

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

ADRIANA RIBEIRO DE ALMEIDA E SILVA

**AÇÕES EDUCATIVAS E A ADESÃO AO ACOMPANHAMENTO
AUDIOLÓGICO DE NEONATOS E LACTENTES**

RECIFE
2013

ADRIANA RIBEIRO DE ALMEIDA E SILVA

**AÇÕES EDUCATIVAS E A ADESÃO AO ACOMPANHAMENTO
AUDIOLÓGICO DE NEONATOS E LACTENTES**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos diferentes cenários do cuidado de Enfermagem

Grupo de Pesquisa: Estudos em Fonoaudiologia

Orientadora: Prof^ª. Dra. Silvana Maria Sobral Griz

Co-orientadora: Prof^ª. Francisca Márcia Pereira Linhares

RECIFE

2013

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

S586a Silva, Adriana Ribeiro de Almeida e.
Ações educativas e a adesão ao acompanhamento audiológico de neonatos e lactentes / Adriana Ribeiro de Almeida e Silva. – Recife: O autor, 2013.
100 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientadora: Silvana Maria Sobral Griz.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
Inclui bibliografia e anexos.

1. Educação em saúde. 2. Audição. 3. Triagem neonatal. 4. Neonato. 5. Lactente. I. Griz, Silvana Maria Sobral (Orientadora). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2013-069)

ADRIANA RIBEIRO DE ALMEIDA E SILVA

**AÇÕES EDUCATIVAS E A ADESÃO AO ACOMPANHAMENTO
AUDIOLÓGICO DE NEONATOS E LACTENTES**

Dissertação aprovada em: 27 de fevereiro de 2013

Prof^ª Dr^ª Silvana Maria Sobral Griz – UFPE (Presidente)

Prof^ª Dr^ª Luciane Soares de Lima - UFPE

Prof^ª Dr^ª Telma Marques da Silva - UFPE

Prof^ª Dr^ª Denise Costa Menezes - UFPE

RECIFE
2013

Às mães de neonatos e lactentes participantes desta pesquisa.

SILVA, Adriana R.A. Ações Educativas e a Adesão ao Acompanhamento Audiológico de Neonatos e Lactentes. Recife-PE: UFPE, 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2013.

RESUMO

O alto índice de evasão ao acompanhamento audiológico infantil é apontado como o principal problema na efetividade dos programas de triagem auditiva neonatal. Objetivou-se verificar a relação entre a ação educativa em saúde auditiva e a adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico. Trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e longitudinal prospectiva, realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, com 188 mães de neonatos e lactentes atendidos no Programa de Saúde Auditiva Infantil, nascidos no período de junho a novembro de 2011 e encaminhados para acompanhamento audiológico. Pôde-se observar que 29,8% (n=56) das mães estudadas aderiram ao acompanhamento audiológico, com 62,0% (n=31) destas relatando ter recebido ao menos uma orientação sobre saúde auditiva. A prática da ação educativa é um fator significativo para a adesão ao acompanhamento audiológico. Dentre os aspectos socioeconômicos e demográficos estudados, a ‘região de moradia’ apresentou associação estatisticamente significativa em relação à adesão ao acompanhamento audiológico. A presença de indicadores de risco e o resultado ‘falha’ na triagem auditiva não foram significantes em relação à adesão ao acompanhamento audiológico. A ação educativa mostrou-se efetiva para melhorar a adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico e deve ser inserida e monitorada nos programas de saúde auditiva infantil, aumentando sua efetividade.

Descritores: Educação em Saúde. Audição. Triagem Neonatal. Neonato. Lactente.

ABSTRACT

The high rate of evasion of audiologic child is identified as the main problem in the effectiveness of newborn hearing screening programs. This study aimed to investigate the relationship between educational activities and membership in hearing health of mothers of newborns and infants to audiologic. This is an observational research, analytical and longitudinal prospective study conducted at the HC / UFPE, with 188 mothers of newborns and infants treated at the Children's Hearing Health Program, from June to November 2011 and referred for audiologic. It was observed that 29.8% (n = 56) of the mothers joined the audiologic, with 62,0% (n = 31) reporting that have received at least one guidance on hearing health. The practice of educational activity is a significant factor for joining the audiologic. Among the socioeconomic and demographic indicators studied, the 'place of residence' showed a statistically significant association in relation to adherence to audiologic. The presence of risk factors and outcome `failure` hearing screening were not significant in relation to adherence to audiologic. The educational activity was useful to improve the adhesion of mothers of newborns and infants to audiologic and must be inserted and monitored the hearing child health programs, increasing their effectiveness.

Descriptors: Health Education. Hearing. Newborn Screening. Neonate. Infant.

LISTA DE TABELAS

MÉTODOS

Tabela 1. Publicações encontradas a partir da combinação dos descritores, segundo a base de dados. Recife, 2013.

ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Tabela 1. Publicações encontradas a partir da combinação dos descritores, segundo a base de dados. Recife, 2013.

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Resultados da análise da associação entre a adesão ao acompanhamento audiológico e os aspectos socioeconômicos e demográficos, a presença de indicadores de risco e o resultado 'falha' na triagem auditiva neonatal. Recife, 2012.

Tabela 2. Associação entre a adesão ao acompanhamento audiológico e a presença de ações educativas em saúde auditiva. Recife, 2012.

Tabela 3. Identificação dos profissionais relatados por terem realizado ações educativas. Recife, 2012.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO ORIGINAL

Gráfico 1. Adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico.
Recife, 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
EOAE	Emissões Otoacústicas Evocada
EOAT	Emissões Otoacústicas Transientes
HC	Hospital das Clínicas
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
JCIH	<i>Joint Committee on Infant Hearing</i>
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
PSAI	Programa de Saúde Auditiva Infantil
RCP	Reflexo Cócleo-Palpebral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Saúde Auditiva	15
2.2 Programa de Saúde Auditiva Infantil (PSAI)	16
2.2.1 Indicadores de Risco para Perda Auditiva	17
2.3 Educação em Saúde	19
3 CAPÍTULO 2 - MÉTODOS	22
3.1 Método do Artigo de Revisão Integrativa	23
3.2 Método do Artigo Original	26
4 CAPÍTULO 3 – RESULTADOS	29
4.1 Artigo de Revisão Integrativa	30
4.2 Artigo Original	53
5 CONCLUSÕES	72
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde Auditiva Infantil (PSAI) permite a detecção de possíveis alterações auditivas em neonatos e lactentes, viabilizando o diagnóstico da perda auditiva o mais cedo possível^{1,2}.

Desde 1994, o *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH) recomenda a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), conhecida popularmente por Teste da Orelhinha, como parte da etapa de identificação da perda auditiva. Em 2007, este comitê alterou suas recomendações e indicou a realização da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), ou seja, a triagem auditiva em todos os neonatos nascidos² e, a identificação dos que possuem indicadores de risco para perda auditiva^{3,4}. Esta última é imprescindível para o acompanhamento audiológico do neonato ou lactente de risco dada a possibilidade de alguma alteração de início tardio ou progressiva.

Na tentativa de atender as recomendações supracitadas, o PSAI do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), vinculado ao Curso de Graduação em Fonoaudiologia, realiza o ‘Teste da Orelhinha’, através do exame de Emissões Otoacústicas Transientes (EOAT), em neonatos e lactentes nascidos no referido Hospital e dos encaminhados de outros hospitais públicos e privados da região.

Todas as recomendações descritas pelo JCIH (2000; 2007)^{2,5} e pelo Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA)⁶ são úteis para nortear ações de saúde pública, de modo a prevenir e orientar a população com relação aos cuidados com a saúde auditiva e adesão ao PSAI.

Quando se trata da saúde de neonatos e lactentes, as orientações devem, preferencialmente, ser direcionadas às mães que necessitam ser informadas sobre os riscos e implicações da perda auditiva, sobretudo, no desenvolvimento da linguagem oral. Além de conhecer os serviços de detecção, diagnóstico e intervenção, incluindo o retorno ao PSAI caso haja necessidade de acompanhamento audiológico^{1,7,8}.

Como, em parte, o conhecimento da população perpassa pelo que foi orientado pelo profissional de saúde que a acompanha é importante que este esteja atualizado em relação aos protocolos de um PSAI que inclui desde ações de promoção a saúde auditiva, identificação dos indicadores de risco associados à perda auditiva, até aos programas de intervenção disponíveis.

Neste contexto, percebe-se que o profissional de Enfermagem, por possuir contato direto e por mais tempo com o paciente e sua família, pode ser um potencial agente multiplicador do conhecimento sobre a saúde auditiva infantil e incentivador

destas práticas. Tais orientações podem ser iniciadas ainda no pré-natal e seguir durante às consultas periódicas de acompanhamento da criança em seu primeiro ano de vida⁹. Essa forma de atuação favorecerá o diagnóstico o mais cedo possível da perda auditiva e um planejamento assistencial adequado.

Para subsidiar as práticas direcionadas aos profissionais de saúde e mantê-los atualizados são adequadas as ações de educação permanente⁹, que se refere a um processo de transformação, através de um método ativo, criativo, participativo, fazendo com que tais profissionais possam agregar novos conhecimentos e, assim, serem multiplicadores de conhecimento, desde que ele mesmo o reconheça, assuma e incorpore em seu saber¹⁰.

Uma opção para avaliar a repercussão destas ações junto à população atendida é identificar o comportamento relacionado à adesão ao acompanhamento audiológico de seus filhos. Entretanto, alguns fatores podem interferir nesta adesão, a exemplo, os aspectos socioeconômicos e demográficos, uma vez que podem refletir na gravidez e nos cuidados com o neonato¹¹. Segundo Griz et al. (2010)⁴ uma maior atenção deve ser dada às mães com baixa escolaridade, que não trabalham formalmente e, por conseguinte, não possuem renda pessoal.

Diante do exposto, o planejamento desta pesquisa teve início com a formulação do seguinte objetivo: verificar a relação entre a ação educativa em saúde auditiva e a adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico. E, para tanto, buscou responder a pergunta condutora: a ação educativa em saúde auditiva realizada por profissionais de saúde interferiu na adesão das famílias de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico?

Atendendo aos requisitos recomendados pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, esta dissertação foi estruturada em três capítulos, com apresentação de dois artigos.

O Capítulo 1 refere-se à revisão de literatura, apresentada em tópicos: Programa de Saúde Auditiva Infantil, Indicadores de risco para perda auditiva, Aspectos socioeconômicos e demográficos, e Educação em Saúde. O Capítulo 2 corresponde aos procedimentos metodológicos utilizados em todo o processo para realização da dissertação. Neste capítulo está descrito detalhadamente a metodologia dos dois artigos desenvolvidos. O Capítulo 3 refere-se a dois artigos científicos: (1) artigo de revisão integrativa da literatura, intitulado, “**Acompanhamento em programas de saúde**

auditiva infantil: uma revisão integrativa”, que teve como objetivo descrever como o acompanhamento audiológico vem sendo conduzido nos Programas de Saúde Auditiva Infantil do Brasil; (2) artigo original de pesquisa, intitulado “**Ações educativas e a adesão ao acompanhamento audiológico de neonatos e lactentes**”, que teve como objetivo verificar a relação entre a ação educativa em saúde auditiva e a adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico.

2.1 Saúde Auditiva

A audição possibilita ao ser humano o desenvolvimento da linguagem oral, caracterizando-as como funções correlacionadas e interdependentes^{12,13}. Portanto, a privação sensorial auditiva pode comprometer a comunicação, a capacidade de linguagem receptiva e expressiva, a alfabetização e o desempenho acadêmico, social e emocional¹⁴.

Os primeiros anos de vida são considerados período crítico e ideal para o desenvolvimento das habilidades auditivas e linguísticas. Neste período há uma maior plasticidade neuronal e amadurecimento da via auditiva que dependerá da quantidade e qualidade dos estímulos acústicos externos captados, uma vez que a estimulação e a experiência irão ativar e reforçar vias neurais específicas^{14,15}. Caso uma perda auditiva não seja detectada nesse período podem advir alterações que prejudicariam o desenvolvimento da linguagem oral da criança¹⁶.

No Brasil a incidência da perda auditiva é alta (30:10.000 nascimentos) quando comparadas à outras alterações passíveis de triagem ao nascimento¹⁵. Assim, programas de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) são justificáveis, tanto quanto o Teste do Pezinho (fenilcetonúria 1:10.000, hipotireoidismo 2,5:10.000, anemia falciforme 2:10.000). Diante desta realidade foi sancionada em agosto de 2010 a Lei Federal nº. 12.303¹⁷ que torna obrigatória a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.

Quanto ao cuidado da saúde auditiva, este, está assegurado através da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva por meio da Portaria GM/MS nº. 2.073 de 2004¹⁸ que, entre outros aspectos, visa desenvolver e fortalecer estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e prevenção de danos, favorecendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades. Ainda, a Portaria SAS nº. 587¹⁹ aponta as normas de atendimento na Rede de Atenção à Saúde Auditiva, especifica que as ações de saúde auditiva na atenção básica compreendem o trabalho voltado para promoção da saúde auditiva, prevenção e identificação o mais cedo possível da alteração auditiva por meio de ações informativas, educativas, de orientação familiar e, encaminhamento quando necessário. Todas estas etapas compõem um Programa de Saúde Auditiva Infantil (PSAI).

2.2 Programa de Saúde Auditiva Infantil (PSAI)

O PSAI abrange as orientações à população desde as consultas de acompanhamento pré-natal, a triagem auditiva neonatal, a detecção da perda auditiva, diagnóstico audiológico e a intervenção, que inclui, dentre outros procedimentos, a indicação de uso da prótese auditiva ou de cirurgia de implante coclear associada à terapia fonoaudiológica⁶.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) permite a detecção de possíveis alterações auditivas em neonatos e lactentes antes da alta da maternidade, possibilitando o diagnóstico da perda auditiva antes do terceiro mês e a intervenção antes dos seis meses de vida^{1,2}, com o intuito de evitar atrasos significativos no desenvolvimento linguístico, educacional e psicossocial dessas crianças, caso não sejam diagnosticadas e estimuladas, independente do tipo de intervenção educacional adotada^{20,21}.

Os procedimentos de triagem auditiva neonatal devem envolver exames fisiológicos, tais como o exame de Emissão Otoacústica Evocada (EOAE) e o exame do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE)⁵.

O exame de Emissões Otoacústicas Transientes (EOAT) caracteriza-se por ser uma avaliação confiável da função pré-neural da orelha interna, realizado de forma rápida, não invasiva e de fácil testagem em um grande número de neonatos²².

As EOAEs são geradas pelas células ciliadas externas quando estimuladas por clique ou por dois tons puros²³. As respostas são captadas em orelhas não patológicas com audição melhor que aproximadamente 30dB²⁴.

Caso o resultado do exame de EOAT seja 'falha', no re-teste, estes são encaminhados para outros procedimentos, como por exemplo, o exame do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), utilizado em alguns protocolos²⁵.

O PEATE é gerado pelo sincronismo das estruturas da via auditiva, que se inicia no nervo auditivo, passando pelo núcleo coclear, complexo olivar superior, lemnisco lateral até o colículo inferior. O estímulo acústico mais empregado na prática clínica é o clique, pois desencadeia resposta sincrônica de grande número de neurônios e apresenta amplo espectro de frequências possibilitando a confirmação da integridade da via auditiva²⁶.

Apesar de serem metodologicamente diferentes, esses exames se complementam na detecção da perda auditiva do neonato, possuindo alta sensibilidade e especificidade para alterações auditivas²². Ademais, a TAN ainda pode ser realizada por meio de exames comportamentais, como a pesquisa do Reflexo Cócleo-Palpebral (RCP) frente a estímulo sonoro^{13,27}.

Caso confirmada a presença da perda auditiva, são realizadas orientações sobre as intervenções existentes, de acordo com o que preconiza um programa de identificação da perda auditiva no início da vida².

2.2.1 Indicadores de risco para perda auditiva

Por recomendação universal, a TAN é o primeiro passo para identificar o mais cedo possível todos os neonatos e lactentes que apresentam perda auditiva. Porém, apesar de seu caráter universal, a pesquisa dos indicadores de risco para perda auditiva deve ser realizada para que se possa realizar o acompanhamento audiológico, semestralmente até os 3 anos de idade, dos neonatos e lactentes que apresentem risco para desenvolvimento de perdas auditivas progressivas ou de aparecimento tardio^{1,2}.

Além disso, sua identificação é fundamental para que haja a escolha dos protocolos de cada programa de TAN, uma vez que condições socioeconômicas e demográficas podem estar influenciando a condição de saúde de uma determinada região. Portanto, percebe-se a importância da identificação dos indicadores de risco para perda auditiva específicos da população atendida em cada serviço e pode direcionar as ações locais de prevenção e promoção à saúde auditiva⁴.

Vários são os estudos que identificam os indicadores de risco para perda auditiva. Dentre as diversas listas existentes, podem ser vistos os seguintes indicadores: história familiar de perda auditiva permanente na infância; infecção congênita (citomegalovírus, rubéola, herpes, toxoplasmose, sífilis, Human Immunodeficiency Virus (HIV)); malformações da cabeça e pescoço; peso ao nascer abaixo de 1500g ou 2500g; hiperbilirrubinemia, com exsanguíneo transfusão; meningite bacteriana; asfixia severa, incluindo índices de Apgar de 0 a 4 no 1º minuto ou de 0 a 6 no 5º minuto; uso de medicamentos ototóxicos (aminoglicosídeos, usados em múltiplos casos ou em combinação com diuréticos, tobramicina, diuréticos como furosemida, gentamicina, amicacina, vancomicina, furosemida, indometacina) utilizados por mais de 5 dias;

estigma ou outro achado associado à síndrome que inclua perda auditiva sensorio-neural; permanência em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) por mais de 48 horas; preocupação do cuidador em relação à audição, fala, linguagem ou atrasos no desenvolvimento; síndromes associadas a perda de audição progressiva ou tardia (Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell e Lange-Nielson); desordens neurodegenerativas (síndromes ou neuropatias sensorio-motoras, como ataxia de Friedreich); infecções pós-natais, associadas a perda de audição sensorio-neural, incluindo confirmação de meningite bacteriana ou viral (especialmente vírus de herpes e varicela); traumatismo craniano, incluindo a região do osso temporal; quimioterapia; fatores perinatais, como anóxia, icterícia, prematuridade e baixo peso; consanguinidade; alcoolismo materno; uso de drogas psicotrópicas na gestação; convulsões neonatais; suporte ventilatório por mais de 5 dias; Síndrome do Desconforto Respiratório; fibroplasia; aspiração de mecônio; anormalidades cromossômicas; diabetes materna; gestações múltiplas; ausência de cuidados pré-natais; episódios de apneia; hipocalcemia; pequeno para a idade gestacional^{1,2,28,29,30,31,32,33}.

Como previamente mencionado, outros fatores também devem ser levados em consideração como indicadores de risco durante a TAN e para a implantação de um programa de triagem auditiva neonatal, entre eles, fatores demográficos e socioeconômicos de uma determinada população com potencial impacto na gravidez, na saúde do feto/neonato e no desenvolvimento do sistema auditivo⁴.

Entre os fatores demográficos que merecem atenção em um programa de TAN, pode-se citar a faixa etária e o estado civil das mães. O crescente número de gestantes adolescentes nos dias de hoje³⁴ vem sendo apontado como um problema social em todo o mundo³⁵. Quanto ao estado civil das púberes, estudos apontam que viver legalmente ou consensualmente em relação conjugal poderá influenciar no modo como a gestação será percebida e aceita^{35,36}.

O nível de escolaridade, a ocupação, a renda pessoal e familiar, e os bens familiares são fatores socioeconômicos que se refletem na saúde das mães³⁷. Alguns estudos^{37,38} dispensam atenção especial ao nível de escolaridade da mãe, por considerar este aspecto como elemento básico, que reflete nos cuidados com a gestação e, conseqüentemente, para a saúde do recém-nascido⁴.

Diante do exposto, considera-se fundamental o conhecimento e a valorização dos profissionais de saúde envolvidos no período gravídico puerperal para que haja

efetividade nos programas de triagem auditiva, tendo em vista a detecção da perda auditiva o mais cedo possível. Neste contexto, a educação permanente em saúde vem sendo referida como uma das formas pelas quais o trabalhador de saúde pode ser valorizado no seu processo de trabalho.

2.3 Educação em Saúde

A educação está com o ser humano em todos os momentos de sua vida. Ela determina a interação entre as pessoas envolvidas dentro do cenário educativo e ao mesmo tempo das pessoas com a realidade que as cercam.

Na educação em saúde, percebe-se que seus conceitos e propósitos foram influenciados pelas transformações advindas dos processos pedagógicos da educação escolar de maneira geral, além das mudanças de paradigma que ocorreram no setor saúde³⁹. Assim, tem-se observado que as práticas educativas em saúde vêm procurando sair do modelo biomédico, para a implantação do conceito da promoção da saúde humana⁴⁰.

Fundamentado no referencial biomédico/biologicista do processo saúde-doença, o modelo tradicional de Educação em Saúde inclui a transmissão verticalizada de informações que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção/recuperação da saúde^{41,42}, uma vez que os usuários são vistos como seres carentes de informações em saúde⁴³ enquanto que o profissional detém o saber técnico-científico.

Historicamente, os profissionais de saúde sempre tiveram uma tendência a estruturar as ações educativas em saúde no sentido de ampliar informações da população sobre os principais danos/agravos⁴⁴, caracterizando o Modelo Tradicional de Educação em Saúde. Pressupunha-se que após a informação recebida, os usuários seriam capazes de tomar decisões e modificar seus hábitos, adotando condutas saudáveis⁴². Freire⁴⁵ chama essa educação de bancária, pois se refere aos métodos tradicionais de ensino, centrados na transmissão de informações, em que o educando é um depositário passivo de conhecimentos e não existe uma relação dialógica entre educador e educando, nem entre conteúdo e realidade⁴⁶.

A principal crítica a este modelo de educação tem sido a conduta de não considerar os fatores psicossociais e culturais⁴¹, perdendo de vista a influência de

crenças, valores e representações, nos comportamentos, sobre o processo de saúde e doença⁴².

Ao contrário, o modelo dialógico de Educação em Saúde propõe a construção do conhecimento, pautado no diálogo, em que o educador e o educando assumem papel ativo no processo de aprendizagem, através de uma abordagem crítico reflexiva da realidade, ressaltando que primeiro deve-se a conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos, papéis e as condições em que vivem, e, então, parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe à atitude de imposição do modelo tradicional. Apenas com a participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde⁴³.

Isso faz com que o objetivo da educação dialógica não seja somente o de informar para a promoção da saúde, mas também transformar saberes existentes. Nesta perspectiva, a prática educativa, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde, para que essas práticas educativas sejam emancipatórias. Isto apenas é possível quando o usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços^{47,48,49}.

As ações de Educação em Saúde devem contar com a participação ativa dos usuários dos serviços, os quais possuem capacidade de decidir sobre questões que envolvem seu bem-estar, subsidiados pelas próprias experiências e pelas práticas educativas⁵⁰. Estas ações favorecem a promoção do autocuidado, o controle de determinadas doenças, algumas benfeitorias psicológicas, a independência⁴⁰, o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à sua saúde^{40,47}, agindo de forma crítica e promovendo o empoderamento de suas ações⁵¹.

Assim, na perspectiva da transformação, a educação em saúde transita no sentido contrário ao da reprodução. Na reprodução, procura-se reforçar o instituído, enquanto na transformação, busca-se romper paradigmas que são socialmente aceitos⁵².

Uma das metas da Educação em Saúde é a melhoria das condições de vida e de saúde das populações a partir do reconhecimento de suas representações sociais^{51,53}. Algumas das vantagens desta pedagogia educacional consistem em sua adaptação e

adequação aos diversos grupos etários da população; aos vários cenários de atuação permitidos, como espaços comunitários, centros de saúde, ambulatórios e ambientes hospitalares; além da amplitude de possibilidades de atuação, como estratégias de grupo e confecção de materiais educativos⁴⁰, que devem ser criados em conjunto com o educando⁵⁴.

Para possibilitar as ações de educação em saúde dos profissionais de saúde para a população, é imprescindível que estes passem por ações educativas, que neste caso são denominadas de educação permanente. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. As necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sendo assim, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, porém entendido em seu contexto sócio-organizacional e resultante da própria cultura do trabalho⁵⁵.

Desta forma, educação permanente aparece como uma exigência na formação do sujeito, pois demanda dele novas formas de encarar o conhecimento, ou seja, consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacidade técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. Atualmente, não basta apenas saber ou fazer, é preciso saber fazer, interagindo e intervindo, tendo essa formação as seguintes características: a autonomia e a capacidade de aprendizado constante, de relacionar teorias e prática e vice-versa, isto se refere à inseparabilidade do conhecimento e da ação⁵⁶.

Neste capítulo, serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a construção do artigo de revisão integrativa e do artigo original. O artigo de revisão integrativa, intitulado **Acompanhamento em Programas de Saúde Auditiva Infantil: uma revisão integrativa** foi submetido à Revista CEFAC (ANEXO A e B). O Artigo original intitulado **Ações educativas e a adesão ao acompanhamento audiológico de neonatos e lactentes** será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem (ANEXO C).

3.1 Método do Artigo de Revisão Integrativa

Título: Acompanhamento em Programas de Saúde Auditiva Infantil: uma revisão integrativa.

O objetivo deste artigo foi o de descrever como vem sendo conduzido o acompanhamento audiológico nos Programas de Saúde Auditiva Infantil do Brasil.

Esta pesquisa consiste de uma revisão integrativa da literatura, método que permite a incorporação de evidências na prática e tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de modo sistemático e ordenado, contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre o tema investigado⁵⁷. A elaboração da revisão integrativa seguiu 6 fases: elaboração da pergunta norteadora, 2ª) busca ou amostragem na literatura, 3ª) coleta de dados, 4ª) análise crítica dos estudos incluídos, 5ª) discussão dos resultados e 6ª) apresentação da revisão integrativa⁵⁸.

Visando atingir o objetivo desta revisão, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: como vem sendo conduzido o acompanhamento audiológico nos Programas de Saúde Auditiva Infantil do Brasil?

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca no mês de janeiro de 2013, via endereço eletrônico, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis (CidSaúde).

Foram utilizadas, para a busca dos artigos, todas as possíveis combinações entre o termo livre “acompanhamento” e os descritores controlados “audição” e “triagem

neonatal”, encontrados via Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os resultados das buscas por combinação de descritores (“audição” and “triagem neonatal” and “acompanhamento”, “audição” and “triagem neonatal”, “audição” and “acompanhamento”, “triagem neonatal” and “acompanhamento”), segundo a base de dados, podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Publicações encontradas a partir da combinação dos descritores, segundo a base de dados. Recife, 2013.

Descritores	Lilacs	IBECS	Medline	CidSaúde	Total de publicações
“audição” and “triagem neonatal” and “acompanhamento”.	6 artigos	0 artigos	10 artigos	0 artigos	16
“audição” and “triagem neonatal”.	72 artigos	14 artigos	841 artigos	0 artigos	927
“audição” and “acompanhamento”.	83 artigos	1 artigo	40 artigos	0 artigos	124
“triagem neonatal” and “acompanhamento”.	25 artigos	0 artigos	38 artigos	0 artigos	63
TOTAL	186 artigos	15 artigos	929 artigos	0 artigos	1.130

Após a busca, foram identificadas 1130 publicações, das quais 186 foram encontradas na Lilacs, 15 no IBECS, 929 na Medline e nenhuma na CidSaúde.

Deste total, foram apenas incluídos os artigos que atenderam aos seguintes critérios: artigos publicados em Português, Inglês e Espanhol; artigos publicados até o ano de 2012, sem limite mínimo de data; artigos que abordassem o acompanhamento audiológico realizado em neonatos e lactentes em Programa de Saúde Auditiva Infantil do Brasil. Foram excluídas: pesquisas que abordassem apenas o acompanhamento nas etapas de intervenção, em casos de perda auditiva diagnosticada; publicações que não constituíam artigo original de pesquisa. Os artigos que apareceram em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez.

Foram lidos os títulos e resumos dos 1130 artigos para verificar sua adequação aos critérios de inclusão, e assim, sua adequação ao tema em estudo. A partir desta pré-seleção, restaram 21 artigos, que posteriormente foram lidos na íntegra com objetivo de constatar sua adequação ao tema acompanhamento audiológico em Programa de Saúde Auditiva Infantil do Brasil. Após leitura dos textos completos, averiguou-se que 12

artigos respondiam a pergunta proposta nesta revisão. Salienta-se que, nesta etapa de seleção ocorreram reuniões entre os autores da pesquisa, para esclarecer dúvidas quanto à inclusão ou exclusão dos estudos. Tal procedimento visou reduzir vieses na seleção, conferindo-lhe maior segurança e rigor.

Para avaliar o rigor metodológico dos 12 estudos selecionados, foi utilizado o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*⁵⁹ (Anexo D), composto por 10 itens: objetivo, adequação metodológica, apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos, seleção da amostra, procedimento para a coleta de dados, relação entre o pesquisador e pesquisados, consideração dos aspectos éticos, procedimento para a análise dos dados, apresentação dos resultados e importância da pesquisa. Para cada item citado, foi atribuído o valor 0 (zero) ou 1 (um), sendo o resultado final representado pela soma das pontuações, podendo chegar ao escore máximo de 10 pontos.

Este instrumento classifica os artigos em 2 níveis, de acordo com a pontuação recebida: nível A ou nível B. São classificados em nível A os artigos que obtiverem entre 6 e 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e, em nível B, os artigos que obtiverem até 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado). Ao final da avaliação, os 12 estudos selecionados para esta revisão foram classificados em nível A, permanecendo na amostra a ser estudada⁵⁹.

Após o processo de classificação, foi realizada a coleta dos dados dos 12 artigos selecionados. Para a análise desses artigos, foram observados os aspectos que se relacionavam ao tema, especialmente os que se relacionavam à adesão ao acompanhamento audiológico e à educação em saúde. Foram também analisados aspectos relativos aos programas de saúde auditiva de neonatos e lactentes que apareceram com maior frequência, pois os autores entenderam que poderiam caracterizar o perfil dos estudos na área, como foi o caso dos exames utilizados para a avaliação auditiva.

3.2 Método do Artigo Original

Título: Ações educativas e a adesão ao acompanhamento audiológico de neonatos e lactentes.

O objetivo deste artigo foi verificar a relação entre a ação educativa em saúde auditiva e a adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico.

Trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e longitudinal prospectiva, realizada no Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE, na cidade de Recife, que envolve: (1) o serviço de TAN e (2) o ambulatório de Otorrinolaringologia.

No serviço de TAN, inicia-se o Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE. Neste local, é realizada a triagem auditiva com o exame de EOAT e o preenchimento de um formulário (ANEXO E), que contém informações acerca de: (a) dados pessoais da mãe do neonato atendido; (b) aspectos socioeconômicos e demográficos de suas famílias; (c) indicadores de risco para perda auditiva; (d) resultados dos exames realizados; e (e) recebimento de alguma ação de educação em saúde auditiva realizada por profissionais de saúde, em algum momento de sua vida, seja nas consultas de pré-natal, na maternidade, etc.

No ambulatório de Otorrinolaringologia, são realizados os exames de PEATE e/ou EOAT, para o acompanhamento audiológico dos neonatos ou lactentes. Para atender os objetivos desta pesquisa, no momento do retorno para realização dos exames, houve a complementação do preenchimento de questões do formulário, referentes ao recebimento de alguma (ou mais alguma) ação de educação em saúde auditiva, realizada por profissionais de saúde, entre o período da triagem auditiva e a consulta de acompanhamento audiológico.

No Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE, o encaminhamento para acompanhamento audiológico pode ocorrer em duas situações distintas, descritas a seguir.

(1) Quando o neonato obtém resultado ‘falha’ na triagem auditiva: estes neonatos devem ser retestados por EOAT, para que seja confirmado ou refutado o resultado obtido na triagem auditiva inicial. A etapa subsequente depende do resultado neste reteste: (a) caso seja confirmado o resultado ‘falha’, o neonato é encaminhado para mais um exame de acompanhamento audiológico, desta vez por PEATE; (b) caso

seja obtido o resultado ‘passa’, o neonato só retorna para mais um exame, se apresentar indicadores de risco para perda auditiva.

(2) Quando o neonato obtém resultado ‘passa’ na triagem auditiva, porém apresenta indicadores de risco para perda auditiva: estes neonatos devem ser examinados em outro momento, com o exame do PEATE, pela possibilidade de vir a apresentar uma perda auditiva progressiva, que não pôde ainda ser detectada pelo exame de EOAT no momento da triagem auditiva. A etapa subsequente também depende do resultado neste exame de acompanhamento audiológico: (a) caso obtenha resultado ‘falha’, este neonato é encaminhado para serviços de intervenção existentes na região; (b) caso obtenha resultado ‘passa’, este neonato é desligado do programa.

Cada volta da família, após a triagem auditiva inicial, foi chamada, neste estudo, de acompanhamento audiológico, seja para realizar o exame de PEATE ou de EOAT, e as mães foram questionadas novamente sobre o recebimento de qualquer ação de educação em saúde auditiva realizada por profissionais de saúde, para preenchimento do formulário.

Participaram deste estudo 188 mães de neonatos e lactentes que realizaram a triagem auditiva no Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE, nascidos no período de junho a novembro de 2011, e que haviam sido encaminhados para acompanhamento audiológico.

Para o cálculo da amostra, foi considerada a população de estudo como sendo todas as mães de neonatos e lactentes encaminhados para acompanhamento audiológico no período estudado (368 casos). Considerando uma prevalência esperada de retorno, ou seja, de adesão ao acompanhamento audiológico, de 50% ($p = 0,5$), margem de erro de 5% ($e = 0,05$), nível de confiança de 95% e total de população de 368, o tamanho da amostra deste estudo ($n=188$) foi calculado como sendo representativo da população.

Para análise dos dados, foi construído um banco de dados no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 13.0, com dupla entrada, para possibilitar a validação dos dados, conferindo-lhes maior confiabilidade. Foram analisadas as seguintes variáveis: (a) adesão ao acompanhamento audiológico (b) aspectos socioeconômicos e demográficos, (c) presença de indicadores de risco para perda auditiva, (d) resultado ‘falha’ na triagem auditiva neonatal e (e) presença de ações de educação em saúde auditiva. Foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência em relação à adesão ao

acompanhamento audiológico. Ainda, para avaliar os fatores associados à adesão ao acompanhamento audiológico foi aplicado o teste Qui-quadrado para Independência. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado para Independência não foram satisfeitas, foi aplicado o teste Exato de Fisher. Para tanto, foi considerado o nível de significância de 5%. Nas variáveis que se apresentaram significativas para a adesão ao acompanhamento, foi calculada a razão de prevalência, a fim de quantificar a diferença na adesão entre as características das mães.

Este trabalho faz parte da pesquisa ‘Programa de Triagem Auditiva Neonatal do HC/UFPE’, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE sob o nº. 160/07, CAAE 0158.0.172.000-07, de acordo com a resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

No programa de Saúde Auditiva do HC/UFPE, no momento da realização da TAN, a mãe é convidada a participar da pesquisa e confirma sua participação através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F).

4.1 Artigo de Revisão Integrativa

ACOMPANHAMENTO EM PROGRAMAS DE SAÚDE AUDITIVA INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Revista CEFAC

ACOMPANHAMENTO EM PROGRAMAS DE SAÚDE AUDITIVA INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Follow-up for newborn hearing screening programs: an integrative review

ACOMPANHAMENTO AUDIOLÓGICO INFANTIL

Follow-up for newborn hearing screening

Adriana Ribeiro de Almeida e Silva¹, Ana Karollina da Silveira², Nathália Raphaela Pessoa Vaz Curado³, Francisca Márcia Pereira Linhares⁴, Silvana Maria Sobral Griz⁵

- (1) SILVA, ARA. Fonoaudióloga; mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (2) SILVEIRA, AK. Fonoaudióloga pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (3) CURADO, NRPV. Fonoaudióloga; mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (4) LINHARES, FMP. Enfermeira; Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE; Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (5) GRIZ, S. Fonoaudióloga; Professora do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE; Doutora em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.

Autor responsável pela troca de correspondência: Adriana Ribeiro de Almeida e Silva;
End. Rua Conselheiro Nabuco, 115A – Casa Amarela – Recife-PE. CEP: 52.070-010;
(81)88595824; adriribeiroas@hotmail.com.

Área: Audiologia

Tipo de manuscrito: revisão integrativa de literatura

Fonte de auxílio: não há

Conflito de Interesse: não há conflito de interesse entre os autores desta pesquisa

Resumo: o diagnóstico da perda auditiva no Brasil é tardio. Um dos fatores que pode explicar este fato, mesmo diante de inúmeros programas de triagem auditiva implementados, pode ser a evasão das famílias, não concluindo a avaliação auditiva da criança. Objetivou-se descrever como vem sendo conduzido o acompanhamento audiológico nos Programas de Saúde Auditiva Infantil do Brasil, especialmente em relação aos exames realizados, adesão das famílias ao acompanhamento audiológico e ações educativas desenvolvidas. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, cuja pergunta norteadora foi: como vem sendo conduzido o acompanhamento audiológico nos Programas de Saúde Auditiva Infantil do Brasil? Foi feito um levantamento nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline, IBECs e CidSaúde, utilizando combinações entre os termos “acompanhamento”, “audição”, “triagem neonatal”. Inicialmente, os 1130 artigos encontrados foram triados por títulos e resumos. Foram lidas na íntegra as 21 publicações pré-selecionadas por título e resumo, constatando-se que 12 artigos respondiam a pergunta desta revisão. Os exames para triagem auditiva e acompanhamento audiológico mais utilizados foram Emissões Otoacústicas e Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, porém também foram utilizados a avaliação comportamental, timpanometria e reflexos acústicos. Três estudos referiram a presença de ações educativas nos programas e apenas um deles especificou os profissionais que as realizaram, sendo o profissional enfermeiro o que mais efetuou estas atividades. O percentual de famílias que aderiram ao acompanhamento variou de 35 a 79%. O acompanhamento vem sendo realizado de diversas formas, porém com pontos em comum entre os Programas, como os exames utilizados. Além disso, a adesão ao acompanhamento audiológico, no Brasil, não se encontra nos padrões adequados. Ainda, poucos foram os estudos que abordaram a educação em saúde auditiva como parte da rotina dos programas.

Descritores: audição, triagem neonatal, recém-nascido, lactente.

Abstract: in Brazil, hearing loss diagnosis does not occur in early years. Among various factors that could explain this fact is that the parents do not know well about hearing health for their children, and then do not attend for the follow-up. This literature review had as main goal to describe how the follow up has been done in Brazil, especially regarding to the audiologic exams, regarding to the follow up by the family, and regarding to educations activities for the health professionals. In order to achieve that, an integrative review of the literature was done, leaded by the question: How the audiologic follow up has been done for the newborn hearing screening programs? It was used the the following databases: Lilacs, Medline, IBECs and CidSaúde using combinations of the terms "follow-up studies", "hearing" and "newborn screening". Initially, 1130 articles were screened by titles and abstracts. Then, 21 full articles were pre-selected by title and summary. Twelve articles answered the question of this review. The results indicated that tests for hearing screening and audiologic were used more Evoked otoacoustic emissions and auditory brainstem response, and behavioral assessment, tympanometry and acoustic reflexes. Three studies reported the presence of educational programs and only one specified professionals realized that, being the nurse what else made these activities. The percentage of families who joined the monitoring varied considerably. The monitoring is being carried out in various ways, but with commonalities among programs, as the tests used. Moreover, adherence to audiologic in Brazil is not the appropriate standard. Yet, few studies have addressed the hearing health education as part of routine programs.

Keywords: hearing, neonatal screening, newborn, infant.

INTRODUÇÃO

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) permite a detecção de possíveis alterações auditivas em neonatos e lactentes, viabilizando o diagnóstico da perda auditiva antes do terceiro mês, para que a intervenção ocorra antes dos seis meses de vida, como preconiza a literatura nacional e internacional^{1,2}, com o intuito de evitar atrasos significativos no desenvolvimento da linguagem dessas crianças, caso não sejam diagnosticadas^{3,4}.

Desde 1994, o *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH), recomendada a realização da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), ou seja, a triagem auditiva em todos os neonatos nascidos², assim como a identificação dos que possuem indicadores de risco para perda auditiva^{5,6}, fundamental para a existência do protocolo de monitoramento do neonato ou lactente de risco. Todas essas recomendações servem para nortear ações de saúde pública, de modo a prevenir e orientar a população com relação aos cuidados com a saúde auditiva.

Mesmo diante da importância da intervenção o mais cedo possível, o diagnóstico da perda auditiva no Brasil é tardio, acontecendo por volta dos 3 a 4 anos de idade e levando até 2 anos para ser concluído⁷. Um dos fatores que podem estar relacionados à identificação tardia, mesmo diante de inúmeros programas de triagem auditiva implementados, é a evasão das famílias. Ou seja, as mesmas não comparecem ao acompanhamento audiológico quando há encaminhamento e, por consequência, não concluem a avaliação auditiva da criança. Assim, é necessário realizar os acompanhamentos audiológicos e observar como este vem sendo conduzido nos Programas de Saúde Auditiva Infantil no Brasil, para que essa realidade seja modificada.

A necessidade de assegurar o monitoramento auditivo de lactentes com indicadores de risco advém do aumento na possibilidade de perda auditiva de início tardio ou progressiva nesses indivíduos. Alguns fatores podem favorecer este monitoramento, trazendo melhorias na efetividade do programa de saúde auditiva infantil, como o investimento em orientação às famílias quanto à importância da audição para o desenvolvimento da linguagem, visando melhorar sua adesão ao acompanhamento audiológico e, conseqüentemente, proporcionar o diagnóstico de uma eventual perda auditiva^{1,4,8}. Em determinados casos, mesmo não havendo a presença de

indicadores de risco, a família deveria retornar ao programa após a triagem auditiva para a realização de outros exames auditivos na criança, a fim de concluir o diagnóstico.

Considerando este contexto, algumas propostas podem ser utilizadas para maior envolvimento dos diversos profissionais de saúde nos Programas de Saúde Auditiva Infantil, para uma maior conscientização sobre os indicadores de risco que podem estar relacionados à perda auditiva, podendo-se destacar as ações educativas. Recomenda-se então, investir na transformação dos saberes dos profissionais que lidam com neonatos e lactentes, podendo atuar de forma multiplicadora de conhecimentos aos familiares, além de identificar a necessidade de encaminhamento a um serviço de avaliação auditiva. As ações educativas têm se mostrado úteis para subsidiar as práticas direcionadas dos profissionais de saúde, fazendo destes profissionais, agentes de mudanças individuais e coletivas no contexto biopsicossocial das famílias. Assim, esses profissionais assumem o papel de facilitadores do processo de educação em saúde da população^{9,10}.

Para tanto, torna-se importante investigar aspectos relativos ao acompanhamento audiológico nos Programas de Saúde Auditiva Infantil. Por isso, optou-se pela realização de uma revisão integrativa, que teve como objetivo descrever como vem sendo conduzido o acompanhamento audiológico nos Programas de Saúde Auditiva Infantil do Brasil.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa consiste de uma revisão integrativa da literatura, método que permite a incorporação de evidências na prática e tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de modo sistemático e ordenado, contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre o tema investigado¹¹. A elaboração da revisão integrativa seguiu 6 fases: elaboração da pergunta norteadora, 2ª) busca ou amostragem na literatura, 3ª) coleta de dados, 4ª) análise crítica dos estudos incluídos, 5ª) discussão dos resultados e 6ª) apresentação da revisão integrativa¹².

Visando atingir o objetivo desta revisão, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: como vem sendo conduzido o acompanhamento audiológico nos Programas de Saúde Auditiva Infantil do Brasil?

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca no mês de janeiro de 2013, via endereço eletrônico, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis (CidSaúde).

Foram utilizadas, para a busca dos artigos, todas as possíveis combinações entre o termo livre “acompanhamento” e os descritores controlados “audição” e “triagem neonatal”, encontrados via Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os resultados das buscas por combinação de descritores (“audição” and “triagem neonatal” and “acompanhamento”, “audição” and “triagem neonatal”, “audição” and “acompanhamento”, “triagem neonatal” and “acompanhamento”), segundo a base de dados, podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Publicações encontradas a partir da combinação dos descritores, segundo a base de dados. Recife, 2013.

Descritores	Lilacs	IBECS	Medline	CidSaúde	Total de publicações
“audição” and “triagem neonatal” and “acompanhamento”.	6 artigos	0 artigos	10 artigos	0 artigos	16
“audição” and “triagem neonatal”.	72 artigos	14 artigos	841 artigos	0 artigos	927
“audição” and “acompanhamento”.	83 artigos	1 artigo	40 artigos	0 artigos	124
“triagem neonatal” and “acompanhamento”.	25 artigos	0 artigos	38 artigos	0 artigos	63
TOTAL	186 artigos	15 artigos	929 artigos	0 artigos	1.130

Após a busca, foram identificadas 1130 publicações, das quais 186 foram encontradas na Lilacs, 15 no IBECS, 929 na Medline e nenhuma na CidSaúde.

Deste total, foram apenas incluídos os artigos que atenderam aos seguintes critérios: artigos publicados em Português, Inglês e Espanhol; artigos publicados até o ano de 2012, sem limite mínimo de data; artigos que abordassem o acompanhamento audiológico realizado em neonatos e lactentes em Programa de Saúde Auditiva Infantil do Brasil. Foram excluídas: pesquisas que abordassem apenas o acompanhamento nas

etapas de intervenção, em casos de perda auditiva diagnosticada; publicações que não constituíam artigo original de pesquisa. Os artigos que apareceram em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez.

Foram lidos os títulos e resumos dos 1130 artigos para verificar sua adequação aos critérios de inclusão, e assim, sua adequação ao tema em estudo. A partir desta pré-seleção, restaram 21 artigos, que posteriormente foram lidos na íntegra com objetivo de constatar sua adequação ao tema acompanhamento audiológico em Programa de Saúde Auditiva Infantil do Brasil. Após leitura dos textos completos, averiguou-se que 12 artigos respondiam a pergunta proposta nesta revisão. Salienta-se que, nesta etapa de seleção ocorreram reuniões entre os autores da pesquisa, para esclarecer dúvidas quanto à inclusão ou exclusão dos estudos. Tal procedimento visou reduzir vieses na seleção, conferindo-lhe maior segurança e rigor.

Para avaliar o rigor metodológico dos 12 estudos selecionados, foi utilizado o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*¹³ (Anexo A), composto por 10 itens: objetivo, adequação metodológica, apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos, seleção da amostra, procedimento para a coleta de dados, relação entre o pesquisador e pesquisados, consideração dos aspectos éticos, procedimento para a análise dos dados, apresentação dos resultados e importância da pesquisa. Para cada item citado, foi atribuído o valor 0 (zero) ou 1 (um), sendo o resultado final representado pela soma das pontuações, podendo chegar ao escore máximo de 10 pontos.

Este instrumento classifica os artigos em 2 níveis, de acordo com a pontuação recebida: nível A ou nível B. São classificados em nível A os artigos que obtiverem entre 6 e 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e, em nível B, os artigos que obtiverem até 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado). Ao final da avaliação, os 12 estudos selecionados para esta revisão foram classificados em nível A, permanecendo na amostra a ser estudada¹³.

Após o processo de classificação, foi realizada a coleta dos dados dos 12 artigos selecionados. Para a análise desses artigos, foram observados os aspectos que se relacionavam ao tema, especialmente os que se relacionavam à adesão ao acompanhamento audiológico e à educação em saúde. Foram também analisados aspectos relativos aos programas de saúde auditiva de neonatos e lactentes que apareceram com maior frequência, pois os autores entenderam que poderiam

caracterizar o perfil dos estudos na área, como foi o caso dos exames utilizados para a avaliação auditiva.

RESULTADOS

Os resultados fazem parte da revisão de 12 artigos originais de pesquisa, que atenderam aos critérios anteriormente descritos e apresentaram boa qualidade e rigor metodológico. Todas as publicações selecionadas foram encontradas na base de dados Lilacs, publicadas no período entre 2009 e 2012 e possuem metodologia quantitativa.

Os artigos também foram classificados segundo os 7 Níveis de Evidência listados por Galvão (2006)¹⁴, sendo 2 deles enquadrados no nível de evidência 4 e os 10 artigos restantes, no nível 6.

Os resultados em destaque referem-se às informações identificadas na análise, por sua relação com o tema e frequência de aparecimento nos artigos. Foi dado destaque a: (1) exames realizados nos protocolos dos Programas de Saúde Auditiva Infantil, (2) adesão ao acompanhamento audiológico e (3) ações educativas, como favorecedoras do acompanhamento audiológico.

A seguir, encontram-se sumarizados os principais resultados da análise.

Estudo 1¹⁵:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: avaliação auditiva é realizada com exame de Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes (EOAT) e acontece em 2 etapas: triagem e reteste (acompanhamento audiológico) dos que obtiveram resultado ‘falha’ na triagem.

Adesão ao acompanhamento audiológico: o acompanhamento é agendamento para o mesmo dia do Teste do Pezinho. Motivos apresentados pelas famílias para justificar a evasão: falta de conhecimento sobre a triagem auditiva, dificuldades financeiras, dificuldade em conciliar o agendamento com a rotina familiar, desinteresse, ausência de agendamento e outros (fatores emocionais, o fato de ter recebido orientação do pediatra afirmando ser desnecessária a realização da triagem, etc). Quanto aos profissionais que explicaram sobre avaliação auditiva: 41% relatou ter sido o enfermeiro, 5% o fonoaudiólogo, 4% o médico, 27% não recebeu orientação e 23% não souberam informar.

Educação em saúde: é realizada orientação acerca da importância da avaliação auditiva com as mães ainda em leito, antes da alta hospitalar. Verificada ausência de associação entre motivos da evasão e a área do profissional que realizou a orientação.

Estudo 2¹⁶:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Foi realizada na TAN o exame de EOAT, por uma fonoaudióloga. Quando as crianças obtiveram resultado ‘falha’, era solicitado para que ela voltasse em 15 dias, para fazer um segundo exame de EOAT em sala específica no setor de Fonoaudiologia do hospital, utilizando o mesmo aparelho da primeira triagem. Os bebês com resultado ‘passa’ nesse segundo teste foram encaminhados para avaliação no serviço de Otorrinolaringologia do mesmo hospital, e para realização de alguns exames, dentre eles: audiometria infantil, Imitancimetria e Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE). Estes exames foram realizados por outras duas fonoaudiólogas que compõe o mesmo setor de Fonoaudiologia. Após o diagnóstico da equipe, e quando indicado, a protetização do neonato foi realizada pelo setor de saúde auditiva da mesma instituição.

Estudo 3¹⁷:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Reteste em 15 dias com o mesmo protocolo da TAN (Emissões Otoacústicas Produto de Distorção (EOAPD), antes da alta hospitalar ou com 48 horas de vida). Em caso de resultado ‘falha’ no reteste, houve encaminhamento ao ambulatório de Otorrinolaringologia, para início da avaliação médica e fonoaudiológica especializada.

Estudo 4¹⁸:

Adesão ao acompanhamento audiológico: O comparecimento das famílias para a avaliação audiológica foi de 40,61% das que foram convidadas. A expectativa dos profissionais envolvidos era de obter o comparecimento familiar de forma mais efetiva, graças às condições envolvidas: ausência de custo para a família; agendamento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) durante a visita domiciliar; avaliação audiológica no Núcleo de Saúde do bairro em que a família reside e durante os finais de semana, o que a princípio, aumentaria a possibilidade de comparecimento, pois não haveria prejuízo financeiro e no trabalho do responsável. A falta de

conhecimento da comunidade sobre a importância da audição no desenvolvimento global da criança, bem como os fatores de risco para perda auditiva, pode ser o fator preponderante desta situação.

Estudo 5¹⁹:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Na TAN foram pesquisadas as Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes (EOAT) e o Reflexo Cócleo-palpebral RCP por meio do instrumento agogô. Na avaliação da maturação das vias auditivas, as crianças foram submetidas à observação das respostas comportamentais para sons não calibrados (por meio de instrumentos como sino e chocalho) inferiores e superiores a 90 dBNPS e para sons calibrados (tom warble).

Adesão ao acompanhamento audiológico: Foram pesquisados os indicadores de risco para perda auditiva. Todos os neonatos foram encaminhados para avaliação da maturação das vias auditivas, entre 6 e 32 meses de idade. A convocação para o acompanhamento audiológico foi feita no momento da TAN. Os pacientes foram agendados conforme as vagas disponíveis, o que justifica a variação da faixa etária do estudo. As crianças que apresentaram atraso nas etapas de maturação das vias auditivas foram reavaliadas após determinado período e, quando as respostas ainda permaneciam defasadas para a faixa etária, foram encaminhadas para o setor de linguagem do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico.

Estudo 6²⁰:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Avaliação auditiva acontece em 3 etapas: triagem por EOAT antes da alta da maternidade ou agendada, reteste (acompanhamento audiológico) por Potencial Evocado Auditivo de ronco Encefálico (PEATE) dos que obtiveram resultado ‘falha’ na triagem e procedimentos de diagnóstico audiológico e otorrinolaringológico (não especificados no artigo).

Adesão ao acompanhamento audiológico: São levantados os indicadores de risco para surdez, mas não é dita a sua aplicabilidade no programa. O Serviço Social, em alguns casos, mediante estudo social, disponibiliza passagens de ônibus para o retorno da mãe, ou verifica com ela outras situações que possam dificultar seu retorno. Nos casos em que a criança faltou à triagem agendada ou que realizou o exame, mas não voltou ao acompanhamento audiológico, a assistente social entra em contato com os responsáveis

do lactente para verificar motivos do não comparecimento, iniciando assim um processo que visa garantir a finalização dos procedimentos. A taxa de adesão à triagem, a primeira etapa atingiu 62,17% e na segunda etapa, 79,34%.

Educação em saúde: Antes do exame de triagem, mães e acompanhantes dos neonatos e lactentes participam de um grupo de orientação sobre a triagem auditiva, sob a responsabilidade de fonoaudiólogas e assistentes sociais. Em caso de resultado ‘falha’ no acompanhamento, a mãe é acolhida tendo em vista sua preocupação com o resultado do teste e é orientada sobre os procedimentos seguintes, em que se enfatiza a importância da continuidade da avaliação para que seja dado seguimento à reabilitação.

Estudo 7²¹:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Na ocasião da triagem, a mãe respondeu a um questionário, com perguntas sobre a presença ou não dos indicadores de risco. No momento da alta, é agendado um dia para a triagem auditiva. Os neonatos foram triados por EOAT. Em caso de resultado ‘falha’ na triagem, os neonatos foram encaminhados para reteste por PEATE-A. Os neonatos que com resultado ‘falha’ na triagem com o PEATE-A foram encaminhados para a realização do diagnóstico audiológico em outros serviços de saúde da comunidade. Os neonatos com resultado ‘passa’ nas EOAT, mas que tinham indicadores de risco, foram agendados no Programa de Monitoramento Audiológico e de Linguagem, em que os lactentes e/ou crianças são acompanhados até 24 meses de idade. Foram encaminhados para reteste 628 neonatos, dos quais apenas 223 (35,5%) retornaram para a triagem por PEATE-A.

Estudo 8²²:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Os recém-nascidos (RN) com resultado ‘falha’ na triagem foram encaminhados para o reteste, onde permanecendo com o resultado ‘falha’ foram encaminhados para o diagnóstico audiológico. O protocolo utilizado nesse estudo foi o sugerido pelo GATANU: triagem por EOET (etapa 1) e, em caso de resultado ‘falha’, reteste em 15 a 30 dias (etapa 2). Os RN que ainda assim obtivessem resultado ‘falha’ seriam encaminhados para serviços de diagnóstico para avaliação otorrinolaringológica, PEATE, Imitanciometria e Avaliação Comportamental.

Estudo 9²³:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Realizada a reavaliação em caso de resultado ‘falha’ na TAN por meio das EOAPD. Para o diagnóstico foram utilizados exames como Imitanciometria e PEATE. Ao ser diagnosticada alteração auditiva paciente foi encaminhado para a intervenção.

Estudo 10²⁴:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Todos os neonatos e lactentes tinham que ter resultado ‘passa’ na triagem neonatal, e apresentar apenas a prematuridade como indicador de risco. As avaliações foram realizadas entre a alta hospitalar e o 3º mês de vida e foram constituídas pelos seguintes procedimentos: anamnese, análise das condições da orelha média com medidas de imitância acústica e avaliação eletrofisiológica por meio do PEATE. Para excluir alterações auditivas periféricas, de orelha externa e média, foram incluídos na pesquisa somente os lactentes com resultado ‘passa’ na TAN realizada com o teste de EOAT e que não apresentaram Timpanometria alterada.

Estudo 11²⁵:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Para os testes com resultado ‘falha’, realizou-se novo teste de EOAT em torno de duas semanas. Os neonatos que obtiveram resultado ‘passa’ no segundo exame tiveram alta. Os que obtiveram resultado ‘falha’ novamente foram encaminhados para a realização do PEATE, realizado em laboratórios indicados pela maternidade.

Educação em saúde: Foram orientados 45.550 pais de neonatos a respeito da TAN. Desses pais, 20.615 concordaram em realizar a TAN (EOAT). Os recém-nascidos eram de ambos os sexos, de berçário normal, sem indicadores de risco para deficiência auditiva e não estiveram na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Estudo 12²⁶:

Exames utilizados para a avaliação auditiva: Para a triagem auditiva utilizou-se o exame de EOAT e avaliação comportamental por meio do RCP com uso do instrumento agogô, próximo à alta hospitalar do neonato. Os neonatos não testados e com alta hospitalar em fins de semana e/ou feriados foram encaminhados e agendados para avaliação entre duas e quatro semanas de vida. Caso houvesse alteração na triagem

auditiva ou o neonato apresentasse indicador de risco para perda auditiva, seriam repetidos os exames na segunda etapa do programa, entre 7 e 15 dias após a alta hospitalar, e realizada a avaliação da orelha média por Timpanometria. Estes pacientes seriam então encaminhados para avaliação médica da necessidade de indicação de novos exames. Quando indicado, o neonato passaria para a terceira etapa da investigação, sendo avaliado por exame de PEATE.

DISCUSSÃO

Em relação aos exames realizados a avaliação audiológica nos programas referidos nos artigos analisados nesta revisão, foram encontrados mais frequentemente os exames de EOAT e PEATE (Estudos 1¹⁵,2¹⁶,5¹⁹,7²¹,8²²,10²⁴,11²⁵,12²⁶), embora também tenham sido citados os exames de Imitanciometria, RCP, EOAPD e Audiometria comportamental (Estudos 2¹⁶,3¹⁷,5¹⁹,8²²,9²³,10²⁴,12²⁶).

O Comitê Multiprofissional de Saúde Auditiva (COMUSA) expõe algumas recomendações, uma delas se refere aos métodos de avaliação auditiva, como a indicação da identificação de perdas auditivas por meio de triagem auditiva com métodos sensíveis e específicos, recomendando-se a utilização de PEATE e/ou EOAE - por Estímulo Transiente ou Produto de Distorção²⁷.

O exame de Emissões Otoacústicas (EOA) apresenta alta sensibilidade, é mais rápido do que o PEATE, levando aproximadamente um minuto por orelha, simples, de fácil aplicação e interpretação e tem sido bastante recomendado para TAN. A desvantagem é que não identifica as alterações retrococleares, comuns em neonatos provenientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e sofrem maior interferência das alterações de orelha externa (como vérnix) e de orelha média (como as otites). A associação dos dois procedimentos (EOA e PEATE) de triagem em UTIN já vem sendo recomendada pelo *National Institute of Health* nos bebês que obtiverem resultado 'falha' nas EOA, antes da alta hospitalar²⁸.

Em sua última publicação, o JCIH (2007) recomendou a inclusão do PEATE nos neonatos que permanecerem em UTIN por mais de 5 dias, associado ao exame de EOA². O protocolo de duas etapas, com EOA + PEATE em equipamento automático, tem a vantagem de identificar as alterações retrococleares, sendo assim mais indicado

para populações de alto risco. Essa associação traz como desvantagens o custo mais elevado e maior tempo para TAN, aproximadamente 10 minutos²⁸.

O estudo de Alvarenga e colaboradores, analisado nesta revisão (Estudo 1¹⁵), traz a proposta do Projeto Modelo de Saúde Auditiva no Recém-Nascido, que consiste na realização da TANU em duas etapas, teste e reteste, por meio de EOAT. Ainda, é garantido um momento de orientação acerca da importância da realização da TAN, com a mãe ainda no leito, antes da alta hospitalar. A triagem é realizada preferencialmente antes da alta hospitalar e o reteste (acompanhamento audiológico), no dia do Teste do Pezinho realizado no hospital maternidade¹⁵.

O COMUSA ainda afirma que, nos casos de resultado ‘falha’ com a utilização do método das EOA, recomenda-se a utilização do PEATE automático antes da alta hospitalar, e/ou no retorno para reteste, medida que pode diminuir o número de encaminhamentos desnecessários para diagnóstico. Respostas normais no PEATE automático em ambas as orelhas devem ser consideradas como triagem satisfatória. Porém, este comitê ainda recomenda orientação aos pais ou responsáveis no sentido de enfatizar que, no caso de suspeita de dificuldades no desenvolvimento das habilidades auditivas, um serviço de referência em saúde auditiva deve ser procurado imediatamente²⁷.

Os programas de identificação da perda auditiva viabilizam o diagnóstico e a intervenção em um período determinante para o desenvolvimento da linguagem. No entanto, para que os objetivos de tais programas sejam alcançados é essencial que haja a adesão das famílias em todas as fases deste processo²⁹.

Diferentes indicadores de qualidade são propostos para os Programas de Saúde Auditiva Infantil, como o índice de adesão e evasão das famílias. Esses índices podem ser observados nos estudos analisados nesta revisão (Estudo 1¹⁵,4¹⁸,5¹⁹,6²⁰,7²¹). O JCIH propõe/recomenda que, para um programa ser considerado de qualidade, a triagem deve ser realizada em pelo menos 95% dos recém-nascidos e, entre aqueles que obtiverem o resultado ‘falha’, no mínimo 90% devem ser submetidos à avaliação audiológica até o terceiro mês de vida².

Porém, autores têm evidenciado o enfrentamento de grandes dificuldades devido às altas taxas de evasão das famílias nas diferentes fases do programa de saúde auditiva, embora os programas existentes busquem seguir tais recomendações e atingir estes índices^{7,30}.

Em pesquisa realizada em Massachusetts, nos Estados Unidos, 11% das crianças que obtiveram resultado ‘falha’ na triagem auditiva não cumpriram o acompanhamento audiológico, ou seja, não retornaram para seguimento³⁰. Já em estudo conduzido na Itália, observou-se perda de 255 (16,46%) dos lactentes, que não retornaram para completar a avaliação audiológica³¹.

Em uma pesquisa sobre os motivos para o não comparecimento do lactente ao acompanhamento audiológico, apontou-se um conjunto de aspectos: baixa escolaridade dos pais, dificuldades financeiras para trazer a criança para a avaliação, confusão em relação aos diferentes agendamentos e encaminhamentos pós-natal, e o fato da mãe possuir mais filhos e observar no cotidiano as reações do lactente aos sons. É sugerido ainda que o desconhecimento das mães em relação ao direito de seus filhos à triagem e às repercussões da surdez no desenvolvimento da fala e da linguagem da criança corroboram para a não adesão. Assim, acredita-se que vários fatores podem atuar como influenciadores na adesão das famílias dos lactentes aos programas de triagem³².

Em outro estudo, foram encontrados como fatores socioeconômicos e demográficos entre as mães que não concluíram a triagem auditiva agendada: mães que tinham escolaridade inferior ao ensino médio, que eram provenientes de famílias de baixa renda e viviam em áreas rurais, fora do município de Recife³³.

Fica clara a necessidade de realização de estudos que avaliem condições demográficas e socioeconômicas e relacionem tais aspectos com os resultados encontrados em triagens auditivas realizadas em maternidades. Adicionalmente, é reconhecida a importância de estudos que visem investigar causas e soluções relacionadas às condições socioeconômicas desfavoráveis identificadas na população participante desse tipo de estudo³⁴.

Poucos foram os estudos (Estudo 1¹⁵, 6²⁰, 11²⁵) que citaram a adoção da educação em saúde auditiva como uma prática rotineira nos programas de saúde auditiva infantil, o que poderia funcionar como estimulador da adesão ao acompanhamento audiológico, ao passo que os pais ou responsáveis teriam empoderamento em relação ao cuidado com a saúde auditiva da criança.

A promoção da saúde embasa uma nova abordagem no contexto da saúde pública, constituindo o modelo mais atual de educação em saúde, que prioriza o rompimento da verticalidade na relação profissional-usuário e reconhece o usuário como portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado³⁵.

O empoderamento inclui a promoção da conscientização e fornecimento de informações sobre o campo da saúde e habilidades vitais, possibilitando ao indivíduo autonomia para fazer suas escolhas. Originário da palavra inglesa *empowerment*, toma emprestadas as noções de distintos campos de conhecimento, como as ciências sociais e da saúde, e está associado a formas alternativas de trabalho com as realidades sociais³⁵.

Em relação aos profissionais que realizaram a educação em saúde auditiva aos familiares, a maioria era da área de Enfermagem, como pode ser presenciado no artigo analisado nesta revisão (Estudo 1¹⁵), ratificando o encontrado na literatura.

Estudo sugere que a orientação do médico ou da enfermeira sobre a necessidade do exame parece ter motivado as mães a buscarem o serviço de avaliação auditiva, ainda que a mãe não soubesse bem qual era o exame e para quê ele servia. Este comportamento pode se justificar pelo fato de ainda vivermos em uma sociedade em que médicos e alguns profissionais da saúde gozam de muito prestígio, e suas orientações são seguidas sem questionamentos. A participação efetiva dos profissionais que compõem o corpo clínico do hospital no programa pode garantir a informação aos pais quanto aos procedimentos para a realização da triagem, destacando-se a atuação do setor de Enfermagem que, em geral, está bastante próximo às mães e bebês em sua estadia no hospital. Os programas podem se beneficiar desta parceria³⁶.

A educação em saúde constitui um tema que cada vez mais vem ocupando espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde. No entanto, nos estudos encontrados, observou-se que ainda há muitas informações técnicas, como por exemplo, com relação aos exames, e protocolos utilizados, dando pouca ênfase às ações educativas, que são essenciais para adesão da família ao acompanhamento audiológico. Esta pouca atenção dada às ações de educação em saúde, pode contribuir para o grande número de evasão nos Programas de Saúde Auditiva Infantil.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados nesta revisão integrativa, em relação à condução do acompanhamento audiológico nos Programas de Saúde Auditiva Infantil brasileiros, abordaram três aspectos específicos: os exames utilizados para a avaliação auditiva, a adesão ao acompanhamento audiológico e as ações de educação em saúde auditiva.

O acompanhamento audiológico vem sendo realizado de diversas formas, porém com alguns pontos em comum entre os Programas de Saúde Auditiva Infantil estudados, como, por exemplo, os exames utilizados, que na maioria dos estudos correspondiam ao recomendado pela literatura. Além disso, a adesão ao acompanhamento audiológico, no Brasil, não se encontra nos padrões adequados. Ainda, poucos foram os estudos que abordaram a educação em saúde auditiva como parte da rotina dos programas.

O uso de algumas estratégias pode favorecer a adesão ao acompanhamento audiológicos dos neonatos e lactentes, como o agendamento para o dia em que a família já necessite retornar ao centro de saúde para outro procedimento do neonato, a articulação do programa com o serviço de assistência social e, principalmente, o envolvimento da equipe multidisciplinar que atende ao neonato e a sua família, para a realização de ações de educação em saúde auditiva. Esta última já representa uma recomendação aos programas, porém pouco seguida.

Acredita-se ser interessante observar as sugestões e recomendações de entidades locais e internacionais para a realização do acompanhamento audiológico de neonatos e lactentes, para que se busque não apenas um padrão de qualidade e efetividade nos programas, mas também a qualidade da avaliação audiológica, assegurando a detecção de perdas auditivas o mais cedo possível. Porém, cada programa pode adequar-se de forma a adaptar suas ações à população atendida e ao local em que se encontra.

REFERÊNCIAS

1. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI). Recomendação 01/99 do Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia*. 2000; 3(7): 5-6.
2. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*. 2007; 120(4): 898-921.
3. Colozza P, Anastasio ART. Screening, diagnosing and treating deafness – the knowledge and conduct of doctors serving in neonatology and/or pediatrics in a tertiary teaching hospital. *São Paulo Med J*. 2009; 127(2): 61-5.

4. Sígolo C, Lacerda CGF. Da suspeita à intervenção em surdez: caracterização deste processo na região de Campinas/SP. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2011; 23(1): 32-7.
5. Amado BCT, Almeida EOC, Berni PS. Prevalência de indicadores de risco para surdez em neonatos em uma maternidade paulista. *Rev CEFAC.* 2009; 11: 18-23.
6. Griz SMS, Silva ARA, Barbosa CP, Menezes DC, Curado NRPV, Silveira AK, Teixeira DA. Indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes atendidos em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev CEFAC.* 2010; 13(2) (a).
7. Berni PS, Almeida EO, Amado BC, Almeida Filho N. Triagem auditiva neonatal universal: índice de efetividade no reteste de neonatos de um hospital da rede pública de Campinas. *Rev CEFAC.* 2010;12(1):122-7.
8. Cristobal R, Oghalai JS. Hearing loss in children with very low birth weight: Current review of epidemiology and pathophysiology. *Arch. dis. child. fetal neonatal ed.* 2008; 93:462-8.
9. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blasca WQ, Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* 2008 jul-set;20(3):171-6.
10. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):478-84.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2008; 17(4): 758-64.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

13. Public Health Resource Unit, The University of Kent, Critical Appraisal of the Journal Literature. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Evaluation tool for quantitative studies. England: Public Health Resource Unit; 2006.
14. Galvão CM. Níveis de Evidência. Editorial. *Acta paul. enferm.* 2006;19(2):5.
15. Alvarenga KF, Gadret JM, Araújo ES, Bevilacqua MC. Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;17(3):241-7
16. Faistauer M, Augusto TAM, Floriano M, Tabajara CC, Martini CM, Schmidt VB, Roithmann R. Implementação do programa de triagem auditiva neonatal universal em hospital universitário de município da região Sul do Brasil: resultados preliminares. *Revista da AMRIGS.* 2012; 56 (1): 22-25.
17. Canabarro MS, Machado N, Fossa V, Weiss KM, Mitre EI. Programa de triagem auditiva neonatal: resultados de um Hospital Universitário de Porto Alegre. *Revista HCPA.* 2012;32(1):30-34.
18. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Melo TM, Lopes AC, Moret ALM. Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(1):49-53.
19. Didoné DD, Kunst LR, Weich TM, Ourique AC, Franceschi CM, Tochetto T. Acompanhamento do desenvolvimento da função auditiva em crianças sem e com indicadores de risco para a surdez. *Distúrb Comun.* 2011; 23(3): 317-23
20. Françoço MFC, Masson GA, Rossi TRF, Lima MCMP, Santos MFC. Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. *Saúde Soc.* 2010; 19(4): 910-18.
30. Liu CL, Farrell J, MacNeil JR, Stone S, Barfield W. Evaluating loss to follow-up in newborn hearing screening in Massachusetts. *Pediatrics.* 2008;121(2): 335-43.

21. Lima MCMP, Rossi TRF, Françoço MFC, Marba ST, Lima GML, Santos MFC. Detecção de perdas auditivas em neonatos de um hospital público. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010;15(1):1-6
22. Botelho MSN, Silva VB, Arruda LS, Kuniyoshi IC, Oliveira LLR, Oliveira AS. Newborn hearing screening in the limiar clinic in Porto Velho – Rondônia. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010(a);76(5):605-10.
23. Botelho FA, Bouzada MCF, Resende LM, Silva CFX, Oliveira EA. Prevalence of hearing impairment in children at risk. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010(b);76(6):739-44.
24. Casali RL, Santos MFC. Auditory Brainstem Evoked Response: response patterns of full-term and premature infants. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* 2010;76(6).
25. Hanna KF, Maia RA. Triagem auditiva neonatal: incidência de deficiência auditiva neonatal sob a perspectiva da nova legislação paulista. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010;10 (2): 257-64.
26. Mattos WM, Cardoso LF, Bissani C, Pinheiro MMC, Viveiros CM, Filho WC. Análise da implantação de programa de triagem auditiva neonatal em um hospital universitário. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(2):237-44.
27. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva – COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010 Jan/Fev; 76 (1).
28. Angrisani RMG, Suzuki MR, Pifaia GR, Testa JR, Sousa EC, Gil D, Azevedo MF. PEATE automático em recém nascidos de risco: estudo da sensibilidade e especificidade. *Revista CEFAC.* 2012 Mar-Abr; 14(2):223-233.
29. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. *Cien Saude Colet.* 2010;15(2):353- 61.

30. Liu CL, Farrell J, MacNeil JR, Stone S, Barfield W. Evaluating loss to follow-up in newborn hearing screening in Massachusetts. *Pediatrics*. 2008;121(2): 335-43.
31. De Capua B. et al. Universal neonatal hearingscreening: the Siena (Italy) experience on 19700 newborns. *Early Human Development, Amsterdam*. 2007 sept; 83(9): 601-6.
32. Fernandes JC. Estudo da efetividade de um programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal [Dissertação (Mestrado em Enfermagem)]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2005.
33. Griz S. et al. Newborn hearing screening: an outpatient model. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, Amsterdam*. 2009 jan;73(1): 1-7.
34. Griz SMS, Barbosa CP, Silva ARA, Ribeiro MA, Menezes DC. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2010(b); 15(2): 179-183.
35. Brites LS, Souza APR, Lessa AH. Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13(3):258-66.
36. Munhoz SRM. Um programa de triagem auditiva neonatal: efetividade e ações educativas. [Dissertação (Mestrado em Educação)]. Piracicaba (SP): Universidade Metodista de Piracicaba. Programa de Pós-Graduação em Educação; 2007.

Tabela 1. Publicações encontradas a partir da combinação dos descritores, segundo a base de dados. Recife, 2013.

Descritores	Lilacs	IBECS	Medline	CidSaúde	Total de publicações
“audição” and “triagem neonatal” and “acompanhamento”.	6 artigos	0 artigos	10 artigos	0 artigos	16
“audição” and “triagem neonatal”.	72 artigos	14 artigos	841 artigos	0 artigos	927
“audição” and “acompanhamento”.	83 artigos	1 artigo	40 artigos	0 artigos	124
“triagem neonatal” and “acompanhamento”.	25 artigos	0 artigos	38 artigos	0 artigos	63
TOTAL	186 artigos	15 artigos	929 artigos	0 artigos	1.130

ANEXO A - Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*

Questões	Considerações	Respostas
1) Objetivo está claro e justificado?	<input type="checkbox"/> explica objetivo <input type="checkbox"/> explica relevância do estudo Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	<input type="checkbox"/> há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3) os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	<input type="checkbox"/> há justificativa da escolha do referencial, método <input type="checkbox"/> explica os procedimentos metodológicos Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4) A amostra de estudo foi selecionada adequadamente?	<input type="checkbox"/> explica os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo. Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5) A coleta de dados está detalhada?	<input type="checkbox"/> explica a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) <input type="checkbox"/> explica o uso de instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...) Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	<input type="checkbox"/> o examinador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) <input type="checkbox"/> descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7) os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	<input type="checkbox"/> há menção de aprovação por comitê de ética <input type="checkbox"/> há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	<input type="checkbox"/> explica o processo de análise <input type="checkbox"/> explica como as categorias de análise foram identificadas <input type="checkbox"/> os resultados refletem os achados Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com prioridade?	<input type="checkbox"/> explica os resultados <input type="checkbox"/> dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores <input type="checkbox"/> os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10) qual o valor da pesquisa?	<input type="checkbox"/> explica a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) <input type="checkbox"/> indica novas questões de pesquisa Comentários:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

* Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica. © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Resultado: Escore 06 a 10 pontos Escore no mínimo 05 pontos .

Os artigos com pontuação de 06 a 10 foram classificados com boa qualidade metodológica e viés reduzido e para os artigos com pontuação mínima de 05 foram classificados como estudos com qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado.

4.2 Artigo Original

AÇÕES EDUCATIVAS E A ADESÃO AO ACOMPANHAMENTO AUDIOLÓGICO DE NEONATOS E LACTENTES

SHARES AND SUBSCRIPTION TO EDUCATIONAL AUDIOLOGIC OF NEONATES AND INFANTS

ACCIONES Y INSCRIPCIÓN PARA LA EDUCACIÓN AUDIOLÓGICA DE RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES

Revista Brasileira de Enfermagem

Adriana Ribeiro de Almeida e Silva¹, Camila Padilha Barbosa², Ana Karollina da Silveira³, Nathália Raphaela Pessôa Vaz Curado⁴, LÍlian Ferreira Muniz⁵, Francisca Márcia Pereira Linhares⁶, Silvana Maria Sobral Griz⁷.

- (1) SILVA, ARA. Fonoaudióloga; Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (2) BARBOSA, CP. Fonoaudióloga; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (3) SILVEIRA, AK. Fonoaudióloga pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (4) CURADO, NRPV. Fonoaudióloga; Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (5) MUNIZ, LF. Fonoaudióloga; Professora Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE; Doutorado em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (6) LINHARES, FMP. Enfermeira; Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE; Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- (7) GRIZ, S. Fonoaudióloga; Professora do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE; Doutora em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.

Autor responsável pela troca de correspondência: Adriana Ribeiro de Almeida e Silva;
End. Rua Conselheiro Nabuco, 115A – Casa Amarela – Recife-PE. CEP: 52.070-010;
(81)88595824; adriribeiroas@hotmail.com.

RESUMO

A elevada evasão no acompanhamento audiológico infantil constitui o principal problema na efetividade dos Programas de Saúde Auditiva Infantil. Objetivou-se verificar relação entre educação em saúde auditiva e adesão ao acompanhamento audiológico. Trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e longitudinal prospectiva, com 188 mães de neonatos e lactentes atendidos no Programa de Saúde Auditiva Infantil, nascidos no período de junho a novembro de 2011 e encaminhados para acompanhamento audiológico. Pôde-se observar que 29,8% (n=56) das mães estudadas aderiram ao acompanhamento audiológico, com 62,0% (n=31) destas relatando ter recebido ao menos uma orientação sobre saúde auditiva. A ação educativa esteve associada significativamente à adesão. Dentre os aspectos socioeconômicos e demográficos, a 'região de moradia' apresentou associação significativa em relação à adesão. A presença de indicadores de risco e o resultado 'falha' na triagem não influenciaram a adesão. A ação educativa mostrou-se efetiva para melhorar a adesão das mães ao acompanhamento audiológico.

Descritores: Educação em Saúde. Audição. Triagem Neonatal. Neonato. Lactente.

ABSTRACT

The high dropout in audiologic child is the main problem in the effectiveness of Hearing Child Health Programs. The objective was to verify the relationship between health education and adherence monitoring hearing audiology. This is an observational research, analytical and longitudinal prospective study with 188 mothers of newborns and infants treated at the Children's Hearing Health Program, from June to November 2011 and referred for audiologic. It was observed that 29,8% (n = 56) of the mothers joined the audiologic, with 26,6% (n = 50) reporting that have received at least one guidance on hearing health. The educational activity was significantly associated with adherence. Among the socioeconomic and demographic indicators, the 'place of residence' showed significant association in relation to adherence. The presence of risk factors and outcome `failure` screening did not affect the adhesion. The educational activity was useful to improve the adhesion of the audiologic mothers.

Keywords: Health Education Hearing. Newborn Screening. Newborn. Infant.

RESUMEN

La deserción escolar en niños audiológica es el principal problema en la efectividad de los programas de salud auditiva. El objetivo fue verificar la relación entre la educación sanitaria y la vigilancia del cumplimiento de audiología audiencia. Se trata de una investigación observacional, analítico y prospectivo longitudinal con 188 madres de los recién nacidos y los lactantes atendidos en el Programa de Salud para Niños Audiencia, de junio a noviembre de 2011 y remitido para audiológica. Se observó que el 29,8% (n = 56) de las madres se unieron al audiológica, con el 26,6% (n = 50) de informes que se han recibido por lo menos una orientación sobre la salud auditiva. La actividad educativa se asoció significativamente con la adherencia. Entre los indicadores socioeconómicos y demográficos, el «lugar de residencia» mostraron asociación significativa con relación a la adherencia. La presencia de factores de riesgo y los resultados 'fallo' de detección no afectó a la adhesión. La actividad educativa fue útil para mejorar la adhesión de las madres audiológicos.

Palabras clave: Educación en Salud. Audición. Tamizaje Neonatal. Recién Nacido. Lactante.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da audição se inicia desde a vida intra-uterina e se constitui a partir de etapas graduais de complexidade. Deste modo, uma criança deve ser capaz de detectar sons, localizá-los, discriminá-los, memorizá-los, reconhecê-los e compreendê-los para que adquira linguagem e desenvolva fala. A interrupção de quaisquer dessas etapas pode acarretar prejuízos funcionais importantes no desenvolvimento da criança. Logo, medidas devem ser tomadas para que as dificuldades decorrentes de uma privação sensorial possam se minimizadas o mais brevemente possível. Para tanto, é necessário que se identifique a perda auditiva em um neonato no primeiro mês de vida, mesmo que este não apresente em seu histórico indicadores de risco que potencializem a probabilidade desse agravo ocorrer¹.

Os primeiros seis meses de vida do lactente são decisivos para o seu desenvolvimento futuro, e é por essas razões que fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas e pediatras têm se preocupado com a promoção de campanhas de conscientização da população e dos profissionais da saúde sobre a importância da identificação e diagnóstico precoce da deficiência auditiva, seguido imediatamente de medidas de intervenção médica e fonoaudiológica¹. Acredita-se ser importante, quando se fala em conscientização de profissionais da saúde, que se considere todos os profissionais de saúde envolvidos com o cuidado do neonato e do lactente, especialmente os profissionais de Enfermagem, por ter grande proximidade com a população e apresentar sua prática baseada no cuidado².

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva³ permite o atendimento integral a pessoas com deficiência auditiva por meio de ações que envolvem desde a atenção básica (ações de promoção à saúde, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos), os serviços de média complexidade (triagem e monitoramento auditivo) e de alta complexidade (diagnóstico e terapêutica especializada), com o fornecimento de prótese auditiva e terapia fonoaudiológica³.

A mais recente publicação do *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)*, um comitê internacional de perda auditiva na infância, recomenda a utilização dos procedimentos fisiológicos de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) e de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) para a triagem auditiva de neonatos. Porém, para neonatos sem indicadores de risco para perda auditiva, qualquer um dos

métodos é considerado apropriado. Já na população com risco, se o PEATE for utilizado, além das perdas auditivas cocleares, é possível a identificação de distúrbios auditivos neurais, como o espectro da neuropatia auditiva. Este comitê ainda comenta o fato de alguns serviços utilizarem o registro das EOAE para a triagem inicial e, no caso de falha, o PEATE é utilizado no segundo estágio, o que diminui os índices de falso-positivos, e a necessidade de acompanhamento audiológico⁴.

O acompanhamento às famílias dos lactentes que não passam na primeira avaliação e a conscientização destas sobre a relevância da detecção precoce da perda auditiva e suas consequências podem contribuir para o aumento da taxa de adesão na segunda etapa da avaliação auditiva⁵.

No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), existe um baixo índice de retornos para os exames posteriores à triagem auditiva, ou seja, diz-se que é baixa a adesão das famílias ao acompanhamento audiológico, quando estes são necessários. Portanto, para conhecer os fatores que estão associados à adesão das famílias ao acompanhamento audiológico e, principalmente, conhecer a importância da ação educativa fornecida por profissionais de saúde para esta adesão, decidiu-se desenvolver uma pesquisa com o objetivo de verificar a relação entre a ação educativa em saúde auditiva e a adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e longitudinal prospectiva, realizada no Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE, na cidade de Recife, que envolve: (1) o serviço de TAN e (2) o ambulatório de Otorrinolaringologia.

No serviço de TAN, inicia-se o Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE. Neste local, é realizada a triagem auditiva com o exame de EOAT e o preenchimento de um formulário, que contém informações acerca de: (a) dados pessoais da mãe do neonato atendido; (b) aspectos socioeconômicos e demográficos de suas famílias; (c) indicadores de risco para perda auditiva; (d) resultados dos exames realizados; e (e) recebimento de alguma ação de educação em saúde auditiva realizada por profissionais de saúde, em algum momento de sua vida, seja nas consultas de pré-natal, na maternidade, etc.

No ambulatório de Otorrinolaringologia, são realizados os exames de PEATE e/ou EOAT, para o acompanhamento audiológico dos neonatos ou lactentes. Para atender os objetivos desta pesquisa, no momento do retorno para realização dos exames, houve a complementação do preenchimento de questões do formulário, referentes ao recebimento de alguma (ou mais alguma) ação de educação em saúde auditiva, realizada por profissionais de saúde, entre o período da triagem auditiva e a consulta de acompanhamento audiológico.

No Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE, o encaminhamento para acompanhamento audiológico pode ocorrer em duas situações distintas, descritas a seguir.

(1) Quando o neonato obtém resultado ‘falha’ na triagem auditiva: estes neonatos devem ser retestados por EOAT, para que seja confirmado ou refutado o resultado obtido na triagem auditiva inicial. A etapa subsequente depende do resultado neste reteste: (a) caso seja confirmado o resultado ‘falha’, o neonato é encaminhado para mais um exame de acompanhamento audiológico, desta vez por PEATE; (b) caso seja obtido o resultado ‘passa’, o neonato só retorna para mais um exame, se apresentar indicadores de risco para perda auditiva.

(2) Quando o neonato obtém resultado ‘passa’ na triagem auditiva, porém apresenta indicadores de risco para perda auditiva: estes neonatos devem ser examinados em outro momento para que se obtenha o diagnóstico audiológico, com o exame de PEATE, pela possibilidade de vir a apresentar uma perda auditiva progressiva, que não pôde ainda ser detectada pelo exame de EOAT no momento da triagem auditiva. A etapa subsequente também depende do resultado neste exame de acompanhamento audiológico: (a) caso obtenha resultado ‘alterado’, este neonato é encaminhado para serviços de intervenção existentes na região; (b) caso obtenha resultado ‘normal’, este neonato é desligado do programa.

Cada volta da família, após a triagem auditiva inicial, foi chamada, neste estudo, de acompanhamento audiológico, seja para realizar o exame de PEATE ou de EOAT, e em cada uma destas visitas, as mães foram questionadas novamente sobre o recebimento de qualquer ação de educação em saúde auditiva realizada por profissionais de saúde, para preenchimento do formulário. Portanto, as mães foram entrevistadas em diversos momentos.

Participaram desta pesquisa 188 mães de neonatos e lactentes que realizaram a

triagem auditiva no Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE, nascidos no período de junho a novembro de 2011, e que haviam sido encaminhados para acompanhamento audiológico.

Para o cálculo da amostra, foi considerada a população de estudo como sendo todas as mães de neonatos e lactentes encaminhados para acompanhamento audiológico no período estudado (368 casos). Considerando uma prevalência esperada de retorno, ou seja, de adesão ao acompanhamento audiológico, de 50% ($p = 0,5$), margem de erro de 5% ($e = 0,05$), nível de confiança de 95% e total de população de 368, o tamanho da amostra deste estudo ($n=188$) foi calculado como sendo representativo da população.

Para análise dos dados, foi construído um banco de dados no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 13.0, com dupla entrada, para possibilitar a validação dos dados, conferindo-lhes maior confiabilidade. Foram analisadas as seguintes variáveis: (a) adesão ao acompanhamento audiológico (b) aspectos socioeconômicos e demográficos, (c) presença de indicadores de risco para perda auditiva, (d) resultado ‘falha’ na triagem auditiva neonatal e (e) presença de ações de educação em saúde auditiva. Foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência em relação à adesão ao acompanhamento audiológico. Ainda, para avaliar os fatores associados à adesão ao acompanhamento audiológico foi aplicado o teste Qui-quadrado para Independência. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado para Independência não foram satisfeitas, foi aplicado o teste Exato de Fisher. Para tanto, foi considerado o nível de significância de 5%. Nas variáveis que se apresentaram significativas para a adesão ao acompanhamento, foi calculada a razão de prevalência, a fim de quantificar a diferença na adesão entre as características das mães.

Este trabalho faz parte da pesquisa ‘Programa de Triagem Auditiva Neonatal do HC/UFPE’, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE sob o nº. 160/07, CAAE 0158.0.172.000-07, de acordo com a resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

No programa de Saúde Auditiva do HC/UFPE, no momento da realização da TAN, a mãe é convidada a participar da pesquisa e confirma sua participação através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Para responder ao objetivo deste estudo foi: (1) verificada a adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico; (2) identificada a ocorrência de ações de educação em saúde auditiva voltadas para as mães de neonatos e lactentes; (3) identificado os profissionais que realizaram as ações educativas em saúde auditiva para as mães de neonatos e lactentes; (4) verificada a associação entre a adesão ao acompanhamento audiológico e a presença de ações de educação em saúde auditiva realizadas por profissionais de saúde às mães de neonatos e lactentes; e, (5) verificada a associação entre a adesão ao acompanhamento audiológico e os aspectos socioeconômicos e demográficos, a presença de indicadores de risco nos neonatos e ‘falha’ na triagem auditiva dos neonatos.

Dentre os dados da Tabela 1, pode ser observada a caracterização socioeconômica e demográfica da população deste estudo. Destaca-se que: 71,8% (n=135) das mães residem na região metropolitana de Recife; 90,4% (n=169), possuem de 1 a 3 filhos, 8,0% (n=15) possuem de 4 a 6 filhos e 1,6% (n=3) possuem 7 ou mais filhos; 55,4% (n=102) das mães não possuem renda pessoal, porém 23,4% (n=43) recebem menos de 1 salário mínimo e 21,2% (n=39) possuem renda pessoal de 1 a 3 salários mínimos. Entretanto, a análise da renda familiar mostra que 24,3% (n=44) recebe menos de um salário mínimo 68,0% (n=123) possui renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e 7,7% (n=14) recebem mais de 3 salários mínimos. Em relação ao nível de instrução, 2,1% (n=4) das mães são analfabetas, 31,9% (n=60) estudaram até o nível fundamental, 62,8% (n=118) até o nível médio e 3,2% (n=6) chegaram ao nível superior.

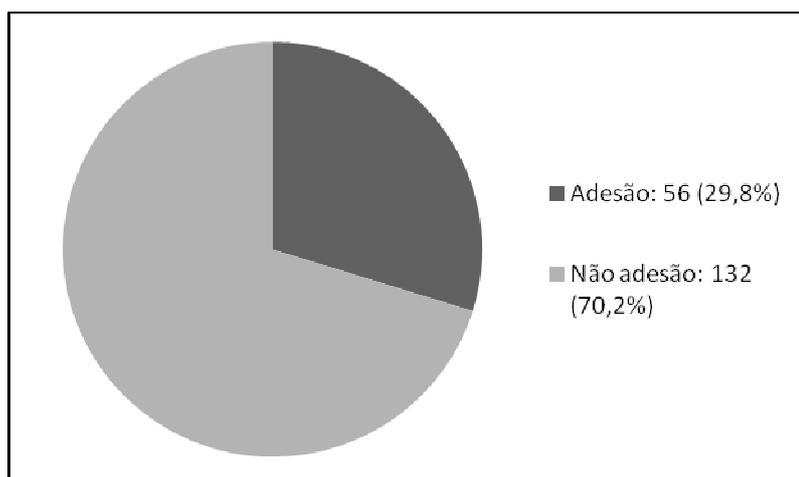
Tabela 1. Resultados da análise da associação entre a adesão ao acompanhamento audiológico e os aspectos socioeconômicos e demográficos, a presença de indicadores de risco e o resultado ‘falha’ na triagem auditiva neonatal. Recife, 2011.

Variáveis	N	%	Adesão ao acompanhamento		p-valor
			Sim	Não	
Região onde mora					
Região Metropolitana do Recife	135	71,8	49 (36,3%)	86 (63,7%)	0,002¹
Interior	53	28,2	7 (13,2%)	46 (86,8%)	
Idade					
Até 19 anos	46	24,5	16 (34,8%)	30 (65,2%)	0,667 ¹
20 a 34 anos	126	67,0	35 (27,8%)	91 (72,2%)	
35 anos ou mais	16	8,5	5 (31,2%)	11 (68,8%)	
Número de filhos					
1 a 3 filhos	169	90,4	53 (31,4%)	116 (68,6%)	0,510 ²
4 a 6 filhos	15	8,0	3 (20,0%)	12 (80,0%)	
7 ou mais filhos	3	1,6	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
Ocupação					
Trabalha	63	34,6	21 (33,3%)	42 (66,7%)	0,161 ¹
Estuda	17	9,3	8 (47,1%)	9 (52,9%)	
Não trabalha e não estuda	102	56,0	26 (25,5%)	76 (74,5%)	
Estado civil					
União informal	76	40,4	19 (25,0%)	57 (75,0%)	0,095 ²
Solteira	60	31,9	16 (26,7%)	44 (73,3%)	
Casada	48	25,5	20 (41,7%)	28 (58,3%)	
Separada	3	1,6	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
Viúva	1	0,5	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Renda pessoal					
Não possui renda pessoal	102	55,4	30 (29,4%)	72 (70,6%)	0,651 ¹
Menos de 1 salário mínimo	43	23,4	15 (34,9%)	28 (65,1%)	
De 1 a 3 salários mínimos	39	21,2	10 (25,6%)	29 (74,4%)	
Renda familiar					
Menos de 1 salário mínimo	44	24,3	9 (20,5%)	35 (79,5%)	0,235 ¹
De 1 a 3 salários mínimos	123	68,0	42 (34,1%)	81 (65,9%)	
Mais de 3 salários mínimos	14	7,7	4 (28,6%)	10 (71,4%)	
Nível de instrução					
Analfabeta	4	2,1	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0,439 ²
Nível fundamental	60	31,9	15 (25,0%)	45 (75,0%)	
Nível médio	118	62,8	39 (33,1%)	79 (66,9%)	
Nível superior	6	3,2	2 (33,3%)	4 (66,7%)	
Tem indicador de risco					
Sim	88	46,8	24 (27,3%)	64 (72,7%)	0,479 ¹
Não	100	53,2	32 (32,0%)	68 (68,0%)	
Resultado da triagem					
Passa com indicador de risco	9	4,8	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,129 ²
Falha	179	95,2	51 (28,5%)	128 (71,5%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado é determinante para adesão ao tratamento). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

No Gráfico 1, encontram-se os resultados referentes à adesão das mães ao acompanhamento audiológico, onde pode-se observar que apenas 29,8% (n=56) destas aderiram ao acompanhamento.

Gráfico 1. Adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico. Recife, 2011.



A Tabela 2 refere-se à associação entre a adesão ao acompanhamento audiológico e a presença de ações educativas em saúde auditiva. Dentre outros fatores, observa-se que, até o momento do retorno para acompanhamento audiológico, 26,6% (n=50) das mães haviam recebido ao menos uma orientação. Observa-se também que a prática da ação educativa é um fator significativo para a adesão ao acompanhamento (p-valor < 0,001). Ainda, a razão de prevalência da adesão entre o grupo que sofreu ação educativa e não sofreu a ação foi igual a 3,4 (62,0/18,1), indicando que as mães que passaram pela ação aderem ao acompanhamento 3,4 vezes mais que as mães que não sofreram a ação educativa.

Tabela 2. Associação entre a adesão ao acompanhamento audiológico e a presença de ações educativas em saúde auditiva. Recife, 2011.

Presença de ação educativa	N	%	Adesão ao acompanhamento		p-valor
			Sim	Não	
Sim	50	26,6	31 (62,0%)	19 (38,0%)	<0,001 ¹
Não	138	73,4	25 (18,1%)	113 (81,9%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado é determinante para adesão ao tratamento).

Na Tabela 3, encontram-se os resultados dos profissionais que foram relatados

como tendo realizado as ações educativas. Observa-se que o profissional mais citado foi o enfermeiro, referido por 33,3% (n=18) das mães, seguido de outros profissionais, como o médico, referido por 31,5% (n=17), o fonoaudiólogo por 11,1% (n=6), o agente comunitário de saúde (ACS) por 3,7% (n=2), enquanto que as demais (3,7%; n=2) não sabiam ou lembravam o profissional que havia realizado a ação e 16,7% (n=9) foram orientadas por outros meios.

Tabela 3. Identificação dos profissionais relatados por terem realizado ações educativas. Recife, 2011.

Profissional que realizou a ação educativa	n	%
Enfermeiro	18	33,3
Médico	17	31,5
Fonoaudiólogo	6	11,1
ACS	2	3,7
Não sabe / não lembra	2	3,7
Outros	9	16,7

Foram analisados outros aspectos que pudessem influenciar na adesão ao acompanhamento audiológico, a partir das associações entre a adesão ao acompanhamento audiológico e: (1) aspectos socioeconômicos e demográficos, (2) presença de indicadores de risco para perda auditiva nos neonatos e (3) resultado ‘falha’ na triagem auditiva neonatal.

Dentre os aspectos socioeconômicos e demográficos analisados (‘região onde mora’, ‘idade da mãe’, ‘número de filhos’, ‘ocupação da mãe’, ‘estado civil da mãe’, ‘renda pessoal da mãe’, ‘renda familiar’ e ‘nível de instrução da mãe’), apenas a variável ‘região onde mora’ apresentou resultado estatisticamente significativo (p-valor = 0,002) em relação à adesão ao acompanhamento audiológico (Tabela 1). Além disso, a razão de prevalência da adesão entre o grupo que mora na região metropolitana e que mora no interior foi igual a 2,7 (36,3/13,2), indicando que as mães que estão na Região Metropolitana aderem ao acompanhamento 2,75 vezes mais que as mães que são do interior.

A presença de indicadores de risco e o resultado ‘falha’ da triagem auditiva não obtiveram associação estatisticamente significativa em relação à adesão ao acompanhamento audiológico (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, foi observado que a percentagem de adesão ao acompanhamento audiológico encontra-se inferior à taxa de adesão descrita em outros estudos, como abordado a seguir.

Alavarenga e colaboradores (2011)⁸ realizaram um estudo onde foi observada adesão ao acompanhamento audiológico de 40,61% das famílias, em um projeto desenvolvido na comunidade. Já em outro estudo, realizado por Rangel, Ferrite e Begrow (2011)⁶, foi observado que 19,4% das famílias foram solicitadas a retornar ao serviço para realização da avaliação auditiva. Entretanto apenas 58,8% delas famílias aderiram a este acompanhamento.

Françozo e colaboradores (2010)⁵ observaram que 8,2% lactentes que participaram da triagem auditiva neonatal obtiveram resultado 'falha' na triagem auditiva, sendo encaminhados ao acompanhamento audiológico. Do total de lactentes encaminhados, retornaram 79,34%, sendo esta taxa de adesão ainda considerada inadequada para o acompanhamento audiológico¹.

Alvarenga e colaboradores (2012)⁹ realizaram um estudo com famílias de lactentes que foram encaminhadas para o acompanhamento audiológico e observaram que 98% das famílias relataram ser este acompanhamento importante, porém a adesão ao acompanhamento foi baixa. Os referidos autores observaram, então, incoerência entre o conhecimento e a adesão ao acompanhamento audiológico, uma vez que as famílias não compareceram para a realização do exame, mesmo sabendo de sua importância.

Esta disparidade entre a taxa de adesão ao acompanhamento audiológico do presente estudo em relação a outros estudos encontrados na literatura em questão pode se dever ao fato de alguns programas possuírem uma boa articulação entre o programa de triagem auditiva neonatal e os serviços de assistência social dos hospitais de uma determinada região, que disponibilizam, por exemplo, auxílio para o transporte da família de sua residência ao local do exame. Outra característica que pode ter servido de estratégia para a adesão para o acompanhamento audiológico é o agendamento do mesmo, realizado muitas vezes no mesmo dia do retorno da família para o Teste do Pezinho. Isso faz com que a volta da família ao serviço de saúde seja mais proveitosa, uma vez que uma única visita atenderá a dois fins de saúde distintos. Como esses dois

aspectos são inexistentes no programa de saúde auditiva analisado neste estudo, pode-se justificar a baixa adesão ao acompanhamento audiológico com base em ações de saúde desarticuladas.

A adesão ao acompanhamento audiológico é um indicador de qualidade fundamental para o sucesso de programas de saúde auditiva infantil^{1,4}. Isto é justificável, pois o não retorno ao acompanhamento audiológico posterga o diagnóstico de perda auditiva, comprometendo o início da intervenção em período adequado⁶. Para que um programa seja considerado de qualidade, os comitês nacional e internacional que discorrem sobre a perda auditiva na infância recomendam que a triagem auditiva deve ser realizada em pelo menos 95% dos recém-nascidos e, entre aqueles que obtiverem o resultado ‘falha’, no mínimo 90% devem ser submetidos à avaliação audiológica para compor o diagnóstico até o terceiro mês de vida^{1,4}.

Quando são seguidas as recomendações supracitadas, o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, bem como o relacionamento social e o desempenho acadêmico da criança com perda auditiva, podem ser compatíveis com os de crianças ouvintes da mesma faixa etária⁷.

Embora os programas de saúde auditiva infantil tentem seguir as recomendações e atingir os índices de adesão adequados, tem-se evidenciado o enfrentamento de grande dificuldade nesta questão nos serviços de saúde. Sendo assim, o alcance das taxas adequadas de adesão das famílias para o acompanhamento audiológico se constitui em um desafio permanente^{9,10}.

Apesar do alto índice de ausência no acompanhamento audiológico ser apontado como o principal problema na efetividade dos programas de triagem auditiva neonatal, pouco se sabe sobre os motivos do não comparecimento, pois são escassos os estudos com esta finalidade, especialmente em países em desenvolvimento⁶.

A busca por outros fatores que possam contribuir para o não comparecimento da família à consulta de retorno (acompanhamento audiológico) podem resultar em recomendações e ações a ser implementadas, com o intuito de promover a adesão necessária e completar todas as etapas de um programa de saúde auditiva infantil⁶. Nesta busca, destacam-se as seguintes categorias: (1) falta de conhecimento sobre a triagem auditiva, (2) dificuldades financeiras, (3) dificuldade em conciliar o agendamento com a rotina familiar, (3) desinteresse, (4) ausência de agendamento, (5) fatores emocionais, (6) falta de orientação às famílias, por parte dos profissionais de

saúde, sobre a importância da audição e os aspectos envolvidos com a saúde auditiva infantil⁹.

Rangel, Ferrite e Begrow (2011)⁶ analisaram qualitativamente os motivos pelos quais algumas mães não compareceram ao acompanhamento audiológico. Foram referidos aspectos como esquecimento do dia do retorno, falta de orientação por parte dos profissionais de saúde sobre a importância de realizar avaliação auditiva, falta de interesse do profissional de saúde sobre as questões relacionadas à saúde auditiva, dificuldade no deslocamento entre a cidade de residência e a cidade de realização do acompanhamento audiológico. Com base nos resultados descritos⁶, entende-se que os profissionais de saúde tem importante papel na adesão ao acompanhamento audiológico, pois sua postura e recomendações frente à necessidade de avaliação auditiva parecem ter influenciado positiva ou negativamente o retorno da díade mãe-lactente de alguns programas.

A efetividade de um Programa de Saúde Auditiva Infantil, no que tange à detecção e ao diagnóstico de alterações auditivas o mais cedo possível e à pronta inserção de lactentes em programas específicos de reabilitação, depende não somente da tecnologia existente, mas também de profissionais de saúde habilitados para a realização dos exames, para a oferta do serviços, e, sobretudo, para realização de orientações e suporte no envolvimento e participação dos familiares durante todo o processo que envolve um programa de saúde auditiva infantil¹⁰.

A participação familiar é necessária tanto para que o lactente seja levado até o local onde serão realizados os testes, como para que, nos casos de detecção de perda auditiva, a família possa ser orientada e integrada aos programas de reabilitação. Contudo, o envolvimento da família é considerado insatisfatório devido à falta de orientação dos profissionais que lidam com esta população¹⁰.

Este papel de orientação pode se estender especialmente aos profissionais de enfermagem, uma vez que são eles os profissionais de saúde que estão em contato direto com a população, seja nos centros de saúde, como hospitais e postos de saúde, seja nos programas de saúde da família².

Dessa forma, é importante: (a) orientar as famílias desde o período gestacional, quanto à importância da realização da triagem auditiva antes do primeiro mês de vida do bebê, (b) orientar às famílias através de entrega materiais educativos impressos, ainda na maternidade, (c) conciliar o agendamento do acompanhamento audiológico com

retornos para outros exames, e, (d) capacitar os profissionais de saúde para que incluam nas orientações de rotina a importância da realização da avaliação auditiva.

Além das ações descritas, a atuação de agentes comunitários de saúde também pode representar uma opção importante para minimizar a evasão ao acompanhamento audiológico. Entretanto, para que esta atuação seja efetiva, o sistema de saúde deve estar alerta para realização de ações de educação permanente a todos os profissionais envolvidos com a assistência dada à população infantil. Esse tipo de atuação tem sido descrita como promissora no resgate das famílias que não comparecem aos agendamentos propostos⁹.

Contudo, para que os profissionais da saúde possam atuar na orientação das famílias quanto à prevenção, na identificação de perdas auditivas tardias ou adquiridas e no suporte às famílias para adesão ao processo de (re)habilitação, faz-se necessário que informações específicas sobre saúde auditiva infantil sejam fornecidas¹¹, uma vez que este tema não necessariamente é abordado na formação destes profissionais. Deste modo, é fundamental capacitá-los quanto às causas e tipos de perdas auditivas, sobre o desenvolvimento da audição e linguagem de crianças ouvintes, o impacto da deficiência auditiva no desenvolvimento biopsicosocial da criança e as possibilidades de identificação, diagnóstico e intervenção².

A realização destas ações educativas voltadas para a promoção da saúde auditiva infantil, desde a prevenção até a identificação dos problemas auditivos o mais cedo possível, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar podem ser realizadas dentro da realidade dos Programas de Saúde Auditiva Infantil em países em desenvolvimento⁶.

No presente estudo, foram os profissionais de enfermagem, seguidos dos profissionais médicos, os mais citados pela população como os realizadores das ações de educação em saúde para as mães pesquisadas. Respectivamente, foram citados os profissionais fonoaudiólogos e os agentes comunitários de saúde, com percentuais menos expressivos. Isso vem reforçar a importância da realização de ações de educação permanente em todas as instâncias de saúde. Ademais, foi observado que a presença de ações de educação em saúde auditiva mostrou-se influenciadora da adesão das mães ao acompanhamento audiológico, indicando que estas ações podem beneficiar a efetividade do Programa de Saúde Auditiva Infantil.

O profissional fonoaudiólogo, pelo próprio tipo de atendimento que lhe é atribuído no serviço de saúde auditiva, o de realizar os exames, passa menos tempo com o neonato e sua família do que o profissional médico e enfermeiro, que realizam consultas periódicas com esta população, formando um vínculo e acompanhando sua saúde em geral. Talvez por este motivo, tenham sido os profissionais mais referidos como sendo os realizadores das ações de educação em saúde à população.

O enfermeiro já tem, como cerne de sua profissão, o cuidado ao ser humano (Schoeller; Leopardi, 2011)¹², seja no âmbito individual, familiar ou na comunidade, para o incremento de ações de promoção da saúde, prevenção de patologias, e de recuperação e reabilitação da saúde (Rangel et al, 2011)¹³.

Entre os sujeitos envolvidos neste processo de cuidar, além dos profissionais de saúde, estão os usuários e a família. O cuidado de Enfermagem deve ser centrado na família, por compreender que esta é fundamental no cuidado de seus membros e que exerce influência sobre a saúde do paciente, sendo uma parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado (Pinto et al, 2010)¹⁴.

Em 2007, Munhoz¹⁵ estudou e constatou a influência da orientação do médico ou do enfermeiro, sobre a necessidade de exames audiológicos, na motivação das mães em buscarem o serviço de avaliação auditiva, ainda que estas não soubessem bem qual exame seria realizado e qual a sua funcionalidade.

Em estudo (Hilú; Zeigelboim, 2007)¹⁶ com médicos e enfermeiros, observou-se que 100% dos médicos pesquisados referiram ter conhecimento sobre saúde auditiva do neonato e lactente. Destes, um pouco mais da metade afirmaram orientar as famílias a respeito da saúde auditiva do neonato ou lactente, durante o pré-natal ou na visita ao pediatra. Entre os enfermeiros, 78% responderam ter conhecimento sobre a detecção o mais cedo possível da perda auditiva, mas todos os profissionais de enfermagem desconheciam que 50% das crianças com perda auditiva não fazem parte do grupo com presença algum indicador de risco.

Alvarenga e colaboradores (2012)⁹ abordaram as ações de educação em saúde e observaram que o enfermeiro, o fonoaudiólogo e o médico foram, respectivamente, os profissionais que mais explicaram às famílias sobre a avaliação auditiva. Os resultados também indicaram que foram os profissionais de enfermagem os mais citados como tendo orientado estas famílias. Esse estudo vem reforçar a ideia de que são os profissionais de enfermagem que possuem maior contato com as famílias e são eles que

têm a oportunidade de orientar sobre a saúde auditiva, dentre as informações que abordam em sua atuação profissional. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de tais profissionais passarem por ações de educação permanente que envolvam a saúde auditiva infantil⁹, para que possam incluir em sua rotina as ações de educação em saúde auditiva.

Por outro lado, mesmo com a presença de ações de educação em saúde no programa estudado na presente pesquisa, o percentual de adesão mostrou-se abaixo do encontrado em outra pesquisa⁹. Neste cenário, a participação efetiva e multidisciplinar dos profissionais que lidam com neonatos e lactentes poderia não somente favorecer a educação aos pais quanto aos procedimentos para a realização da triagem auditiva, mas também fazer com que programas de saúde auditiva voltados para esta população fossem resolutivos. É possível que as estratégias educativas ou metodologias utilizadas nas ações de educação em saúde realizadas não tenham favorecido a incorporação de significados à triagem auditiva neonatal, não afetando o comportamento das mães.

Este dado corrobora com as afirmações de Fernandes e Nozawa (2010)¹⁰, ao referir que, em alguns casos, observa-se que a falta de audição não se constitui em um problema que necessitaria de preocupação ou de investigação junto a profissionais especializados. Para as mães, parece suficiente a sua capacidade de avaliar a audição, por seus meios empíricos, e acreditar que a criança ouve dentro dos padrões avaliados por elas como normais. Sugere-se, então, que a educação e a informação sejam bases de um planejamento estratégico que objetive não somente transcender a resistência dos indivíduos, mas incentivar a participação ativa dos usuários nas ações de saúde¹⁰.

Neste estudo, outros fatores foram analisados como possíveis interferências na adesão ao acompanhamento audiológico, tais como os aspectos socioeconômicos e demográficos, a presença de indicadores de risco ou o resultado 'falha' na triagem auditiva. Dentre estas verificações de associação, os resultados apontaram que apenas o aspecto demográfico 'região onde mora' obteve influência em relação à adesão ao acompanhamento audiológico. Este dado pode sugerir que a falta de acesso ao Programa de Saúde Auditiva Infantil pode dificultar o diagnóstico audiológico dos lactentes, especialmente para aquelas famílias que residem no interior, pois não há um adequado serviço de referência e contra-referência.

Dessa forma, pode-se sugerir que o sistema de saúde interfere no processo de adesão ao acompanhamento audiológico, uma vez que os serviços que realizam a

avaliação auditiva se concentram nas capitais e nos serviços privados, o que dificulta o acesso da população de baixa renda aos programas⁶.

Em cidades mais desenvolvidas, como no caso da cidade de Campinas, em São Paulo, o local de residência se mostrou pouco relevante em relação à adesão ao acompanhamento audiológico¹⁰.

O estudo de Rangel, Ferrite e Begrow (2011)⁶, realizado na mesma região que o presente estudo, aponta para a presença dos indicadores de risco para perda auditiva como um dos fatores que parecem influenciar a adesão das famílias para o retorno para acompanhamento audiológico. Aponta ainda o nível de escolaridade da mãe e a quantidade de filhos, como fatores que podem estar associados a esta adesão.

É sabido que a introdução de Programas de Saúde Auditiva Infantil em países em desenvolvimento ainda é considerada pouco acessível, por uma série de razões, dentre elas, os custos associados à triagem auditiva e aos serviços de acompanhamento audiológico⁵. Portanto, a oferta ainda escassa dos procedimentos de triagem auditiva, no Sistema Único de Saúde, dificulta o acesso da população a esta triagem e ao acompanhamento audiológico⁶, mesmo diante da Lei nº 12.303 sancionada, que dispõe sobre a obrigatoriedade da realização do exame de EOAE, em neonatos e lactentes nascidos nas dependências de hospitais e maternidades públicas¹⁷.

Ressalta-se que tal determinação representa um grande avanço na área de saúde auditiva infantil. Assim, é esperado que a avaliação auditiva torne-se um serviço de fácil acesso para toda a comunidade, com cobertura universal.

As mães cujos filhos obtiveram resultado ‘falha’ na triagem auditiva poderiam ter um comportamento, em relação à adesão ao acompanhamento audiológico, diferente daquelas cujos filhos obtiveram resultado ‘passa’ na triagem auditiva, porém apresentavam indicadores de risco para perda auditiva, ao passo que, poder-se-ia pensar que, por apresentar resultado satisfatório no primeiro exame, o neonato ou lactente estaria livre de alterações auditivas. Porém foi observado que nenhum desses dois casos mostrou-se influenciador do comportamento das mães.

CONCLUSÃO

A adesão ao acompanhamento audiológico representa um importante indicador de efetividade dos Programas de Saúde Auditiva Infantil. Nesta pesquisa, a adesão das

mães ao acompanhamento audiológico dos neonatos e lactentes esteve aquém do descrito na literatura nacional e internacional.

Como estratégias para modificar tal realidade foram identificadas as ações de educação em saúde auditiva promovidas por profissionais de saúde às mães de neonatos e lactentes atendidos. Neste estudo as ações de educação em saúde auditiva foram realizadas, em sua maioria, por enfermeiros. Apesar de ser imprescindível a interdisciplinaridade para o sucesso de um Programa de Saúde Auditiva, acredita-se que o profissional de Enfermagem representa um forte aliado, devido a sua ação primordial do cuidar.

Entre os fatores investigados que podem influenciar na adesão ao acompanhamento audiológico estão os aspectos socioeconômicos e demográficos da população. O fato de residir na região metropolitana em que está inserido o programa estudado influenciou, positivamente, a adesão. A presença de indicadores de risco e o resultado ‘falha’ na triagem auditiva não se mostraram influenciadores do comportamento das mães.

Porém, independente destes fatores no presente estudo as mães que receberam ação educativa aderiram ao acompanhamento audiológico com mais frequência do que as mães que não participaram. Estes resultados inferem que as ações de educação em saúde representam potenciais modificadores de conduta da população em relação à saúde auditiva de neonatos e lactentes.

REFERÊNCIAS

1. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva - COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(1):121-8.
2. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blasca WQ, Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2008 jul-set;20(3):171-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2073 de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

4. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*. 2007; 120(4): 898-921.
5. Françaço MFC, Masson GA, Lima MCMP, Santos MFC. Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. *Saúde Soc. São Paulo*, 2010; 19(4):910-18.
6. Rangel SB, Ferrite S, Begrow DV. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno Para a triagem auditiva neonatal. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011; 35(4): 948-65.
7. Yoshinaga-Itano. Levels of evidence: universal newborn hearing screening (UNHS) and early hearing detection and intervention systems (EHDI). *Journal of Communication Disorders* 37, 2004, 451–465.
8. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Melo TM, Lopes AC, Moret al.M. Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(1):49-53.
9. Alvarenga KF, Gadret JM, Araújo ES, Bevilacqua MC. Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(3):241-7.
10. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. *Cien Saude Colet*. 2010;15(2):353- 61.
11. Gopal R, Hugo SR, Louw B. Identification and follow-up of children with hearing loss in Mauritius. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2001 Feb;57(2):99-113.
12. Schoeller SD, Leopardi MT, Ramos FS. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. *R. Enferm. UFSM*. 2011;1(1):88-96.
13. Rangel RF, Fugali MM, Backes DS, Gehlen MH, Souza MHT. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):498-504
14. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev. bras. enferm*.2010;63(1):132-135.
15. Munhoz SRM. Um programa de triagem auditiva neonatal: efetividade e ações educativas. [Dissertação (Mestrado em Educação)]. Piracicaba (SP): Universidade Metodista de Piracicaba. Programa de Pós-Graduação em Educação; 2007.
16. Hilú MRPB, Zeigelboim BS. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. *Rev CEFAC*. 2007;9(4):563-70.
17. Brasil. Lei 12.303, de 02 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www. planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>. Acesso em: 04 ago 2012.

A resposta à pergunta: **a ação educativa em saúde auditiva realizada por profissionais de saúde interferiu na adesão das famílias de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico?** pode ser fundamentada tanto com base no que foi encontrado na literatura, através do artigo de revisão integrativa, como através da pesquisa realizada com mães de neonato de neonatos e lactentes atendidos no Programa de Saúde Auditiva Infantil do HC/UFPE.

Com base na revisão integrativa, pode-se observar que o acompanhamento audiológico vem sendo realizado de diversas maneiras, vinculados ou não a ações educativas em saúde auditiva infantil, o que pode ter contribuído para que o percentual de retorno das famílias, ou seja, o percentual de adesão ao acompanhamento audiológico fosse variado.

Nesta pesquisa, a adesão das mães ao acompanhamento audiológico dos neonatos e lactentes esteve aquém do descrito na literatura nacional e internacional, porém este comportamento pode ser modificado quando estas mães participam de ações de educação em saúde auditiva. Foi observado que as ações de educação em saúde auditiva foram realizadas, em sua maioria, por enfermeiros. Apesar de ser imprescindível a interdisciplinaridade para o sucesso de um Programa de Saúde Auditiva, acredita-se que o profissional de Enfermagem representa um forte aliado, devido à sua atuação voltada para o cuidar e ao seu contato com a população.

Outros fatores que podem influenciar na adesão ao acompanhamento audiológico são os aspectos socioeconômicos e demográficos da população, como o fato de residir na região metropolitana em que está inserido o programa.

Ações de educação em saúde auditiva devem ser direcionadas às famílias de neonatos e lactentes que necessitam ser informadas sobre os riscos e implicações da perda auditiva, sobretudo, no desenvolvimento da linguagem oral. Observa-se que parte deste conhecimento perpassa pelo que foi orientado pelo profissional de saúde que acompanha esta população. Para isso, são necessárias ações de educação permanente direcionadas aos profissionais de saúde que lidam com o neonato e o lactente, para que estes possam promover à saúde auditiva, incentivando a triagem e identificando a necessidade de acompanhamento audiológico, necessários para a detecção da perda auditiva.

Diante do exposto, observa-se que há necessidade de realizar estudos que analisem a relação entre a metodologia da intervenção em saúde auditiva e a adesão ao

acompanhamento audiológico, o que pode influenciar sobremaneira na efetividade dos Programas de Saúde Auditiva Infantil e minimizar as consequências negativas de uma perda auditiva identificada tardiamente, com uma inserção social menos comprometida.

REFERÊNCIAS

1. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância – CBPAI. Recomendação 01/99. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia*. Brasília: CBPAI. 2000;(5):3-7.
2. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120(4):898-921.
3. Amado BCT, Almeida EOC, Berni PS. Prevalência de indicadores de risco para surdez em neonatos em uma maternidade paulista. *Rev. CEFAC*. 2009; 11(1):18-23.
4. Griz SMS, Barbosa CP, Silva ARA, Ribeiro MA, Menezes DC. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2010;15(2):179-183.
5. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*. 2000; 106(4).
6. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva - COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(1):121-8.
7. Sígolo C, Lacerda CGF. Da suspeita à intervenção em surdez: caracterização deste processo na região de Campinas/SP. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011; 23(1): 32-7.
8. Cristobal R, Oghalai JS. Hearing loss in children with very low birth weight: Current review of epidemiology and pathophysiology. *Arch. dis. child. fetal neonatal ed*. 2008; 93:462-8.
9. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blascav WQ, Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2008; 20(3):139-144.
10. Lira Neto JF. Relações entre a proposta das concepções abertas no ensino da educação física e o método Paulo Freire. *Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*. 2008;6(2):62-81.
11. Lima MLLT, Assis ABR, Mercês GB, Barros PF, Griz SMS. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. *Rev. CEFAC*. 2008;10(2): 254-260.
12. Gatto CI, Tochetto TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Rev. CEFAC*. 2007;9(1):110-115.
13. Lima MCMP, Rossi TRF, Françoze MFC, Marba ST, Lima GML, Santos MFC. Detecção de perdas auditivas em neonatos de um hospital público. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(1):1-6

14. Dantas MBS, Anjos AL, Camboim ED, Pimentel MCR. Resultados de um programa de triagem auditiva neonatal em Maceió. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2009;75(1):58-63.
15. Soares CP, Marques LR, Flores NGC. Triagem auditiva neonatal: aplicabilidade clínica na rotina dos médicos pediatras neonatologistas. *Rev. CEFAC*. 2008;10(1):110-116.
16. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(2):353-61.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 12.303 de 3 de agosto de 2010. Institui a obrigatoriedade do Teste da Orelhinha. *Diário Oficial da União*. Seção 1:1.
18. Brasil a. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.073. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. *Diário Oficial da União*. 29 set 2004; Seção 1: 34. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>
19. Brasil b. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 587. Institui a Rede de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-587.htm>
20. Colozza P, Anastasio ART. Screening, diagnosing and treating deafness – the knowledge and conduct of doctors serving in neonatology and/or pediatrics in a tertiary teaching hospital. *São Paulo Med J*. 2009; 127(2): 61-5.
21. Dizeu LCTB, Caporali SA. A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 26, n. 91, p. 583-597, Maio/Ago. 2005. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.
22. Jardim IS, Mata CG, Carvalho RMM. Emissões otoacústicas evocadas por estímulos transientes e potencial evocado auditivo de tronco encefálico automático na triagem auditiva neonatal. *Einstein*. 2008;6(3):253-61.
23. Lonsbury-Martin BL, Martin GK, Telichi FF. Emissões Otoacústicas. In: Musiek FE, Rintelmann WF. *Perspectivas atuais em Avaliação Auditiva*. Barueri: Ed. Manole Ltda; 2001, p. 163-92.
24. Northern JL, Downs MP. Testes Fisiológicos da Audição. In:_____. *Audição na Infância*. 5 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005, p. 169-207.
25. Correa BM, Lautenschlager L, Tochetto T, Pacheco LC, Maggi CR, Gonçalves MS. Triagem auditiva: concordância entre os métodos comportamental e objetivo. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2012;14(1).
26. Rocha CN, Filippini R, Moreira RR, Neves IF, Schochat E. Potencial evocado auditivo de tronco encefálico com estímulo de fala. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* [online]. 2010;22(4): 479-84

27. Freitas VS, Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MAN, Costa OA. Análise crítica de três protocolos de triagem auditiva neonatal. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2009 jul-set;21(3):201-6.
28. Schmidt PMS, Tochetto TM. Investigação genética da surdez hereditária: mutação do gene da Conexina 26. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(1):142-7
29. Korres SG, Balatsouras DG, Gkoritsa E, Eliopoulos P, Rallis E, Ferekidis E. Success rate of newborn and follow-up screening of hearing using otoacoustic emissions. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70(6):1039-43.
30. Vieira EP, Miranda EC, Azevedo MF, Garcia MV. Ocorrência dos indicadores de risco para a deficiência auditiva infantil no decorrer de quatro anos em um programa de triagem auditiva neonatal de um hospital público. *Rev. soc. bras. fonoaudiol*. 2007; 12(3):214-20.
31. Pereira PKS, Martins AS, Vieira MR, Azevedo MF. Programa de triagem auditiva neonatal: associação entre perda auditiva e fatores de risco. *Pró-Fono*. 2007; 19(3):267-78.
32. Borges CAB, Moreira LMO, Pena GM, Fernandes FR, Borges BCB, Otani BH. Triagem Auditiva Neonatal Universal. *Rev Arq Int Otorrinolaringol*. 2006; 10:28-34.
33. Azevedo MF. 2000. Triagem auditiva neonatal. In: CARVALHO, E. S.; CARVALHO, W. B. *Terapêutica e prática pediátrica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu.
34. Brasil. Fundação Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Brasileira. Estudos e Pesquisas Informações Demográficas e Sócio-Econômica. Rio de Janeiro: IBGE. Síntese de Indicadores Sociais, 21; 2007. [Internet]. [citado 2012 Mar 28]; Disponível em: http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2007/indic_sociais2007.pdf
35. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(7):1421-30.
36. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Araujo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;7(3):271-80.
37. Todd NW. Universal newborn hearing screening follow-up in two Georgia populations: newborn, mother and system correlates. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70(5):807-15.
38. Aquino TA, Guimaraes MJB, Sarinho SW, Ferreira LOC. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(12):2853-61.

39. Girondi J, Nothhaft S, Mallmann F. A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. *Cogitare Enferm.* 2006 Maio/Ago;11(2):161-5.
40. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de Educação em Saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev Enferm UERJ* 2009; 17(2):273-7.
41. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):255-268.
42. Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad Saúde Públ* 1999; 15(2):423-425.
43. Briceño-Léon R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saúde Públ* 1996; 12(1):7-30.
44. Rosa RB, Maffaccioli R, Nauderer TM, Pedro ENR. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. *Rev Gaúcha Enferm* 2006; 27(2): 185-92.
45. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 37ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
46. Libâneo JC. *Didática.* 16ª reimpressão. São Paulo: Cortez; 1994.
47. L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad Saúde Públ* 1994; 10(4):481-490.
48. Santana MCCC, Goulart BNG, Chiari BM, Melo AM, Silva EHAA. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(2):411-417.
49. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien Saúde Colet* 2011; 16(1):319-325.
50. Ministério da Saúde (Brasil). *As cartas da promoção da saúde.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
51. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-Am Enferm* 2005; 13:423-31.
52. Ferraz F, Salum NC, Carraro TE, Radünz V, Espinoza LMM. Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidativo do sujeito-cuidador. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2006;27(3):344-50.
53. Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm* 2004; 57:761-3.

54. Freitas FV, Rezende Filho LA. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface - comunicação saúde educação* 2011; 15(36):243-255.
55. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev Bras Enferm.*2004; 57(5):605-10.
56. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):478-84.
57. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2008; 17(4): 758-64.
58. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein.* 2010; 8(1): 102-6.
59. Public Health Resource Unit, The University of Kent, Critical Appraisal of the Journal Literature. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Evaluation tool for quantitative studies.* England: Public Health Resource Unit; 2006.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA CEFAC

Instruções aos Autores

Escopo e política

A REVISTA CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia – (Rev. CEFAC.), ISSN 1516-1846, indexada nas bases de dados LILACS e SciELO, é publicada bimestralmente com o objetivo de registrar a produção científica sobre temas relevantes para a Fonoaudiologia e áreas afins. São aceitos para apreciação apenas trabalhos completos originais, preferencialmente em Inglês, também podendo ser em Português ou Espanhol; que não tenham sido anteriormente publicados, nem que estejam em processo de análise por outra revista. Os artigos em língua estrangeira deverão vir acompanhados de comprovante de que a tradução e/ou a correção foi feita por profissional habilitado. Podem ser encaminhados: artigos originais de pesquisa, artigos de revisão, artigos especiais, relatos de casos clínicos, textos de opinião e cartas ao editor.

Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Os trabalhos que não respeitarem os requisitos técnicos e não estiverem de acordo com as normas para publicação não serão aceitos para análise e os autores serão devidamente informados, podendo ser novamente encaminhados para apreciação após as devidas reformulações. Todos os trabalhos, após avaliação técnica inicial e aprovação pelo Corpo Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de, no mínimo, dois pareceristas (peer review) de reconhecida competência no assunto abordado cujo anonimato é garantido durante o processo de julgamento. Os comentários serão compilados e encaminhados aos autores para que sejam realizadas as modificações sugeridas ou justificadas em caso de sua conservação. Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho e a carta resposta comentando ponto a ponto as observações dos avaliadores, deverão ser encaminhadas por e-mail, em arquivo Word, anexado, para o endereço revistacefac@cefac.br. Somente após aprovação final dos revisores e editores, os autores serão informados do aceite e os trabalhos passarão à sequência de entrada para publicação. Os artigos não selecionados receberão notificação da recusa e, não serão devolvidos.

É reservado ao departamento editorial da Revista CEFAC, o direito de modificação do texto, caso necessário e sem prejuízo de conteúdo, visando uniformizar termos técnicos e apresentação do manuscrito. Somente a Revista CEFAC poderá autorizar a reprodução em outro periódico dos artigos nela contidos. Nestes casos, os autores deverão pedir autorização por escrito à Revista CEFAC.

Envio do Manuscrito Para Submissão

Os documentos deverão ser enviados à *REVISTA CEFAC – ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA EM FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO*, de forma eletrônica: <http://www.revistacefac.com.br>; contato: revistacefac@cefac.br, em arquivo Word anexado. As confirmações de recebimento, contatos e quaisquer outras correspondências deverão ser encaminhados à Revista por e-mail.

Tipos de Trabalhos

Artigos originais de pesquisa: são trabalhos destinados à divulgação de resultados inéditos de pesquisa científica, de natureza quantitativa ou qualitativa; constituindo trabalhos completos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)*, *Discussão (Discussion)*, *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências constituídas de 70% de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 5 anos. É recomendado: uso de subtítulos, menção de implicações clínicas e limitações do estudo, particularmente na discussão do artigo. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico “Métodos”, informando o desenho do estudo, local onde foi realizado, participantes, desfechos clínicos de interesse, intervenção e aprovação do Comitê de Ética e o número do processo. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão (Conclusion)*.

Artigos de revisão de literatura: são revisões sistemáticas da literatura, constituindo revisões críticas e comentadas sobre assunto de interesse científico da área da Fonoaudiologia e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)* que justifique o tema de revisão incluindo o *objetivo*; *Métodos (Methods)* quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada (ex.: últimos 3 anos, apenas artigos de relatos de casos sobre o tema, etc.); *Revisão da Literatura (Literature Review)* comentada com discussão; *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 10 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Artigos de Comunicação: são artigos de apresentação de propostas de procedimentos (avaliação ou terapêutica ou manuais terapêuticos ou de esclarecimentos sobre determinado assunto). Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução*, *Métodos*, *Resultados*, *Discussão*, *Considerações finais/Conclusões* e *Referências*. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Resumo (Abstract)*, *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion)*.

Artigos Especiais: são artigos escolhidos a critério dos editores, que seguem o formato de revisões, mas que serão publicados preferencialmente em inglês. Situações especiais quanto ao formato deverão ser tratadas com o corpo editorial da revista.

Relatos de casos clínicos: relata casos raros ou não comuns, particularmente interessantes ou que tragam novos conhecimentos e técnicas de tratamento ou reflexões. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, sucinta e apoiada em literatura que justifique a

apresentação do caso clínico; *Apresentação do Caso (Case Report)*, descrição da história, dos procedimentos e tratamentos realizados; *Resultados (Results)*, mostrando claramente a evolução obtida; *Discussão (Discussion)* fundamentada; *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion/Final Considerations)* e *Referências (References)*, pertinente ao relato. Máximo de 30 referências constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, preferencialmente dos últimos 5 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Textos de opinião: incluem debates ou comentários apoiados em literatura ou em trabalhos apresentados em eventos científicos nacionais ou internacionais, que apontem para novas tendências ou controvérsias de temas de interesse. O texto deve ter até 5 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 5 tabelas (ou figuras), e de 10 referências bibliográficas, preferencialmente dos últimos 5 anos.

Cartas ao editor: referem-se às mensagens que tragam comentários ou discussões de trabalhos publicados recentemente na revista (nos últimos dois anos); sugestões ou críticas que apontem campos de interesse científico, além de relatos e informativos acerca de pesquisas originais em andamento. As cartas devem ter até 3 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 3 tabelas (ou figuras), e de 6 referências bibliográficas.

Forma e preparação de manuscritos

As normas da revista são baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo: *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, versão de fevereiro de 2006 disponível em: <http://www.icmje.org>

A Revista CEFAC apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua seres humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os ensaios clínicos devem ser registrados em um dos seguintes registros:

Australian Clinical Trials Registry: <http://actr.org.au>

Clinical Trials: <http://www.clinicaltrials.gov/>

ISRCTN Register: <http://isrctn.org>

Netherlands Trial Register: <http://www.umin.ac.jp/ctr>

Os autores são estimulados a consultar as diretrizes relevantes a seu desenho de pesquisa específico. Para obter relatórios de estudos controlados randomizados, os

autores podem consultar as recomendações *CONSORT* <http://www.consort-statement.org>

Requisitos Técnicos

a) Arquivos em Word, formato de página A4 (212 X 297mm), digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5 cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras e legendas. O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras).

b) permissão para reprodução do material fotográfico do paciente ou retirado de outro autor, quando houver; anexando cópia do “Consentimento Livre e Esclarecido”, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

c) aprovação do *Comitê de Ética em Pesquisa* (CEP), quando referente a pesquisas com seres humanos. É obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, assim como a informação quanto à assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, por todos os sujeitos envolvidos ou seus responsáveis (*Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996*).

d) carta assinada por todos os autores no Termo de Responsabilidade em que se afirme o ineditismo do trabalho assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado, garantindo que o artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, reservando o direito de exclusividade à Revista CEFAC e autorizando a adequação do texto ao formato da revista, preservando seu conteúdo. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação, determinando a exclusão editorial do nome da pessoa da relação dos autores. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação a conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada.

Os editores podem solicitar justificativas quando o total de autores exceder a oito. Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas.

Termo de Responsabilidade – Modelo

Nós, (Nome(s) do(s) autor(es) com, RG e CPF), nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado _____ e declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação seja impresso ou

on line na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

Data, Assinatura de todos os Autores

Preparo do Manuscrito

1. Página de Identificação: deve conter: a) título do manuscrito em Português (ou Espanhol) e Inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) título resumido com até 40 caracteres, incluindo os espaços, em Português, Inglês ou em Espanhol; c) nome completo dos autores numerados, assim como profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional e maior titulação acadêmica, sigla da instituição, cidade, estado e país; d) nome, endereço completo, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência; e) indicar a área: Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Audiologia, Saúde Coletiva, Disfagia e Temas de Áreas Correlatas, a que se aplica o trabalho; f) identificar o tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa, artigo de revisão de literatura, artigos especiais, relatos de casos clínicos, textos de opinião ou cartas ao editor; g) citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho assim como conflito de interesse (caso não haja colocar inexistentes).

Em síntese:

Título do manuscrito: em português, espanhol e em inglês.

Título resumido: até 40 caracteres em português, espanhol ou em inglês.

Autor Principal (1), Primeiro Co-Autor (2)...

(1) profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional, sigla da Instituição, Cidade, Estado, País; maior titulação acadêmica.

(2) profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional, sigla da Instituição, Cidade, Estado, País; maior titulação acadêmica. Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável.

Área:

Tipo de manuscrito:

Fonte de auxílio:

Conflito de Interesse:

2. Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, com no máximo 250 palavras. Deverá ser estruturado conforme o tipo de trabalho, descrito acima, em português e em inglês. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significativos, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do *resumo/abstract*, especificar os *descritores/keywords* que definam o assunto do trabalho: no mínimo três e no máximo seis. Os descritores deverão ser baseados no *DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)* publicado pela Bireme, que é uma tradução do *MeSH (Medical Subject Headings)* da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://www.bireme.br>, seguir para: terminologia em saúde – consulta ao *DeCS*; ou diretamente no endereço: <http://decs.bvs.br>. Deverão ser utilizados sempre os descritores exatos. No caso de Ensaio Clínicos, abaixo do

Resumo, indicar o número de registro na base de Ensaios Clínicos(<http://clinicaltrials.gov>).

3. Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho. Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra em sua primeira aparição no texto. Os trabalhos devem estar referenciados no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos, sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. A Introdução deve conter dados que direcionem o leitor ao tema, de maneira clara e concisa, sendo que os objetivos devem estar claramente expostos no último parágrafo da Introdução. Por exemplo: O (s) objetivo (s) desta pesquisa foi (foram).... O Método deve estar detalhadamente descrito. O primeiro parágrafo deve iniciar pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o respectivo número de protocolo. Os critérios de inclusão e de exclusão devem estar especificados na casuística. Os procedimentos devem estar claramente descritos de forma a possibilitar réplica do trabalho ou total compreensão do que e como foi realizado. Protocolos relevantes para a compreensão do método devem ser incorporados à metodologia no final deste item e não como anexo, devendo constar o pressuposto teórico que a pesquisa se baseou (protocolos adaptados de autores, baseados ou utilizados na íntegra, etc.). No último parágrafo deve constar o tipo de análise estatística utilizada, descrevendo-se os testes utilizados e o valor considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados. Os Resultados podem ser expostos de maneira descritiva, por tabelas ou figuras (gráficos ou quadros são chamados de figuras), escolhendo-se as que forem mais convenientes. Solicitamos que os dados apresentados não sejam repetidos em gráficos ou em texto.

4. Agradecimentos: inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

5. Referências Bibliográficas: a apresentação deverá estar baseada no formato denominado “*Vancouver Style*”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço:<http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas. Referencia-se o(s) autor(es) pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.* Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto.

Artigos de Periódicos

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data, ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res*. 2000;43(1):79-99.

Observação: Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex: p. 320-329; usar 320-9.

Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002Jul;25(4):284-7.

Ausência de Autoria

Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Combating undernutrition in the Third World. *Lancet*.1988;1(8581):334-6.

Livros

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de Livro

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. "In": nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.

Ex.: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Observações: Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália); Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la. A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4ª ed.

Anais de Congressos

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. *Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference*; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Trabalhos apresentados em congressos

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. "In": editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Ex.: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for

genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Dissertação, Tese e Trabalho de Conclusão de curso
 Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade da instituição (estado): instituição; Ano de defesa do trabalho.
 Ex.: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
 Ex.: Tannouril AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica; 2005.
 Ex.: Cantarelli A. Língua: que órgão é este? [monografia]. São Paulo (SP): CEFAC – Saúde e Educação; 1998.

Material Não Publicado (No Prelo)
 Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.
 Ex.: Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. No prelo 2002.

Material Audiovisual
 Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.
 Ex.: Marchesan IQ. Deglutição atípica ou adaptada? [Fita de vídeo]. São Paulo (SP): Pró-Fono Departamento Editorial; 1995. [Curso em Vídeo].

Documentos eletrônicos
 ASHA: American Speech and Hearing Association. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]. Available from: http://asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm.2000

Artigo de Periódico em Formato Eletrônico
 Autor do artigo(es). Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.
 Ex.: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 3 p.]. Available from:<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na Internet
 Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.
 Ex.: Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Cd-Rom, DVD, Disquete
 Autor (es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.
 Ex.: Anderson SC, Poulsen KB. Anderson’s electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão “atualizada em”]; data de acesso com a expressão “acesso em”. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

Bases de dados na Internet

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver)]; data de acesso com a expressão “acesso em”. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). 1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

6. Tabelas: cada tabela deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser autoexplicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior, em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.

7. Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações): cada figura deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas de forma clara, descritas abaixo das figuras, fora da moldura. Na utilização de testes estatísticos, descrever o nome do teste, o valor de p, e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). Os gráficos devem, preferencialmente, ser apresentados na forma de colunas. No caso de fotos, indicar detalhes com setas, letras, números e símbolos, que devem ser claros e de tamanho suficiente para comportar redução. Deverão estar no formato JPG (Graphics Interchange Format) ou TIF (Tagged Image File Format), em alta resolução (mínimo 300 dpi) para que possam ser reproduzidas. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas da autorização da editora e autor. Todas as ilustrações deverão ser em preto e branco.

8. Legendas: imprimir as legendas usando espaço duplo, uma em cada página separada. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada tabela ou figura e na ordem em que foram citadas no trabalho.

9. Análise Estatística: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

10. Abreviaturas e Siglas: devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. Quando presentes em tabelas e figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título e no resumo.

11. Unidades: valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.

Envio de manuscritos

Os documentos deverão ser enviados à *REVISTA CEFAC – ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA EM FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO*, de forma eletrônica: <http://www.revistacefac.com.br>; contato: revistacefac@cefac.br, em arquivo Word anexado.

As confirmações de recebimento, contatos e quaisquer outras correspondências deverão ser encaminhados à Revista por e-mail.

ANEXO B – Submissão de Artigo de Revisão Integrativa à Revista CEFAC

De: revistacefac (revistacefac@cefac.br)
Enviada: quinta-feira, 31 de janeiro de 2013 19:28:42
Para: 'Adriana Ribeiro' (adribeiroas@hotmail.com)

Prezada Adriana

Seu artigo foi recebido e iniciou processo de avaliação na Revista Cefac sob número 27-13. As primeiras correções serão solicitadas através do e-mail do autor responsável.

Atenciosamente

Anamy Vizeu
Revista Cefac
Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal

ANEXO C – Normas de Publicação na Revista Brasileira de Enfermagem

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional. A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*– ICMJE), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista. Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa. A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação. Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Editorial – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até duas (2) páginas, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa – Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo resumos e referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de vinte (20) páginas, incluindo resumos e referências.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de dez (10) páginas, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de dez (10) páginas, incluindo resumos e referências. Eventualmente, poderão ser publicados ainda: Entrevista (máximo de 3 páginas) com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de Autor convidado (máximo de 15 páginas, incluindo resumos e referências); Carta ao Editor (1 página); e Resenha de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (máximo de 2 páginas, incluindo referências, se houver).

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Aspectos gerais

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inserilas na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5)]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras – fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a

autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

É recomendável que os artigos de Pesquisa e de Revisão sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

a) Página de identificação

É a primeira página do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (máximo de 15 palavras) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

b) Resumo e Descritores

O resumo e os descritores iniciam uma nova página (a segunda). Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no máximo, 150 palavras. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS*(<http://decs.bvs.br>).

c) Corpo do texto

O corpo do texto inicia nova página (a terceira), em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

d) Agradecimentos (opcional)

Os agradecimentos, quando houver, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

e) Referências

O número de referências no manuscrito deve ser limitado a vinte (20), exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos

(U.S. National Library of Medicine – NLM), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

PROCESSO DE SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*. Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá firmar eletronicamente, em seu nome e, quando houver, no dos coautores, que o manuscrito não está sendo submetido paralelamente a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda com a transferência de direitos autorais para a REBEn. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e de Transferência de Direitos Autorais. A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais. A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cientes de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente. Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*doubleblind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de

forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es). Todos os autores de manuscritos ACEITOS devem ser assinantes da REBEn, condição *sine qua non* para a publicação.

ANEXO D - Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*

Questões	Considerações	Respostas
1) Objetivo está claro e justificado?	() explica objetivo () explica relevância do estudo Comentários:	() Sim () Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	() há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	() Sim () Não
3) os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	() há justificativa da escolha do referencial, método () explica os procedimentos metodológicos Comentários:	() Sim () Não
4) A amostra de estudo foi selecionada adequadamente?	() explica os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo. Comentários:	() Sim () Não
5) A coleta de dados está detalhada?	() explica a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) () explica o uso de instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...) Comentários:	() Sim () Não
6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	() o examinador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) () descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	() Sim () Não
7) os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	() há menção de aprovação por comitê de ética () há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	() Sim () Não
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	() explica o processo de análise () explica como as categorias de análise foram identificadas () os resultados refletem os achados Comentários:	() Sim () Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com prioridade?	() explica os resultados () dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores () os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	() Sim () Não
10) qual o valor da pesquisa?	() explica a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) () indica novas questões de pesquisa Comentários:	() Sim () Não

* Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica. © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Resultado: Escore 06 a 10 pontos () Escore no mínimo 05 pontos ().

Os artigos com pontuação de 06 a 10 foram classificados com boa qualidade metodológica e viés reduzido e para os artigos com pontuação mínima de 05 foram classificados como estudos com qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado.

ANEXO E – Formulário de Triagem Auditiva (frente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA
CLÍNICA-ESCOLA DE FONOAUDIOLOGIA / HOSPITAL DAS CLÍNICAS

1) Dados de Identificação da Mãe

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone contato: _____

Idade: _____ Nº de filhos: _____

Ocupação: _____
() Formal (carteira assinada) () InformalEstado Civil: () Solteira () Separada () Casada
() Divorciada () Viúva () União informalRenda Pessoal: R\$ _____ (no mês anterior)
() Não possui Renda PessoalRenda Familiar: R\$ _____ (no mês anterior, todas
as pessoas da família)

Número de pessoas que residem na mesma casa: _____

Escolaridade da Mãe: () Analfabeta
() 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º grau completo
() 3º grau incompleto () 3º grau completo
() Não respondeuResidência: () Própria () Alugada () Cedida/Emprestada
() Invadida () Outros

Possui Iluminação Elétrica: () Sim () Não

Possui Sanitário: () Interno () Externo () Não possui
Tipo de Sanitário: () Com descarga () Sem descargaColeta de Lixo: () Coleta direta () Coleta indireta (coletor)
() Enterrado () Queimado () Terreno baldio () OutrosCanalização da Água: () Interna () Externa () Não possui
Modo de Canalização: () Rede geral (via Compesa)
() Poço () Chafariz () OutrosPossui: () Televisão () Geladeira () Telefone fixo
() Fogão a gás () Carro () Telefone celular
() Não possui nenhum

2) Dados de Identificação do Recém-Nascido

Nome: _____

Filiação: PAI: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

Data da Entrevista: ____/____/____

Idade na realização do exame (em dias): _____

Maternidade: _____
() Privada () PúblicaPerda auditiva de familiares (na infância): () Sim () Não
Grau de parentesco: () Pais/irmãos () Primos/tios/avós
() Outros: _____Acompanhamento pré-natal: () Sim () Não Nº consultas: _____
A partir de: () 0-3 meses () 4-6 meses () 7-9 mesesIntercorrências na gestação: () Sim () Não
() Uso de drogas () Uso de álcool () Fumo
() Uso de medicamento Qual: _____
() Ruptura prematura de membrana Quando? (meses) _____
() Outras Quais: _____

Infecções intra-uterinas:

Sim: Não:
() () Citomegalovírus: Quando? (em meses) _____
() () Rubéola: Quando? (em meses) _____
() () Herpes: Quando? (em meses) _____
() () Toxoplasmose: Quando? (em meses) _____
() () Sífilis: Quando? (em meses) _____
() () HIV: Quando? (em meses) _____
() () Outros: Quando? (em meses) _____
Quais: _____

Idade gestacional (em semanas): _____

Peso ao nascer: _____

Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Hiperbilirrubenia: () Sim () Não
Nível: () Leve () Discreto () Infeccioso
Zona: () I () II () III () IV
Tempo: () Precoce (24h) () Tardia (após 24h)
Procedimento: () Fototerapia () Ex-sanguíneo transfusãoPermanência UTI neonatal: () Sim () Não
Tempo na UTI neonatal: () ≤ 5 dias () > 5 diasUso de Ventilação Mecânica: () Sim () Não
Tempo em Ventilação: () ≤ 5 dias () > 5 diasUso de medicação ototóxica: () Sim () Não
Qual: () Penicilina () Gentamicina () Amicacina
() Agentes quimioterápicos () Ceftriaxone
() Outros Quais: _____Má-formação de cabeça/pescoço ou síndrome: () Sim () Não
Qual síndrome: _____

Intercorrências clínicas neonatais:

Sim: Não:
() () Meningite bacteriana
() () Distúrbios metabólicos
() () Convulsões neonatais
() () Hemorragia intra-ventricular
() () Hipoglicemia
() () Traumatismo craniano
() () Outras Quais: _____

Procedimentos Realizados:

	Data	EOAT OD (Passa/ Falha?)	EOAT OE (Passa/ Falha?)	PEATE Automático (Presente/ Ausente?)
Triagem	__/__/__			
1º Reteste	__/__/__			
Acomp. 3º mês	__/__/__			
Acomp. 6º mês	__/__/__			

Encaminhado ao PEATE diagnóstico? () Sim () Não
Quando: ____/____/____Você recebeu alguma orientação de profissional de saúde
sobre o teste da orelhinha? () Sim () NãoProfissional: () Enfermeiro () Médico () Fonoaudiólogo
() Outro(s) Qual: _____

Obs: _____

ANEXO E – Formulário de Triagem Auditiva (verso)

Nome da mãe:

ACOMPANHAMENTO AUDIOLÓGICO

Data: ____/____/_____.

1. Seu bebê faz acompanhamento de puericultura no Hospital das Clínicas?

() Sim () Não

2. Você recebeu alguma orientação de profissional de saúde sobre o Teste da Orelhinha?

() Sim () Não

Profissional:

() Enfermeiro () Médico () Fonoaudiólogo
(_____) Outro.

Qual: _____

3. Se sim, essa orientação influenciou na sua volta para este exame de Reteste / Acompanhamento Auditológico?

() Sim () Não

Nome da criança:

ACOMPANHAMENTO AUDIOLÓGICO

Data: ____/____/_____.

1. Seu bebê faz acompanhamento de puericultura no Hospital das Clínicas?

() Sim () Não

2. Você recebeu alguma orientação de profissional de saúde sobre o Teste da Orelhinha?

() Sim () Não

Profissional:

() Enfermeiro () Médico () Fonoaudiólogo
(_____) Outro.

Qual: _____

3. Se sim, essa orientação influenciou na sua volta para este exame de Reteste / Acompanhamento Auditológico?

() Sim () Não

ACOMPANHAMENTO AUDIOLÓGICO

Data: ____/____/_____.

1. Seu bebê faz acompanhamento de puericultura no Hospital das Clínicas?

() Sim () Não

2. Você recebeu alguma orientação de profissional de saúde sobre o Teste da Orelhinha?

() Sim () Não

Profissional:

() Enfermeiro () Médico () Fonoaudiólogo
(_____) Outro.

Qual: _____

3. Se sim, essa orientação influenciou na sua volta para este exame de Reteste / Acompanhamento Auditológico?

() Sim () Não

ACOMPANHAMENTO AUDIOLÓGICO

Data: ____/____/_____.

1. Seu bebê faz acompanhamento de puericultura no Hospital das Clínicas?

() Sim () Não

2. Você recebeu alguma orientação de profissional de saúde sobre o Teste da Orelhinha?

() Sim () Não

Profissional:

() Enfermeiro () Médico () Fonoaudiólogo
(_____) Outro.

Qual: _____

3. Se sim, essa orientação influenciou na sua volta para este exame de Reteste / Acompanhamento Auditológico?

() Sim () Não

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Programa de Triagem Auditiva Neonatal do HC - UFPE

Pesquisador responsável: Silvana Griz

Instituição responsável: Universidade Federal de Pernambuco

Este termo de consentimento pode conter alguns tópicos que você não entenda. Casa haja alguma dúvida pergunte ao entrevistador, para que você seja bem esclarecido(a) sobre tudo que está respondendo. Você irá receber uma cópia deste termo de consentimento para o seu registro.

O Sr.(a) esta sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, na qual serão realizados os exames auditivos de emissões otoacústicas, para análise da audição, reflexo cócleo-palpebral, que é o piscar dos olhos após um som de forte intensidade, e potencial evocado auditivo do tronco encefálico, utilizado para verificar a função da via auditiva, em seu bebê. Será realizada uma entrevista com os pais ou responsáveis, abordando questões sobre aspectos sócio-econômicos e demográficos, bem como, características pré e perinatais. Serão coletadas também informações do prontuário médico do seu bebê. Esta pesquisa objetiva estudar o programa de triagem auditiva neonatal da maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE, caracterizando os bebês, segundo sexo, idade, fatores de risco, condições sócio-econômica e demográfica. Quando um bebê for identificado com alguma alteração, haverá o encaminhamento do mesmo para os profissionais da área médica de otorrinolaringologia e neurologia.

A pesquisa poderá causar algum tipo de constrangimento às mães dos neonatos ao responder alguma pergunta do questionário. Para o neonato, apesar de não serem descritos riscos à saúde física ou mental do neonato, o mesmo pode sentir desconforto durante a realização do teste de emissão otoacústica, potencial evocado auditivo de tronco encefálico e pesquisa do reflexo cócleo-palpebral. Esta pesquisa servirá para aprofundar o conhecimento sobre a implantação de programas de triagem auditiva, especialmente em países em desenvolvimento, para que os programas implementados sejam realmente efetivos em termos de diagnóstico o mais cedo possível e de custo para o sistema de saúde.

As informações obtidas a partir deste estudo serão rigorosamente confidenciais. Os resultados serão divulgados publicamente, entretanto, sua identidade e de quem mais esteja envolvido jamais serão reveladas.

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Asseguro a você, voluntário, que sua autorização na pesquisa pode ser retirada em qualquer momento da mesma.

Em caso de haver dúvidas adicionais sobre a sua participação retire-as com o pesquisador. Não assine o termo se não concordar em participar, ou se as dúvidas não forem esclarecidas satisfatoriamente.

Li e entendi as informações precedentes, descritas neste estudo e, todas as minhas dúvidas foram respondidas satisfatoriamente. Dou livre o meu esclarecimento em participar deste estudo e não abro mão de nenhum direito legal que eu tenha.

Recife, ____/____/____.

Assinatura do voluntário

Pesquisadora Responsável: Silvana Griz
Fone para contato: 21268927. Av Artur de Sá, sn / Cidade Universitária

Testemunha

Testemunha