

A INFLUÊNCIA DA LEI 3028 NA IDADE DE INGRESSO DA CRIANÇA SURDA NO INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS DO RIO DE JANEIRO

The influence of law number 3028 on the admission of deaf children to Instituto Nacional de Educação de Surdos do Rio de Janeiro

Vanda Carnevale

Fonoaudióloga. Atua na Divisão de Fonoaudiologia do INES desde 1988. Pós-graduada em Problemas de Desempenho Escolar pela Faculdade de Ciências e Letras/RJ em 1990. Mestre em Fonoaudiologia pela UVA/RJ em 2013.

Email: vanda.carnevale@gmail.com

Artigo recebido em 24 de setembro de 2013 e selecionado em 20 de março de 2014

RESUMO

Introdução: O diagnóstico e a intervenção precoces na deficiência auditiva devem ocorrer nos primeiros 6 meses de vida da criança, tendo em vista as graves consequências que a surdez pode trazer para o processo linguístico e a comunicação. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo investigar a idade de ingresso das crianças matriculadas na estimulação precoce do Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES/MEC) antes e após a criação da Lei 3028 (Teste da Orelhinha), de 17 de maio de 2000. Essa lei tornou obrigatório o diagnóstico da audição dos bebês imediatamente após o nascimento nas maternidades e nos hospitais da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Método:** Foi realizado um levantamento na Divisão de Registro Escolar do INES retrospectivo à idade de ingresso de 161 crianças matriculadas na estimulação precoce nos anos de 1995 a 2012, sendo 96 do sexo masculino e 65 do sexo feminino, antes e depois da lei. **Resultados:** Os resultados obtidos comprovaram que a idade média de ingresso, que antes da lei era de 35 meses, passou para 27 meses após a lei. Houve significância estatística entre os dois grupos pesquisados ($p < 0,001$). A análise dos dados apontou a prevalência do sexo masculino ($p = 0,018$). **Conclusão:** Após a promulgação da Lei Municipal 3028 (Teste da Orelhinha), houve uma redução significativa na idade de ingresso das crianças matriculadas na estimulação precoce do INES, no entanto constatou-se que há um descompromisso da saúde pública na

execução dessa lei, uma vez que não há fiscalização nos hospitais e nas maternidades públicas ou privadas em prol do seu cumprimento efetivo

Palavras-Chave: Intervenção precoce. Surdez. Criança.

ABSTRACT

Introduction: Early diagnosis of hearing loss and consequential intervention should occur in the first six months of life, given the serious consequences deafness can cause to the language process and communication. **Objective:** The present study aimed at investigating the age of children at school admission who were enrolled at early stimulation course at Instituto Nacional de Educação de Surdos, INES/MEC [National Institute of Deaf Education], before and after the Municipal Law number 3028 – (OAE test, aka Teste da Orelhinha) of May 17, 2000, which made compulsory the neonatal hearing screening, immediately after birth in maternities and general hospitals at the municipality of Rio de Janeiro. **Method:** A retrospective survey at Divisão de Registro Escolar do INES [INES School Registry Department] on the age of 161 students at admission, 96 males and 65 females, enrolled in early stimulation from 1995 to 2012, before and after the Law. **Results:** The results obtained showed that average age of entry used to be 35 months before the Law and 27 months after it. There was sta-

tistical significance between the two groups researched ($p < 0,001$). Data analysis mentioned the prevalence of males ($p = 0,018$) Conclusion: After the enactment of the municipal law 3028 (Ear Test), there was a significant reduction in the age for admission of children enrolled in early stimulation at INES, however, it is observed that there is a disengagement of public health in the execution of this law, once there is no inspection in hospitals and public/private maternity hospitals in support of effective law enforcement

Keywords: Early intervention. Deafness. Child.

INTRODUÇÃO

A intervenção precoce, destinada a crianças que manifestam deficiências ou necessidades educativas especiais e que demonstram risco ou atraso no seu desenvolvimento, consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a essas crianças e suas famílias, tendo como objetivo minimizar alterações significativas no seu desenvolvimento. A intervenção precoce pode ter natureza preventiva secundária ou primária, ou seja, procurando contrariar a manifestação de problemas de desenvolvimento ou prevenindo a sua ocorrência.

Estima-se que no Brasil 3 a 5 em 1.000 crianças nascem surdas. Esse valor aumenta para cerca de 2 a 4 em cada 100 nascimentos provenientes de Unidades de Terapia Intensiva (CBPAI, 01/99).

No município do Rio de Janeiro, a partir de 17 de maio de 2000, o Teste da Orelhinha tornou-se obrigatório por intermédio da Lei 3028. Isto também ocorreu em Duque de Caxias, Rio de Janeiro, com a Lei 1660 de 06 de novembro de 2002, e em Niterói, Rio de Janeiro, com a Lei 2664 de 03 de setembro de 2004, com a finalidade de prevenir a deficiência auditiva ou até mesmo de remediá-la (nos casos de surdez congênita). Recentemente, foi sancionada pelo presidente da República, a Lei Federal 12.303, de 02 de agosto de 2010, que prevê a obrigatoriedade da realização gratuita do exame de emissões otoacústicas evocadas, popularmente conhecido como “Teste da Orelhinha”, em todos os hospitais e as maternidades. Assim, com a obrigatoriedade do diagnóstico precoce prevista em Lei Federal, as intervenções realizadas com as crianças surdas poderão ser feitas cada vez mais cedo, apontando para uma intervenção o mais precoce possível, o que resulta em melhor desenvolvimento da fala e da linguagem, de habilidades cognitivas, do desenvolvimento socioemocional e do sucesso acadêmico (NORTHEN; DOWNS, 2005).

Na maioria das vezes, a surdez era descoberta aos 3 ou 4 anos de idade, ou seja, quando a família percebia a dificuldade de comunicação da criança. Com isso,

gerava-se um atraso cognitivo difícil de ser recuperado.

A estimulação da audição e da linguagem deve ser feita até os 6 meses de idade, período em que a área cortical relacionada com a fala e a linguagem apresenta grande plasticidade, o que possibilita, assim, um maior desenvolvimento.

Carney (1998), Yoshinaga Itano et al. (1998), Moeller (2000), Ferro, Gonçalves e Cieri (2002), Bevilacqua e Formigoni (2003), Heck e Raymann (2003) enfatizam a necessidade da detecção e intervenção precoces como fator essencial para que as crianças surdas consigam adquirir a linguagem de maneira eficiente e na idade adequada.

É fundamental que todos os profissionais de saúde envolvidos nos períodos pré e pós-gestacional tenham conhecimento e valorizem a necessidade do diagnóstico precoce para que haja efetividade na triagem auditiva, tendo em vista a detecção precoce da perda auditiva por meio do teste da orelhinha. O trabalho somente é válido se existir a consciência imediata dos profissionais que atuam diretamente com os bebês, com o intuito de dar início ao processo de (re)habilitação.

O INES foi fundado em 1857. Localizado na Rua das Laranjeiras, 232, no Rio de Janeiro, é reconhecido na estrutura do Ministério da Educação e Cultura (MEC) como Centro de Referência Nacional na Área da Surdez, exercendo o papel de subsidiar a formulação de políticas públicas e de apoiar a sua implementação pelas esferas subnacionais de Governo.

O INES, único em âmbito federal, atua na construção e difusão do conhecimento por meio de estudos, pesquisas, fóruns, debates, publicações, seminários, congressos, cursos de extensão e assessorias. Sua atuação se dá em todo o território brasileiro.

O presente trabalho teve como objetivo investigar a idade de ingresso das crianças matriculadas na estimulação precoce do INES, antes e após a criação da lei 3028 (Teste da Orelhinha), no Município do Rio de Janeiro, no ano de 2000. Levando-se em consideração a importância da detecção e intervenção precoce da surdez no desenvolvimento linguístico, social e cognitivo dos sujeitos e a alta incidência de neonatos surdos

AUDIÇÃO / PERDA AUDITIVA

De acordo com Granato et al. (1997), a deficiência auditiva é a forma mais comum de distúrbio sensorial no homem, sendo que aproximadamente 50% das deficiências auditivas profundas possuem etiologia genética.

O censo do IBGE de 2010 aponta que 2,6 milhões da população são surdos, e 7,2 milhões apresentam gran-

de dificuldade para ouvir, e esses números tendem a aumentar (WINAUDIO NEWS, 2013).

Segundo Silva et al. (2007), os primeiros genes associados à surdez não sindrômica foram descobertos somente a partir de 1996, estando ainda longe da nossa realidade a possibilidade de realizar exames biomoleculares precisos que corroborem o processo de diagnose e ofereçam diretrizes mais seguras para a realização do aconselhamento genético.

AUDIÇÃO /LINGUAGEM

Segundo Hilú e Zeigelboim (2007, p. 563), a audição é essencial para a aquisição da linguagem oral, uma vez que é pela interação com o outro que a linguagem é apreendida. Por meio da audição a criança consegue entender seu universo, compreender seus semelhantes, desenvolver, organizar pensamentos e/ou sentimentos e também adquirir conhecimento.

No final do sexto mês gestacional, o aparelho auditivo está completamente formado e funcionando adequadamente, o que vem confirmar a sua importância para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança (NÓBREGA, 1999).

Para uma criança, a capacidade de ouvir é necessária ao desenvolvimento da linguagem, podendo a deficiência auditiva exercer profundo impacto negativo e interferir na fala e na aprendizagem (MONDELLI e BEVILACQUA, 2002).

O atraso na aquisição da linguagem reduz as ocasiões de contatos sociais e pode levar a déficits cognitivos, tornando-se fonte de frustrações para as crianças surdas e seus pais. Corvera e Gonzalez (2000) relatam que a privação auditiva interfere no desenvolvimento linguístico da criança, prejudicando a sua inserção na sociedade e com consequências cognitivas e emocionais. É importante que a criança seja inserida em um programa educacional que leve em consideração a surdez e suas particularidades.

Os estudos dos últimos anos vêm comprovando que a detecção e a intervenção precoces das alterações na audição garantem à criança o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, compatível com o das crianças ouvintes da mesma faixa etária (NIELSEN et al., 2007).

AUDIÇÃO/TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Em 1969, nos Estados Unidos, foi criado o Comitê denominado Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), e, a partir de então, começaram a ser publicadas diversas recomendações relativas à identificação da perda

auditiva. No mesmo ano, esse Comitê recomendou a utilização do registro de alto risco para a perda auditiva e a realização da triagem auditiva, preferencialmente utilizando-se potenciais auditivos do tronco encefálico (PEATE) nos recém-nascidos de alto risco.

A partir de 1994, surgiram os programas de triagem auditiva neonatal (TANU), preconizando que todos os bebês sejam avaliados. Sugere-se que a TANU seja realizada por medidas objetivas (emissões otoacústicas, ou PEATE) no primeiro mês de vida, o diagnóstico deve ser realizado até os 3 meses de idade e a intervenção iniciada até os 6 meses (SOARES et al., 2008).

Tendo em vista os prejuízos causados pela detecção e intervenção tardias da surdez, foi criado, em 1998, o Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal (GATANU), uma organização não governamental que tem como objetivo divulgar, operacionalizar e cadastrar os serviços da TANU no Brasil.

O termo “triagem” refere-se ao processo de aplicar a um grande número de indivíduos determinadas medidas rápidas e simples que identificarão a alta probabilidade de doença na função testada. A triagem não é um procedimento de diagnóstico, mas, um modo de identificar, entre indivíduos assintomáticos, aqueles que são suspeitos de apresentar doenças e que requerem procedimentos de diagnósticos mais elaborados (NORTHERN e DOWS, 2005).

Se somente as crianças que apresentam indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA) forem triadas, então em apenas cerca de 50% a deficiência auditiva será identificada. Por esse motivo é que se recomenda a realização universal (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2000).

Yoshinaga-Itano (2004) relata que a TANU, por si, não resulta em melhor desenvolvimento infantil. A causa real de um desenvolvimento satisfatório está relacionada com a intervenção precoce, o que viabiliza à criança acesso à linguagem e à comunicação.

SURDEZ / INTERVENÇÃO PRECOCE

Em 1999, foi elaborada a Resolução 01/99 pelo Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI). Segundo essa Resolução, “todas as crianças devem ser testadas ao nascimento ou no máximo até os três meses de idade e em caso de deficiência confirmada, devem receber intervenção educacional até os seis meses”. Para garantir o acesso da maioria das crianças à intervenção precoce, o Comitê recomenda avaliá-las antes da alta da maternidade.

Borges et al. (2006) enfatizam que a identificação precoce das alterações auditivas possibilita a interven-

ção ainda no “período crítico” e ideal da estimulação de linguagem e audição, uma vez que o processo de maturação do sistema auditivo central ocorre durante os primeiros anos de vida. A experiência auditiva nesse período de maior plasticidade cerebral, em que novas conexões neurais se estabelecem, é imprescindível para garantir o desenvolvimento da audição e da linguagem.

Vieira e Macedo (2007) relatam que as crianças cujo diagnóstico das alterações auditivas foi apontado no primeiro semestre de vida apresentam desenvolvimento cognitivo, de fala e linguagem superior aos de crianças diagnosticadas após esse período.

ESTUDOS CORRELATOS

Estudos realizados por Zocoli et al. (2006) e Barros (2002) apontaram que há necessidade de mais informações sobre a importância do diagnóstico precoce, dos métodos para sua realização e que o conhecimento é restrito no que diz respeito à deficiência auditiva por toda a equipe envolvida nos períodos pré e pós-gestacional.

O estudo realizado por Barros (2002) revelou que os pediatras obtiveram seus conhecimentos sobre deficiência auditiva durante a formação acadêmica.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Otolgia (SBO), as deficiências auditivas, que poderiam ser reversíveis se constatadas até os 6 meses de idade, no Brasil, apesar da obrigatoriedade do teste da orelhinha, são constatadas a partir de 4 anos, idade considerada tardia pelos médicos (WINAUDIO NEWS, 2013).

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, o diagnóstico da surdez foi realizado aos 26 meses e o início da reabilitação, aos 41 meses (HECK, 2003).

Em um outro estudo realizado na Bahia, Brasil (CARVALHO, 2009), a média de idade das crianças no início do atendimento terapêutico foi de 3,5 anos (41 meses). Comparando-se com a idade preconizada pelo CBPAI para o início do processo terapêutico, o atraso é de 2,8 meses.

Em Campo Grande/MS, Brasil, em estudo realizado por Ferro, Gonçalves e Cieri (2002), a idade média do início da terapia fonoaudiológica foi de 4 anos e 5 meses.

Sigolo (2011) mostrou em um levantamento de 320 prontuários, em duas instituições especializadas no atendimento à surdez, localizadas na Região Administrativa e Metropolitana de Campinas, que a média da idade verificada para o início de intervenção variou entre -6 meses e 28 anos, com média de 6 anos e 1 mês.

ESTUDOS INTERNACIONAIS

Idade de início da intervenção fonoaudiológica.

Cidade/ País	Idade	Fonte /ano
LEIRIA - PORTUGAL	33 MESES	Silvia et al (2010)
CUBA	10 MESES	Perez et al (2005)
CINGAPURA	42,4 MESES	Low et al (2005)
MISSISSIPI - EUA	6.1 MESES	Connoly et al (2005)
SICÍLIA - ITALIA	6 MESES	Martines et al (2007)
AUSTRIA	6 MESES	Weichbold et al (2005)

Segundo a American Academy of Pediatrics - AAP (1999) e o Joint Committee on Infant Hearing (JCIH, 1995), a intervenção deve ser feita antes dos 6 meses de idade.

Das publicações que se referem à época em que foi feita a intervenção, a conduta sugerida foi adotada somente na Itália (Sicília) (MARTINES et al., 2007) e na Áustria (WEICHBOLD et al., 2005).

METODOLOGIA

A presente pesquisa refere-se a um estudo documental retrospectivo realizado no INES, Centro de Referência Nacional da Surdez, especializado no atendimento de indivíduos portadores de deficiência auditiva severa profunda oriundos da cidade do Rio de Janeiro e municípios vizinhos.

Esta pesquisa foi realizada após procedimentos éticos pertinentes: análise e aprovação pela Plataforma Brasil, Ministério da Saúde, parecer Consubiado do CEP 31984, Universidade Veiga de Almeida, CAAE: 01485212.0.0000.5291.

PARTICIPANTES

Participaram 161 alunos matriculados na Estimulação Precoce do INES com idades de 6 a 53 meses.

Foi assinado o Termo de Consentimento Livre pelos responsáveis.

MATERIAL/AQUISIÇÃO DE DADOS

Carta da coordenadora do Mestrado da UVA, Prof^a. Dr^a. Carta da coordenadora do Mestrado da Universidade de Veiga de Almeida (UVA) Prfa. Dra. Mônica Medeiros Britto Pereira solicitando autorização à Diretora do DDHCT – Departamento de Desenvolvimento Humano Científico e Tecnológico (INES), Sra. Maria Inês Barbosa Ramos, para desenvolver a pesquisa A Influência da Lei 3028 na Idade de Ingresso da Criança Surda no Instituto Nacional de Educação de Surdos do Rio de Janeiro. Carta de aceite, INES, mediante documento 001026 2011-36.

As informações foram coletadas na Divisão de Registro Escolar (DIRE) mediante listagem completa dos alunos matriculados no INES, na Estimulação Precoce, onde foi verificada pela data de nascimento e pelo ano de ingresso a idade em meses da criança, desde o ano de 1995 até o ano de 2012, perfazendo um total de 161 alunos, de ambos os sexos.

PROCEDIMENTO

Binomial Teste						
		categoria	N	Observação proporcional	Teste proporcional	Significância estatística
sexo	Grupo 1	96,00	96	0,60	0,50	0,018
	Grupo 2	65,00	65	0,40		
	Total		161	1,00		

Foram coletados os dados e catalogados em fichas por ano de ingresso entre abril e novembro de 2012.

Os dados referentes ao histórico da surdez, ao Teste da Orelhinha, foram retirados das anamneses dos arquivos que constavam da Divisão de Fonoaudiologia (DIFON). Para tal coleta, foi elaborada uma ficha individual que buscou verificar se a criança fez ou não o Teste da Orelhinha. Todos os dados foram confirmados na Divisão de Audiologia (DIAU).

RESULTADOS

ANÁLISE DE DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS

Tabela 1 - Mostra a distribuição para a variável qualitativa "gênero".

		sexo	
		frequência	Percentual
gênero	masculino	96	59,6
	feminino	65	40,4
Total		161	100,0

Tabela 2 - Mostra a prevalência do sexo masculino na amostra de participantes ($p=0,018$).

- Foram levantados os prontuários de dois momentos: Crianças nascidas depois da lei Municipal RJ (2001).

	sexo	Frequência	%	Percentual válido	Percentual cumulativo
Gênero	masculino	53	65,4	65,4	65,4
	feminino	28	34,6	34,6	100,0
Total		81	100,0	100,0	

- Crianças nascidas antes da lei Municipal RJ (2001).

	sexo	Frequência	%	Percentual válido	Percentual cumulativo
Gênero	masculino	43	53,8	53,8	53,8
	feminino	37	46,3	46,3	100,0
Total		80	100,0	100,0	

- Comparação dos dois grupos: antes e após a Lei Municipal 3028/2000 RJ.

ESTATÍSTICA idade			
Antes da lei municipal RJ	N	válido	80
		Não válido	0
		Média	35,6375
		Mediana	35,5000
		Desvio padrão	8,93612
		Mínimo	16,00
		Máximo	55,00
Depois da lei municipal RJ	N	válido	81
		Não válido	0
		Média	27,3333
		Mediana	28,0000
		Desvio padrão	9,82599
		Mínimo	6,00
		Máximo	45,00

Obs: Com relação aos anos de 1995 até 2000, quando não existia a Lei Municipal RJ, “Teste da Orelhinha”, nos hospitais municipais, a idade média de ingresso na intervenção precoce em uma população de 80 crianças, era de 35 meses. Depois da criação da Lei Municipal, a partir de 2001, em uma população de 81 crianças, a idade média de ingresso passou a 27 meses.

- A seguir estão expostos os achados da análise, que verificou a comparação entre os dois grupos.

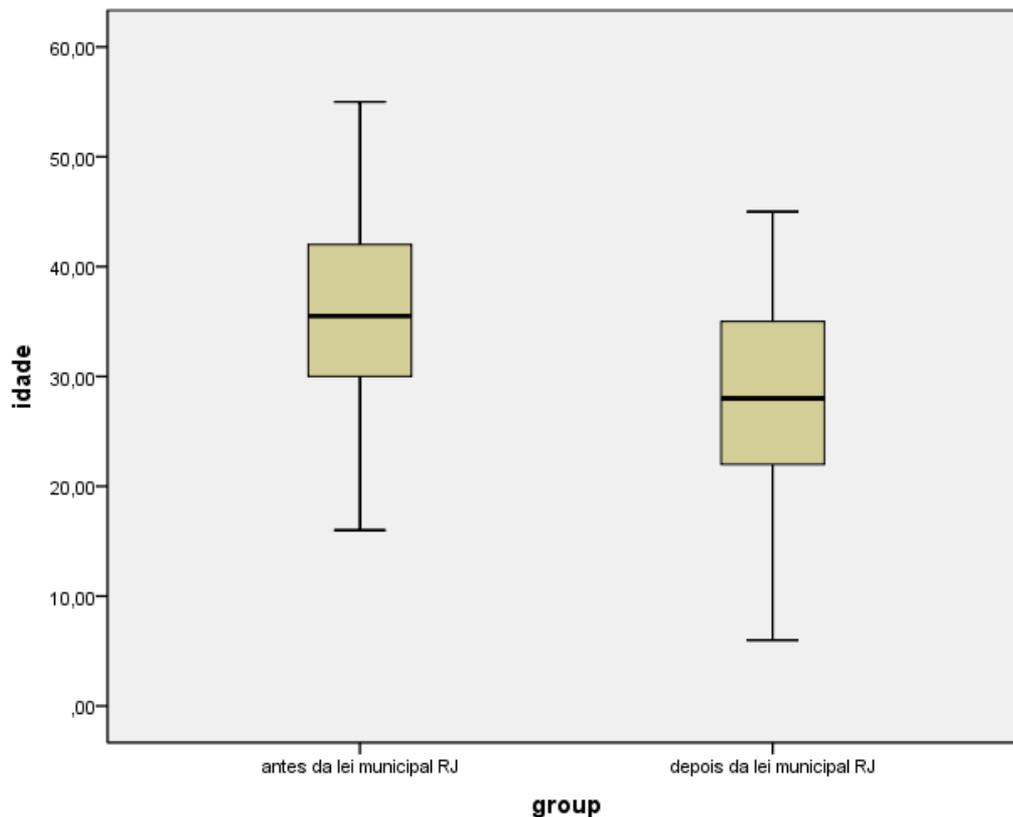
Test Statistics^a

	idade
Mann-Whitney U	1781,500
Wilcoxon W	5102,500
Z	-4,935
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: group

- ($p < 0,001$) - Houve significância estatística entre os dois grupos pesquisados
Independent Sample Test

		Levene's Test of Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	dF	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
idade	Equal variances assumed	,809	,370	5,608	159	,000	8,30417	1,48079	5,37961	11,22873
	Equal variances not assumed			5,611	157,933	,000	8,30417	1,47992	5,38119	11,22715



DISCUSSÃO

A surdez neurossensorial é a que tem mais repercussões no futuro da criança, estimando-se que cerca de 50% dos casos sejam de origem genética.

As causas de surdez neurossensorial têm se alterado nos últimos anos, sendo cada vez mais rara a surdez provocada por rubéola ou meningite por causa das vacinas para a prevenção dessas doenças.

Não obstante, o número de casos de surdez permanece ainda elevado, sobretudo à custa de situações que envolvem prematuros, recém-nascidos de baixo peso, restrições de crescimento intrauterino, fatores de risco para surdez como citomegalovírus, toxoplasmose, sífilis, herpes, AIDS e também o uso de substâncias ototóxicas pela mãe durante a gestação.

Verificou-se que, com a criação, em maio de 2000, no município do Rio de Janeiro da Lei 3028, houve, em relação aos anos anteriores, um número maior de crianças surdas matriculadas na Estimulação Precoce, também apresentando, nesse mesmo ano, uma redução na idade média de ingresso das crianças para o início da intervenção fonoaudiológica, com diagnóstico de surdez neurossensorial bilateral severa/profunda. Após a Lei, dez crianças que ingressaram na estimulação precoce apresentaram idade de 16 meses, o que não ocorreu nos anos anteriores, quando a média da idade de ingresso das crianças, no INES, era de 35 meses, sendo a maioria em torno dos 40 meses de idade. Após a Lei, o início da intervenção passou para os 27 meses (média). Cabe ressaltar que a grande maioria das crianças matriculadas na intervenção precoce do INES é oriunda do Grande Rio e de municípios vizinhos, como a baixada Fluminense e Niterói.

A realização da pesquisa justifica-se, primeiro, pela intenção de mostrar que, apesar da criação de leis que contribuam para que as crianças sejam avaliadas ainda na maternidade, essas mesmas leis não são cumpridas na íntegra. Alguns motivos para isso podem ser desconhecimento da equipe hospitalar, falta de aparelhos ou mesmo falta de pessoas especializadas que realizem o teste, existindo, segundo depoimento de pais, somente o encaminhamento para lugares específicos, o que ocasiona a demora no diagnóstico e o início tardio da intervenção. Logo, é necessária a criação de programas de conscientização sobre a importância da realização do teste da orelhinha, em todo território Nacional.

As crianças que fazem parte da pesquisa são matriculadas quando ingressam na instituição, onde ficam registrados, além da idade, outros dados que não são objetos desse estudo, não importando se a criança está protetizada, ou mesmo outros dados que não possam ser confirmados pelos documentos.

As crianças que realizaram o “Teste da Orelhinha” logo após o nascimento e que ingressaram na intervenção precoce aos 6 meses de idade foram somente quatro, consideradas de risco, sendo uma portadora de síndrome de Waardenburg, uma com prematuridade e duas filhas de pais surdos, com histórico de surdez. No entanto, ainda estamos aquém do preconizado de todos os bebês, mesmo os que não apresentem fatores de risco serem avaliados até os 3 meses de idade e de início da intervenção precoce até os 6 meses de idade.

De acordo com a Portaria GM 2073/04, deve-se promover a ampla cobertura no atendimento aos portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva (BRASIL, 2001).

É importante destacar que, apesar de ser uma pesquisa regional, os dados podem refletir eventualmente a realidade nacional.

CONCLUSÃO

A criação da lei 3028 no município do Rio de Janeiro, (teste da orelhinha), no ano de 2000, favoreceu o diagnóstico e intervenção precoce, como apontado na pesquisa pelo ingresso mais precoce das crianças na terapia fonoaudiológica. No entanto, ainda encontra-se distante do preconizado pelo Conselho Brasileiro de Perdas Auditivas na Infância (CBPAI). Para alcançar tal resultado precisamos divulgar aos profissionais de saúde, educadores, familiares e à população em geral, sobre a necessidade da realização do teste da orelhinha e o encaminhamento aos serviços especializados, enfatizando aos profissionais responsáveis sobre a importância do diagnóstico da surdez, antes dos três meses de idade. O encaminhamento à intervenção precoce, deverá ser feito se possível até os seis meses de idade, sinalizando que o custo financeiro e social de uma deficiência auditiva pode ser minimizado, se houver uma intervenção efetiva e precoce.

Na pesquisa realizada constata-se que apesar da redução da idade média de ingresso na intervenção precoce do INES, ainda existe lentidão no processo e apresenta falhas no encaminhamento aos serviços especializados. Essas dificuldades acarretam demora nas intervenções terapêuticas eficazes. A intervenção precoce diminuiria os custos financeiros e sociais que ocasionam a perda auditiva no âmbito da Educação e Saúde.

Com a promulgação da lei federal, número 12.303 de 02 de agosto de 2010, acredita-se que a obrigatoriedade da realização do exame “teste da orelhinha” seja cumprida em todos os hospitais e maternidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS A.C.T., Galindo M.A.C., Jacob R.T.S. Conhecimento e conduta dos pediatras frente à deficiência auditiva. *Pediatria, São Paulo*, v. 24, n. 1/2, p. 25-31, 2002.
- BATALHA S.; ZARCOS, M.M. Leiria/Portugal. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Aceito em 28 jan.2010.
- BEVILÁQUA, M.C.; FORMIGONI, G.M. Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. *Pró-Fono*, 2003.
- BORGES, C.A.B.; MOREIRA, O.L.M.; PENA G.M.; FERNANDES, R.F.; BORGES, B.C.B.; OTANI, B.H. Triagem auditiva neonatal universal. *Arq. Int. Otorrinolaringol./Intl. Arch. Otorhinolaryngol, São Paulo*, v. 10, n. 1, p. 28-34, 2006.
- BRASIL. DATASUS - Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/CGI/labcgi.exe?popsp.def.\[2001 ago 03\]](http://www.datasus.gov.br/CGI/labcgi.exe?popsp.def.[2001 ago 03])>. Acesso em: 11 dez. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria 2073/GM em 28/09/2004. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM-2073.htm>>. Acesso em: 11 dez.2012.
- _____. Lei Federal 12.303. 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 16 jul. 2012.
- CARNEY, A.E.; MOELLER, M.P. Treatment efficacy, hearing loss in children. *J. Speech and Hearing Res.*, v. 41, n. 1, p. 61-84, 1998.
- CARVALHO, L.S; Cavalheiro, L.G. Detecção precoce e intervenção em crianças surdas congênicas inseridas em escolas especiais da cidade de Salvador/BA. *Arq. Int. Otorrinolaringol./Intl. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 189-194, 2009.
- CBPAI. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância. Resolução 01/99. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia*. Brasília: CBPAI, 2000; (5):3-7. Disponível em: <<http://www.gatanu.org/gatanu/cbpai.php>>. Acesso em: 20 dez.2012.
- CONNOLLY J.L., CARRON J.D.; ROARK, S.D. Universal newborn hearing screening: are we achieving the Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) objectives? *Laryngoscope*, v. 115, n. 2, p. 232-236, 2005.
- CORVERA, J.; GONZALEZ. Psicodinamia de la sordera  *Gaceta Medica de México*.
- veRev. *Arq. Otorrinolaringol.*, v. 13, n. 2, 2009.
- FERRO, L.; GONÇALVES, I.; CIERI, C.C. Tempo de latência entre suspeita, diagnóstico e intervenção em crianças portadoras de deficiência auditiva na cidade de Campo Grande/MS. *J. Bras. Fonoaudiol.*, v. 3, n. 11, p. 108-13, 2002.
- GRANATO, L.; PINTO, C.F.; RIBEIRO, M.Q. Perda auditiva de origem genética. In: LOPES FILHO, O. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 1997: 25-58.
- HEARING LOSS ORGANIZATION. Facts on hearing loss. Disponível em: <[http:// www.shhh.org/html/hearing loss fact sheets.html](http://www.shhh.org/html/hearing_loss_fact_sheets.html)>. Acesso em: 19 abr.2012.
- HECK, F.; RAYMANN, B.C.W. Tempo decorrido entre a suspeita da surdez, a primeira ida ao médico e/ou fonoaudiólogo, o diagnóstico e o início da reabilitação com crianças surdas. *J. Bras. Fonoaudiol.*, v. 4, n. 16, p. 175-85, 2003. Disponível em: <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=613>. Acesso em: 19 abr.2012.
- HILÚ, M.R.P.B.; ZEIGELBOIM, B.S. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. *Rev. CEFAC, São Paulo*, v. 9, n. 4, p. 563-570, 2007.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br> [2001 ago 03]>. Acesso em: 20 dez.2012.
- JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Year 2000 position statement. Principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Am. J. Audiol.*, v. 9, n. 1, p. 9-29, 2000.
- LOW W.K.; Pang K.Y.; Ho L.Y.; Lim S.B.; Joseph R. Universal newborn hearing screening in Singapore: the need, implementation and challenges. *Ann. Acad. Med. Singapore*, v. 34, n. 4, p. 301, 2005.
- MARTINES F.; PORRELLO M.; FERRARA M.; MARTINES M.; MARTINES, E. Newborn hearing screening project using transient evoked otoacoustic emissions: Western Sicily experience. *Int. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, v. 71,

p. 107-12, 2007.

MOELLER, M.P. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, v. 106, n. 3, ed. 43, 2000.

MONDELLI, M.F.C.G.; BEVILACQUA, M.C. Estudo da deficiência auditiva das crianças do HRAC-USP, Bauru-SP: subsídios para uma política de intervenção. *RBM* [Revista Brasileira de Medicina. Moreira Jr. (São Paulo) São Paulo], pp. 51-62. 2002. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=0038&id_materia=2074>. Acesso em: 11 dez.2012

NIELSEN, C.B.; FUTURO NETO, H.A.; GATTAZ, G. Processo de implantação de programa de saúde auditiva em duas maternidades públicas. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia*, v. 12, n. 2, p. 99-105, 2007.

NÓBREGA, M. Triagem audiológica universal. In: CALDAS NETO S, SIH T. *Otologia e audiologia em pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999:208-10. *Rev. CEFAC*. São Paulo, v. 9, n. 4, p. 563-570, 2007.

NORTHERN, J.L.; DOWNS, M.P. *Audição na infância*. 5. ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-184620080015&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 dez.2012.

OMS [Organização Mundial da saúde. Retardamento mental: enfrentando o desafio. Washington DC: Organização Mundial da Saúde, 2000 Hearing Loss Organization. Facts on hearing loss. Disponível em: <http://www.shhh.org/html/hearing_loss_fact_sheets.html>. Acesso em: 20 dez.2012.

PEREZ-ABALO M.C.; GAYA J.A.; SAVIO G.; PONCE DE LEON M.; PERERA M.; REIGOSA, V. Early detection and intervention of hearing impairment in Cuba: outcome after 20 years. *Rev. Neurol.*, v. 41, n. 6, p. 556-63, 2005.

RUSSO, I.C.P.; Santos, T.M.M. *Audiologia infantil*. São Paulo: Cortez, 1994. HILÚ, M.P. B.; ZEIGELBOIM, B.S. Conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da infância. *Rev. CEFAC*, v. 9, n. 4, p. 563-570, 2007.

SIGOLO C.; LACERDA, C.B.F. Da suspeita à intervenção em Surdez: Caracterização deste processo na região de Campinas/SP. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.*, v. 23, n. 1, p. 32-7, 2011. Aceito em: 18 Ago.2010.

SILVA, E.J.C.; LERENA JR.; J.C.; CARDOSO M.H.C.A.; INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Cad. Saúde Publ.*, v. Rio de Janeiro, 23, n. 3, 2007.

SOARES et al. Triagem auditiva neonatal [aplicabilidade clínica na rotina dos médicos pediatras neonatologistas. *Revista CEFAC*. v. 10 n. 1. São Paulo jan./

mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-100015&script=sci_arttext>18462008000>. Aceito em: 21/06/2011. Acesso em: 11 dez. 2012.

VIEIRA, A.B.C; MACEDO, L.R. O diagnóstico da perda auditiva na infância. *Pediatria*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-9, 2007.

WEICHBOLD V.; NEKAHM-HEIS D.; WEIZI-MULLER K. Evaluation of the Austrian Newborn Hearing Screening program/Zehn Jahre Neugeborenen-Horscreening in Osterreich. *Wien Klin Wochenschr*, v. 117, n. 18, p. 641-6,2005. Aceito em: 30 ago.2011.

WINAUDIO NEWS. Produtos-e-servicos/noticias-emaudiologia. Disponível em: <<http://www.winaudio.com.br/produtos-e-servicos/noticias-emaudiologia/3740-deficientes>>. Acesso em: 20 dez.2012.

YOSHINAGA-ITANO, C. et al. Language of early-and later identified children with hearing loss. *Pediatrics*, v. 102, n. 5, p. 1161-71, 1998.

YOSHINAGA-ITANO C. Levels of evidence: universal newborn hearing screening: (UNHS) and early hearing detection and intervention systems (EHD). *J. Commun. Disord.*, v. 37, n. 5, p. 451-65, 2004.

ZOCOLI A.M.; RICCHEL F.C.; ZEIGELBOIM B.S.; MARQUES J.M. Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, v. 72, n. 5, p. 617-23, 2006.