



CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA

2ª REGIÃO – SÃO PAULO



Parecer CRFa. 2ª Região/SP Nº 02/2009

“Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU)”

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal Nº 6.965, de 09/12/1981, regulamentada pelo Decreto Federal Nº 87.218, de 31/05/1982, que trata da regulamentação do exercício profissional da Fonoaudiologia e que em seu Art. 1º, parágrafo único, dá competência ao Fonoaudiólogo para atuar em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz;

CONSIDERANDO a Portaria GM Nº 2.073/05, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, bem como a Portaria SAS Nº 587/04 que determina que as Secretarias de Estado da Saúde adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva;

CONSIDERANDO a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – que determina como atribuição do Fonoaudiólogo Avaliar o Sistema Auditivo;

CONSIDERANDO o documento oficial publicado pelo CFFa., em dezembro/2002, que dispõe sobre o “Exercício Profissional do Fonoaudiólogo”;

CONSIDERANDO o documento publicado pelo CFFa., em março/2007, que dispõe sobre as “Competências do Fonoaudiólogo no Brasil”;

CONSIDERANDO a Classificação Brasileira de Procedimentos em Fonoaudiologia – CBPFa. – que codifica testes utilizados na triagem auditiva neonatal;

CONSIDERANDO a Resolução CFFa. Nº 260/00, que “Dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo em Triagem Auditiva Neonatal”;

CONSIDERANDO o Parecer CFFa. CS Nº 029/06, que “Dispõe sobre a triagem auditiva neonatal quanto à necessidade, viabilidade técnica, políticas públicas e legislação existente”;

CONSIDERANDO as Recomendações do COMUSA (Comitê Multiprofissional em Saúde auditiva), de maio/09;

CONSIDERANDO o aumento de unidades hospitalares que vem implantando a TANU, de aprovações de projetos de leis estaduais e municipais, de questionamentos enviados a este Conselho Regional sobre o tema;

CONSIDERANDO que a perda auditiva permanente na infância é um grave problema de saúde pública, que interfere na integração social, no desenvolvimento da linguagem oral, na escolarização e por fim, na inserção no mercado de trabalho e,

CONSIDERANDO que a triagem auditiva neonatal universal é um processo que utiliza procedimentos rápidos e não invasivos realizados pelo fonoaudiólogo e constitui a primeira etapa de um programa de saúde auditiva neonatal, devendo ser seguida de medidas de diagnóstico e reabilitação;

CONSIDERANDO a experiência profissional das fonoaudiólogas* que contribuíram, através da emissão de parecer técnico científico, para redação deste documento;

CONSIDERANDO que, a Comissão de Audiologia do CRFa 2ª Região/SP é favorável à aprovação deste Parecer e,

CONSIDERANDO a decisão da Sessão Plenária Ordinária Nº 339ª, ocorrida no dia 18/12/2009, o CRFa. 2ª Região/SP é do parecer que:

1. É de competência do fonoaudiólogo, devidamente capacitado, implantar, executar e coordenar programas de triagem auditiva neonatal em hospitais e maternidades brasileiras.
2. O fonoaudiólogo, ao implantar, executar e coordenar tais programas deve:
 - 2.1. Conhecer todas as ações de prevenção, diagnóstico e reabilitação da perda auditiva, tendo em vista que um programa de triagem auditiva neonatal universal terá sentido na medida em que garanta o diagnóstico correto, reabilitação auditiva e desenvolvimento de linguagem. O Fonoaudiólogo deve ter acesso aos encaminhamentos e, para tanto, deverá conhecer a rede de referência para garantir acesso imediato às tecnologias de alta qualidade e alta complexidade para o diagnóstico, adaptação de aparelhos de amplificação sonora ou implante coclear e terapia fonoaudiológica, além de outros equipamentos de assistência, sempre que necessário;
 - 2.2. Respeitar as necessidades e opções dos pais ou responsáveis pelos neonatos, desde que sejam observadas as questões éticas, técnicas e científicas;

2.3. Conhecer a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva por meio das Portarias Ministeriais e Leis Estaduais e Municipais voltadas a esta Política;

3. Para implantação e execução dos programas de TANU, recomenda-se que:

3.1. Todos os neonatos sejam submetidos ao teste, preferencialmente antes da alta hospitalar;

3.2. Seja garantida a triagem auditiva nos neonatos nascidos fora do ambiente hospitalar ou daqueles que não foram submetidos à triagem auditiva antes da alta hospitalar, no máximo, até o primeiro mês de vida;

3.3. Seja elaborado um plano de divulgação/informação sobre o Programa, destinado aos profissionais de saúde e à população;

3.4. Seja nomeado um coordenador do Programa, podendo ser um médico neonatologista, um médico otorrinolaringologista ou um fonoaudiólogo, com capacitação nesta área de atuação. É recomendável que o coordenador organize os dados relativos ao Programa (tais como: número de nascimentos, de neonatos triados, porcentagem de passa/falha, adesão aos retornos, efetividade do diagnóstico e do programa de intervenção, entre outros) e os disponibilizem para checagens ocasionais;

3.5. Os pais/responsáveis sejam orientados quanto à importância da TANU, assinem um termo de consentimento para realização do exame, ou um termo de responsabilidade pela recusa do mesmo;

3.6. Os pais/responsáveis assinem um termo de recebimento da entrega de resultados de exames e orientações antes da alta hospitalar;

4. Com relação aos procedimentos relacionados à TANU, recomenda-se que:

4.1. No caso de neonatos sem indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDA), o método indicado para a TANU é o registro das Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), por estímulo transiente ou produto de distorção. O objetivo é a identificação de perdas auditivas cocleares superiores a 25 dBNA. Trata-se de um método de fácil aplicação, rápido e de baixo custo; além disso, essa população de neonatos apresenta baixa prevalência de neuropatias auditivas;

4.2. Retorno no período de até 30 dias após a alta hospitalar, em todos os casos de registros ausentes (alterados) de EOAE, mesmo que apenas em uma orelha. No retorno, para reteste, ambas as orelhas devem ser testadas novamente, mesmo que a falha tenha ocorrido de forma unilateral;

4.3. Seja utilizado o PEATE automático (PEATE-A) antes da alta hospitalar, e/ou no retorno para reteste, para os casos de falha com a utilização do método das EOAE, pois essa medida pode diminuir o número de encaminhamentos desnecessários para diagnóstico. Respostas normais no PEATE-A em ambas as orelhas devem ser consideradas como triagem satisfatória. Entretanto, recomenda-se orientação aos pais/responsáveis enfatizando que, no caso de suspeita de dificuldades no desenvolvimento das habilidades auditivas, um serviço de referência em saúde auditiva deve ser procurado imediatamente. Em casos de hospitais de pequeno porte que não recebem RNs com IRDA e que não possuem PEATE-A, o Fonoaudiólogo deverá garantir retorno em serviço de referência para a realização do PEATE-A;

4.4. Encaminhamento imediato para diagnóstico médico otorrinolaringológico e avaliação audiológica completa, nos casos de manter-se a falha na triagem, para confirmar a presença da perda auditiva, preferencialmente, até o 3º mês e o início da intervenção fonoaudiológica até o 6º mês de vida;

4.5. Orientação sobre cuidados com a saúde auditiva, além de tabela de acompanhamento do desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem, para os neonatos com exames considerados normais pelos critérios adotados;

4.6. Para os neonatos com IRDA, recomenda-se como método inicial de triagem o registro dos PEATE-A na intensidade de 35 dBNA. Trata-se de um método que possibilita a identificação de perdas auditivas cocleares (sensoriais) e retrococleares (neurais), incluindo o espectro da neuropatia auditiva, mais prevalente na população de maior risco. Pode-se associar o método de EOAE, porém com o risco de maior índice de resultados insatisfatórios devido às alterações de orelha média, e não necessariamente devido às perdas auditivas sensoriais permanentes;

4.7. Encaminhamento imediato para os serviços de diagnóstico, sem reteste, no caso de ausência de registro de PEATE-A no teste inicial dos neonatos com IRDA.

5. Com relação ao prontuário, recomenda-se que a cópia de exame seja anexada ao mesmo, bem como efetuadas todas as anotações pertinentes, com data e assinatura do profissional responsável.

Este é o parecer, salvo melhor juízo.

Isabel Gonçalves

Presidente

Daniela Soares de Queiroz

Presidente da Comissão de Audiologia

*Fonoaudiólogas colaboradoras: Alessandra Spada Durante (CRFa. 8203), Doris Ruthi Lewis (CRFa.1753), Katia de Freitas Alvarenga (CRFa. 4831), Marisa Frasson de Azevedo (CRFa. 2292).