

Itinerário terapêutico da criança surda na rede de atenção à saúde

Therapeutic itinerary of a deaf child in the Network of Health Care

Itinerario terapéutico de niños sordos en la red de atención a la salud

*Nubia Garcia Vianna**

*Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima**

*Maria da Graça Garcia Andrade**

Resumo

Introdução: Na criança, a existência da deficiência auditiva é ainda mais preocupante que no adulto ou idoso, devido à interferência no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem. Por esse motivo, é preciso que haja uma rede de atenção à saúde organizada de modo a oferecer diagnóstico e intervenção rapidamente. **Objetivo:** Analisar a atenção à saúde auditiva infantil a partir do itinerário terapêutico (IT) de uma criança surda usuária de um Centro de Reabilitação Auditiva. **Método:** A pesquisa, de natureza qualitativa e do tipo estudo de caso, foi realizada tomando-se como ponto de partida um município da região de Campinas/SP, os serviços da rede municipal de saúde e referências regionais. Foi feita entrevista em profundidade com a mãe da criança para reconstituição do IT e 10 entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais para obter informações sobre a linha de cuidado à saúde auditiva. **Resultados:** A maternidade foi um importante ponto de atenção para detecção precoce da deficiência auditiva, porém há falhas no protocolo de triagem utilizado por ela. O *Centro de Reabilitação* cumpria com seu papel, mas foi apontada a necessidade de serviços de reabilitação nas cidades de origem dos usuários. Houve problemas na coordenação do cuidado da Unidade Básica de Saúde de referência para a criança surda. **Conclusão:** A reconstituição do IT foi uma importante ferramenta para analisar a integralidade na atenção à saúde, permitindo compreender a trajetória real do usuário na busca por cuidado, permitindo que se conheça e como funciona a rede real de atenção à saúde.

Palavras-chave: Deficiência Auditiva; Surdez; Reabilitação; Sistema de Saúde.

* Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

Contribuição dos autores:

NGV: contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de informações, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

MGGA: contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

MC MPL: contribuiu substancialmente para o planejamento do projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

E-mail para correspondência: Nubia Garcia Vianna - nvianna@unicamp.br

Recebido: 20/11/2019

Aprovado: 10/02/2020

Abstract

Introduction: In children, hearing impairment is more serious than in adults or elders, because it interferes in the language acquisition and development. For this reason, there must be a healthcare network aimed at offering diagnoses and medical intervention quickly. **Objective:** to analyze child hearing care as from the therapeutic itinerary (TI) of a deaf child using the services of a *Centro de Reabilitação Auditiva* (Hearing Rehabilitation Centre). **Methods:** this research is a case study of qualitative nature. Our starting point was the health services of a city in the urban area of Campinas/SP, and also some regional references. We conducted an in-depth interview with the child's mother for the reconstruction of the TI and 10 semi-structured interviews with managers and professionals in order to obtain information about the type of hearing care. **Results:** the maternity unit was important for the early detection of hearing impairment, but there were flaws in the screening protocol it employed. The Rehabilitation Centre fulfilled its role, but there was an unmet need of rehabilitation services in the home city of the users. There were also flaws in the healthcare coordination of the *Unidade Básica de Saúde* (Primary Health Unit) for deaf children. **Conclusion:** The reconstruction of the TI was an important tool to analyze the completeness of attention to health services, allowing us to understand the user's real story in the search for health care and the way the healthcare network operates.

Keywords: Hearing Impairment; Deafness; Rehabilitation; Health System

Résumen

Introducción: La existencia de discapacidad auditiva es más preocupante en el niño que en el adulto o el anciano debido a la interferencia en el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje, siendo necesario que haya una red de salud organizada que ofrezca un diagnóstico e intervención oportunas. **Objetivo:** Analizar la atención a la salud auditiva infantil partiendo del itinerario terapéutico (IT) de un niño sordo usuario de un Centro de Rehabilitación Auditiva. **Método:** La investigación cualitativa, de tipo estudio de caso, consideró: servicios de la red municipal de salud de una ciudad de la región de Campinas/SP y referencias regionales. Fue realizada una entrevista en profundidad con la madre del niño para la reconstitución del IT y 10 entrevistas semiestructuradas con gestores y profesionales para obtener información sobre la línea de cuidado a la salud auditiva. **Resultados:** La *maternidad* fue un importante punto de atención para la detección temprana de la discapacidad auditiva, aunque con fallas en su protocolo de cribado. El *Centro de Rehabilitación* cumplía con su papel, pero fue señalada la necesidad de estos servicios en las ciudades de origen de los usuarios. Hubo problemas en la coordinación del cuidado de la *Unidad Primaria de Salud* de referencia para el niño sordo. **Conclusión:** La reconstitución del IT fue una herramienta importante para analizar la integralidad a la salud, permitiendo tanto comprender la trayectoria real del usuario en la búsqueda por atención, como que se conozca la red real de atención a la salud y su funcionamiento.

Palabras clave: Discapacidad Auditiva; Sordera; Rehabilitación; Sistema de Salud.

Introdução

A organização do sistema de saúde em redes, uma estratégia presente em vários países, passou a se constituir em uma diretriz da política de saúde brasileira no início desta década. Foram definidas cinco Redes Temáticas como prioritárias para serem implantadas nas regiões de saúde do Brasil, entre as quais a *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*¹. Esta Rede, criada no auge das discussões do Ministério da Saúde sobre Rede de Atenção à Saúde como estratégia para o alcance da integralidade, foi um desdobramento do *Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite*, instituído pelo Decreto nº 7.612/2011.

Por meio deste plano de governo o Estado brasileiro inseria na agenda de prioridades uma política pública em defesa dos direitos das pessoas com deficiência, na qual o setor saúde assumiu importante protagonismo².

Saúde é direito de todo e qualquer cidadão brasileiro assegurado pela Constituição. Contudo, a deficiência pode ameaçar o exercício desse direito, sendo deficiência aqui compreendida não apenas por impedimento funcional, mas pela interação destes impedimentos com as diversas barreiras com as quais os indivíduos se deparam e que podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições³.

No que se refere à deficiência auditiva, a terceira em prevalência e que atinge 5,1% da população brasileira, as consequências podem representar o isolamento social e até o comprometimento linguístico e cognitivo, no caso de perdas auditivas em crianças em fase de desenvolvimento.

Quando se trata da população de neonatos, estudos epidemiológicos apontam que a prevalência varia de um a seis neonatos para cada mil nascidos vivos, e de um a quatro para cada cem recém-nascidos que precisaram de cuidados de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal⁴.

Na criança, a existência da deficiência auditiva é ainda mais preocupante que no adulto ou idoso, devido à interferência da perda no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem. Por esse motivo, comitês de especialistas internacionais e nacionais, como o *Joint Committee Infant Hearing*⁵ e o Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva⁶, preconizam que a Triagem Auditiva Neonatal seja realizada em todos os recém-nascidos para que,

ao se suspeitar de uma perda auditiva, todas as medidas em prol do desenvolvimento da criança sejam tomadas em tempo oportuno.

A *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência* é responsável pela linha de cuidado à saúde auditiva infantil, contando para isso com três componentes: *Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência*¹. Cabe à atenção especializada, de modo articulado e regulado com os outros componentes, a responsabilidade pelos cuidados à saúde auditiva da criança com suspeita ou confirmação de uma perda auditiva.

O atendimento na atenção especializada pode ocorrer em serviços que realizam a reabilitação auditiva de modo exclusivo ou que, além da auditiva, atuam na reabilitação de outras deficiências. Os serviços de modo exclusivo são considerados estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação e que já existiam antes da criação da *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*¹, a saber, os *Centros de Reabilitação Auditiva* de média ou de alta complexidade. Esta possibilidade de habilitação foi criada quando da publicação da *Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva*⁷ que, embora revogada, ainda rege o funcionamento dos serviços por ela habilitados, constituindo importantes pontos de atenção na *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*.

Já os serviços que podem realizar a reabilitação de mais de um tipo de deficiência são denominados Centros Especializados de Reabilitação (CER), considerados a grande inovação da política, por haver contemplado três diferentes maneiras de configurá-los, a depender da quantidade e das modalidades de reabilitação que oferecem. Desta forma, poderiam se constituir como um CER II, CER III ou CER IV, respectivamente com duas, três, quatro ou mais modalidades de reabilitação, podendo ser elas auditiva, intelectual, física e visual^{1,8}.

A mudança empreendida com a nova configuração em rede para atenção à saúde da pessoa com deficiência enfrenta o desafio de integrar e, simultaneamente, atender as especificidades inerentes, não só a cada deficiência e à reabilitação que ela exige, mas, sobretudo, a cada sujeito em suas necessidades.

Nesta perspectiva, considerando o modelo de organização do trabalho na saúde em redes de atenção e colocando foco no cuidado ao recém-nascido,

o presente artigo analisa a atenção à saúde auditiva infantil a partir do itinerário terapêutico de uma criança surda usuária de um Centro de Reabilitação Auditiva de alta complexidade.

Método

A pesquisa, de abordagem qualitativa e do tipo estudo de caso, foi realizada tomando-se como ponto de partida um município urbano-industrial com mais de 200 mil habitantes, da região de Campinas, no estado de SP, cuja rede de saúde conta com serviços em todos os níveis de complexidade.

Foi realizada entrevista em profundidade com a mãe de uma criança com perda auditiva bilateral de grau moderado, com 1 ano e 3 meses à época, atendida no *Centro de Reabilitação Auditiva* referência para a região de saúde onde o município se encontra. O *Centro de Reabilitação Auditiva* é habilitado pelo Ministério da Saúde como alta complexidade nos moldes da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva⁷, tendo sido incorporado à *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência* com a criação da nova política. O serviço está estruturado em: *Ambulatório de Saúde Auditiva* de um hospital universitário e um *Centro Especializado*, ambos com funções assistenciais e acadêmicas, localizados em um mesmo *campus* universitário.

A entrevista em profundidade procurou reconstituir os caminhos percorridos para conseguir atendimento para a criança com perda auditiva, os tempos de espera, a experiência da mãe na busca

por cuidado, assim como as repercussões deste processo na vida da criança e da família. A entrevista foi realizada no *Centro Especializado* no mesmo dia em que a mãe da criança tinha retorno com a fonoaudióloga e durou, aproximadamente, 40 minutos.

Após a realização da entrevista, gravada e, posteriormente, transcrita, foi realizada a primeira versão de um texto narrativo, seguindo o referencial teórico de Ricoeur⁹. Este foi apresentado à informante, que teve oportunidade de contestar, corrigir ou validar aquilo que a pesquisadora compreendia a respeito de sua fala. A partir disso, o texto foi aprimorado, permitindo a reconstituição do itinerário terapêutico sob a forma de narrativa. Nunes *et al.*¹⁰ apontam que, desta forma, os “dados brutos da entrevista” são transformados em “dados tratados da narrativa”, ou seja, a informação é transformada em conhecimento. A construção de narrativa constitui-se em um recurso metodológico de interesse no estudo de itinerários terapêuticos ligados a condições crônicas, como é o caso da perda auditiva¹¹.

Foram ainda realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais envolvidos na gestão e na assistência, com o objetivo de conhecer como se organizava o atendimento à pessoa com deficiência auditiva no município e região e os fluxos formais pactuados pela gestão. A distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com a função que exercem e o serviço em que estão vinculados encontra-se disposta no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos profissionais entrevistados por função que ocupam e serviços onde atuam

Função que ocupa	Serviços
Gerente da Regulação Regional	Central de Regulação Regional
Técnica da área de planejamento	
Gerente da Central de Regulação Municipal	Central de regulação municipal
Técnica da Central de Regulação Municipal	
Apoiadora à gestão	Secretaria Municipal de Saúde
Fonoaudióloga, responsável técnica pelo Ambulatório de Saúde Auditiva	Centro de Reabilitação Auditiva – alta complexidade
Médico otorrinolaringologista, responsável técnico pelo Ambulatório de Saúde Auditiva	
Médico otorrinolaringologista do Ambulatório de Saúde Auditiva	
Fonoaudióloga e docente do Centro Especializado	
Fonoaudióloga, responsável pelo programa de Triagem Auditiva Neonatal	Hospital Estadual - Maternidade

A análise temática do material empírico permitiu discutir os principais elementos relacionados à atenção à saúde auditiva infantil, sobretudo no que se refere ao papel dos pontos de atenção que compõem a *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência* voltada a esta população, a saber, da *Maternidade* na triagem auditiva neonatal, do *Centro de Reabilitação Auditiva* e da *Unidade Básica de Saúde*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 0724.0.146.000-11).

Resultado

O presente artigo dá ênfase à atenção à saúde auditiva infantil e apresenta os resultados em duas partes: a linha de cuidado à saúde auditiva do

neonato/lactente definida e pactuada pela gestão municipal e regional (Figura 1) e a narrativa sobre o itinerário terapêutico de João Victor, criança com perda auditiva bilateral de grau moderado, com 1 ano e 3 meses à época da entrevista com sua mãe.

Na narrativa é possível identificar os pontos fortes e fracos da rede de saúde, os tempos de espera e os descaminhos vivenciados pela criança e sua mãe na busca por cuidado. Optou-se por apresentar o IT na íntegra, em forma de narrativa e não de excertos, por se tratar de uma ferramenta metodológica mais apropriada para aprofundar a compreensão do percurso feito pelos usuários na rede de serviços, conforme referencial adotado no estudo. Foram utilizados nomes fictícios para a mãe e a criança.

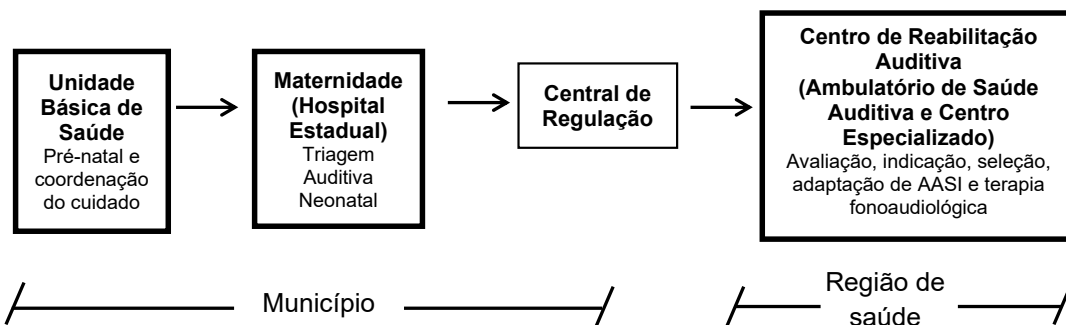


Figura 1. Linha de cuidado ao usuário/lactente (saúde auditiva)

Narrativa sobre o itinerário terapêutico de João Victor

Ruth tem 40 anos e nasceu em Minas Gerais, onde deixou o restante da família para morar com a irmã no estado de São Paulo. Casou-se e, oito anos depois, teve João Victor, seu único filho. A gravidez foi “*maravilhosa, melhor não tem*”. Fez o pré-natal na *Unidade Básica de Saúde* e entrou em trabalho de parto à meia-noite, indo direto para a *maternidade*, onde aguardou até às 8h, quando foi submetida a cesárea. Acha que esperaram demais, pois João Victor “*se sufocou e engoliu a sujeirinha do parto*”. Contou, com os olhos cheios d’água, que ele ficou 14 dias na UTI Neonatal e “*quase perdeu*” João Victor. Ainda na *maternidade* foi feito o “teste da orelhinha”, que detectou um problema na audição. Por isso, pediram que ela fosse até a central de regulação para pegar encaminhamento para

fazer o BERA. O exame foi realizado no *Centro Especializado*, um ou dois meses depois da alta de João Victor, e confirmou a suspeita levantada na *maternidade*. A mãe compreendeu que a audição de João Victor não é “*nem ruim, nem boa*”. Ruth se preocupou com a notícia, mas soube que, nesses casos, é indicado o uso de aparelho auditivo e que neste mesmo serviço seriam feitos os procedimentos. Conta que vários profissionais atenderam seu filho: otorrino, psicóloga, assistente social e várias fonoaudiólogas – uma realizou o BERA, outra providenciou o aparelho e outra ainda conversava semanalmente com Ruth sobre o desenvolvimento de João Victor. Ele recebeu o aparelho auditivo após os 12 meses de vida, mas a mãe acha que mesmo sem o aparelho ele ouve bem: “*não ouve (tudo) o que precisa ouvir (...), ele ouve televisão, o chamado da gente (...) a gente chama ele olha...*”.

Sobre o *Centro Especializado*, disse que foi tudo maravilhoso, pois lá tem diversos profissionais, não encontra dificuldade para marcar retornos, nem espera nos dias de atendimento. Além disso, sempre tem a ajuda de que necessita, como auxílio transporte. Já no que se refere à *Unidade Básica de Saúde (UBS)*, “*está péssima, muito ruim*”. Faltam médicos, vacinas e profissionais para aplicá-las e é uma dificuldade para marcar consulta. Um dos profissionais, ao saber que a criança é atendida no *Centro Especializado*, disse que ela não pode perder esse atendimento, pois é muito importante. No entanto, ela não se sente amparada pela *UBS*, pois quando precisou de ajuda não teve a resposta que esperava. Certa vez a fonoaudióloga pediu que levasse João Victor até à *UBS* para retirar o excesso de cera da orelha; ao chegar na unidade, soube que lá não fazem tal procedimento e a encaminharam para o ambulatório municipal de especialidades, ingressando em uma enorme fila de espera. Diante da necessidade, resolveu pagar uma consulta particular, o que fez com que a família decidisse fazer um plano de saúde para a criança. João Victor também requer outros cuidados, porque ele “*não anda, não arrasta, a perninha tá mole*”. Faz fisioterapia no hospital ligado ao SUS, após encaminhamento feito pela equipe do *Centro Especializado* em consulta para cuidar da audição. Sobre o filho, Ruth afirma: “*É uma lição de vida porque você aprende muitas coisas, coisas novas, aprende a viver. Agora só quero me dedicar a ele, o que eu puder fazer por ele eu vou fazer até o meu último dia de vida*”.

Discussão

Este trabalho teve por objetivo analisar a atenção à saúde auditiva infantil a partir do itinerário terapêutico de uma criança surda usuária de um Centro de Reabilitação Auditiva de alta complexidade. Aponta-se como limitações do estudo o fato de ter sido traçado o itinerário terapêutico de apenas uma criança e a ausência de profissionais da atenção básica dentre os entrevistados.

Uma vez apresentados os fluxos institucionalmente delimitados e a *narrativa sobre o itinerário terapêutico de João Victor*, se procederá à discussão dos principais elementos relacionados à atenção à saúde auditiva infantil, sobretudo no que se refere ao papel dos pontos de atenção que compõem a *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência* voltada a esta população, a saber, da *Maternidade*

na triagem auditiva neonatal, do *Centro de Reabilitação Auditiva* e da *Unidade Básica de Saúde*.

A maternidade e seu papel na triagem auditiva neonatal

É preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) que todo recém-nascido seja submetido à Triagem Auditiva Neonatal (TAN), sendo ela parte de um conjunto de ações que devem ser realizadas para o cuidado integral à saúde na infância⁴. Na rede de atenção à saúde, a *maternidade* é o ponto de atenção onde, preferencialmente, a TAN deve se efetivar.

A triagem pode utilizar testes como os de Emissões Otoacústicas (EOA), mais conhecido como “teste da orelhinha”, e do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico-modo automático (PEATE-A), ou BERA na sigla inglesa. São testes não invasivos, utilizados para se detectar possíveis perdas auditivas de origem sensorial ou neural⁵. O objetivo da TAN é o de examinar todos os recém-nascidos para que, identificada a perda auditiva precocemente, medidas mais efetivas de reabilitação possam ser implementadas.

As *Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal* do MS recomendam que a triagem seja organizada seguindo protocolos específicos para recém-nascidos sem e com Indicador de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) e, para tanto, faz-se necessária a presença dos dois tipos de testes – EOA e PEATE-A⁴. No entanto, os estabelecimentos têm organizado os programas de triagem de diferentes formas, utilizando-se dos recursos disponíveis para o objetivo proposto. Esta variabilidade nos protocolos utilizados dificulta o acompanhamento e o estabelecimento de marcos de qualidade, como apontou estudo de Cavalcanti, Melo, Buarque e Guerra¹².

O Programa de Triagem Auditiva Neonatal analisado neste estudo não segue as recomendações ministeriais que consideram diferentes tipos de teste para recém-nascidos com e sem IRDA, pois adota apenas o teste de EOA. A única diferenciação realizada é que as mães dos recém-nascidos que ficam no alojamento conjunto, em geral sem IRDA, recebem da enfermagem, no momento da alta, um encaminhamento com a data para a realização das EOA no ambulatório hospitalar, aproximadamente 20 a 30 dias após o nascimento, diferentemente do que é preconizado. Já aqueles neonatos com IRDA, que geralmente necessitam de UTI neonatal, como ocorreu com João Victor, são triados

antes da alta, com o intuito de diminuir as faltas. Quando o recém-nascido não comparece, a equipe da *maternidade* entra em contato com a família, por telefone, para agendar nova data.

Ainda assim, segundo dados fornecidos pela fonoaudióloga da maternidade em entrevista, as faltas ao exame de triagem em programas de caráter ambulatorial são expressivas: em 2012, variou entre 13% e 20%, sendo preconizado pelo JCIH⁵ que um programa de TAN seja capaz de triar ao menos 95% dos recém-nascidos. Para reduzir as faltas, é recomendado que a triagem de todo recém-nascido seja realizada nos dois primeiros dias de vida, ainda na *maternidade*⁴.

Sempre que o recém-nascido não passa na triagem é marcado reteste cerca de 15 dias após, tanto para os neonatos do alojamento conjunto como os da UTI. A maioria retorna mas, caso não compareça, a equipe entra em contato com a família para marcar nova data. Fernandes e Nozawa¹³ investigaram os motivos que levam ao não retorno e constataram que fatores como a presença de mais de um filho, ter frequentado apenas uma a três consultas pré-natais e a mãe não ter companheiro podem levar ao não comparecimento e à necessidade de novo exame.

Como dito anteriormente, o Programa de TAN estudado restringe-se à realização do teste de EOA, sem incluir o PEATE-A, o que ocorre devido à inexistência do equipamento no serviço onde nasceu João Victor, realidade de muitas maternidades Brasil afora. Embora a Lei nº 12.303/2010 tenha representado avanço em termos de acesso dos recém-nascidos à TAN, ela tem sido insuficiente, pois prevê a obrigatoriedade apenas do teste de EOA.

O PEATE-A é um teste de suma importância e é recomendado para triagem direta de recém-nascidos com IRDA, como é o caso de João Victor, porque possibilita a identificação de perdas auditivas retrococleares, prevalentes nesta população e não detectável no teste de EOA. Também é indicado para neonatos que não passaram nas EOA no teste e reteste, para evitar encaminhamentos desnecessários para exames de avaliação diagnóstica⁴.

Isto significa que um percentual de recém-nascidos com perda auditiva pode não estar sendo detectado pelo programa, o que só não aconteceu com João Victor porque ele não passou no teste de EOA e foi encaminhado diretamente para avaliação diagnóstica.

A ausência de equipamento para triagem completa ainda é uma realidade em muitas maternidades brasileiras, havendo no país apenas 625 PEATE registrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos quais 596 encontram-se em funcionamento, sendo que existem 4.148 maternidades no país¹⁴.

A preocupação com a capacidade instalada de equipamentos para avaliação auditiva apareceu como uma das metas do *Plano Viver sem Limite*, que pretendia equipar 175 maternidades até 2014¹⁵, porém o objetivo foi apenas parcialmente atingido. Esta questão voltou a entrar no debate da gestão pública federal em 2015, frente ao aumento inesperado da incidência de recém-nascidos com microcefalia associada ao vírus Zika. Considerando a microcefalia um agravamento emergencial em saúde pública e que pode estar associado à perda auditiva, o governo federal lançou o *Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia*¹⁶, que pretendia, entre suas metas, equipar 737 maternidades com o equipamento para realização do PEATE, em 2016, fato este que não ocorreu. Esta, portanto, é uma problemática real, reconhecida já há algum tempo pela gestão federal, mas, apesar disso, o Ministério da Saúde ainda não publicou uma política nacional que regulamente a Triagem Auditiva Neonatal, bem como o diagnóstico e intervenção subsequentes¹⁷.

A disponibilização de equipamentos adequados, contratação de profissionais habilitados para realização dos testes e em número suficiente para manter a cobertura diária dos turnos de funcionamento da *maternidade*, bem como o estímulo dos familiares à participação, são fatores fundamentais para o aumento da cobertura da TAN. Paschoal, Cavalcanti e Ferreira¹⁸, ao analisar a evolução da cobertura da TAN no país, identificaram que o crescimento observado na taxa de cobertura de 2008 a 2015 não foi uniforme em todas as regiões, havendo melhores taxas no sul e sudeste, em detrimento das regiões norte e nordeste, o que pode ser justificado pela existência de leis municipais ou estaduais sobre a TAN antes da própria lei federal.

A publicação da lei da TAN em nível nacional parece ter influenciado no incremento da taxa de cobertura nos anos subsequentes à sua publicação, chegando a 21,8% em 2011¹⁹ e 31,8% em 2015¹⁸. Porém, muitos esforços ainda são necessários para que a cobertura se aproxime do ideal, pois ainda estamos muito distantes dos 95% de cobertura recomendados.

O papel do Centro de Reabilitação Auditiva

Os Centros de Reabilitação Auditiva na média e alta complexidade fazem parte do componente da atenção especializada da *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*, assim como os CER com modalidade auditiva. Juntos, totalizam 221 serviços habilitados pelo MS no país capacitados para realização de Reabilitação Auditiva (50 na média e 77 na alta complexidade) e 94 CER com modalidade auditiva¹⁴.

Os Centros de Reabilitação Auditiva na média e alta complexidade seguem as normativas vigentes à época da sua habilitação, conforme a antiga *Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva*⁷, além das diretrizes da *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência* por terem sido a ela incorporados.

Os Centros de Reabilitação Auditiva na média complexidade devem realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada; triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares; diagnóstico, tratamento e

reabilitação de perda auditiva, incluindo a adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) em crianças a partir de três anos de idade, jovens, adultos, incluindo trabalhadores, e idosos. Na alta complexidade, os serviços têm as mesmas atribuições da média, excetuando triagem e monitoramento da audição de neonatos, atendendo crianças abaixo de três anos e pacientes que apresentam outras afecções associadas e/ou perdas auditivas unilaterais⁷.

No presente estudo, é em um *Centro de Reabilitação Auditiva* na alta complexidade que João Victor vivencia parte importante de seu itinerário terapêutico. Este Centro possui uma forma de organização peculiar, compondo-se de um *Ambulatório de Saúde Auditiva* e um *Centro Especializado*, localizados em locais distintos dentro de um mesmo *campus* universitário. A Tabela 1 mostra o conjunto de ações voltadas ao neonato/lactente que devem ser realizadas na alta complexidade e como elas se distribuem no *Centro de Reabilitação Auditiva* estudado.

Tabela 1. Distribuição das ações e procedimentos pactuados voltados à saúde auditiva do neonato nos serviços que compõem o Centro de Reabilitação Auditiva do estudo

Ações*	Centro de Reabilitação Auditiva na alta complexidade	
	Ambulatório de Saúde Auditiva	Centro Especializado
Avaliação médica com finalidade diagnóstica	X	-
Avaliação audiológica com finalidade diagnóstica	X	-
EOA por transientes	X	-
EOA por produto de distorção	X	-
PEATE de curta, média e de longa latência	X	-
Consulta médica com finalidade de tratamento	X	-
Indicação, seleção e adaptação de AASI	X	-
Terapia fonoaudiológica	-	X
Avaliação e terapia psicológica	X	X
Atendimento em serviço social	X	X
Orientação à família	X	X

EOA-Emissões Otoacústicas, PEATE-Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, AASI-Aparelho de Amplificação Sonora Individual
*Fonte: Portaria SAS/MS 587/2004⁷

Conforme evidencia a Tabela 1, ambos os serviços - *Ambulatório de Saúde Auditiva* e *Centro Especializado* - atuam em conjunto para realização da totalidade das ações que compete a um *Centro de Reabilitação Auditiva* na alta complexidade.

Cabe destacar que o *Centro Especializado* realiza avaliação audiológica com finalidade diagnóstica e indicação, seleção e adaptação de AASI e só não está assinalado na Tabela 1 porque este serviço não é a referência formal do município estudado para realização destas ações.

A confirmação da perda auditiva

A avaliação diagnóstica, fundamental para o recém-nascido com suspeita de surdez, é uma das responsabilidades dos *Centros de Reabilitação Auditiva*. A principal barreira que o itinerário terapêutico estudado evidenciou se refere à dificuldade de acesso ao BERA diagnóstico. A referência para realização de tal exame, regulada pela central de regulação regional, é o *Ambulatório de Saúde Auditiva*, porém o exame foi feito no *Centro Especializado*, que não é a referência pactuada embora faça parte do *Centro de Reabilitação Auditiva*.

Havia um contexto que dificultava o acesso de recém-nascidos ao *Ambulatório de Saúde Auditiva* para realização da avaliação diagnóstica. A regulação municipal recebia da regulação regional, mensalmente, uma cota irrisória de vagas (de zero a quatro) para atender toda a demanda de casos com suspeita de perda auditiva, do recém-nascido ao idoso. Em função da enorme fila de espera, em que predominam idosos, o município já havia se organizado para realizar avaliação otorrinolaringológica no ambulatório municipal de especialidades e avaliação audiológica em serviço conveniado, dos pacientes encaminhados pela atenção básica. Desta forma, a central de regulação municipal conseguia organizar uma fila de espera dos que, já sabidamente, teriam indicação de AASI e assim otimizava a cota que lhe era destinada. Caso eles encaminhassem recém-nascidos com suspeita de perda auditiva, estes concorreriam com os pacientes cuja necessidade de aparelho auditivo já estava definida e uma cota para fornecimento de aparelho teria sido “desperdiçada”.

Sobre a longa fila de espera de pacientes com perda auditiva aguardando vaga para adaptação de AASI a *Técnica da Central de Regulação Municipal* comentou: “*(Tem muitos pacientes) aguardando o aparelho. Eles têm vindo aqui (central de regulação) periodicamente e a nossa resposta era ‘tem que aguardar’*. Muito desagradável, mas é a realidade. E nós dependemos da Regional porque a nossa referência é exclusivamente o *Centro de Reabilitação Auditiva* (...) Eles (DRS) alegam que a (fila) de outros municípios também tá. E tá, viu? (...) com tudo isso aí (outra cidade da região) tá 500 e poucas na fila de espera. (...) nós estamos com 200. De 2009 ainda tem 45 aguardando, 2010 nós temos 18 que deram entrada (...). São jovens, vida ativa profissional, em fase de trabalho, fase de estudo. (...) Então, se você for ver perto de

outros municípios a gente tá bem. Por incrível que pareça!”

Para resolver esse problema e cientes da importância da detecção precoce da perda auditiva em recém-nascidos, o município, via central de regulação, passou a encaminhá-los informalmente a outro serviço - o *Centro Especializado*. Após analisar o pedido da fonoaudióloga da *maternidade*, a assistente social da central de regulação municipal realizava contato telefônico diretamente com o serviço, criando uma outra via de acesso que não a formalmente pactuada. Sobre esta situação, a *Gerente da Central da Regulação Municipal* assim se expressou:

(Antes a gente tentava lá no Ambulatório de Saúde Auditiva), a gente ligava, conversava, brigava, chorava. (...) Os casos prioritários sempre iam. Mas aí a gente tinha essa dificuldade, essa porta do PEATE, principalmente pra criança encaixada da maternidade. Esse (do Centro Especializado) sempre deu conta. (...) então os nossos bebês, a maternidade identificava (a suspeita da perda auditiva) e a gente sempre conseguiu ter acesso (aos exames) via (Centro Especializado).

A central de regulação municipal, representada pelas figuras da gerente e da técnica que desempenhavam um papel ativo e com relativa autonomia na busca de soluções para as dificuldades encontradas, teve importância fundamental para conectar os serviços, visando garantir o fluxo de usuários e corrigir as iniquidades de acesso.

Estas medidas têm sido decisivas para que a perda auditiva seja confirmada ou descartada o mais precocemente possível, antes dos seis primeiros meses de vida, como aconteceu com João Victor. A reconstituição do itinerário terapêutico da criança permitiu identificar uma fragilidade na linha de cuidado ao neonato/lactente que só não se tornou mais evidente porque a barreira de acesso foi contornada por iniciativas da gestão local.

A reabilitação auditiva

Conforme mostrado na Tabela 1, no *Centro de Reabilitação Auditiva (Ambulatório de Saúde Auditiva e Centro Especializado)* é previsto que sejam realizadas todas as ações de reabilitação, conforme normativa do Ministério da Saúde⁷. Nele, devem ser realizadas indicação, seleção e adaptação de AASI; terapia fonoaudiológica; avaliação e acompanhamento psicológico; e atendimento de serviço social.

A terapia fonoaudiológica fica sob responsabilidade do *Centro Especializado*, porém, na opinião dos profissionais do *Ambulatório de Saúde Auditiva*, a terapia fonoaudiológica deveria ser assumida pelo município onde mora o paciente para ficar mais próxima do usuário, prática que, algumas vezes, o serviço já tem adotado ao encaminhá-lo para serviços de saúde municipais onde há terapia fonoaudiológica.

Os profissionais argumentaram que a distância da residência dos usuários até o serviço é um dos fatores que pode representar barreiras à adesão ao processo de reabilitação, como de fato mostrou o estudo de Youssef, Mendes, Costa, Ficker e Novaes²⁰.

Para superar esta problemática, no estado de Minas Gerais, por exemplo, ocorreu a descentralização da terapia fonoaudiológica, através da criação de serviços específicos para o desempenho desta função²¹. Isto permite ampliar o acesso, ao reduzir a barreira geográfica e oferecer serviços mais próximos das pessoas, com consequente maior adesão. Esta medida desafoga os serviços especializados, que podem concentrar seus esforços na avaliação, seleção e adaptação de AASI²².

Além disso, quando o usuário precisa se deslocar para outra cidade, em geral ele recorre ao transporte ofertado pela gestão municipal, o que implica em custo para garantir o acesso do usuário ao serviço. Isto significa que, quanto mais distante o serviço for de onde o usuário mora, maiores serão as implicações financeiras para o município²³.

O *Ambulatório de Saúde Auditiva* tem tentado atuar nesta lógica, ao encaminhar os usuários para fonoterapia em suas cidades, porém nem todos os municípios dispõem de serviço adequado. Cabe acrescentar que, embora seja preferível que o usuário realize a terapia fonoaudiológica mais próximo da sua residência, na ausência desta possibilidade todo *Centro de Reabilitação Auditiva* deve assegurar tal acompanhamento.

Contudo, a distância não é a única barreira de acesso à fonoterapia. Muitas vezes, esta não é ofertada na mesma proporção que a concessão de aparelhos auditivos e é justamente o acompanhamento fonoaudiológico que irá colaborar com o uso efetivo do AASI e com a realização de práticas que visam o pleno desenvolvimento das crianças surdas²⁴.

No contexto estudado, a fonoterapia ofertada no *Centro Especializado* faz parte de um programa

mais amplo destinado ao neonato e seus cuidadores, denominado *Programa de Orientação à Família de Crianças Surdas*. Este programa se destina aos pais de crianças do nascimento até os três anos de idade e visa oferecer suporte psicológico e de serviço social aos cuidadores, assim como ampliar as possibilidades de comunicação da criança, por meio da atuação fonoaudiológica e do aprendizado da Língua Brasileira de Sinais (Libras), quando assim for indicado e desejado pela família. No programa, os pais encontram-se semanalmente com a fonoaudióloga, quando são discutidas questões que envolvem as repercussões da perda auditiva na infância, formas de intervenção, importância da adaptação do AASI e da aprendizagem da Libras pelos familiares. Há também o atendimento psicológico e do serviço social.

É importante destacar que o trabalho com as crianças surdas não se restringe a elas, mas engloba também suas respectivas famílias, como é recomendado. Estudo de Lima, Souza, Santos, Carvalho e Brazoroto²⁵, que avaliou a efetividade de um programa de intervenção para famílias de crianças surdas, mostrou que houve mudanças significativas nas interações comunicativas das mães com seus filhos passados 8 meses da intervenção realizada.

No Centro Especializado há instrutores da Libras atuando com as crianças e com os pais para a aquisição dessa língua, pois espera-se que a criança tenha contato com ela desde os primeiros meses de vida e que venha a aprender o Português posterior ou simultaneamente. Na medida em que a criança vai crescendo, ela passa a ser atendida em outros dois conjuntos de ações, o *Programa Infantil: Linguagem e Surdez* e o *Programa Surdez e Escolaridade*.

Destacamos que o acompanhamento terapêutico oferecido ao neonato com perda auditiva cumpre as normativas da habilitação do serviço e ainda contempla a Libras como possibilidade no processo terapêutico, o que não é previsto em nenhuma das portarias do MS relacionadas e que pode servir de exemplo para outros serviços com o mesmo tipo de habilitação.

Retomando a história do pequeno João Victor, a suspeita da perda auditiva ocorreu de forma oportuna, ainda no primeiro mês, quando ele não passou na triagem. A TAN foi realizada no primeiro mês de vida, porém a intervenção que se iniciou com a adaptação de AASI ocorreu um pouco depois dos 12 meses.

Para que a reabilitação auditiva ocorra em tempo oportuno é necessária agilidade no diagnóstico da perda auditiva. É bastante conhecido na literatura que os primeiros anos de vida constituem um período crítico para o desenvolvimento das habilidades auditivas, período, inclusive, em que a intervenção terapêutica deve ser iniciada, visando propiciar as condições necessárias para o desenvolvimento da linguagem²⁰. A identificação precoce do déficit auditivo é fundamental, devendo ocorrer até os três meses de idade, e a intervenção terapêutica até os seis para que haja adequado desenvolvimento da criança^{26;27}.

O estudo de Rovere, Lima e Silva²⁸, que analisou dois grupos de crianças e adolescentes surdos que iniciaram reabilitação precocemente e tardiamente, apontou que o grupo cujos membros tiveram o diagnóstico da surdez e a entrada no programa de reabilitação de forma precoce demonstrou maior desenvolvimento na comunicação, apresentando uso espontâneo da Língua de Sinais e comunicação de forma mais efetiva com os familiares ouvintes, quando comparados com o grupo de crianças que iniciaram tardiamente no serviço.

Uma vez confirmada a perda auditiva e iniciado o processo de adaptação de AASI, a criança ingressou o *Programa de Orientação à Família de Crianças Surdas*. No itinerário de João Victor, foi possível observar a ausência da Libras, provavelmente porque as características auditivas da criança associadas ao uso do AASI tornaram sua habilidade muito próxima do padrão de normalidade. Com isto, vemos que o fato de ser oferecido acesso ao aprendizado da Libras não quer dizer que ela será uma opção para todos, pois há de se considerar, sobretudo, qual será a escolha dos pais.

O papel da Unidade Básica de Saúde

Na atenção básica, é esperado que as equipes realizem um conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde auditiva, a prevenção e a identificação precoce de alterações auditivas, assim como ações informativas, educativas e de orientação familiar, e encaminhamentos para serviços especializados, quando necessário⁷. Muitas vezes, é na UBS onde o usuário com déficit auditivo vai expor sua queixa, ou onde esta poderá ser percebida pelos profissionais por ocasião de algum atendimento.

A Atenção Básica deve estar muito bem articulada com os Programas de TAN e com os *Centros de Reabilitação Auditiva*, pois tem a função de

verificar se a TAN foi realizada, se houve necessidade de retorno para realização do reteste ou se compareceu para avaliação diagnóstica, quando necessário, além de apoiar os processos de adaptação de AASI. O estudo de Fernandes e Nozawa¹³ apontou que a efetividade de um programa de TAN depende, dentre outros fatores, do envolvimento e participação dos familiares durante todo o processo e que um dos motivos para a não adesão familiar ao programa deve-se à crença das mães de que os médicos, durante as consultas de puericultura, conseguirão avaliar eventuais necessidades voltadas à audição da criança.

Pouco se comenta que é na atenção básica onde recém-nascidos, especialmente aqueles com IRDA, devem passar pelo monitoramento do desenvolvimento da audição e da linguagem⁴, mesmo nos casos em que o recém-nascido tenha resultado de funcionamento normal de células ciliadas externas nas EOA, uma vez que perdas auditivas progressivas ou de aparecimento tardio podem ocorrer⁵.

Porém, no cotidiano da atenção básica, geralmente as ações se restringem à prevenção de problemas que podem cursar com alterações auditivas, como as campanhas de vacinação e o controle da Hipertensão arterial e do Diabetes mellitus, ainda assim sem que a relação com a saúde auditiva seja claramente percebida. As ações com foco específico na identificação precoce dos sinais que anunciam o surgimento de um problema auditivo, no monitoramento do desenvolvimento auditivo e nos cuidados com a audição dos neonatos e crianças, embora sejam prerrogativas da Atenção Básica, são incomuns de serem encontradas. Geralmente, é mediante uma queixa que os profissionais entram em cena, restringindo-se ao encaminhamento para serviços especializados.

É premente, portanto, que a Atenção Básica cumpra seu papel de coordenadora do cuidado, acompanhando de perto os casos que se encontram em reabilitação auditiva e oferecendo o suporte necessário para solucionar possíveis problemas que surjam no processo.

No itinerário terapêutico de João Victor, houve a necessidade de um procedimento simples de remoção de excesso de cerúmen para viabilizar, inclusive, a adaptação do AASI. No entanto, o usuário foi encaminhado da UBS para o ambulatório de especialidades do município, ingressando em uma longa fila de espera, sem qualquer análise do grau de prioridade da situação e das consequências que

uma adaptação tardia do aparelho auditivo provoca no desenvolvimento da criança. A situação ressalta a importância de haver regras bem definidas de encaminhamento ao especialista, com avaliação de risco para garantir maior resolutividade do sistema.

O episódio não é um fato isolado pois, conforme relatou o *médico otorrinolaringologista do Ambulatório de Saúde Auditiva*, não são raras as vezes que pacientes são encaminhados dos municípios para o *Centro de Reabilitação Auditiva* na alta complexidade, para remoção de excesso de cerúmen.

“A gente recebe encaminhamento do PS da cidade: ‘favor limpar ouvido do paciente com cera’. O paciente vem de uma outra cidade para um hospital terciário, quaternário pra limpar cera!?”

Este é um procedimento relativamente simples, de competência do otorrinolaringologista, mas que também pode ser do médico de família ou do clínico geral. A existência de material adequado nas unidades de saúde e a capacitação dos médicos da rede básica (clínicos, pediatras, médicos da saúde da família) poderia contribuir para reduzir a demanda do ambulatório de especialidades do município, diminuir a fila de espera para se consultar com o otorrinolaringologista, aumentar a resolutividade do sistema, sem deixar de considerar que poderá haver casos que o encaminhamento para a especialidade seja necessário.

A dificuldade de acesso de João Victor a este simples procedimento não é uma particularidade da atenção à saúde da pessoa com deficiência. Estudo de Cecílio et al.²⁹ evidenciou a grande dificuldade enfrentada pelos usuários para acesso à atenção especializada, sentida também pelas equipes da atenção básica, que carecem de meios para interferir nisso. São problemas como estes enfrentados pelos usuários que fazem famílias como as de João Victor recorrerem ao setor privado.

A educação permanente de profissionais da rede básica pode ser feita, inclusive, pela equipe do ambulatório de especialidades do município ou do próprio *Centro de Reabilitação Auditiva*, que tem esta função expressa na normativa que o regulamenta¹⁷. Estes profissionais poderiam atuar em uma lógica de apoio matricial³⁰, oferecendo retaguarda técnico-pedagógica às equipes de referência da atenção básica, buscando aumentar sua autonomia e capacidade resolutiva.

A educação permanente pode ser uma iniciativa estimulada e coordenada pela gestão municipal

para superar estas questões e um dispositivo potente para provocar mudanças nos processos de trabalho e ampliar a produção de cuidado. Ela se constitui em diretriz e objetivo da *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*¹, tamanho seu potencial transformador.

Considerações finais

A reconstituição do itinerário terapêutico mostrou-se como uma importante ferramenta metodológica para analisar a integralidade na atenção à saúde, sendo possível compreender a trajetória real do usuário na busca por cuidado nos sistemas de saúde. Nesse sentido, reconstituir o caminho percorrido pelo paciente desde a percepção inicial do problema de saúde até a obtenção do cuidado de que necessita permite que se conheça como funciona a rede real de atenção à saúde.

A *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*, apesar de ainda estar em construção tem representado enorme avanço na melhoria da vida das pessoas com deficiência, justamente por apresentar de modo claro os requisitos necessários para a implementação de uma nova rede e da articulação entre seus pontos.

Um passo importante rumo à integralidade do cuidado foi reunir nos Centros Especializados de Reabilitação mais de uma modalidade de deficiência, tornando a atenção integrada por demanda e necessidade e não por tipo de deficiência. O Centro de Reabilitação Auditiva estudado nesta pesquisa ainda é um ponto de atenção que funciona na lógica anterior à criação da rede, fazendo com que o usuário necessite de um serviço que realiza a reabilitação auditiva e outro que faz a reabilitação física. A narrativa do itinerário terapêutico apresentado é prova da necessidade de superação deste modelo, esperada a partir da expansão da *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*, possibilitando que crianças sejam atendidas em um único serviço especializado, mesmo quando possuem mais de um tipo de deficiência.

A *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência* avançou em muitos aspectos, sobretudo ao prever que a pessoa com deficiência é usuária do SUS não apenas para reabilitação, mas para todo e qualquer serviço por ele oferecido, a depender da necessidade. Esta rede é relativamente recente no SUS e novas pesquisas sobre seu processo de implantação, visando, sobretudo, contribuir com

o avanço da qualidade do cuidado ofertado aos usuários com deficiência são fundamentais para sua consolidação.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). 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. Diário Oficial da União [Internet]. 24 abr. 2012. [acesso em 03 set. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
2. Campos MF, Souza LA de P, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface (Botucatu). 2015; 19 (52): 207-210.
3. United Nations. Resolution 61/106 adopted by the General Assembly on 13 December 2006. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Assembly; 2007 24 jan. [Internet]. [acess 2017 abr. 28]. Available from: A/RES/61/106 https://treaties.un.org/doc/source/docs/A_RES_61_106-E.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.328, de 3 de dezembro de 2012. Aprova as Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [acesso 03 set. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1328_03_12_2012.html
5. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 2019 Position Statement: Principles and guidelines for early hearing and intervention programs. Pediatrics. 2019; 4 (2): 1-44.
6. Lewis DR, et al. Multiprofessional committee on auditory health: COMUSA. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2010; 76 (1): 121-28.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 587, de 28 de setembro de 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Diário Oficial da União [Internet]. 28 set. 2004. [acesso 03 set. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html
8. Mendes VLF. Saúde sem limite: implantação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência. Divulg. saúde debate. 2014; 52: 146-52, 2014.
9. Ricoeur P. Tempo e narrativa. São Paulo: Martins Fontes; 2010. 1208p.
10. Nunes ED, Castellanos MEP, Barros NF. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. Physis. 2010; 20(4): 1341-56.
11. Vianna NG, Andrade MGG. A contribuição do itinerário terapêutico e de sua narrativa para a compreensão da integralidade do cuidado à saúde auditiva. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva JR AG, organizadores. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc editora IMS/UERJ – ABRASCO; 2016. p. 343-58.
12. Cavalcanti Hannalice Gottschalck, Melo Luciana Pimentel Fernandes de, Buarque Laisa Flávia Soares Fernandes Peixoto, Guerra Ricardo Oliveira. Panorama dos programas de triagem auditiva neonatal em maternidades brasileiras. Braz. j. otorhinolaryngol. 2014; 80(4): 346-53.
13. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. Cienc Saude Colet. 2010; 15(2): 353-61.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [homepage da internet] 2019. [acessado 14 out 2019]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>
15. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Cartilha Viver sem Limite - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF; 2014. [Internet] [acesso em 25 out. 2019]. Disponível em: <https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/53630c9c-3eda-46d3-b013-fb83152e3495.pdf>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. [homepage da internet] 2015. [acessado 14 out 2019]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/campanhas/dengue2015/Broadside_Microcefalia_20x28_V2.pdf
17. Fichino SN, Avelino VLF, Lewis DR. Características demográficas e audiológicas da população pediátrica de um centro de referência em saúde auditiva de São Paulo. Distúrb Comum. 2018; 30 (3): 570-84.
18. Paschoal Monique Ramos, Cavalcanti Hannalice Gottschalck, Ferreira Maria Ângela Fernandes. Análise espacial e temporal da cobertura da triagem auditiva neonatal no Brasil (2008-2015). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Nov [cited 2019 Oct 15]; 22(11): 3615-3624.
19. Cruz LRL, Ferrite S. Cobertura estimada da triagem auditiva neonatal para usuários do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2008-2011. Rev Bras Saude Matern Infant. 2014; 14(4): 401-11.
20. Youssef BC, Mendes BCA, Costa EC, Ficker LB, Novaes BCAC. Efetividade na adesão à reabilitação auditiva em crianças: Grupo de Adesão Familiar e terapia inicial. Distúrb Comum. 2017; 29 (4): 734-48.
21. Mariz VF, Cruz RC, Venâncio VI, Januário GC. Análise dos indicadores de qualidade do Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal de Minas Gerais em 2011. Revista Tecer. 2014; 7 (12): 23-37.
22. Soman UG, KAN D, Tharpe AM. Rehabilitation and Educational Considerations for Children with Cochlear Implants. Otolaryngol Clin N Am. 2012; 45: 141-53.
23. Guia ACOM, Neto RO, Escarce AG, Lemos SMA. Rede de Atenção à Saúde Auditiva: perspectiva do usuário. Distúrbios Comun. 2016; 28 (3): 473-82.
24. Vieira GI, Mendes BCA, Zupelari MM, Pereira IMTB. Saúde Auditiva no Brasil: análise quantitativa do período de vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Distúrbios Comun. 2015; 27(4): 725-40.
25. Lima MCO, Souza AS, Santos IRD, Carvalho WLO, Brazorotto JS. Análise da efetividade de um programa de intervenção para famílias de crianças com deficiência auditiva. CoDAS. 2019; 31 (3):1-6.
26. Yoshinaga-Itano C. From Screening to early identification and intervention: discovering predictors to successful outcomes for children with significant hearing loss. J. Deaf Stud. Deaf Educ (Oxford). 2003; 8(1): 11-30.
27. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Wiggin M, Chung W. Early Hearing Detection and Vocabulary of Children With Hearing Loss. Pediatrics. 2017; 140 (2): 1-10.



28. Rovere NC, Lima MCMP, Silva IR. A comunicação entre sujeitos surdos com diagnóstico precoce e com diagnóstico tardio e seus pares. *Distúrb Comum*. 2018; 30 (1): 90-102.

29. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, Meneses CS, Pinto NRS, Reis DO, Santiago S, Souza ALM, Spedo SM. A atenção básica à

saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cienc Saude Colet* 2012; 17 (11): 2893-902

30. Oliveira JM de, et al. Inovação na formação médica: apoio matricial em programas de residência. *Interface (Botucatu)*. 2019; 22(64): 211-22.