CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 11 (2014)

ISSN 1980-7341

CONDUTA DOS PEDIATRAS EM RELAÇÃO À TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Cristiane Aparecida da Silva Araújo[1],
Rita de Cássia dos Santos Arinos Leal[2],
Priscila de Araújo Lucas Rodrigues[3].

RESUMO

Este artigo pretende identificar a conduta doa pediatras que atuam nos principais hospitais da cidade de Cuiabá, Várzea Grande e Cáceres - Mato Grosso, quanto ao acompanhamento audiológico de recém-nascidos na Triagem Auditiva Neonatal (TAN). Inicialmente a pesquisa foi realizada através de questionário específico, distribuídos a 45 médicos pediatras dos principais hospitais da rede privada de Cuiabá, Várzea Grande e Cáceres – MT, porém, a amostra foi constituída por 9 questionários que retornaram preenchidos.
Palavras-chave: Audiologia; Triagem Neonatal; Recém-nascido; pediatria.

ABSTRACT

This article identify the conduct of pediatricians who work in major hospitals in the city of Cuiabá, Várzea Grande and Cáceres - Mato Grosso, as the audiologic of newborns in Neonatal Hearing Screening (NHS). Initially, the research was conducted through a specific questionnaire distributed to 45 pediatricians major hospitals from private Cuiabá, Lowland and Great Cáceres - MT, however, the sample consisted of 9 questionnaires returned completed. (66.6%) refer children to test hearing by examining OAE (88.9%) of pediatricians stated, adequately consider children at high risk, however, what caught our attention is that only (33.4%) claimed to have special procedures for high-risk baby.
Keywords: Audiology; Neonatal Screening; Newborn; pediatrics;

INTRODUÇÃO

A audição é um dos principais sentidos no processo de desenvolvimento infantil. A perda auditiva na infância é um grave problema de saúde pública e uma perda auditiva mesmo que discreta, pode alterar o desenvolvimento de linguagem, educacional e psicossocial do ser humano[1].

1 Graduanda do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG (MT).
2 Graduanda do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG (MT).
3 Docente do Centro Universitário de Várzea-Grande UNIVAG (MT), Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação Humana, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

ISSN 1980-7341

As Academias Americanas de Audiologia, Otorrinolaringologia e Pediatria reunidas no *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH, 2007) recomendam a triagem auditiva neonatal universal antes dos três meses de idade da criança e o início da intervenção antes dos seis meses de idade[2].

A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) é a avaliação auditiva que todas as crianças devem fazer antes do primeiro mês de vida, se falharem na triagem auditiva devem ter uma avaliação médica e audiológica adequada para confirmar a perda auditiva antes dos três meses de idade, já crianças que têm indicadores de risco de perda auditiva devem ser acompanhadas a cada seis meses por três anos, mesmo se passarem na triagem auditiva neonatal[3].

Segundo o COMUSA (Comitê multiprofissional em saúde auditiva) os fatores de risco para deficiência auditiva são: hereditariedade, permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia peri-natal grave; apgar neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas; nascimento pré-termo ou pequeno para idade gestacional (PIG); infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalo-vírus, Herpes, Sífilis, HIV); anomalias crânio-faciais envolvendo orelha e osso temporal, síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Wardenburg, Alport, Pendred, entre outras); distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth); infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite; traumatismo craniano; quimioterapia[4].

Estudo realizado indica que quando a perda auditiva é diagnosticada até os três meses de vida e a intervenção terapêutica é iniciada até os seis meses, o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, bem como o relacionamento social e o desempenho acadêmico da criança com perda auditiva, podem ser compatíveis com os de crianças ouvintes da mesma faixa etária[5].

Portanto, a detecção precoce da perda auditiva não é apenas o primeiro, mas também o mais importante passo para a obtenção de bons resultados no desenvolvimento social e educacional em crianças com perda auditiva[5].

O médico pediatra é um dos primeiros profissionais a entrar em contato com essas crianças, sendo assim, é essencial que esteja capacitado a detectar as alterações apresentadas, garantindo intervenções oportunas. Portanto, é de suma importância que o médico pediatra

ISSN 1980-7341

identifique as possíveis origens e consequências do problema, bem como encaminhe e acompanhe o desenvolvimento infantil[6].

Desta forma, é necessário que os pediatras e neonatologistas saibam diagnosticar a deficiência auditiva, assim como encaminhar para investigação especializada. Para tal, é importante que o pediatra tenha conceitos e informações corretos e esteja atento ao desenvolvimento da função auditiva e da linguagem de seus pacientes[7]. Apesar da reconhecida importância da triagem auditiva na detecção e intervenção precoce dos casos de deficiência auditiva, muitos esforços ainda precisam ser empreendidos a fim de que ela se torne uma realidade nacional[8].

O ideal é que ao identificar as crianças portadoras de deficiência auditiva, essas sejam encaminhadas para confirmação da suspeita da deficiência auditiva e enquadradas em processos terapêuticos. Estudos demonstram conhecimentos restritos sobre TAN pela comunidade pediátrica[8,9,10,12].

Sugere-se que a rotina pré e neonatal inclua informações sobre a TAN. Salienta-se a importância da soma de esforços de fonoaudiólogos, obstetras, neonatologistas e pediatras para a eficiência do programa de detecção precoce da deficiência auditiva infantil[8].

OBJETIVO

Compreender o conhecimento dos médicos pediatras, que atuam nos municípios de Cuiabá, Várzea Grande e Cáceres – Mato Grosso, em relação à Triagem Auditiva Neonatal (TAN).

METODOLOGIA

Inicialmente o projeto de pesquisa foi aprovado com o número 058 CEP/UNIC-protocolo 2012-058. Trata-se de um estudo descritivo, onde foram entregues 45 questionários para a realização da pesquisa aos médicos pediatras do estado de Mato Grosso que atuam nos principais hospitais particulares dos municípios de Cuiabá, Várzea Grande e Cáceres. Os médicos receberam um questionário (anexo 1), para responderem após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2).

O questionário utilizado foi adaptado de um estudo nacional. A adaptação realizada foi a exclusão de perguntas específicas referentes à saúde pública. O questionário utilizado

ISSN 1980-7341

neste estudo continha 18 perguntas de múltipla escolha, referentes à formação do médico e conduta utilizada na avaliação auditiva dos pacientes neonatos.

Os questionários foram entregues pessoalmente pelas pesquisadoras nos consultórios dos médicos. Foram abordados cinco hospitais para realização da pesquisa, porém somente quatro permitiram a entrega dos mesmos na instituição. Os questionários foram distribuídos da seguinte forma: dois hospitais de Cuiabá, um hospital em Várzea Grande e um hospital de Cáceres, todos os hospitais fazem parte de rede particular do estado de Mato Grosso.

Foram abordados todos os 45 médicos pediatras dos hospitais sendo que o número de pediatras variou de um hospital para outro em virtude da demanda de pacientes e capacidade de atendimento de cada hospital. Um total de nove questionários foram devolvidos e considerados neste estudo. Todos os participantes tiveram suas identidades mantidas em anonimato.

Os critérios de inclusão foram:

- Ambos os sexos;
- Formado em Medicina com especialização em Pediatria;
- Diferentes idades;
- Qualquer tempo de formado.

E o critério de exclusão foi:

- Questionário não respondido.

Após a coleta dos dados as respostas obtidas foram analisadas percentualmente.

RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados, por questão na Tabela 1.

Na questão 1, 11,1% dos pediatras afirmaram trabalhar somente em consultório, 11,1% dos pediatras afirmaram trabalhar somente em hospitais, 22,2% afirmaram trabalhar em hospitais e consultórios, 33,4% afirmaram trabalhar em hospitais e setor público e 22,2% afirmaram trabalhar em hospitais, consultórios e setor público.

Na questão 2, 55,5% dos pediatras afirmaram que seu conhecimento sobre deficiência auditiva (D.A) foi adquirido em aulas de graduação, três, ou seja, (33,4%) afirmaram ter adquirido conhecimento em cursos específicos e apenas um, ou seja, (11,1%) em aulas de graduação e cursos específicos.

ISSN 1980-7341

Na questão 3, oito que representa (88,9%) dos pediatras afirmaram pesquisar rotineiramente a audição de seus pacientes até 6 meses e apenas 1 (11,1%) não respondeu.

Na questão 4, seis pediatras que representa (66,6%) da amostra, afirmaram encaminhar as crianças para testar a audição através do exame EOA, dois, ou seja (22,2%) afirmaram encaminhar para os exames BERA e EOA e apenas um (11,1%) não respondeu a questão.

Na questão 5 oito (88,9%) dos pediatras afirmaram que é possível avaliar a audição nos primeiros 6 meses, e 1 (11,1%) não respondeu. Na questão 6, 33,4% dos pediatras afirmaram ter conhecimentos sobre técnicas de avaliação da audição na infância, 55,5% afirmaram não ter conhecimento e apenas 11,1% não respondeu.

Na questão 7, 22,2% dos pediatras afirmaram que quando a mãe apresenta queixa encaminha para fonoaudiólogo, 33,4% para otorrinolaringologista, 22,2% realiza algum teste e 22,2% para exame audiológico.

Na questão 8, quatro (44,5%) encaminham para especialista da área quando percebe alteração durante avaliação, quatro (44,5%) encaminham para um especialista por rotina, (11,1%) encaminha para um especialista por queixa da mãe.

Na questão 9, 100% dos pediatras afirmaram que encaminham a criança para especialista nos primeiros 6 meses.

Na questão 10 oito, ou seja, (88,9%) dos pediatras afirmaram que considera criança de alto risco todas as que são prematuras, baixo peso, infecções congênitas, portadoras de síndromes, por medicamentos ototóxicos, um (11,1%) afirmou que considera criança de alto risco as que são prematuras, apresentam infecções congênitas e foram expostas a medicamentos ototóxicos.

Na questão 11, 33,4% afirmaram não ter conduta especial para bebê de alto risco e 66,6% afirmaram ter conduta especial para bebê de alto risco, e estes 66,6% afirmaram que apresentam tal conduta nos primeiros 6 meses de idade.

Na questão 12, 77,8% dos pediatras afirmaram ter conhecimento sobre técnicas de avaliação de audição para triagem e 22,2% afirmaram não ter este conhecimento.

Na questão 13, 44,5% dos pediatras afirmaram que aparelho de surdez pode ser utilizado a partir de 6 meses, 22,2% afirmaram que aparelho de surdez pode ser utilizado a partir do final do 1º ano de vida, 11,1% afirmou que o aparelho para surdez deve ser utilizado em crianças depois de 3 anos de idade e 22,2% não responderam ao questionamento.

Na questão 14, 100% dos pediatras afirmaram não conhecer a classificação de graus de perda auditiva.

ISSN 1980-7341

Na questão 15, 11,1% dos pediatras afirmou conhecer a classificação de tipos de perda de audição e 88,9% dos pediatras afirmaram não conhecer a classificação de tipos de perda de audição.

Na questão 16, 100% dos pediatras afirmou que em caso de falha na triagem auditiva encaminha para reteste.

Na questão 17, 55,5% dos pediatras afirmaram encaminhar para reteste no prazo de 15-30 dias e 44,5% dos pediatras afirmaram encaminhar para reteste depois de 31-60 dias.

Na questão 18, 55,5% dos pediatras afirmaram encaminhar criança de alto risco para acompanhamento auditivo semestralmente, 33,4% afirmaram encaminhar criança de alto risco para acompanhamento auditivo anualmente e 11,1% afirmaram encaminhar criança de alto risco para acompanhamento auditivo se houver queixa dos familiares.

Tabela 1– Resultados por questão

Questões

1-Local de trabalho	**N**	**%**
Hospitais	1	11,1
Consultório	1	11,1
Setor público	0	0
Hospital e consultório	2	22,2
Hospital e setor público	3	33,4
Hospital, consultório e setor público	2	22,2
Não responderam	0	0
2-**Formação sobre deficiência auditiva**		
Aulas de graduação	5	55,5
Curso específico	3	33,4
Aulas de graduação e curso específico	1	11,1
Não responderam	0	0
3-Pesquisa rotineiramente a audição de seus pacientes		
Primeiros 6 meses	8	88,9
Final do 1º ano	0	0
2º anos de vida	0	0
3º ano de vida	0	0
Depois do 3º ano de vida	0	0
Não responderam	1	11,1
4-Para qual teste de audição encaminha		
EOA	6	66,6
BERA	0	0
EOA e BERA	2	22,2

ISSN 1980-7341

Outros	0	0
Não responderam	1	11,1
5-A partir de que idade é possível avaliar a audição		
Primeiros 6 meses	8	88,9
Final do 1º ano de vida	0	0
2º ano de vida	0	0
3º ano de vida	0	0
Depois dos 3 anos	0	0
Não responderam	1	11,1
6-Tem conhecimento sobre técnicas de avaliação na infância		
Sim	3	33,4
Não	5	55,5
Não responderam	1	11,1
7-Conduta se a mãe apresenta queixa		
Realiza algum teste	2	22,2
Encaminha para um audiologista	2	22,2
Encaminha para um fonoaudiólogo	2	22,2
Encaminha para um orl	3	33,4
Não responderam	0	0
8-**Quando encaminha para especialista da área**		
Quando mãe vem com a queixa	1	11,1
Percebe alteração durante avaliação	4	44,5
Quando a criança é de alto risco para audição	0	0
De rotina	4	44,5
Não responderam	0	0
9-Com que idade encaminha para especialista		
Primeiros 6 meses	9	100
Final do 1º ano	0	0
2º ano de vida	0	0
3º ano de vida	0	0
Depois de 3 anos	0	0
Não responderam	0	0
10-O que você considera criança de alto risco		
Crianças prematuras	0	0
Baixo peso	0	0
Infecções congênitas	0	0
Síndromes	0	0
Medicamentos ototóxicos	0	0
Prematuros, infecções congênitas e med.ototóxicos	1	11,1

ISSN 1980-7341

Todas as opções	8	88,9
Não responderam	0	0
11 a-Tem conduta especial para bebê de alto risco		
Sim	6	66,6
Não	3	33,4
Não responderam	0	0
11 b-Caso sim, com qual idade		
Primeiros 6 meses	6	66,6
Final do 1º ano	0	0
2º ano de vida	0	0
3º ano de vida	0	0
Depois dos 3 anos	0	0
Não responderam	3	33,4
12-Tem conhecimento sobre técnicas de avaliação de audição para triagem		
Sim	7	77,8
Não	2	22,2
Não responderam	0	0
13-A partir de que idade uma criança pode utilizar aparelho de surdez		
Primeiros 6 meses	4	44,5
Final do 1º ano	2	22,2
2º ano de vida	0	0
3º ano de vida	0	0
Depois dos 3 anos	1	11,1
Não responderam	2	22,2
14-Conhece a classificação de graus de perda auditiva		
Sim	0	0
Não	9	100
Não responderam	0	0
15-Conhece a classificação de tipos de perda de audição		
Sim	1	11,1
Não	8	88,9
Não responderam	0	0
16-Em caso de falha na triagem auditiva, você encaminha para reteste		
Sim	9	100
Não	0	0
Não responderam	0	0
17-Após quanto tempo encaminha para reteste		
15-30 dias	5	55,5
31-60 dias	4	44,5

ISSN 1980-7341

Outro	0	0
Não responderam	0	0
18-Encaminha criança de alto risco para acompanhamento auditivo		
Semestralmente	5	55,5
Anualmente	3	33,4
Se há queixa dos familiares	1	11,1

DISCUSSÃO

No presente estudo foram respondidos apenas 9 questionários dos 45 entregues, tornando este, um estudo com limitada representatividade. A justificativa relatada pelos médicos pediatras para não responderem o questionário foi ausência de tempo e interesse em estudos científicos. Vale ressaltar que a baixa adesão a este tipo de estudo é uma limitação importante sendo observado também por outros autores[7,15].

A fim de caracterizar o perfil dos médicos avaliados, percebe-se através da pergunta 1 que os pediatras trabalham em mais de um local atuando tanto no setor público como privado, assim como em outro estudo nacional[7]. Portanto o conhecimento destes pediatras em relação a triagem auditiva neonatal, não demonstra prejuízo em um determinado setor da sociedade.

A maioria dos entrevistados teve informação sobre deficiência auditiva nos cursos de graduação conforme observado através da pergunta 2. Estudos indicam que os pediatras têm poucas informações sobre causas, métodos de avaliação e conduta frente à perda auditiva [8,9,10,12,17]. Podemos sugerir que a falta de atualização sobre a DA, pode ser a causa do índice elevado de diagnósticos tardios, visto que apenas os profissionais interessados pelo assunto irão buscar outras fontes para adquirir as informações necessárias[13].

Na pergunta 3, os pediatras foram questionados se pesquisam rotineiramente a audição de seus pacientes, a maioria dos entrevistados mencionaram realizar a TAN nos primeiros seis meses de vida, este resultado foi considerado promissor, pois demonstrou a preocupação dos médicos quanto as consequências da surdez e o diagnóstico precoce, apesar de não conhecerem as técnicas de avaliação da audição na infância conforme veremos na pergunta 6, o diagnóstico nos primeiros seis meses de idade é desejável, pois a reabilitação em tempo hábil possibilitará melhores resultados na aquisição da linguagem e habilidade cognitiva[8].

Na questão 4, a maioria dos profissionais relataram encaminhar seus pacientes para as emissões otoacústicas evocadas , a *American Academy of Pediatrics* (AAP)[2] recomenda a

ISSN 1980-7341

utilização de métodos eletrofisiológicos para teste de ambas as orelhas nos programas de triagem auditiva neonatal, como o BERA ou as Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) – "Teste da Orelhinha", pois tais testes são de fácil aplicação, sem riscos, e avaliam segmentos diferenciados do sistema auditivo humano[7].

Os pediatras reconheceram que é possível avaliar a audição nos seis primeiros meses de vida, de acordo com a questão 5. Órgãos nacionais e internacionais preconizam a avaliação auditiva precoce com início de intervenção até os 6 meses[2], contudo encontramos um estudo atual, realizado por um pediatra[13] que diz que não é recomendável testar a audição durante o primeiro semestre de vida, exceto em lactentes com um ou mais fatores de risco[13] confirmando a necessidade de mais divulgação à classe pediátrica sobre as diretrizes da TAN. Apesar de nossa amostra ter mostrado correto conhecimento sobre a época ideal para avaliar a audição dos recém-nascidos, sabemos que na prática, muitos diagnósticos são feitos tardiamente, vale ressaltar que a detecção precoce da perda auditiva não é apenas o primeiro, mas sim o mais importante passo, nos resultados do desenvolvimento da criança com perda auditiva[5].

Na análise da pergunta 6, que questiona o conhecimento sobre as técnicas de avaliação da audição na infância, a maioria relatou desconhecer as mesmas, porém ressalta-se o papel imprescindível do pediatra para o sucesso do programa de detecção e intervenção precoces da audição. Autores nacionais referiram que os pediatras têm poucas informações sobre as causas métodos de avaliação e conduta frente à perda auditiva[17]. Portanto, a integração entre pediatras e profissionais da área da audição, como fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas, contribuiria na formação e reciclagem do conhecimento[7].

De acordo com a questão 7, que analisa a conduta frente a queixa da mãe percebemos que os pediatras tomam providencias adequadas ao encaminhar para algum profissional da área, sendo esta conduta adequada.

Na questão 8, os pediatras responderam que encaminham para um especialista durante as consultas de rotina, quando a mãe vem com queixa e quando percebe alteração durante a avaliação. Porém, o que nos chama a atenção é que nenhum entrevistado encaminha pra especialista quando a criança é de alto risco para problemas auditivos. Dados semelhantes podem ser encontrados em outros estudos nacionais[7,8,9,10,12]. Nossa hipótese inicial foi que o alto índice de evasão da TAN dos RN(s) de alto risco, observado em outros estudos[19,21,22,23,24,25] poderia ser justificado pela falta de encaminhamento dos pediatras, o que foi observado pelo presente estudo, porém, ressalta-se novamente que em decorrência da pequena amostra as observações feitas devem ser vistas com cautela. Segundo JCIH os RNs

ISSN 1980-7341

de alto risco podem apresentar comprometimento auditivo a longo prazo, isso justifica o acompanhamento dessas crianças semestralmente[2].

Na questão 9 percebe-se a unanimidade quanto ao diagnóstico auditivo precoce, demonstra que existe uma preocupação destes pediatras, quanto aos efeitos da deficiência auditiva.

De acordo com a questão 10, os pediatras consideram criança de alto risco, aquelas que possuem baixo peso, prematuridade, síndromes, infecções congênitas e medicamentos ototóxicos, sendo esses alguns dos fatores de risco. É recomendável que os neonatos com fatores de risco pré, peri ou pós-natais para perda auditiva, e com comportamentos sugestivos de alterações auditiva, sejam encaminhados para avaliação especializada da audição[2,3,4].

Na questão 11a e b, percebemos que um terço dos participantes não possui conduta especial para crianças de alto risco, sendo um número expressivo, pois o processo de identificação precoce da deficiência auditiva deve ser iniciado ainda no berçário, através da triagem auditiva neonatal[17]. Para os neonatos com indicadores de risco para a deficiência auditiva com resultado satisfatório na TAN, recomenda-se monitoramento da função auditiva até o terceiro ano de idade, por profissional capacitado[4].

Quanto ao conhecimento das técnicas de avaliação de audição para triagem, na pergunta12, a maioria revelou conhecer tais técnicas, acreditamos que estes pediatras possuem conhecimento superficial, pois a maioria só tem conhecimentos adquiridos durante a graduação, além disso, as demais questões abordadas nos mostraram conhecimento deficiente. Esses dados corroboram outros estudos[7,17,19].

A questão 13 demonstra que existe uma pequena parcela da amostra que recomenda aparelho de surdez após o terceiro ano de vida. As questões 14 e 15, indagaram o conhecimento sobre a classificação dos graus e tipos de perda auditiva, sendo que a maioria respondeu não conhecer estas classificações, estes achados corroboram com outro estudo nacional[15], onde 86,1% descreveram não ter conhecimento das classificações de nível e tipo de perda auditiva. Acredita-se que este conhecimento seria de suma importância, pois permitiria aos pediatras entenderem as interferências na aquisição e desenvolvimento da fala /linguagem, facilitando a identificação dos diversos sinais que podem ocorrer na criança com DA. O COMUSA, recomenda a disponibilização de tratamento médico e intervenção fonoaudiológica, com seleção e indicação de aparelhos de amplificação sonora individuais, terapia fonoaudiológica, suporte às famílias e implante coclear, quando necessário[4], minimizando as possíveis alterações de linguagem.

ISSN 1980-7341

A questão 16, indagou os pediatras, se estes encaminham para o reteste em caso de falha, em unanimidade todos responderam que sim, e na questão 17, aproximadamente metade da amostra respondeu encaminhar para reteste dentro do tempo adequado (entre 15 a 30 dias), que aumenta as chances do diagnóstico acontecer nos primeiros 3 meses de vida. Em casos de registros alterados no EOAE, devido à ocorrência de falso-positivos pela presença de vérnix na orelha externa nos primeiros dias de vida, recomenda-se um retorno no período de até 30 dias após a alta hospitalar[4].

Na análise da questão 18, que questiona quando os pediatras encaminham as crianças de alto risco para acompanhamento auditivo, percebemos que a maioria dos participantes faz encaminhamento no tempo adequado, ou seja, semestralmente porém, ainda encontramos uma parcela de pediatras que indicam acompanhamento auditivo inadequadamente o que acarreta no atraso do diagnóstico da deficiência auditiva. Novamente ressaltamos que as recomendações do COMUSA referem que este acompanhamento ocorra de 6 em 6 meses até os 3 anos de idade[4].

A importância da TAN deve ser mais divulgada tanto para os pacientes quanto para os profissionais da saúde, em especial o pediatra, que lida com esses RN e que devem incentivar o retorno ao serviço para conclusão da TAN[19.]

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, através dos resultados obtidos através da pesquisa realizada que existe uma enorme necessidade de conhecimentos específicos por parte dos pediatras sobre TAN, diagnóstico e tratamento da deficiência auditiva. Além disso, maiores esclarecimentos devem ser fornecidos a respeito da conduta especialmente para crianças pertencentes ao grupo de alto risco. Assim, haverá maior garantia da saúde auditiva, acompanhamento adequado dessas crianças e diminuição da evasão dos programas de triagem auditiva que são essenciais para o desenvolvimento auditivo e linguístico.

Anexo1

Questionário aplicado:
Tabela 1 – Questionário utilizado no estudo.
Idade:_____ Tempo de formado:_____
1- Locais de trabalho:
( ) hospitais ( ) consultório ( ) setor público
2- Qual sua formação sobre a audição e deficiência da audição ou surdez?
( ) aulas de graduação ( ) cursos específicos
( ) outros, quais_____
3- Você pesquisa rotineiramente a audição de seus pacientes?
Em caso afirmativo, com que idade realiza a pesquisa?

ISSN 1980-7341

( ) primeiros 6 meses ( ) final do 1º ano ( ) 2º ano de vida ( ) 3º ano de vida
( ) depois dos 3 anos
4- Para qual teste de audição você encaminha?
( )Emissões Otoacústicas ( ) BERA
( ) outro, quais_____
5- A partir de que idade você acha que é possível avaliar a audição de uma criança?
( ) até 6 mes ( ) final do 1º ano ( ) 2º ano de vida ( ) 3º ano de vida
( ) depois dos 3 anos
6- Você tem conhecimento sobre técnicas de avaliação da audição na infância?
( ) Sim ( ) Não
7- Qual é a sua conduta se a mãe apresenta queixa quanto à audição da criança ou atraso de fala?
( ) realiza algum teste ( ) encaminha para um exame audiológico
( ) encaminha para um fonoaudiólogo ( ) encaminha para um otorrinolaringologista
8- Quando você encaminha uma criança para avaliação de audição com especialistas na área?
( ) quando a mãe vem com a queixa ( ) quando percebe durante a avaliação
( ) quando a criança é de alto risco para audição ( ) de rotina
9- Com que idade você encaminha uma criança para avaliação de audição com especialistas na área?
( ) primeiros 6 meses ( ) final do 1º ano ( ) 2º ano de vida ( ) 3º ano de vida
( ) depois dos 3 anos
10- O que você considera criança de "alto risco" para a audição?
( ) crianças prematuras ( ) baixo peso ( ) infecções congênitas ( ) síndromes
( ) medicamentos ototóxicos ( ) todas as opções
11- Em relação à audição, você tem alguma conduta especial com bebês de "alto risco"?
11A - ( ) Sim ( ) Não
11B - Caso sim, com qual idade?
( ) primeiros 6 meses ( ) final do 1º ano ( ) 2º ano de vida ( ) 3º ano de vida
( ) depois dos 3 anos
12- Você tem algum conhecimento sobre técnicas de avaliação de audição para triagem?
( ) Sim ( ) Não
13- A partir de que idade você acha que uma criança pode utilizar um aparelho de surdez?
( ) primeiros 6 meses ( ) final do 1º ano ( ) 2º ano de vida ( ) 3º ano de vida
( ) depois dos 3 anos
14- Você conhece as classificações quanto aos vários graus de uma perda auditiva?
( ) Sim ( ) Não Caso sim, como você utiliza?_____
15- Você conhece os diferentes tipos de perda de audição?
( ) Sim ( ) Não Caso sim, como você classifica?_____
16. Em caso de falha na triagem auditiva, você encaminha para reteste?
( ) Sim ( ) Não
17. Em caso afirmativo na questão anterior, após quanto tempo você encaminha para o reteste?
( )15-30 dias ( ) 31-60 dias ( )outro
18. Você encaminha crianças de alto risco para deficiência auditiva para acompanhamento auditivo:
( ) semestralmente ( ) anualmente ( ) se há alguma queixa auditiva dos familiares

- **Adaptado de Barros et al (2002)**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULLAH A, Hazim MY, Almyzan A, Jamilah AG, Roslin S, Ann MT, et al. **Newborn hearing screening: experience in a Malasyan hospital**. Singapore Med J. 2006;47(1):60-4.
BARROS ACT, GALINDO MAC, Jacob RTS. **Conhecimento e conduta de pediatras frente à deficiência auditiva.** Pediatria (São Paulo) 2002; 24(1/2): 25-31;
BARROS, ACT, et al. **Pediatras frente à deficiência auditiva.** Pediatria. 2002;24 (1/2):25-31; Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 2000 **Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs.** PEDIATRICS. 2000; 106(4): 798-817;

ISSN 1980-7341

BERNI OS, Almeida EOC, Amado BCT, Filho NA. **Triagem Auditiva Neonatal Universal: Índice de efetividade do reteste de neonatos de um hospital da rede pública de Campinas-SP**. Rev. CEFAC. 2010; 12(1):122-127.

BEVILACQUA MC, Bandini HHM. E Tschiedel RS. **Diagnóstico da deficiência auditiva na infância: uma avaliação de nível de conhecimento dos pediatras de uma cidade do Centro Oeste Paulista**. Pediatr Mod 2000; 36:107-8.

BLANK D. **A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências.** Jornal de Pediatria.79(1): 2003;

BOTELHO FA, Bouzada MCF, Resende LM, Silva CFX, Oliveira E. A. **Prevalence of hearing impairment in children at risk.** Braz J. Otorhinolaryngol. 2010;76(6):739-44.

COLOZZA P, ANASTASIO ART. **Screening, diagnosing and treating deafness – the nowledge and conduct of doctors serving in neonatology and/or pediatrics in a tertiary teaching hospital.** Sao Paulo Med J. 2009; 127(2):61-5.

DANTAS MB, Anjos CA, Camboim ED, Pimentel MC**. Resultados de um programa de triagem auditiva neonatal em Maceió**. Rev Bras Otorrinolaringol. 2009;75(1):58-63.

DURANTE AS, Carvallo, RM, Costa, MT, Cianciarullo MA, Voegels RL. **Triagem auditiva neonatal: justificativa, possível e necessária.** Rev Bras Otorrinolaringol. 2003;69(2):11-8.

FRANÇOZO MFC, Masson GA, Rossi TRF, Lima MCMP, Santos MFC. **Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal.** Saúde Soc. São Paulo, 2010; 19 (4):910-918;

HILÚ MR, Zeigelboim BS. **O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva.** Rev CEFAC. 2007;9(4):563-70.

LEÃO LL, Aguiar MJB. **Triagem neonatal: o que os pediatras deveriam saber.** Jornal de Pediatria - Rio de Janeiro-RJ; 2008, 84(04): 80-90;

LEWIS, DR et al. **Comitê multiprofissional em saúde auditiva: COMUSA**. Braz. J. Otorhinolaryngol. 2010; 76, (1): 121-8.

LOW WK, Pang KY, Ho LY, Lim SB, **Joseph R. Universal newborn hearing screening in Singapore: the need, implementation and challenges**. Ann Acad Med Singapore. 2005;34(4):300-6.

MAXIMINO LP, Ferreira MV, OLIVEIRA DT, LAMÔNICA DAC, Feniman MR, Spinardi ACP, Lopes-Herrera SA. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras quanto ao desenvolvimento da comunicação oral.** Rev CEFAC. 2009 , 11(2): 267-274;

MONTEIRO CFS, Caldas JMS, Leão NCMAA, Soares MR. **Suspeita de Perda Auditiva por familiares.** Rev. CEFAC. 2009; 11(3): 486-493;

PACHECO LC, TOCHETTO TM, Checalin MA, CARVALHO CDM. **Triagem auditiva neonatal: informações de gestantes de diferentes classes sociais.** Einstein. 2009; 07(02 Pé 01): 159-62;

PÁDUA FG, MARONE S, Bento RF, Carvallo RM, Durante AS, Soares JC, et al. **Triagem auditiva neonatal: um desafio para sua implantação**. Arq Int Otorrinolaringol. 2005;9(3):190-4.

RIBEIRO AM, Silva RRF, PUCCINI RF. **Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na Atenção Básica à Saúde**. Rev Paul Pediatr 2010; 28(2): 208-14;

RODRIGUES PAL, Carvalho TSF, Lauris JRP, Schochat**,** E. **Resultados de um programa de triagem auditiva neonatal em Cuiabá – Mato Grosso.** Soc Bras Fonoaudiol. 2011;16(4):454-8

SIH T. **Otorrinolaringologia Pediatrica** . Ed.Revinter. 1998; 217- 220;

VIEIRA, ABC, MACEDO LR, GONÇALVES DU. **O diagnóstico da perda auditiva na infância.** Pediatria (São Paulo) 2007; (1): 43-49;

ZOCOLI AMF, Riechel FC, Zeigelboim BS, Mendes J. **Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática.** Rev Bras Otorrinolaringol. 2006;72(5):617-23.