

# “Em termos de triagem é preciso recomendar



“NA HISTÓRIA DA TRIAGEM AUDITIVA NO BRASIL, É A PRIMEIRA VEZ QUE EU SINTO QUE TALVEZ A GENTE CONSIGA ...”



MÔNICA JUBRAN CHAPCHAP.

PHONAK

S.D.

Fonoaudióloga formada pela PUC-SP em 1985, Mônica Jubran Chapchap especializou-se em audiologia infantil em Pittsburgh (USA) durante 2 anos e quando retornou ao Brasil teve a oportunidade de implantar como rotina do berçário do Hospital Israelita Albert Einstein o 1º programa de triagem auditiva neonatal do país em 1988. Em 1998 fundou com outras audiologistas, o Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal (GATANU). Além do grupo, Mônica, junto com Flávia M. Ribeiro, coordena quatro programas de triagem auditiva em hospitais paulistanos. Desde 2000, estes programas fizeram o teste da orelhinha em aproximadamente 40.000 bebês.

## “It is necessary to recommend the ideal”

*Mônica Jubran Chapchap graduated at PUC São Paulo University in 1985 and spent 2 years in Pittsburgh, USA, to specialize in infant audiology. In 1988, she implemented the first Brazilian newborn hearing screening at Hospital Albert Einstein in the city of São Paulo. Ten years later, she founded with other audiologists the “GATANU” (Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal – Support Group for Universal Newborn Hearing Screening). With the audiologist Flávia M. Ribeiro, she also coordinates three hearing screening programs in private hospitals and one universal hearing screening program in a São Paulo public hospital (Hospital Geral de Pedreira). Since 2000, these programs have screened about 40,000 babies.*



# auditiva neonatal, o ideal”

## Audio Infos: Como foram os primeiros passos da triagem auditiva neonatal no Brasil?

**Mônica Chapchap:** Na época, em 1988, quando falávamos em triagem auditiva neonatal por potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) em berçário parecíamos ‘ETs’. Essa era uma realidade de um hospital privado e os profissionais que não faziam o PEATE achavam que era uma meta impossível de ser atingida. Era um trabalho muito solitário. Em 1998, tinham cinco serviços brasileiros que faziam triagem e a partir daí criou-se o GATANU. Desde 1994 a Academia Americana de Pediatria já recomendava fazer a TANU. O Hospital Israelita Albert Einstein foi o primeiro a fazê-la em 1996.

## Audio Infos: Hoje em dia a necessidade da triagem universal se tornou um consenso entre os profissionais?

**Mônica Chapchap:** Não acho que existam profissionais contra a TANU, a não ser devido ao desconhecimento e falta de informação sobre os seus benefícios. O que mais suscita dúvidas é como implementá-la no Brasil inteiro. É preciso recomendar o ideal (TANU) para que a implementação ocorra gradualmente de acordo com as possibilidades e as estruturas de cada município, devido as diferenças regionais existentes no país.

## Audio Infos: Alguns profissionais falam que o Brasil não tem os meios para implementá-la ...

**Mônica Chapchap:** Eu sou bastante otimista a respeito disso, eu diria que existem os idealistas e os que são mais racionais. A verdade é que vai ser difícil, mas não é porque é difícil que devemos dizer que não é possível. Quando as pessoas ficam tão preocupadas com a questão de “como vai ser realizado?”, elas ficam paralisadas e aí, é melhor falar que não vão fazer nada. Nós brasi-

leiros sabemos como as coisas são difíceis por aqui. O GATANU é um exemplo de grupo de profissionais e coordenadores que já fazem a triagem auditiva. O que temos discutido nos nossos encontros científicos é como viabilizar, como implantar os programas e como fazer da melhor forma possível apesar das várias realidades encontradas no país. Tenho muita prática clínica na triagem, e acho que só podemos recomendar coisas quando temos essa vivência. Acredito que é possível a realização da triagem universal.

## Audio Infos: Ao longo, teremos menos gastos com a educação especial, por exemplo, pois a TANU identifica precocemente os deficientes auditivos e eles são integrados nas sociedades não sendo um peso/ou gasto... Quais outros argumentos no caso do Brasil?

**Mônica Chapchap:** Vamos falar sobre uma maternidade pequena com 200 nascimentos por mês.

Por volta de 10% do total de nascimentos são bebês com indicadores de risco para perda auditiva. Portanto, se a triagem é realizada apenas nos bebês de risco, teremos apenas 20 recém-nascidos para avaliar por mês, é muito pouco e o profissional e equipe envolvidos no programa estão subutilizados. Uma das justificativas para TANU é que 50% dos deficientes auditivos estão no outro grupo (sem risco). O ideal seria o hospital ter a estrutura (equipamento e sala) e contratar um profissional com salário fixo para realizar a triagem universal. Seria a forma mais lógica. Essa é a minha visão, mas o fonoaudiólogo no hospital público tem várias funções, tem que fazer a triagem, tem que dar assistência a alimentação, atende adulto e não sobra tempo para realizar a TANU. Mas se a gente pudesse ter um profissional dedicado a TANU, ele daria conta. Outra razão é que os bebês saudáveis são os que mais se beneficiam da triagem porque eles são saudáveis, exceto pela deficiência auditiva e terão uma vida normal. Não tenho dúvida que tem que fazer a triagem nos be-

“EXISTE UM MOVIMENTO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS PARA IMPLANTAR A TANU.”

O IDEAL SERIA O HOSPITAL TER A ESTRUTURA E CONTRATAR UM PROFISSIONAL PARA REALIZAR A TANU. THE BEST SOLUTION WOULD BE A PERMANENT STRUCTURE IN THE HOSPITALS WITH A SALARIED PROFESSIONAL.



HG PEDREIRA

## Audio Infos: How were the first newborn hearing screening steps in Brazil?

**Mônica Chachap:** in 1988, when we spoke about newborn hearing screening through the auditory brainstem response (ABR) method, we felt like “ETs”. This was only something for private hospital and professionals who were not doing the

test thought to be just impossible. It was a very lonely work. In 1998, there were 5 services doing the screening and then GATANU was created. The American Pediatric Academy has been advising to implement universal screening since 1994. In Brazil, the Jewish Albert Einstein Hospital was the first to do it in 1996.

## Audio Infos: Is there nowadays a consensus among the hearing professionals to implement universal screening?

**Mônica Chapchap:** I don't think there are professionals against universal screening. What is doubtful is how to do throughout the country. Because of regional gaps, it is necessary to recommend the ideal situation to make sure that

**MÔNICA CHAPCHAP, FLÁVIA M. RIBEIRO E AS FONOAUDIÓLOGAS DO HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA (SÃO PAULO) ONDE FOI IMPLEMENTADO UM PROGRAMA DE TANU**

**MÔNICA CHAPCHAP, FLÁVIA M. RIBEIRO AND THE AUDIOLOGISTS OF THE HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA (IN SÃO PAULO) WHERE HAS BEEN IMPLEMENTED UNIVERSAL SCREENING**



HG PEDREIRA

bês de risco, mas às vezes eles têm problemas múltiplos que fazem com que eles não se beneficiem tanto da detecção precoce quanto os bebês normais. Às vezes, temos a falsa idéia de que o bebê mais doente é o mais necessitado só que ele tem mais limitações.

**Audio Infos:** Com a lei 12.522 que obriga os hospitais e as maternidades do estado de São Paulo a implementar um “diagnóstico de audição” parece ter uma mobilização forte ...

**Mônica Chapchap:** Sim, as pessoas estão se mobilizando e os hospitais estão preocupados em saber quem vai ser responsabilizado quando o pai disser que seu filho é deficiente auditivo e não fez o exame na maternidade. Querem saber se é de responsabilidade do convênio o pagamento do exame ou se é do hospital. Nos hospitais particulares, está bem claro que o serviço de triagem

deve existir e o exame deve ser oferecido e os pais podem aceitar ou não a realização do exame. Hoje, nos serviços que atuamos, fica documentado no prontuário do bebê, com assinatura do responsável, caso os pais recusem realizar o exame, pois não é raro, em casos de deficiência auditiva identificada tardiamente, os pais falarem que não foram orientados na maternidade.

**Audio Infos:** Estima-se que 3 ou 4 % das maternidades e hospitais brasileiros implementaram um serviço de triagem auditiva. Como isso está sendo feito?

**Mônica Chapchap:** A maioria dos serviços estão

em hospitais privados porque estão mais preparados para implantar um programa de triagem que requer uma equipe com equipamentos que tem um custo grande. Os primeiros serviços iniciaram em hospitais privados provavelmente devido ao interesse em prestar um serviço de excelência e ter um diferencial. Os hospitais públicos estão iniciando os seus programas, mas tem mais dificuldades. O custo de um equipamento de emissões otoacústicas não é muito alto, pode custar hoje em torno de 6000 dólares, quando comparado com o equipamento de ressonância magnética cujo preço é de 100.000 dólares. O aparelho usado para realizar o PEATE custa de 10 a 15000 dólares. Os hospitais públicos têm duas possibilidades na implantação dos programas de triagem. Podem destinar um profissional fonoaudiólogo da rede pública e disponibilizar um equipamento ou contratar uma equipe terceirizada com profissionais treinados e equipamentos próprios. Essa experiência tem funcionado muito bem no Hospital Geral de Pedreira.

**Audio Infos:** Um dos problemas da implantação da triagem auditiva neonatal é a falta de bancos de dados. Qual é a atuação do GATANU ?

**Mônica Chapchap:** A falta de banco de dados é um problema comum nos programas dificultando a análise dos indicadores de qualidades e, portanto a manutenção do programa. Para você ter o controle de tudo o que você está fazendo, é preciso um controle informatizado específico; o

## “ Os bebês saudáveis são os que mais se beneficiam da triagem.”

implementation occurs according the municipalities possibilities and structures.

**Audio Infos:** Some professionals state that Brazil has no means to do it?

**Mônica Chapchap:** Frankly I'm optimistic! I would say that there are the idealistic people and the more rational ones. The truth is that it's going to be tough, but it's not a reason to say that it isn't possible. When people get so concerned with “how is it going to be implemented”, they got paralyzed and don't do anything. We know how things are complicated here in Brazil. GATANU is an example of professionals who have been doing hearing screening and also have been coordinating programs. During our meetings, we have been discussing how to implement it properly according to the numerous realities of our country.

**Audio Infos:** In the mid-term, universal newborn hearing screening brings assets as less specialized education expenses or a better integration of the hearing impaired in

the society. What kind of other arguments can you give in the case of Brazil?

**Mônica Chapchap:** Let's think about a small maternity hospital with 200 births per month. About 10% are hearing loss risky newborns. So if the screening is done only with these cases, we'll only have 20 babies to check every month, it is very few and the team is underutilized. One of the universal screening justifications is that about 50% of the newborn hearing impaired belongs to the other group. The best solution would be a permanent structure (equipment and place) in the hospitals with a salaried professional dedicated to the job. This will be the most logical solution. The fact is that hearing professionals at public hospitals fulfill numerous functions and don't have time. Another reason is that healthy newborns are the ones who most take advantage of the screening because, except for their hearing losses, they're going to live a normal life. There's no doubt that we have to do screen risky newborns but sometimes they have so many health problems that they are not the ones who get the bigger benefits from screening. Sometimes we got the

false idea that the most diseased babies are those who need more care but it's not so simple.

**Audio Infos:** With the law 12.522 that binds hospitals and maternities from São Paulo State to implement a “hearing diagnosis”, it seems to have an important mobilization ...

**Mônica Chapchap:** Sure, people are getting mobilized and hospitals concerned about whose responsibility it is when fathers complain that their hearing impaired children had not been screened. In the private hospitals, it is now clear that the screen has to be proposed to fathers who are free to accept or reject it. In the hospitals where we work, we clearly registered when the screen is not accepted by the fathers.

**Audio Infos:** We estimate that 3 or 4 % of the maternities hospital are having a structure doing hearing screening. How is this being implemented?

**Mônica Chapchap:** Most of the hearing screening services have been set in private hospitals because they are more prepared. These first services have been implanted in pri-



NCHAM (National Centre for Hearing Assessment and Management da Utah State University) desenvolveu um programa de banco de dados para controle e manutenção dos programas e é vendido para os serviços. No caso dos serviços associados ao GATANU, podem usá-lo gratuitamente desde que tenham um treinamento prévio e compromisso em publicar os seus resultados e também fazer parte de um estudo multicêntrico. Apesar do treinamento ser gratuito, dado por eu mesma, isso não garante que os coordenadores treinados usem o banco de dados. Tenho me dedicado a isso, com o objetivo de fazer um estudo multicêntrico, mas não tem sido fácil. Hoje temos umas 10 maternidades usando o software Hitrack® e o restante provavelmente utiliza-se de livros e papéis para armazenamento dos dados.

### **Audio Infos: Qual o melhor caminho para implementar a TANU no Brasil?**

**Mônica Chapchap:** O ideal seria que cada estado e município soubessem quais são as suas prioridades com relação à saúde. Eu, como audiologista, acho que a implantação de serviço de triagem neonatal é prioridade, mas eles, como gestores estaduais ou municipais têm que ver se isso cabe em seus orçamentos. O mesmo se aplica aos gestores de hospitais. Será que eles têm índices gerais de saúde razoáveis para iniciar a triagem auditiva? Esse seria meu recado. Não sabemos disso porque não somos políticos, mas eles sabem. Os hospitais estaduais, por exemplo, recebem verbas e devem prestar contas sobre seus projetos, devem apresentar os indicadores mínimos necessários para implantar um determinado projeto. A verba que vem do estado ou do governo federal não vai ajudar uma unidade que



V.D.

não tem o mínimo de condições em implantar um determinado projeto. São coisas que não sabemos, mas existem pré-requisitos senão a verba é retirada; eles têm que saber qual é o momento de começar um projeto tão especializado assim. Se acharem que é o momento, nossa experiência pode ser reproduzida em diferentes lugares do Brasil, pois como já vimos, é possível. A parte técnica é “a menos complicada e mais padronizada” no momento da implementação da triagem. Precisamos ter todos os cuidados para ter as três fases: a triagem, o diagnóstico e a intervenção, bem coordenadas. Hoje, eu penso assim: se existe o interesse e se o município está pronto para começar, mãos à obra.

### **Audio Infos: A lei que obriga todos a fazer a TANU é adaptada à situação brasileira?**

**Mônica Chapchap:** Acho que é uma chance. Por causa da lei do estado e dos municípios de São Paulo, existe um movimento dos hospitais públicos para implantar os programas de TANU. Fomos convidados para ajudar na consultoria dessa implementação. Eles querem cumprir a lei em 35 hospitais públicos do município de São Paulo. Alguns deles estão fazendo triagem em bebês de risco, mas a TANU não é rotina. Eles nós consultaram para saber como seria a viabilização disso. Existe o movimento tanto do estado quanto dos municípios, mas ainda não se sabe qual será o caminho. Mas acho que na história da triagem auditiva no Brasil, é a primeira vez que eu sinto que talvez a gente consiga por causa da lei e de todo o movimento gradual de sensibilização e envolvimento dos profissionais da saúde. **por Stéphane Davoine**

vate hospitals because of the interest to get a service of excellence and a differential with other hospitals. Public hospitals are initiating but facing difficulties. The cost of the otocoustic emissions equipment is not high, about US\$ 6,000, it's not a lot in comparison with a magnetic resonance imaging equipment whose price is US\$ 100,000. The machine to do the ABR test costs from 10 to US\$ 15,000. Public hospitals have two options to implement screening programs. First, it's possible to have a public audiologist and buy the equipment; second, the hospital can hire an external team which uses its own equipment. This solution has been working quite well at Hospital Geral de Pedreira.

### **Audio Infos: One of the problems to implement the universal screening is the lack of data banks. What is the action of the GATANU ?**

**Mônica Chapchap:** The lack of data banks is one of the common problems which complicates the quality indicators analysis and so the enhancement of the programs. To have everything under control, a specific computerized system is required. The NCHAM (National Centre for Hearing

Assessment and Management from Utah State University) has developed a data bank program to control hearing and this program is sold. However, it's free for the GATANU associates provided that they get trained to. But although I give the training, which is also free, it is not insured that all the coordinators trained utilize the data bank. Nowadays, we have about 10 maternities using the Hitrack® software; the others probably work with paper to register the data.

### **Audio Infos: What is the best way to implement universal newborn hearing screening in Brazil?**

**Mônica Chapchap:** The ideal situation would be the one where each municipality would figure out its priorities in terms of health. As an audiologist, I think the implementation of a hearing screening service is a priority, but they have to know if this is compatible with their budgets. And the situation is similar in the case of hospital directors. Have they already achieved the health indicators minimums to initiate hearing screening? This is my message. We don't have all of those pieces of information because we're not involved in politics. To get federal funds, public state hospi-

tals have to prove results and show minimum indicators to be authorized to implement other programs. So hospitals have to be aware of the right moment for initiating such focused programs. This kind of experimentation can be reproduced in other places of Brazil. The technical part is “less complicated and more standardized”. We need to be very careful to have the screening, the diagnosis and the rehabilitation at the same time. So I would say: if there's an interest and if the municipality is ready, let's work!

### **Audio Infos: The law which binds everybody to implement universal screening fits Brazil?**

**Mônica Chapchap:** I think it's a chance. Due to São Paulo state law, there's a move from public hospitals to do universal screening programs. We have been consulted to advise these implementations. 35 São Paulo hospitals want to respect the law. Some of them are doing risky newborn programs but universal screening is not a routine. In the hearing screening history in Brazil, it is the first time that I think that we can manage to do it because of the law and raising consciousness and involvement of health professionals. **S.D.**