os dedos) e a criança tem que virar.

S- E também quando a criança fica olhando pra você prestando bem atenção no que você está falando, nos gestos. Aí ela só entende por aquilo.

V- Aí, você pode falar mais baixo também, por a mão na boca para ver.

S- E o idoso quando não escuta mesmo. Aí você fica meia hora estalando o dedo.

RISADAS

M- Então, na verdade, não precisa de a'parelhos para desconfiar se uma criança ouve ou não?

S- Na convivência a gente nota.

M- Então também não precisa ser uma fono para notar. Vocês mesmas poderiam notar.

T- Só estalando o dedo?

V- Não, com aquelas outras formas também.

S- Observando.

(...)

M- Porque é importante saber se uma criança escuta ou não?

V- Se ela não escuta direito, ela não vai entender a fala, não vai ter um bom desenvolvimento e a aprendizagem vai ser prejudicada.

M- Se a criança não escuta, o que pode ser feito?

V- Geralmente eu converso com a Mariana.

M- E eu?

S- Aí, você pede para orientar a mãe, encaminha.

T- A gente manda encaminhamento, só que os pais não conseguem.

M- Mesmo com o meu encaminhamento?

Então, eles estão ligando para o 0800, mas não estão conseguindo. (...)

AGRADECE A PARTICIPAÇÃO E RESUME ALGUMAS COLOCAÇÕES MAIS IMPORTANTES. SE COLOCA À DISPOSIÇÃO PARA OUTRAS INFORMAÇÕES.

Anexo H
(análise estatística)

ANÁLISE ESTATÍSTICA DA FIDELIDADE ENTRE PESQUISADORA E AGENTES
COMUNITÁRIOS.**Seção D (crianças de 3 anos a 3 anos e 11 meses)****PARTE 1**

1. Há história de surdez na família ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mariana						
n	24	60,0	0	0,0	24	60,0
s	2	5,0	14	35,0	16	40,0
Total	26	65,0	14	35,0	40	100,0

Teste: Kappa

K=0,894

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

2. seu filho nasceu com baixo peso (menos de 1,5 Kg) ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mariana						
n	38	95,0	2	5,0	40	100,0
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	38	95,0	2	5,0	40	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

95% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

3. seu filho respirou apropriadamente após o nascimento ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mariana						
n	0	0,0	0	0,0	0	0,0
s	4	10,0	36	90,0	40	100,0
Total	4	10,0	36	90,0	40	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

90% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

4. seu filho pareceu amarelo após o nascimento (icterícia) ?

	Outros		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
n	23	59,0	0	0,0	1	2,6	24	61,5
ns	0	0,0	7	17,9	0	0,0	7	17,9

s	1	2,6	0	0,0	7	17,9	8	20,5
Total	24	61,5	7	17,9	8	20,5	39	100,0

Teste: Kappa

K=0,906

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

5. seu filho teve alguma febre alta após o nascimento ?

	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
n	30	75,0	0	0,0	2	5,0	32	80,0		
ns	0	0,0	8	20,0	0	0,0	8	20,0		
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	30	75,0	8	20,0	2	5,0	40	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

95% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

6. você teve alguma doença durante a gravidez ?

	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
n	22	55,0	0	0,0	2	5,0	24	60,0		
ns	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
s	2	5,0	1	2,5	13	32,5	16	40,0		
Total	24	60,0	1	2,5	15	37,5	40	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

87,5% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

7. você tem alguma preocupação especial com a audição de seu filho ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
n	16	40,0	0	0,0	16	40,0		
s	2	5,0	22	55,0	24	60,0		
Total	18	45,0	22	55,0	40	100,0		

Teste: Kappa

K=0,898

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

8. você acha que seu filho é surdo ou não ouve normalmente ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
n	35	89,7	4	10,3	39	100,0		
S	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	35	89,7	4	10,3	39	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

89,7% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

Parte 2

1. seu filho consegue apontar / indicar um objeto ou figura quando você pede oralmente ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
n	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
s	0	0,0	38	100,0	38	100,0		
Total	0	0,0	38	100,0	38	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

2. seu filho presta atenção quando está num grupo ouvindo uma estória ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
N	7	17,9	0	0,0	7	17,9		
S	0	0,0	32	82,1	32	82,1		
Total	7	17,9	32	82,1	39	100,0		

Teste: Kappa

K=1,000

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

3. seu filho consegue apontar para pelo menos uma parte de seu corpo quando você pede em voz baixa ?

	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana										
N	1	2,6	0	0,0	7	17,9	8	20,5		
Ns	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
S	0	0,0	2	5,1	29	74,4	31	79,5		
Total	1	2,6	2	5,1	36	92,3	39	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

77% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

4. seu filho consegue te acompanhar em canções ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
n	2	5,3	36	94,7	38	100,0		
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	2	5,3	36	94,7	38	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

94,7% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

5a. Observação pelo entrevistador: quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, barriga, boca) em voz baixa ele(a) responde ?

	Outros		r		nr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
R	39	100,0	0	0,0	39	100,0		
Nr	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	39	100,0	0	0,0	39	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

5b. Observação pelo entrevistador: quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo escondendo a boca com a mão ele (a) responde ?

	Outros		r		nr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
r	39	100,0	0	0,0	39	100,0		
nr	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	39	100,0	0	0,0	39	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

Seção E (crianças de 4 anos a 5 anos e 11 meses)

PARTE 1

1. Há história de surdez na família ?

	Outros	n	s	Total
--	--------	---	---	-------

Mariana	n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
N	28	80,0	0	0,0	28	80,0
S	0	0,0	7	20,0	7	20,0
Total	28	80,0	7	20,0	35	100,0

Teste: Kappa

K=1,000

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

2. seu filho nasceu com baixo peso (menos de 1,5 Kg) ?

Mariana	n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
N	34	97,1	1	2,9	35	100,0
S	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	34	97,1	1	2,9	35	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

97,1% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

3. seu filho respirou apropriadamente após o nascimento ?

Mariana	n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
n	5	14,3	2	5,7	7	20,0
s	2	5,7	26	74,3	28	80,0
Total	7	20,0	28	80,0	35	100,0

Teste: Kappa

K=0,643

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

4. seu filho pareceu amarelo após o nascimento (icterícia) ?

Mariana	n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
n	28	80,0	0	0,0	28	80,0
s	1	2,9	6	17,1	7	20,0
Total	29	82,9	6	17,1	35	100,0

Teste: Kappa

K=0,906

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

5. seu filho teve alguma febre alta após o nascimento ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
n	35	100,0	0	0,0	35	100,0		
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	35	100,0	0	0,0	35	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

6. você teve alguma doença durante a gravidez ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
n	35	100,0	0	0,0	35	100,0		
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	35	100,0	0	0,0	35	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

7. você tem alguma preocupação especial com a audição de seu filho ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
n	26	76,5	1	2,9	27	79,4		
s	0	0,0	7	20,6	7	20,6		
Total	26	76,5	8	23,5	34	100,0		

Teste: Kappa

K=0,915

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

8. você acha que seu filho é surdo ou não ouve normalmente ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
n	27	77,1	8	22,9	35	100,0		
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	27	77,1	8	22,9	35	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

77,1% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

Parte 2

1. seu filho consegue entender ordens simples como trazer água ou fechar porta ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
n	0	0,0	0	0,0	0	0,0
S	1	3,3	29	96,7	30	100,0
Total	1	3,3	29	96,7	30	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

96,7% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

2. seu filho escuta fala em voz baixa ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
n	6	20,0	0	0,0	6	20,0
s	1	3,3	23	76,7	24	80,0
Total	7	23,3	23	76,7	30	100,0

Teste: Kappa

K=0,902

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

3. seu filho normalmente observa a boca ou a face do falante ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
n	10	34,5	2	6,9	12	41,4
s	1	3,4	16	55,2	17	58,6
Total	11	37,9	18	62,1	29	100,0

Teste: Kappa

K=0,784

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

4. seu filho faz força para escutar ? (ou é natural ?)

	Outros	n	s	Total
--	--------	---	---	-------

Mariana	N	%	N	%	N	%
n	29	96,7	1	3,3	30	100,0
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	29	96,7	1	3,3	30	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

96,7% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

5. ele(a) fica chateado facilmente quando está escutando ?

Mariana	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
N	24	80,0	6	20,0	30	100,0		
S	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	24	80,0	6	20,0	30	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

80% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

6. você acha que ele(a) escuta melhor quando está olhando para você ?

Mariana	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
n	14	50,0	1	3,6	2	7,1	17	60,7		
ns	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
s	1	3,6	0	0,0	10	35,7	11	39,3		
Total	15	53,6	1	3,6	12	42,9	28	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

85,7% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

7. você tem que falar mais alto ou fazer gestos para conseguir a atenção de seu filho ?

Mariana	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
n	9	31,0	2	6,9	11	37,9		
s	2	6,9	16	55,2	18	62,1		
Total	11	37,9	18	62,1	29	100,0		

Teste: Kappa

K=0,707

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

8. seu filho parece ficar atento à pistas visuais ? (ao que ele vê)

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
n	5	18,5	1	3,7	6	22,2
s	2	7,4	19	70,4	21	77,8
Total	7	25,9	20	74,1	27	100,0

Teste: Kappa

K=0,697

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

9. Observação pelo entrevistador:

9.a) quando a mãe pede para a criança apontar uma parte do corpo (nariz, boca, barriga) em voz baixa, escondendo a boca ele(a) responde ?

	Outros		nr		Total	
	N	%	N	%	N	%
r	30	100,0	0	0,0	30	100,0
nr	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	30	100,0	0	0,0	30	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

9.b) quando o entrevistador pede para a criança repetir palavras (casa, bola, sapato) , ele (a) apresenta fala não muito clara ou fala normal.

	Outros		fnc		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fn	18	60,0	6	20,0	24	80,0
Fnc	2	6,7	4	13,3	6	20,0
Total	20	66,7	10	33,3	30	100,0

Teste: Kappa

K=0,333

P=0,053

Não significativa. Embora não significativa, temos que está próximo de sê-lo e talvez essa questão merecesse maior cuidado quando do treinamento.

9.c) quando o entrevistador pede para a criança levantar-se (ou sentar-se) quando ouvir o som "já", escondendo a boca, ele(a) responde ?

	Outros		nr		Total	
	N	%	N	%	N	%
r	30	100,0	0	0,0	30	100,0
nr	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Total	30	100,0	0	0,0	30	100,0
-------	----	-------	---	-----	----	-------

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

Seção F (crianças de 6 anos a 6 anos e 11 meses)

PARTE 1

1. Há história de surdez na família ?

Mariana	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
n	29	100,0	0	0,0	29	100,0		
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	29	100,0	0	0,0	29	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

2. seu filho nasceu com baixo peso (menos de 1,5 Kg) ?

Mariana	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
n	23	79,3	0	0,0	0	0,0	23	79,3		
ns	0	0,0	5	17,2	1	3,4	6	20,7		
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	23	79,3	5	17,2	1	3,4	29	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

96,6% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

3. seu filho respirou apropriadamente após o nascimento ?

Mariana	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
n	2	6,9	0	0,0	4	13,8	6	20,7		
ns	1	3,4	3	10,3	2	6,9	6	20,7		
s	0	0,0	0	0,0	17	58,6	17	58,6		
Total	3	10,3	3	10,3	23	79,3	29	100,0		

Teste: Kappa

K=0,510

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

4. seu filho pareceu amarelo após o nascimento (icterícia) ?

	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
n	17	58,6	0	0,0	0	0,0	17	58,6	17	58,6
ns	0	0,0	5	17,2	1	3,4	6	20,7	6	20,7
s	0	0,0	0	0,0	6	20,7	6	20,7	6	20,7
Total	17	58,6	5	17,2	7	24,1	29	100,0	29	100,0

Teste: Kappa

K=0,940

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

5. seu filho teve alguma febre alta após o nascimento ?

	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
n	21	75,0	0	0,0	2	7,1	23	82,1	23	82,1
ns	3	10,7	2	7,1	0	0,0	5	17,9	5	17,9
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	24	85,7	2	7,1	2	7,1	28	100,0	28	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

82,1% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

6. você teve alguma doença durante a gravidez ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
n	28	96,6	1	3,4	29	100,0	29	100,0
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	28	96,6	1	3,4	29	100,0	29	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

96,6% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

7. você tem alguma preocupação especial com a audição de seu filho ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
N	23	79,3	1	3,4	24	82,8	24	82,8
S	0	0,0	5	17,2	5	17,2	5	17,2
Total	23	79,3	6	20,7	29	100,0	29	100,0

Teste: Kappa

K=0,888
P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

8. você acha que seu filho é surdo ou não ouve normalmente ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
N	16	55,2	1	3,4	17	58,6
S	9	31,0	3	10,3	12	41,4
Total	25	86,2	4	13,8	29	100,0

Teste: Kappa

K=0,212

P=0,141

Não significativa. Embora não significativa, temos que está próximo de sê-lo e talvez essa questão merecesse maior cuidado quando do treinamento.

Parte 2

1. a fala de seu filho é mais difícil de entender do que de outras crianças de 6 anos?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
n	23	79,3	0	0,0	23	79,3
s	0	0,0	6	20,7	6	20,7
Total	23	79,3	6	20,7	29	100,0

Teste: Kappa

K=1,000

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

2. alguém já sugeriu que seu filho não escuta bem ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
N	29	100,0	0	0,0	29	100,0
S	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	29	100,0	0	0,0	29	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

3. você já notou alguma diferença de resposta do seu filho quando ele está em ambiente silencioso ou barulhento ?

	Outros		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
n	8	27,6	0	0,0	4	13,8	12	41,4
ns	0	0,0	11	37,9	0	0,0	11	37,9
s	1	3,4	0	0,0	5	17,2	6	20,7
Total	9	31,0	11	37,9	9	31,0	29	100,0

Teste: Kappa

K=0,740

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

4. seu filho fica menos responsivo/atento á fala quando está resfriado ou com nariz escorrendo ?

	Outros		n		ns		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana										
n	18	62,1	0	0,0	0	0,0	18	62,1		
ns	0	0,0	5	17,2	0	0,0	5	17,2		
s	1	3,4	0	0,0	5	17,2	6	20,7		
Total	19	65,5	5	17,2	5	17,2	29	100,0		

Teste: Kappa

K=0,935

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

5. as frases que seu filho usa são mais simples do que as das outras crianças de 6 anos ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
n	29	100,0	0	0,0	29	100,0		
s	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Total	29	100,0	0	0,0	29	100,0		

Teste de Kappa não aplicável.

100% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

6. as outras pessoas comentam sobre a fala ou a audição do seu filho ?

	Outros		n		s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mariana								
n	23	79,3	0	0,0	23	79,3		
s	0	0,0	6	20,7	6	20,7		
Total	23	79,3	6	20,7	29	100,0		

Teste: Kappa

K=1,000

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

7. seu filho precisa sentar na sua frente (ou na frente do professor) para escutar uma estória ?

	Outros		s		Total	
	N	%	N	%	N	%
n	24	82,8	0	0,0	24	82,8
s	0	0,0	5	17,2	5	17,2
Total	24	82,8	5	17,2	29	100,0

Teste: Kappa

K=1,000

P<0,001 *

Significante. Há concordância significativa entre a avaliação da pesquisadora e os outros avaliadores treinados.

8. Observação pelo entrevistador :

- a) a criança tem dificuldade para escutar, pede para repetir, mas sua fala é normal.
- b) A criança não entende freqüentemente, sua fala não é clara, mas responde melhor quando aumentam a voz.
- c) A criança não fala, não responde para a fala, mas usa gestos ou sinais para se comunicar.
- d) A criança não tem dificuldade para ouvir a voz baixa, não pede para repetir e tem fala normal.

	Outros		C		d		Não fez		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A	0	0,0	1	3,4	5	17,2	0	0,0	6	20,7
c	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
d	0	0,0	0	0,0	17	58,6	0	0,0	17	58,6
Não fez	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,7	6	20,7
Total	0	0,0	1	3,4	22	75,9	6	20,7	29	100,0

Teste de Kappa não aplicável.

79,3% dos casos foram concordantes. Podemos considerar que as avaliações da pesquisadora e dos outros avaliadores treinados foram concordantes.

COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ENTRE OS GRUPOS CONTROLE E ALTERADO DO
ESTUDO 1**Parte1**

Questão 1

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	7	36,8	11	57,9	18	47,4	0,330
Sim	12	63,2	8	42,1	20	52,6	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Explicação: No teste de Fisher, quando $p < 0,05$ dizemos que há diferença significativa. Caso contrário dizemos que não há.

Questão 2

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	19	100,0	19	100,0	38	100,0	1,000
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 3

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	0	0,0	2	10,5	2	5,3	0,486
Sim	19	100,0	17	89,5	36	94,7	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 4

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	17	89,5	17	89,5	34	89,5	1,000
Sim	2	10,5	2	10,5	4	10,5	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 5

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	18	94,7	18	94,7	36	94,7	1,000
Sim	1	5,3	1	5,3	2	5,3	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 6

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	

Não	17	89,5	16	84,2	33	86,8	1,000
Sim	2	10,5	3	15,8	5	13,2	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 7

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	12	63,2	16	84,2	28	73,7	0,269
Sim	7	36,8	3	15,8	10	26,3	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 8

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	14	73,7	17	89,5	31	81,6	0,404
Sim	5	26,3	2	10,5	7	18,4	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Parte 2

Questão 1

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	3	15,8	0	0,0	3	7,9	0,230
Sim	16	84,2	19	100,0	35	92,1	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 2

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	6	31,6	2	10,5	8	21,1	0,232
Sim	13	68,4	17	89,5	30	78,9	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 3

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	7	36,8	6	31,6	13	34,2	1,000
Sim	12	63,2	13	68,4	25	65,8	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 4

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	8	42,1	8	42,1	16	42,1	

Sim	11	57,9	11	57,9	22	57,9	1,000
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 5

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	8	80,0	7	70,0	15	75,0	1,000
Sim	2	20,0	3	30,0	5	25,0	
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0	

Questão 6

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	6	60,0	7	70,0	13	65,0	1,000
Sim	4	40,0	3	30,0	7	35,0	
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0	

Questão 7

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	7	70,0	7	70,0	14	70,0	1,000
Sim	3	30,0	3	30,0	6	30,0	
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0	

Questão 8

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	2	20,0	4	40,0	6	30,0	0,628
Sim	8	80,0	6	60,0	14	70,0	
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0	

Parte 2 – 3 anos

Questão 1

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	1	11,1	0	0,0	1	5,6	1,000
Sim	8	88,9	9	100,0	17	94,4	
Total	9	100,0	9	100,0	18	100,0	

Questão 2

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	3	33,3	0	0,0	3	16,7	0,206
Sim	6	66,7	9	100,0	15	83,3	

Total	9	100,0	9	100,0	18	100,0
-------	---	-------	---	-------	----	-------

Questão 3

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	2	22,2	0	0,0	2	11,1	0,471
Sim	7	77,8	9	100,0	16	88,9	
Total	9	100,0	9	100,0	18	100,0	

Questão 4

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	1	11,1	0	0,0	1	5,6	1,000
Sim	8	88,9	9	100,0	17	94,4	
Total	9	100,0	9	100,0	18	100,0	

Parte 2 – 4 anos

Questão 1

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	1	14,3	0	0,0	1	7,1	1,000
Sim	6	85,7	7	100,0	13	92,9	
Total	7	100,0	7	100,0	14	100,0	

Questão 2

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	1	14,3	2	28,6	3	21,4	1,000
Sim	6	85,7	5	71,4	11	78,6	
Total	7	100,0	7	100,0	14	100,0	

Questão 3

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	3	42,9	4	57,1	7	50,0	1,000
Sim	4	57,1	3	42,9	7	50,0	
Total	7	100,0	7	100,0	14	100,0	

Questão 4

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	5	71,4	5	71,4	10	71,4	1,000
Sim	2	28,6	2	28,6	4	28,6	

Total	7	100,0	7	100,0	14	100,0
-------	---	-------	---	-------	----	-------

Questão 5

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	5	71,4	4	57,1	9	64,3	1,000
Sim	2	28,6	3	42,9	5	35,7	
Total	7	100,0	7	100,0	14	100,0	

Questão 6

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	3	42,9	6	85,7	9	64,3	0,266
Sim	4	57,1	1	14,3	5	35,7	
Total	7	100,0	7	100,0	14	100,0	

Questão 7

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	5	71,4	6	85,7	11	78,6	1,000
Sim	2	28,6	1	14,3	3	21,4	
Total	7	100,0	7	100,0	14	100,0	

Questão 8

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	2	28,6	3	42,9	5	35,7	1,000
Sim	5	71,4	4	57,1	9	64,3	
Total	7	100,0	7	100,0	14	100,0	

Parte 2 – 5 anos

Questão 1

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	1	33,3	0	0,0	1	16,7	1,000
Sim	2	66,7	3	100,0	5	83,3	
Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0	

Questão 2

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	2	66,7	0	0,0	2	33,3	

Sim	1	33,3	3	100,0	4	66,7	0,400
Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0	

Questão 3

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	2	66,7	2	66,7	4	66,7	1,000
Sim	1	33,3	1	33,3	2	33,3	
Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0	

Questão 4

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	2	66,7	3	100,0	5	83,3	1,000
Sim	1	33,3	0	0,0	1	16,7	
Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0	

Questão 5

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	3	100,0	3	100,0	6	100,0	1,000
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0	

Questão 6

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	3	100,0	1	33,3	4	66,7	0,400
Sim	0	0,0	2	66,7	2	33,3	
Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0	

Questão 7

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	2	66,7	1	33,3	3	50,0	1,000
Sim	1	33,3	2	66,7	3	50,0	
Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0	

Questão 8

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	0	0,0	1	33,3	1	16,7	1,000
Sim	3	100,0	2	66,7	5	83,3	

Total	3	100,0	3	100,0	6	100,0
-------	---	-------	---	-------	---	-------

O

Questão 1

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	2	10,5	0	0,0	2	5,3	0,486
Sim	17	89,5	19	100,0	36	94,7	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 2

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não clara	6	31,6	4	21,1	10	26,3	0,714
Sim	13	68,4	15	78,9	28	73,7	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Questão 3

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,000
Sim	10	100,0	10	100,0	20	100,0	
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0	

COMPARAÇÃO COM O ESTUDO DE LICHTIG (1998)

	Alterados	Não Alterados	Teste t-independente (p)
Média	2,53	1,42	0,127
Desvio-padrão	2,50	1,80	

Não significativo. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao score.

Considerando acima de 5 como ponto de corte podemos aplicar o teste de **Fisher**, com nível de significância de 5%.

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Indicativo de perda auditiva	3	15,8	1	5,3	4	10,5	0,604
Não indicativo de perda auditiva	16	84,2	18	94,7	34	89,5	
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Não significativo. Não há diferença significativa entre os grupos quanto ao indicativo de perda auditiva.

Considerando apenas quem tem score 0 (zero), podemos aplicar o teste de **Fisher**, com nível de significância de 5%.

	Alterados		Não Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Score 0	3	15,8	10	52,6	13	34,2	
Score maior que 0	16	84,2	9	47,4	24	65,8	0,038*
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,0	

Significante. O grupo de alterados apresentou maior incidência em “score maior que 0”. Isso é um indicativo de que quando o score for maior que 0 a chance de ser alterado é maior.

Parte1

COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ENTRE OS GRUPOS CONTROLE E ALTERADO DO ESTUDO 2

Questão 1

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	43	78,2	23	82,1	66	79,5	1,000
Sim	12	21,8	5	17,9	17	20,5	
Total	55	100,0	28	100,0	83	100,0	

Explicação: No teste de Fisher, quando $p < 0,05$ dizemos que há diferença significativa. Caso contrário dizemos que não há.

Questão 2

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	53	96,4	27	96,4	80	96,4	1,000
Sim	2	3,6	1	3,6	3	3,6	
Total	55	100,0	28	100,0	83	100,0	

Questão 3

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	45	81,8	17	60,7	62	74,7	0,060
Sim	10	18,2	11	39,3	21	25,3	
Total	55	100,0	28	100,0	83	100,0	

Questão 4

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	45	81,8	26	92,9	71	85,5	0,419
Sim	10	18,2	2	7,1	12	14,5	
Total	55	100,0	28	100,0	83	100,0	

Questão 5

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	23	41,8	10	35,7	33	39,8	1,000
Sim	32	58,2	18	64,3	50	60,2	
Total	55	100,0	28	100,0	83	100,0	

Questão 6

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	33	60,0	9	32,1	42	50,6	0,021 *
Sim	22	40,0	19	67,9	41	49,4	
Total	55	100,0	28	100,0	83	100,0	

Questão 7

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	24	43,6	11	39,3	35	42,2	0,885
Sim	31	56,4	17	60,7	48	57,8	
Total	55	100,0	28	100,0	83	100,0	

Questão 8

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	15	27,3	14	50,0	29	34,9	0,053
Sim	40	72,7	14	50,0	54	65,1	
Total	55	100,0	28	100,0	83	100,0	

Parte 2 – 3 anos

Questão 1

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	1	12,5	0	0,0	1	5,9	0,471
Sim	7	87,5	9	100,0	16	94,1	
Total	8	100,0	9	100,0	17	100,0	

Questão 2

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	1	12,5	2	22,2	3	17,6	1,000
Sim	7	87,5	7	77,8	14	82,4	
Total	8	100,0	9	100,0	17	100,0	

Questão 3

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	1	12,5	1	11,1	2	11,8	

Sim	7	87,5	8	88,9	15	88,2	1,000
Total	8	100,0	9	100,0	17	100,0	

Questão 4

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	1	12,5	2	22,2	3	17,6	1,000
Sim	7	87,5	7	77,8	14	82,4	
Total	8	100,0	9	100,0	17	100,0	

Questão 5

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	6	75,0	8	88,9	14	82,4	0,577
Sim	2	25,0	1	11,1	3	17,6	
Total	8	100,0	9	100,0	17	100,0	

Questão 6

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	7	87,5	6	66,7	13	76,5	0,577
Sim	1	12,5	3	33,3	4	23,5	
Total	8	100,0	9	100,0	17	100,0	

Parte 2 – 4 e 5 anos

Questão 1

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	3	10,0	1	9,1	4	9,8	1,000
Sim	27	90,0	10	90,9	37	90,2	
Total	30	100,0	11	100,0	41	100,0	

Questão 2

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	7	23,3	5	45,5	12	29,3	1,000
Sim	23	76,7	6	54,5	29	70,7	
Total	30	100,0	11	100,0	41	100,0	

Questão 3

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	18	60,0	8	72,7	26	63,4	1,000
Sim	12	40,0	3	27,3	15	36,6	
Total	30	100,0	11	100,0	41	100,0	

Questão 4

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	9	30,0	2	18,2	11	26,8	1,000
Sim	21	70,0	9	81,8	30	73,2	
Total	30	100,0	11	100,0	41	100,0	

Questão 5

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	14	46,7	6	54,5	20	48,8	0,734
Sim	16	53,3	5	45,5	21	51,2	
Total	30	100,0	11	100,0	41	100,0	

Questão 6

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	14	46,7	6	54,5	20	48,8	0,734
Sim	16	53,3	5	45,5	21	51,2	
Total	30	100,0	11	100,0	41	100,0	

Questão 7

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	15	50,0	4	36,4	19	46,3	0,499
Sim	15	50,0	7	63,6	22	53,7	
Total	30	100,0	11	100,0	41	100,0	

Questão 8

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	

Não / não sei	19	63,3	4	36,4	23	56,1	0,165
Sim	11	36,7	7	63,6	18	43,9	
Total	30	100,0	11	100,0	41	100,0	

Parte 2 – 6 anos

Questão 1

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	13	76,5	5	62,5	18	72,0	1,000
Sim	4	23,5	3	37,5	7	28,0	
Total	17	100,0	8	100,0	25	100,0	

Questão 2

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	15	88,2	6	75,0	21	84,0	0,570
Sim	2	11,8	2	25,0	4	16,0	
Total	17	100,0	8	100,0	25	100,0	

Questão 3

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	13	76,5	3	37,5	16	64,0	0,087
Sim	4	23,5	5	62,5	9	36,0	
Total	17	100,0	8	100,0	25	100,0	

Questão 4

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	12	70,6	4	50,0	16	64,0	0,394
Sim	5	29,4	4	50,0	9	36,0	
Total	17	100,0	8	100,0	25	100,0	

Questão 5

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	13	76,5	5	62,5	18	72,0	1,000
Sim	4	23,5	3	37,5	7	28,0	
Total	17	100,0	8	100,0	25	100,0	

Questão 6

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	7	41,2	4	50,0	11	44,0	1,000
Sim	10	58,8	4	50,0	14	56,0	
Total	17	100,0	8	100,0	25	100,0	

Questão 7

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não	6	35,3	5	62,5	11	44,0	0,389
Sim	11	64,7	3	37,5	14	56,0	
Total	17	100,0	8	100,0	25	100,0	

Questão 8

	Não Alterados		Alterados		Total		Teste de Fisher (p)
	N	%	N	%	N	%	
Não / não sei	7	41,2	3	42,9	10	41,7	1,000
Sim	10	58,8	4	57,1	14	58,3	
Total	17	100,0	7	100,0	24	100,0	

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De acordo com: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Estrutura e apresentação de dissertações e teses da FMUSP. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha. São Paulo: Serviço de biblioteca e documentação; 1996.

ALBERTI P.W. The prevention of hearing loss worldwide. *Scand Audiol*; 1996; 25 [suppl 42]:13-17.

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Task Force on Newborn and Infant Hearing. Newborn and Infant Hearing Loss: Detection and Intervention. *Pediatrics*; 1999; 103 (2): 527-30.

ATEUNIS L.J., ENGEL J.A, HENDRIKS J.J., MANNI J.J. A longitudinal study of the validity of parental reporting in the detection of otitis media and related hearing impairment in infancy. *Audiology*; 1999; 38 (2): 75-82.

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association Audiologic Assessment Panel 1996. *Guidelines for audiologic screening*. Rockville, MD: Author; 1997 p. 1-17; 29-32.

ATLAS AMBIENTAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO [on line]. Disponível na internet: <http://www.prodiam.sp.gov.br/svma/atlas_amb/menu2.htm>. Abril, 2002.

AZEVEDO M.F. Programa de Prevenção e Identificação Precoce dos Distúrbios da Audição. In: SCHOCHAT E. (org) *Processamento Auditivo*. São Paulo: Lovise; 1996.

BASSETTO M.C.A. Triagem auditiva em berçário. In: BASSETTO M.C.A., BROCK R., WAJNSZTEJN R. (eds) *Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica*. São Paulo: Lovise; 1998. p. 289-93.

- BEFI D.M. *Estudo das características do atendimento fonoaudiológico realizado em Centros de Saúde da cidade de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1991.
- BENTO R.F. I Semana Nacional de Prevenção da Surdez. *Arquivos da Fundação de Otorrinolaringologia*; 1997; 1 (2).
- BENTO R.F. Relatório Final da Campanha "QUEM OUVE BEM, APRENDE MELHOR" - 1999/2000 - Apresentação Geral [on line]. Disponível na Internet: < <http://www.hcnet.usp.br/otorrino/camp/corpfm.htm> > , Janeiro, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programas de atenção à Saúde da pessoa Portadora de deficiência. *Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1993. 48p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p.
- BRUNETTO-BORGIANNI L.M. *Triagem Auditiva em Escolares: uma análise de três diferentes procedimentos* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.
- BURSZTYN I., CASTRO V.C.G., COHEN S.C., RIBEIRO A.L.V., BRAGA M.L.S., RIVERA F.J.U. Programa de Saúde da Família: uma análise prospectiva. *Cadernos de saúde Coletiva*; 2003; 11 (1): 93-112.
- CALLISON D.M. Audiologic evaluation of hearing impaired infants and children. *Otolaryngologic Clinics of North America*; 1999; 32 (6): 1009-17.

- CARVALHO A. Semana Nacional de Prevenção da Surdez: Prevenir é Ouvir. *Arquivos da Fundação Otorrinolaringologia*; 1997; 1 (3).
- CARVALLO R.M.M. O efeito do reflexo estapediano no controle da passagem da informação sonora. In: SCHOCHAT E. (org) *Processamento Auditivo*. São Paulo: Lovise, 1996.
- CARVALLO R.M.M. Medidas de imitância acústica em crianças. In: CARVALLO R.M.M., LICHTIG I. (orgs) *Audição: Abordagens Atuais*. São Paulo: Pró-Fono; 1997. p. 65-87.
- CHAP CHAP M.J. Potencial Evocado Auditivo de Tronco cerebral (PEATC) e das Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) em Unidade Neonatal. In: ANDRADE C.R.F. *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*. São Paulo: Lovise; 1996. p. 169-199.
- COSTA NETO M.M. *A implantação de Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.
- DIEFENDORF A. O. Hearing loss and it's effects. In: MARTIN F.N., CLARK J.G. *Hearing care for children*. Needhan Heights, MA: Allyn e Bacon; 1996. p. 3-19.
- DUBE S. *Identification of hearing loss in rural Zimbabwe*. [Master of Science Dissertation]. London: University of London, 1995.
- DUBE S., SULLIVAN K., WIRZ S. *How do you identify children with disabilities in remote areas for either service delivery or research programmes?* Institute of Child Health – UCL, UK in collaboration with Ministries of

Health and Education – Zimbabwe. [on line]. Disponível na Internet <http://www.crh.flinders.edu.au/wonca/ppt/disabilities.ppt> . Maio, 2002.

ECDC-NHS – European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening. *European Consensus Statement on Neonatal Hearing Screening*. Milão, 15-16 maio, 1998. [on line] Disponível na internet:<<http://www.ecdcevents.biomed.polimit.it>>. Abril, 2002.

FOLSON R.C., DIEFENDORF AO. Physiologic and behavioral approaches to pediatric hearing assessment. *Pediatric Clinics of North America*; 1999; 46 (1): 107-119.

FUNDAÇÃO OTORRINOLARINGOLOGIA – Campanha “QUEM OUVE BEM APRENDE MELHOR” [on line]. Disponível na internet: <<http://forl.locaweb.com.br/campanha/1.htm>>, Janeiro, 2003

GRAVEL J.S., TOCCI L.L. Setting the stage for Universal Newborn Hearing Screening. In: SPIVAK L.G. *Universal Newborn Hearing Screening*. New York: Thieme, 1998.

GUALDA D.M., MERIGHI M.A.B., OLIVEIRA S.M.J.V. Abordagens qualitativas : sua contribuição para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 1995; 29 (3): 297-309.

HAGGARD M., HUGHES E. *Screening children’s hearing: A review of literature and the implication of otitis media*. London: Medical Research Council, 1991.

HAMMOND P.D., GOLD M.S., WIGG N.R., VOLKMER R.E. Preschool hearing screening: Evaluation of a parental questionnaire. *Journal of Paediatrics & Child Health*; 1997; 33 (6): 528-530.

- HARRISON M., ROUSH J. Age of suspicion, identification and intervention for infants and young children with hearing loss: a national study. *Ear Hear*; 1996; 17: 55-62.
- HARTLEY S. *Development of a "communication model" and its implication to service delivery in less developed countries*. [PhD Thesis]. London: University of London, 1997.
- HEATHERSHAW K.L., WAKE M. Effectiveness of a parent questionnaire in the detection of hearing loss in school entry children. *Journal of Paediatrics and Child Health*; 2000; 36 (3): A8-9.
- HELANDER E., MENDIS P., NELSON G. *Training the Disabled in the Community, version 2*. Geneva: WHO, 1980.
- HELANDER E. *Prejudice and Dignity – An introduction to community based rehabilitation*. New York: UNDP, 1993.
- HENDARMIN H. *Indonesia Proceedings of the 1st Asian – Pacific Regional Conference on Deafness*. Hong Kong: Hong Kong Society for the Deaf, 1988.
- HIND S.E., ATKINS R.L., HAGGARD M.P., BRADY D., GRINHAM G. Alternatives in screening at school entry: comparison of the childhood middle ear disease and hearing questionnaire (CMEDHQ) and the pure tone sweep test. *British Journal of Audiology*; 1999; 33: 403-414.
- HODGSON W.R. Avaliação de bebês e crianças pequenas. In: KATZ J. *Tratado de Audiologia Clínica*, 4^a. ed, 1^a. ed brasileira. São Paulo: Manole, 1999.

- HUBIG D.O.C. *Otite Média e a Relação Familiar* [tese]. São Paulo: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1997.
- HUBIG D.O.C., COSTA Fo O.A. Otite média: considerações em relação à população de creche. In: CARVALLO R.M.M., LICHTIG I. (orgs) *Audição: Abordagens Atuais*. São Paulo: Pró-Fono, 1997.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [on line]. Disponível na internet: <<http://www.ibge.gov.br>>. Março, 2002.
- ILO, UNESCO, WHO. For and with people with disabilities. *Community-based rehabilitation*, 1994.
- JAMIENSON J.R. O impacto da deficiência auditiva. In: KATZ J. (org) *Tratado de Audiologia Clínica*, 4 ed. São Paulo: Manole, 1999.
- JCIH - JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING 1994 Position Statement. *Asha*; 1994; 36: 38-41.
- JCIH - JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING YEAR 2000 Position Statement: Principals and Guidelines for early Hearing Detection and Intervention programs. *American Journal of Audiology*, 9; 2000. p. 9-29.
- KATZ J. *The handbook of Clinical Audiology*. The Williams and Wilkins, 4 ed., 1990.
- KITZINGER J. Introducing Focus Groups. *British Medical Journal*; 1995; 311: 299-303.
- KURC M., FERRARI S.C. Seu bebê ouve bem? *O Estado de São Paulo*, 23 out., 1994.

- LEVY F.M., MATOS P.E.S., TOMITA N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 2004; 20 (1): 197-203.
- LICHTIG I., CÁRNIO M.S. COUTO M.I.V., SOLER L.A.F., TOLEDO L.C., SANERIP A., SILVA J.N. Caracterização dos deficientes auditivos do setor de audiologia educacional do CDP – FMUSP. *Anais do X Encontro Internacional de Audiologia*. Bauru, 1995.
- LICHTIG I. Avaliação do comportamento auditivo em neonatos de alto risco. In CARVALLO R.M.M., LICHTIG I. (eds) *Audição: abordagens atuais*. São Paulo: Pró-Fono; 1997. p. 3-22.
- LICHTIG I. *Propostas alternativas de identificação e intervenção fonoaudiológica com crianças deficientes auditivas* [tese livre docência]. São Paulo: Departamento de Clínica Médica da FMUSP, 1998.
- LICHTIG I., WIRZ S. Há lugar para a fonoaudiologia na reabilitação baseada na comunidade. *Pró – Fono, revista de atualização científica*; 1998; 10 (2): 78-86.
- LOGAN S. Early identification of impairments in children. In: ZINKIN P., MCCONACHIE H.(eds) *Disabled children and developing countries clinics in development medicine*; 1995. p. 101-9.
- LOPES Fo O., CARLOS R., THOMÉ D., ECKLEY C. Emissões otoacústicas transitórias e produto de distorção na avaliação da audição em recém-nascidos com poucas horas de vida. *Ver. Brás. Otorrinolaringologia*; 1996; 62 (3): 220-8.

- LUNDGREN-LUNDQUIST B., NORDHOLM L. Community-based rehabilitation - a survey of disabled in a village in Botswana. *Disability and Rehabilitation*, 1993; 15 (2): 83-89.
- LYSACK C., KREFTING L. Community based rehabilitation cadres: their motivation for volunteerism. *International Journal of Rehabilitation Research*; 1993; 16: 133-141.
- MARGOLIS R., SHANKS J.E. Tympanometry. In: KATZ J. *Handbook of Clinical Audiology, 3a ed.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1985.
- MATKIN N.D., WILCOX A.M. Considerations in the Education of Children with Hearing Loss. *Pediatric Clinics of North America*; 1999; 46 (1): 143-152.
- Mc CONKEY R., O'TOOLE B. Towards the new milenium. In: MC CONKEY R.; O'TOOLE, B. (eds) *Innovations in Developing Countries for People with Disabilities*. Lancashire: Lisieux Hall Publications with Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau, 1995.
- Mc CORMICK B. *Screening for hearing impairment in young children*. London: Chapman & Hall, 1991.
- MERIGHI M.A.B., PRAÇA N.S. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: MERIGHI M.A.B., PRAÇA N.S. (orgs) *Abordagens teórico-metodológicas qualitativa: a vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-3.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO [on line]. Disponível na internet: http://www.pmni.com.br/sec_educacao.htm#nacional, Janeiro, 2003

- MINISTÉRIO DA SAÚDE [on line]. Disponível na internet: <http://www.saude.gov.br/sas/relatorio/6.4%20demandas.htm>, Janeiro, 2003.
- MOELLER M.P. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*; 2000; 106 (3): 43-59.
- NEWMAN I., BENZ C.R. *Qualitative-quantitative research methodology: exploring the interactive continuum*. Carbondale: Southern Illinois University Press, 1998 apud SOUZA M.L., GOMESW.B., 2003, p.85.
- NEWTON V.E., MACHARIA I., MUGWE P., OTOTO B., KAN S.W. Evaluation of the use of a questionnaire to detect hearing loss in Kenyan pre-school children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 2001; 57 (3): 229-34.
- NIDCD – NATIONAL INSTITUTE ON DEAFNESS AND OTHER COMMUNICATION DISORDERS. *Hearing and Hearing Loss Information Packet*. Bethesda: National Institutes of Health, 1996.
- NIH - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH *Early Identification of Hearing Impairment in Infants and Young Children. NIH Consensus Development Conference Statement*. March 1-3; 1993; 11(1):1-24.
- NÓBREGA M. *Aspectos diagnósticos e etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes* [dissertação]. São Paulo: Departamento de Otorrinolaringologia da UNIFESP, 1994.
- NORTHERN L.J., DOWNS P.M. *Audição em crianças*. São Paulo: Manole, 1989.

- OLIVER F.C., ALMEIDA M.C., TISSI M.C., CASTRO L.H., FORMAGIO S. RBC: Discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*; 1999; 10 (1).
- OLIVER F.C., LEÃO I. Por um bairro mais humano. *Jornal da USP*; 2001; ano XV, no. 569: 1-7.
- OLUSANYA B. Early detection of hearing impairment in developing countries: what options? *Audiology*; 2001; 40 (3): 141-7.
- O'TOOLE B.J. Guide to Community –Based Rehabilitation Services. *Guides for Special education- UNESCO*, vol 8, 1991.
- PERIQUET A.O. Community based rehabilitation services: the experience of Bacolod, Philippines and the Asia/Pacific region. *International Exchange of Experts and Information in Rehabilitation*. World Rehabilitation Fund, vol.26, 1984.
- PROPOSTA DE INCLUSÃO DA FONOAUDIOLOGIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA . *Revista da Fonoaudiologia CRFa – 2ª. Região*; 2002; 47: 8-9.
- PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ. Santo André Mais Igual: Participação da Comunidade [on line]. Disponível na Internet http://www.santoandre.sp.gov.br/bn_conteudo.asp?cod=2549, Janeiro, 2004.
- RAMOS B.D. Importância da audição no desenvolvimento da linguagem. In: CALDAS N., CALDAS NETO S., SIH T. *Otologia e Audiologia em Pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

- RAO P.H., VENKATESAN S., VEPURI V.G.D. Community-based rehabilitation services for people with disabilities: an experimental study. *International Journal of Rehabilitation Research*; 1993; 16: 245-250.
- REMENCIOUS N.R. *Aspectos de acessibilidade de Serviços Públicos de Saúde no atendimento de crianças portadoras de deficiência auditiva* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998.
- RODRIGUES N. Organização neural da linguagem. In: MOURA M.C., LODI A.C.E., PEREIRA M.C.C. (eds) *Língua de Sinais e Educação do Surdo*. São Paulo: Série Neuropsicologia, vol 3; 1993. p. 5-18.
- RUSSO I.C.P. Overview of audiology in Brazil: State of the art. *Audiology*; 2000; 39 (4): 202-206.
- SANCHEZ T.G., BENTO R.F., MINITI A. II Campanha Nacional de Prevenção da Surdez. Campanha Nacional pela saúde do escolar: “quem ouve bem, aprende melhor”. *Arquivos Fundação de Otorrinolaringologia*; 1999; 3 (4).
- SANCHO J., HUGHES E., DAVIS A., HAGGARD M. Epidemiological Basis for Screening Hearing. In: MC CORMICK B (ed) *Paediatric Audiology 0-5 years*. London: Taylor and Francis; 1998. p. 1-35.
- SANTOS T.M.M. Otite média: implicações para o desenvolvimento da linguagem. In: SCHOCHAT E. (org) *Processamento Auditivo*. Editora Lovise, São Paulo, 1996.
- SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA. Secretaria Municipal de Saúde [on line]. Disponível na internet <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>, Dezembro de 2003.

- SILVEIRA J.A.M. *Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau de deficiência e precocidade diagnóstica* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1992.
- SININGER Y.S., DOYLE K.J., MOORE J.K. The case for early identification of hearing loss in children. *Pediatric Clinics of North America*; 1999; 46 (1): 1-13.
- SOARES M.A.L. A relação saúde e educação: estudo sobre as condições de diagnóstico audiológico e a inclusão de alunos surdos no ensino regular. *Anais da 21ª. Reunião Anual da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós Graduação em Educação – ANPED, Caxambu, 1999.*
- SOUZA M.L., GOMES W.B. Evidência e interpretação em pesquisa: as relações entre qualidades e quantidades. *Psicologia em Estudo*; 2003; 8 (2): 83-92.
- SPOSATI A. *Mapa da exclusão / inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo: EDUC, 1996.
- SOUZA L.C.A. Diagnóstico precoce da surdez infantil e estratégias terapêuticas. *J Pediatr*; 1995; 72 (2): 96-100.
- SOUZA L.C.A., PIZA M.R.T., COSTA S.S., COLLETES H.M., PIPANO P.C. A importância do diagnóstico precoce da surdez infantil na habilitação do deficiente auditivo. *Acta Awho*; 1998; 17 (30): 120-128.
- SOUZA M.F., FERNANDES A.S., ARAÚJO C.L., FERNANDES M.C. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*; 2000; 21: 7-14.

- STEWART M.G., OHLMS L.A., FRIEDMAN E.M., SULEK M., DUNCAN N.O., FERNANDEZ AD. Is parental perception an accurate predictor of childhood hearing loss? A prospective study. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 1999; 120 (3): 340-4.
- STRAUSS A., CORBIN J. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage Publications, 1990.
- SZYMANSKI H. A prática de pesquisa participante junto a famílias de baixa renda: o jogo do vivido e do pensado. In VASCONCELOS N.A. (org) *Coletâneas da ANPEPP -Comunidade, meio ambiente e qualidade de vida*; 1996; 3 (1): 35-39.
- SZYMANSKI H. Relatório de pesquisa: um estudo da participação comunitária em um projeto educacional. *Programas de Estudos Pós Graduated em Psicologia da Educação*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.
- SZYMANSKI H. Entrevista reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. In: SZYMANSKI H., ALMEIDA L.R., PRANDINI R.C.A.R. *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva*. Brasília: Editora Plano, 2002. p. 9-61.
- TABITH Jr., FRANCO E., BARBERI J. Levantamento da etiologia da deficiência auditiva em uma escola especial para deficientes auditivos. *Revista distúrbios da Comunicação*; 1989; 3 (1), p. 119-23.
- THORBURN M.J. Training Community Workers for early detection, assessment and intervention. In: THORBURN M.J., MARFO K *Practical*

Approaches to childhood disability in developing countries: insights from experience and research. St John's: Project Seredec, 1990. p.125-39.

THORBURN M.J., PAUL T.J., MALCOLM L.M. Recent Developments in Low-cost Screening and Assessment of Childhood Disabilities in Jamaica. Part 2: assessment. *W.I. Med J*; 1993: 42-46.

TRAVASSOS C., VIACAVA F., FERNANDES C., ALMEIDA C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2000; 5:133-149.

UNICEF Brasil. Showing it can be done. *The state of the world's children*, 1992.

VOLTERA V., CASELLI M.C., PIZZUTO E. Language cognition and deafness. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON NEWBORN HEARING SCREENING DIAGNOSIS AND INTERVENTION. *Book of Abstracts.* Milão, Itália, 2000. p. 28-9.

WERNER D., BOWER B. *Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde: manual de métodos, ferramentas e idéias para um trabalho comunitário.* São Paulo: Ed Paulinas, 1984.

WIRZ S.L., LICHTIG I. The use of non-specialist personnel in providing a service for children disabled by hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 1998; 20 (5): 189-94.

WESTPHAL M.F., BÓGUS C.M., FARIA M.M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1996; 120 (6): 472-82.

- YOSHINAGA-ITANO C. The challenge of assessing language in children with hearing loss. *Language, Speech and Hearing Services in the School*, 1997; 28: 362-373.
- YOSHINAGA-ITANO C. Successful outcomes for deaf and hard of hearing children. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON NEWBORN HEARING SCREENING DIAGNOSIS AND INTERVENTION. *Book of Abstracts*. Milão, Itália, 2000. p. 28-9.
- ZAMAN J.S., KHAN N.Z., ISLAM S., BANU S., DIXIT S., SHROUT P., DURKIN M. Validity of the “Ten Questions” for Screening Serious Childhood Disability: Results from Urban Bangladesh. *International Journal of Epidemiology*, 1990; 19 (3): 613-9.