

# Equipe de Saúde da Família: relatos de conduta diante da perda auditiva infantil

## *Family Health Team: reports of conduct on child hearing loss*

Jullyane Florencio Pachêco da Silva<sup>1</sup>

Cleide Fernandes Teixeira<sup>1</sup>

Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima<sup>1</sup>

Fabiana de Oliveira Silva Sousa<sup>2</sup>

Silvana Maria Sobral Griz<sup>1</sup>

### Descritores

Atenção Primária à Saúde  
Estratégia de Saúde da Família  
Cuidado da Criança  
Audição  
Perda Auditiva

### Keywords

Primary Health Care  
Family Health Strategy  
Child Care  
Hearing  
Hearing Loss

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a atuação das equipes de saúde da família diante da suspeita e identificação da perda auditiva infantil. **Método:** Trata-se de um estudo de caso. Realizaram-se grupos focais com três equipes de saúde da família de um distrito sanitário, na região metropolitana de Recife. Os dados coletados foram transcritos e analisados, tomando por base o modelo de análise de entrevistas do tipo condensação de significados. **Resultados:** Os profissionais fazem uso de alguns recursos para avaliar a reação da criança aos estímulos sonoros, mas, em sua maioria, desconhecem os indicadores de risco para a perda auditiva, bem como possuem dúvidas quanto à realização de encaminhamentos. Quanto ao acompanhamento das crianças, foi relatado que a falta de uma contrarreferência por parte dos outros profissionais impossibilita um acompanhamento efetivo da criança na unidade. **Conclusão:** Apesar das potencialidades na assistência à saúde da criança, a atuação da equipe de saúde da família ainda é permeada por fragilidades que dificultam seu desempenho no que diz respeito à saúde auditiva.

### ABSTRACT

**Purpose:** To analyze the performance of family health teams toward the suspicion and identification of child hearing loss. **Methods:** This is a case study. Data were collected in three focus groups with three family health teams of a health district in the metropolitan area of Recife, Brazil. All data were transcribed and analyzed based on the interview analysis model of condensation of meanings. **Results:** The family health professionals investigated made use of some resources to assess child reaction to sound stimuli, but they were mostly unaware of risk indicators for hearing loss and presented doubts about conducting referrals. Regarding child monitoring, the family health professionals reported that the lack of counter-reference by other professionals precludes the effective monitoring of children in the family health units. **Conclusion:** Despite their potential in assisting child health, the role of family health teams is still permeated by weaknesses that hinder their performance with respect to hearing health.

**Endereço para correspondência:**  
Cleide Fernandes Teixeira  
Avenida Prof. Moraes Rego, 1235,  
Cidade Universitária, Recife (PE),  
Brasil, CEP: 50670-901.  
E-mail: cleide.teixeira@hotmail.com

Recebido em: Junho 23, 2015

Aceito em: Novembro 09, 2016

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE - Recife (PE), Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pernambuco – UFPE - Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz - Recife (PE), Brasil.

**Fonte de financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

**Conflito de interesses:** nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

A Perda Auditiva (PA) é um problema social mundial altamente prevalente. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde<sup>(1)</sup>, cerca de 32 milhões de crianças no mundo possuem algum tipo de PA. No Brasil, estima-se que de duas a sete crianças em cada mil nascimentos apresentam problemas de audição<sup>(2)</sup>. Esse dado é preocupante, haja vista ser por meio da audição que a criança adquire e desenvolve a linguagem oral, de modo que uma PA poderá trazer sérias implicações para o desenvolvimento e qualidade de vida.

Para o enfrentamento do problema foi instituída no Brasil a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva através da portaria nº 2.073/2004<sup>(3)</sup>. Em sequência, a portaria nº 587/2004 passou a definir a distribuição da rede estadual para ações na atenção básica, na média e alta complexidade<sup>(4)</sup>. Com tal iniciativa foram implantados, em todo o país, serviços que objetivavam efetivar uma rede de cuidados e apoio à questão da saúde auditiva.

Apenas em 2010, foi instituída a triagem auditiva universal, após a publicação da Lei Federal nº 12.303/2010<sup>(5)</sup> que tornou obrigatória e gratuita a realização do exame de emissões otoacústicas em todos os hospitais e maternidades do Brasil. Como objetivo de reorganização e reforço às ações voltadas à pessoa com deficiência, em 2012, o Plano Viver sem Limites Decreto 7.612/2011 institui uma nova configuração para a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS<sup>(6)</sup>. Com destaque para a criação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) que passaram a integrar o cuidado às pessoas com deficiência.

A responsabilidade do cuidado em saúde à pessoa com deficiência é distribuída nos diferentes níveis de atenção à saúde e realizada por equipe multidisciplinar. No que tange à deficiência auditiva, a identificação e intervenção, o mais cedo possível, possibilitam um adequado desempenho comunicativo. A identificação tardia acarreta não só prejuízos para o prognóstico do indivíduo, mas também gera custos elevados para o sistema de saúde<sup>(7)</sup>. No âmbito da atenção primária à saúde, inserem-se as ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que poderá auxiliar na identificação o mais cedo possível da PA, uma vez que é uma das principais portas de entrada para o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Compete à equipe de profissionais atuantes na ESF, formada por médico de família, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentre outras funções, acompanhar de perto os marcos de crescimento e desenvolvimento infantil, monitorar as crianças expostas a indicadores de risco para a PA e buscar parcerias com outros especialistas para facilitar a assistência à criança e à família<sup>(8)</sup>.

A equipe pode contar com o auxílio multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o que contribui para um maior alcance e eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS). A inserção do fonoaudiólogo nas equipes do Nasf pode possibilitar melhor atenção no que diz respeito à saúde auditiva.

O compartilhamento e acompanhamento dos casos por essas equipes permitem a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, fortalecendo a ESF como coordenadora do cuidado<sup>(9)</sup>.

Considerando o alto índice da PA; as consequências desse distúrbio para o desenvolvimento da criança; a importância do cuidado o mais cedo possível; entendendo a ESF como a porta de entrada para o acesso ao SUS mais próxima da comunidade, o presente estudo teve como objetivo analisar os relatos das equipes de saúde da família diante da suspeita e identificação da perda auditiva infantil.

## MÉTODO

Este trabalho caracteriza-se por ser qualitativo, a partir do estudo de caso. A população do estudo consistiu em três equipes das Unidades de Saúde da Família (USF) de um distrito sanitário, na região metropolitana de Recife. As unidades de saúde foram selecionadas aleatoriamente mediante sorteio, de modo a contemplar cada microrregião do distrito estudado.

A coleta de dados foi fundamentada na realização de grupos focais, que promovem uma ampla problematização sobre um tema específico, a partir de uma interação grupal. Foram realizados três grupos focais, um por cada USF, tendo como critério de inclusão as equipes que estavam completas, ou seja, as que continham médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. Os estudantes estagiários que estavam nas unidades e quiseram participar dos grupos foram aceitos. Quando houve mais de uma equipe completa em uma unidade, realizou-se o grupo focal com a que tinha maior disponibilidade de horário para participar.

Participaram do estudo 27 indivíduos das três equipes, sendo 3 médicos, 3 enfermeiras, 3 técnicos de enfermagem, 14 Agentes Comunitários de Saúde e 4 estagiários. O tempo de experiência profissional na ESF variou entre 2 meses e 20 anos (média 9,4 anos) e, enquanto equipe na USF estudada, entre 2 meses e 13 anos (média 5,28 anos) (Quadro 1).

Para estabelecer confiança entre os colaboradores e as pesquisadoras, o que facilitou as discussões durante os grupos, e incentivar a participação de todos, foram realizadas visitas às USF previamente. Nestes momentos, os indivíduos foram convidados a participar do estudo e determinou-se o dia e o horário para realização de cada reunião. Os locais das reuniões foram as USF em que cada equipe trabalha.

O grupo da microárea A foi composto por oito pessoas e durou 93 minutos, no grupo B, participaram nove pessoas com tempo de duração de 108 minutos, enquanto o grupo C continha dez pessoas e perdurou por 97 minutos. O número de participantes em um grupo focal deve ser de quatro a 12 pessoas, de modo que todos consigam expor suas opiniões e trazer diferentes contribuições<sup>(10)</sup>, já o tempo deve variar entre 90 e 110 minutos para um bom emprego da técnica<sup>(11)</sup>.

A condução dos grupos se deu por duas pesquisadoras. A que possuía vasta experiência nesta metodologia teve a função de mediar, iniciar, motivar, gerar a discussão e interagir com os participantes. Enquanto que a outra ficou responsável pela audiogravação, por meio do gravador MP4 *player*, e análise do processo de condução do grupo.

A mediadora seguiu o roteiro de debate que continha duas questões-chave: 1) Como vocês identificam que uma criança pode ter um problema auditivo? 2) Se vocês suspeitam que uma criança possui problema auditivo, qual a conduta realizada

**Quadro 1.** Caracterização dos participantes da pesquisa segundo codinome e experiência profissional (n = 27)

|                    | PROFISSIONAIS<br>(CODINOME*) | EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL          |  | TOTAL     |
|--------------------|------------------------------|-----------------------------------|--|-----------|
|                    |                              | ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA<br>FAMÍLIA | EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA<br>ESTUDADA |           |
| <b>MICROÁREA A</b> | MedA                         | 12 anos                           | 7 anos                                 | 8         |
|                    | EnfA                         | 5 anos                            | 4 anos                                 |           |
|                    | TecA                         | 5 anos                            | 5 anos                                 |           |
|                    | AcsA1                        | 3 anos                            | 1 ano                                  |           |
|                    | AcsA2                        | 1 ano                             | 1 ano                                  |           |
|                    | AcsA3                        | 20 anos                           | 7 anos                                 |           |
|                    | AcsA4                        | 5 anos                            | 3 anos                                 |           |
| EstA (Medicina)    | 3 meses                      | 3 meses                           |  |           |
| <b>MICROÁREA B</b> | MedB                         | 6 anos                            | 1 ano e 1 mês                          | 9         |
|                    | EnfB                         | 10 anos                           | 3 anos                                 |           |
|                    | TecB                         | 13 anos                           | 9 anos                                 |           |
|                    | AcsB1                        | 14 anos                           | 5 anos                                 |           |
|                    | AcsB2                        | 18 anos                           | 9 anos                                 |           |
|                    | AcsB3                        | 11 anos                           | 7 anos                                 |           |
|                    | AcsB4                        | 12 anos                           | 7 anos                                 |           |
|                    | AcsB5                        | 15 anos                           | 7 anos                                 |           |
| EstB (Enfermagem)  | 2 meses                      | 2 meses                           |  |           |
| <b>MICROÁREA C</b> | MedC                         | 14 anos                           | 2 anos e 9 meses                       | 10        |
|                    | EnfC                         | 14 anos                           | 5 anos                                 |           |
|                    | TecC                         | 13 anos                           | 3 anos                                 |           |
|                    | AcsC1                        | 15 anos                           | 13 anos                                |           |
|                    | AcsC2                        | 13 anos                           | 13 anos                                |           |
|                    | AcsC3                        | 7 anos                            | 5 anos                                 |           |
|                    | AcsC4                        | 14 anos                           | 13 anos                                |           |
|                    | AcsC5                        | 13 anos                           | 10 anos                                |           |
|                    | EstC1 (Enfermagem)           | 2 meses                           | 2 meses                                |           |
| EstC2 (Enfermagem) | 3 meses                      | 3 meses                           |  |           |
| <b>TOTAL</b>       |                              |                                   |  | <b>27</b> |

\*Médico: MedA, MedB, MedC; Enfermeiro: EnfA, EnfB, EnfC; Técnico de Enfermagem: TecA, TecB, TecC; Agente Comunitário de Saúde: AcsA1, AcsA2, AcsA3, AcsA4, AcsB1, AcsB2, AcsB3, AcsB4, AcsB5, AcsC1, AcsC2, AcsC3, AcsC4, AcsC5; Estudante/estagiário: EstA (Medicina), EstB (Enfermagem), EstC1 (Enfermagem), EstC2 (Enfermagem)

pela equipe? Para estimular a discussão e propiciar a obtenção de informações elucidativas acerca do objetivo da pesquisa, a mediadora fez uso de “perguntas de manga” aprofundando o tema de cada questionamento.

No início dos grupos, a mediadora criou um ambiente de conforto, dispondo os participantes em círculo, o que permite um bom contato visual, melhor interação<sup>(12)</sup>, além de facilitar as audiografações. Posteriormente, a mediadora explicou os objetivos da pesquisa, os procedimentos da coleta de dados e os aspectos éticos envolvidos. Logo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos voluntários, o assunto e os pontos do roteiro foram apresentados, deixando livres as colocações de todos.

As falas de todos os participantes foram transcritas na íntegra, qualificadas e preparadas, tomando por base o modelo de análise de entrevistas do tipo condensação de significados<sup>(13)</sup>. Optou-se pela condensação de significados, por ser este considerado o mais adequado aos propósitos do estudo. Essa técnica permite resumir os significados, de forma condensada, sem perder a essência do conteúdo dos discursos.

Depois da transcrição de todas as falas, realizou-se uma leitura cautelosa a fim de compreender o sentido do todo, para, então, determinar as unidades de significados e definir os temas centrais

da forma mais simples possível. As unidades de significados foram questionadas, visando estabelecer relação com o objetivo da pesquisa. Dessa forma, realizou-se a descrição essencial dos temas identificados, utilizando recortes das falas das equipes.

As principais categorias de análise identificadas previamente foram: identificação de crianças com perda auditiva e conduta adotada nos casos de crianças com perda auditiva. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da adoção de siglas referentes às iniciais de cada profissão, seguida pela letra que indica a microárea da equipe e o número, de ordem sequencial, de acordo com a fala de cada profissional. O seguimento adotado na identificação de cada microárea não está relacionado à ordem apresentada pelo distrito sanitário estudado.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer 532.851/2014.

## RESULTADOS

A atuação da equipe de saúde da família diante da suspeita e identificação da PA infantil nas unidades de saúde foi analisada a partir das categorias: 1. Identificação de crianças com perda auditiva; 2. Conduta adotada nos casos de crianças com perda

**Quadro 2.** Distribuição das categorias e subcategorias de análise

| Categorias-chave   | Subcategorias  |
|--|--|
| Identificação de crianças com perda auditiva             | Avaliação<br>Indicadores de risco  |
| Conduta adotada nos casos de crianças com perda auditiva | Realização de encaminhamentos para diagnóstico e intervenção<br>Orientação aos pais<br>Acompanhamento da criança |

auditiva. Dentro dessas categorias principais, foram exploradas outras subcategorias (Quadro 2).

### Identificação de crianças com perda auditiva

Na descrição dos resultados desta categoria, foram exploradas as seguintes subcategorias: avaliação e indicadores de risco. Na avaliação, buscou-se compreender como os profissionais fazem, em cada função que exercem no seu dia a dia, para identificar uma criança com PA. Foi possível observar no discurso da enfermeira (EnfA) que alguns membros das equipes estão atentos às queixas dos genitores, seja durante as visitas domiciliares, seja durante os atendimentos na unidade. Tais queixas servem como base para direcionar as ações.

*[...] geralmente a pessoa que acompanha a criança até a consulta relata que às vezes chama a criança pelo nome e a criança não escuta, que emite alguns sons e a criança não presta atenção... (pausa) Geralmente a queixa vem de um dos genitores (EnfA).*

Além disso, as enfermeiras (EnfB, EnfC) afirmaram em seus relatos que, durante as consultas de puericultura, fazem uso de alguns recursos para avaliar a reação da criança aos estímulos sonoros, alguns médicos (MedA) perguntam aos genitores ou responsáveis sobre a reação da criança aos sons ambientais, enquanto as ACS, durante as visitas domiciliares, mostram preocupação com a intensidade do som, desempenho na escola e fala da criança.

*[...] a gente costuma perguntar: quando a porta bate, ele reage? Ele se assusta? (MedA).*

*[...] a gente emite sons, batendo palmas, estala os dedos e vê se ele acompanha, participa, reage (EnfB).*

*[...] na puericultura a minha identificação é dessa forma. Levo chocalho, faço barulho (EnfC).*

*A criança quando chama pelo nome e ela não atende, [...] que quer a TV com um volume bem mais alto, [...] que às vezes não tá tendo um desenvolvimento legal na escolinha [...] e principalmente quando chega a um, [...] dois anos, e não tá falando nada (AcsB1).*

Nos indicadores de risco, destacaram-se alguns fatores relatados pelos integrantes da equipe.

*[...] é importante investigar se na família tem alguém com história de perda auditiva [...]. Se for bebezinho,*

*investigar se tem alguma doença congênita: sífilis, rubéola, citomegalovírus, que pode dar deficiência auditiva (EstA).*

*Uma criança que tenha sequências de otite é uma criança que você tem que ficar em alerta (AcsB1).*

Apenas uma equipe evidenciou os cuidados inadequados com o ouvido durante a limpeza como indicador de risco para PA.

*[...] gente que tem mania de lavar o ouvido, limpar com cotonete, biliro, tampa de caneta, né? E isso tudo a gente sabe que tem gente que fica até surdo (EnfC)*

Em contrapartida, outros dois pontos foram citados diversas vezes como indicador de risco por todas as equipes: o uso de fones de ouvido e o hábito de ouvir som alto pela comunidade.

*O que pode chamar atenção é a questão dos fones de ouvido, né? Que hoje em dia a criança já tá usando [...] (AcsA3).*

*[...] me preocupo muito com o barulho do som de música, de televisão... (pausa) o hábito que a comunidade em geral tem de escutar sons muito altos (MedA).*

### Conduta adotada nos casos de crianças com perda auditiva

A conduta adotada pelas equipes de saúde da família diante da PA infantil emergiu dos discursos para a realização de encaminhamentos para diagnóstico e intervenção; orientação aos pais e acompanhamento da criança. Na realização de encaminhamentos para diagnóstico e intervenção, os profissionais divergiram em alguns procedimentos. A enfermeira (EnfA) informou que, quando uma criança é identificada, ela solicita prontamente apoio do Nasf para auxiliar no processo de diagnóstico e realizar os encaminhamentos para intervenção, ao passo que a médica da mesma equipe (microárea A) encaminharia a criança diretamente para o otorrinolaringologista.

*Geralmente quando eu identifico, encaminho automaticamente para fono do Nasf fazer avaliação [...] Daí, se houver alguma necessidade, ela faz os encaminhamentos (EnfA).*

*Eu encaminho para o otorrino. Tem mais urgência, né? Uma coisa que você não pode perder a oportunidade de recuperar aquilo (MedA).*

Quanto ao médico e a enfermeira da microárea B, eles relataram que fariam avaliações para confirmar a suspeita e realizariam os

encaminhamentos necessários. O questionamento que surgiu em seguida pelo médico e pela enfermeira, por exemplo, foi para qual especialidade e para onde o caso seria encaminhado. A escolha entre o pediatra ou otorrinolaringologista se daria a partir da idade da criança e da facilidade de acesso à especialidade na rede.

*O primeiro passo seria confirmar com os pais [...] essa minha suspeita, [...] poderia conversar com os ACS pra acompanhar, mas encaminharia. A dúvida é se encaminharia para o pediatra ou pro otorrino. Se conseguisse otorrino, se a gente tivesse regulação pra isso (EnfB).*

*Exame físico, a otoscopia [...] pra gente fazer e observar se tem alguma obstrução, algum corpo estranho ou se a criança já tem um passado de otites [...] daí eu não saberia pra onde encaminhar. Dependendo da idade, eu encaminharia pra um otorrino, se fosse maiorzinho [...] mas, se fosse menorzinho, pediatra (MedB).*

A enfermeira da microárea C evidenciou a dificuldade em realizar encaminhamentos para outros profissionais, a não ser os das especialidades médicas.

*[...] daqui a gente não tem como encaminhar direto pra uma avaliação com o Fonoaudiólogo. [...] É mais fácil você encaminhar para o ambulatório de otorrino, que lá, dependendo da necessidade, ele encaminhe diretamente para outro ambulatório (EnfC).*

Percebeu-se que os profissionais possuem conhecimento sobre a existência da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que, quando realizada, possibilita a identificação da PA o mais cedo possível, embora ainda não esteja sendo realizada amplamente.

*No SUS tem o teste da orelhinha, né? Um teste de triagem realizada ainda nos primeiros meses de vida pra averiguar se tem surdez (MedB).*

*A gente já sabe do teste, que tem que encaminhar, mas é um processo. Acredito que daqui a pouco ele tá pra todos, né? Mas não é ainda não (MedA).*

*Algumas maternidades até solicitam, [...] só que é muito difícil realmente de mandar pra algum lugar que faça (TecA).*

Sobre a orientação aos pais, apenas a equipe da microárea C relatou, como uma das primeiras abordagens durante o atendimento ao caso, realizar uma orientação aos pais e tranquilizá-los.

*[...] acho que a primeira abordagem [...] é a gente informar a mãe e acalmar. [...] torná-la ciente da possibilidade de ter uma deficiência e encaminhar para o especialista (MedC).*

Por sua vez, nas microáreas A e C, foram citadas algumas orientações voltadas para o hábito de ouvir som em intensidade elevada e higienizar o ouvido.

*[...] a gente quando visita, aí ouve o barulho, [...] a gente já chama atenção (MedA).*

*Uma orientação que a gente dá em puericultura é não limpar com cotonete. É limpar a parte externa com a fraldinha mesmo (EnfC).*

Quanto à questão do desenvolvimento da linguagem, duas ACS (B1 e A3) relataram sua experiência em orientar as mães quando as crianças estão no processo de aquisição.

*[...] quando elas começarem a falar com as crianças, a ensinarem a falar, elas falem de frente para a criança, na mesma altura para que elas possam também ver esse movimento labial (AcsB1).*

*[...] a gente diz a ela pra ela falar o certo, pra estimular a criança a falar certo (AcsA4).*

No acompanhamento da criança, todas as equipes relataram que, ao referenciar para alguma especialidade, não acontece seu retorno, o que torna difícil, por parte destes profissionais, o conhecimento dos procedimentos que foram realizados e, conseqüentemente, o acompanhamento da criança na unidade.

*[...] mesmo que haja o encaminhamento pra uma especialidade ou pra uma urgência, realmente, não há a volta [...] Você não tem como acompanhar (EstB).*

A equipe só toma conhecimento do que está sendo realizado, quando os pais dão a devolutiva para os profissionais da equipe, seja durante uma visita ou um atendimento.

*A gente fica ciente de todo o processo dele que tá acontecendo lá. [...] A gente faz uma visita, a fono também faz a visita domiciliar junto com o agente de saúde [...] e a gente também tem a resposta da própria mãe aqui na unidade (TecA).*

Outra questão levantada foi que, devido ao processo de encaminhamentos pela unidade de saúde ser mais lento, muitas vezes, os pais vão em busca diretamente das especialidades, não passando pela ESF.

*Os pais vão logo diretamente procurar onde se tem os especialistas. Algumas pessoas nos procuram pra saber onde tem essa referência e vão atrás [...] porque infelizmente a gente sabe que a especialidade através do posto demora um pouquinho (AcsB1).*

## DISCUSSÃO

Os cuidados com a saúde da criança estão entre as ações essenciais desempenhadas pela equipe de saúde da família, no sentido de garantir o crescimento e desenvolvimento infantil saudável<sup>(8,14)</sup>.

Quando questionados quanto à assistência voltada para os aspectos auditivos, os profissionais mostraram possuir um olhar criterioso para a criança e a família durante os atendimentos,

de forma a escutar e acolher suas queixas. Isso faz com que um vínculo entre a criança-família-serviço de saúde seja estabelecido<sup>(15)</sup>, favorecendo melhor assistência.

Faz parte da rotina das enfermeiras realizar avaliação da acuidade auditiva infantil. Essa avaliação se dá por meio da observação da reação da criança ao estímulo sonoro<sup>(16)</sup> e permite um levantamento de dados acerca da saúde auditiva. Além disso, faz-se importante que aspectos relacionados ao comportamento da criança em casa, o desenvolvimento de sua linguagem, o desempenho na escola e a sua socialização sejam levantados durante os atendimentos. Pois, se uma criança não acorda com barulhos do ambiente, nem reage a estes estando dormindo, não atende quando se fala com ela ou só o faz quando está olhando para a pessoa, fala pouco ou não fala, deve-se suspeitar de PA<sup>(17)</sup>.

Por outro lado, quando questionados sobre os indicadores de risco que levam à PA, as repostas dos profissionais mostraram-se incipientes. As informações mais precisas sobre os indicadores descritos pela *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)*<sup>(8,18)</sup> foram mencionadas por uma estagiária de medicina e por uma ACS que tem uma filha surda. É pertinente discutir sobre a formação desses profissionais quanto aos marcos do desenvolvimento infantil, incluindo os auditivos, uma vez que devem atender às necessidades de saúde da criança.

O Ministério da Saúde promove uma formação em Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) destinada, principalmente, aos profissionais que atendem crianças nos serviços da APS. No que diz respeito à atenção à saúde auditiva, um dos aspectos abordados é “como avaliar e classificar os problemas de ouvido”. Contudo, esta atividade não contempla todo o universo referente às perdas auditivas<sup>(19)</sup>. A abordagem está voltada aos problemas de ouvido devido às infecções, não considerando os aspectos de alteração de comportamento, desenvolvimento da fala e da linguagem, por exemplo, o que facilitaria a identificação das alterações do crescimento e desenvolvimento.

Os indicadores de risco para PA, dos quais os profissionais deveriam ter conhecimento, são: preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, em termos de audição, fala ou linguagem; histórico familiar de PA na infância ou consanguinidade; medicações ototóxicas; infecções congênitas como rubéola, sífilis, citomegalovírus, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), herpes ou toxoplasmose; traumatismo craniano; diversas síndromes<sup>(8,18)</sup>; entre outros.

O enfermeiro deve ter conhecimento dos aspectos do desenvolvimento saudável e suas variações, identificando as crianças que necessitam de um tratamento especializado<sup>(20)</sup>. Entretanto, esse conhecimento não deve se restringir apenas ao enfermeiro, pois é a atuação conjunta da equipe que facilitará a identificação, o acompanhamento e a abordagem das diversas alterações do desenvolvimento<sup>(21)</sup>.

Percebe-se que algumas equipes se mostram mais atentas a outros fatores, como o uso de fones de ouvido, ouvir sons em elevada intensidade e hábitos de limpeza inadequados. Isso pode ser justificado pelas campanhas atuais voltadas a esses fatores.

É função do médico e do enfermeiro, ao identificar uma criança com possível PA, encaminhá-la a outro nível de complexidade para diagnóstico e intervenção, e buscar articulação com outros serviços especializados para proporcionar melhor assistência

à criança e à família<sup>(8)</sup>. Neste estudo, foi possível observar que alguns profissionais divergiram quanto aos encaminhamentos e possuíam dúvidas em relação à sua realização, o que pode delongar a adoção de medidas de intervenção. É recomendado que a identificação da PA ocorra dentro dos três primeiros meses de vida, para que sejam adotadas medidas de intervenção antes dos seis meses<sup>(8)</sup>. Porém, estudos<sup>(22-23)</sup> afirmam que o tempo entre a suspeita da alteração auditiva e sua confirmação pode chegar a 48 meses.

Além disso, ao referenciar as crianças a outros níveis de complexidade, as unidades básicas de saúde não possuem a contrarreferência formal das demais especialidades<sup>(24)</sup>, o que impede o adequado acompanhamento da criança. Pois, ao saber o planejamento e o tratamento que está sendo empregado, a ESF poderia proporcionar o cuidado integral. A lacuna na comunicação só é atenuada com as informações passadas pela família aos profissionais da unidade.

Como comentado pela ACS, muitas vezes, a ESF não é procurada, pois os pais acham que a unidade básica tem baixo poder de resolutividade. Isso pode ser justificado pelo fato de a resolutividade estar relacionada com a percepção do usuário sobre a solução de seu problema de saúde e a obtenção de atendimento especializado<sup>(25)</sup>. Como existem dificuldades na realização dos encaminhamentos e demora na marcação das consultas, o que compromete a integralidade no cuidado, a APS pode ser vista como pouco resolutiva.

Entretanto, essa resolutividade pode chegar a 80% quando os problemas de saúde forem devidamente abordados<sup>(26)</sup>. Isso extrapola a ideia restrita de efetividade baseada na cura das doenças, mas considera também a eficácia quanto ao alívio dos sintomas e minimização do sofrimento, assim como a promoção e a manutenção da saúde<sup>(25)</sup>.

Quanto à TAN, a equipe possui conhecimento do teste como forma de detectar possíveis alterações auditivas, mas alega falta de acesso. No Brasil, a realização do teste da orelhinha obteve um crescimento significativo no período de 2008 a 2012. A região Nordeste foi a que apresentou maiores índices de incrementos com 189,70%, seguida da região Norte (63,36%), Sudeste (46,43%), Centro-oeste (11,92%) e Sul (1,52%). Apesar dos grandes avanços em sua cobertura, o Nordeste não consegue suprir as necessidades da demanda existente<sup>(27)</sup>. Em Pernambuco, existem quatro serviços de saúde auditiva credenciados pelo SUS, sendo dois de média complexidade<sup>(28)</sup> e dois de alta complexidade<sup>(29)</sup>.

Tal cenário poderá mudar, como prevê o Ministério da Saúde<sup>(30)</sup>. Estima-se que, no início de 2017, as maternidades estejam equipadas, com fluxos estabelecidos de cuidados e uma cobertura de 100% para o teste da orelhinha, que hoje possui 33% de cobertura no Brasil.

Quanto à orientação aos pais, apenas uma equipe elucidou a importância em apoiar e orientar os genitores no primeiro momento, ao passo que as outras equipes relataram oferecer orientações relacionadas ao hábito de ouvir som em intensidade elevada e higienização do ouvido, o que pode ser justificado pela demanda daquela população adscrita.

É importante ressaltar que os pais devem ser devidamente orientados pelos profissionais da unidade de saúde quanto ao desenvolvimento da linguagem, como demonstrado pelas

ACS, quanto aos procedimentos que serão realizados e quanto às possibilidades terapêuticas. A literatura mostra que uma boa orientação permite um maior acolhimento e amparo aos pais<sup>(23)</sup>, tornando-os mais seguros e corresponsáveis pela saúde da criança<sup>(14)</sup>.

Os profissionais apresentaram tempo de experiência, acima de 10 anos na USF e de quase 10 anos na ESF. A informação aponta para certa estabilidade da equipe de saúde nesse nível de complexidade, o que pode favorecer o aperfeiçoamento do trabalho em equipe. Por outro lado, o tempo de atuação pode representar um distanciamento da formação em graduação e, muitas vezes, ausência de educação permanente.

O presente estudo limita-se por possuir uma amostra não probabilística, a qual se refere a três USF de um distrito sanitário, tornando as inferências restritas, com interpretações no contexto da equipe. Outros estudos precisam ser realizados com uma população maior e em outras regiões, a fim de confirmar esses achados.

Os dados obtidos podem subsidiar o direcionamento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família em relação à PA infantil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das inúmeras potencialidades quanto à assistência à saúde da criança, a atuação da equipe de saúde da família ainda é permeada por fragilidades que dificultam seu desempenho no que diz respeito à saúde auditiva.

As equipes realizam avaliação da acuidade auditiva das crianças, mas, em sua maioria, desconhecem os indicadores de risco para a PA, bem como possuem dúvidas quanto à realização de encaminhamentos. Além disso, a falta de contrarreferência por parte dos outros profissionais impossibilita um acompanhamento efetivo da criança pela equipe de saúde da família.

Fazem-se necessárias ações de educação permanente em saúde para todos os profissionais envolvidos e uma rede assistencial efetiva para garantir a oferta de serviços e atender às diversas ações requeridas pela equipe.

## REFERÊNCIAS

1. OMS: Organização Mundial de Saúde. WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Rome: OMS; 2012 [citado em 2013 Ago 28]. Disponível em: [http://www.who.int/pbd/deafness/WHO\\_GE\\_HL.pdf](http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf).
2. CBPAI: Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância. 1ª Recomendação: período neonatal. Correios da SBP. 2001 Jan/Mar; 7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2004 [citado em 2016 Jul 02]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073\\_28\\_09\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004. Dispõe sobre a organização e a implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2004 [citado em 2016 Jul 02]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587\\_07\\_10\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2010 [citado em 2016 Jul 02]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112303.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112303.htm)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2012 [citado em 2016 Jul 02]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
7. Arakawa AM, Sitta EI, Caldana ML, Sales-Peres SHC. Análise de diferentes estudos epidemiológicos em audiologia realizados no Brasil. Rev CEFAC. 2010;13(1):152-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000089>.
8. JCIH: Joint Committee on Infant Hearing. Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs [Internet]. 2007 [citado em 2013 Maio 22]. Disponível em: <http://www.asha.org/uploadedFiles/advocacy/federal/ehdi/JCIHExecutiveSummJCI.ppd>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2011 [citado em 2014 Out 17]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
10. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5th ed. London: Sage Publications; 2015.
11. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis. 2009;19(3):777-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.
12. Mazza VA, Melo NSFO, Chiesa AM. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. Cogitare Enferm. 2009;14(1):183-8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i1.14486>.
13. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. London: Sage Publications; 1996.
14. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. Rev Rene. 2012;13(1):114-26.
15. Costa L, Silva EF, Lorenzini E, Strapasson MR, Pruss ACF, Bonilha ALL. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. Ciênc Cuid Saúde. 2012;11(4):792-8.
16. Paraná. Prefeitura de Colombo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de consulta de Enfermagem para o acompanhamento da saúde da criança. Colombo: Prefeitura de Colombo; 2012.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania. 7. ed. Brasília; 2011.
18. JCIH: Joint Committee on Infant Hearing. Position statement. 1994. [citado em 2013 Maio 22]. Disponível em: <http://www.jcih.org/JCIH1994.pdf>
19. Melo TM, Alvarenga KF. Capacitação de profissionais da saúde na área de saúde auditiva: revisão sistemática. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(2):280-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342009000200022>.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília; 2002.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. 2. ed. Brasília; 2005.
22. Sígolo C, Lacerda CBF. Da suspeita à intervenção em surdez: caracterização deste processo na região de Campinas/SP. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(1):32-7. PMID:21552730. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000100009>.
23. Silva ABP, Pereira MCC, Zanolli ML. Surdez: da suspeita ao encaminhamento. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(2):257-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000200016>.
24. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):119-25. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26384>.
25. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaucha Enferm*. 2011;32(2):345-51. PMID:21987997. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>.
26. OMS: Organização Mundial da Saúde. Alma-Ata 1978: cuidados primários de saúde. Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: OMS; 1979.
27. Andrade CL, Fernandes L, Ramos HE, Mendes CMC, Alves CAD. Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves da saúde auditiva no Brasil. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2013;12(1):404-10.
28. Bevilacqua MC, Reis ACMB, Alvarenga KF, Moret ALM, Amantini RCB, Blasca WQ, et al. Estabelecimento de média complexidade [Internet]. São Paulo; 2010 [cited 2015 fev 04]. Available from: <http://www.saudeauditivabrasil.org.br/pdf/introducao/mediaComplexidade.pdf>
29. Bevilacqua MC, Reis ACMB, Alvarenga KF, Moret ALM, Amantini RCB, Blasca WQ, et al. Estabelecimento de alta complexidade [Internet]. São Paulo; 2010 [citado em 2015 Fev 04]. Disponível em: <http://www.saudeauditivabrasil.org.br/pdf/introducao/altaComplexidade.pdf>
30. Brasil. Ministério da Saúde. SUS já ofereceu mais de 600 mil aparelhos auditivos nos últimos três anos [Internet]. Brasília; 2014 [citado em 2015 Jan 06]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/34696-sus-ja-ofereceu-mais-de-600-mil-aparelhos-auditivos-nos-ultimos-tres-anos.html>

### Contribuição dos autores

*JFPS* foi responsável pela coleta, tabulação, análise dos dados e elaboração do artigo; *FOSS* colaborou na coleta dos dados e revisão do artigo; *MLLTL* e *CFT* colaboraram na revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, e revisão do artigo; *SMSG* foi responsável pela orientação geral das etapas de elaboração e execução do artigo.