

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

CAMILA PADILHA BARBOSA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA NO NEONATO E LACTENTE COM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RECIFE

2012

CAMILA PADILHA BARBOSA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA NO NEONATO E LACTENTE COM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

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
cenários do cuidado de Enfermagem

Grupo de Pesquisa: Estudos em
Fonoaudiologia - UFPE

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

Co-Orientadora: Prof^a. Dra. Francisca
Márcia Pereira Linhares

RECIFE

2012

Barbosa, Camila Padilha
Educação em saúde auditiva no neonato e lactente com
profissionais de enfermagem / Camila Padilha Barbosa. –
Recife: O Autor, 2012.
131 folhas: il., fig, quadro.; 30 cm.

Orientador: Silvana Maria Sobral Griz

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCS. Enfermagem, 2012.

Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Saúde Pública. 2. Educação em saúde. 3. Medidas
preventivas. 4. Triagem neonatal. 5. Audição.
I. Griz, Silvana Maria Sobral. II. Título.

614.599 8

CDD (22.ed.)

UFPE

CCS2012-058

CAMILA PADILHA BARBOSA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA NO NEONATO E LACTENTE COM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Dissertação aprovada em: 10 de fevereiro de 2012

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos - UFPE

Profa. Dra. Lílían Ferreira Muniz - UFPE

Profa. Dra. Ana Augusta de Andrade Cordeiro - UFPE

RECIFE

2012

Aos meus avós

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por todo apoio, incentivo, amor e paciência em todos os momentos difíceis.

As minhas irmãs, Catarina e Clarissa pelo pensamento sempre positivo.

A Profa. Dra. Silvana Griz, pela orientação, pela confiança, pelo incentivo nos momentos de incertezas e apoio incondicional. Ser sua orientanda, mais uma vez, foi um grande aprendizado.

A Profa. Dra. Francisca Márcia Linhares, minha co-orientadora, pelas particulares leituras e contribuição.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco pela dedicação em cada etapa desde percurso.

A Glivson que sempre nos acolheu com respeito e paciência.

As minhas amigas enfermeiras da primeira turma do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, por todo carinho com que me acolheram, por tudo que aprendemos e vivemos juntas. Vocês simplesmente tornam tudo muito mais fácil.

A minha amiga Adriana pela prontidão de ajuda e amizade.

Aos acadêmicos de Enfermagem e Fonoaudiologia: Juliana, Isabela e Thales pela participação nas coletas em campo.

Aos profissionais de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, que aceitaram participar desta pesquisa em seus agitados, dias e noites de plantão.

A CAPES, CNPq e PROPESQ pelo apoio financeiro.

"Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por
isso, aprendemos sempre."
(Paulo Freire)

BARBOSA, Camila. P. **Educação em Saúde Auditiva no Neonato e Lactente com Profissionais de Enfermagem**. Recife-PE: UFPE, 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2012.

RESUMO

A audição é um dos sentidos necessários à aquisição de importantes informações para o desenvolvimento humano. Essa relação entre audição e o desenvolvimento da linguagem oral faz com que o diagnóstico da perda auditiva deva ser realizado o mais cedo possível. Para isso, é necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar. Este estudo destaca os profissionais de Enfermagem, pelo fato destes estarem em contato mais direto e por maior tempo com a clientela atendida no serviço de saúde. Entretanto, para que estes profissionais atuem na promoção da saúde auditiva há necessidade destes obterem informações sobre esta temática, por meio de ações educativas, considerando que esta não é abordada sistematicamente em sua formação profissional. O eixo norteador desta dissertação foi: ações de educação em saúde podem modificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem frente à saúde auditiva do neonato e lactente? Para responder essa questão foram feitos três artigos. O artigo de revisão objetivou investigar estudos sobre educação em saúde e capacitação que abordassem o tema triagem neonatal e/ou audição. As bases de dados pesquisadas foram Lilacs, Medline e IBECs, resultando em dez estudos, publicados no Brasil e em outros países, em português e inglês, entre 2003 e 2010. As ações educativas encontradas foram: sessões educativas, distribuição de folhetos, cartazes, manuais, desenvolvimento de um site, orientações transmitidas oralmente, grupos focais e avaliação de material educativo. O número de publicações, sobre educação em saúde e/ou capacitação na área de triagem neonatal e/ou audição, para profissionais de saúde, é reduzido, principalmente envolvendo o profissional de enfermagem. O primeiro artigo original teve como objetivo investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da saúde auditiva de neonatos e lactentes. Participaram 106 profissionais da equipe de enfermagem que atuavam em um hospital universitário. Estes que responderam a um questionário semiestruturado, contendo informações sobre sua formação, local de trabalho e conhecimentos acerca da saúde auditiva. Os resultados apontaram para o pouco conhecimento sobre a avaliação da audição de neonatos e

lactentes. Destarte, foi observada a necessidade de: (a) divulgar as informações para o profissional de enfermagem sobre a importância da detecção, diagnóstico e intervenção o mais cedo possível; (b) divulgar o conhecimento sobre os indicadores de risco para perda auditiva; e, (c) maior envolvimento da equipe de profissionais de enfermagem envolvidos com os neonatos e lactentes no que se refere à saúde auditiva infantil. O segundo artigo original objetivou verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após ações educativas em saúde auditiva infantil. Participaram 82 profissionais enfermagem, no período entre março e setembro de 2011. Todos responderam a um questionário semiestruturado antes e após ações educativas desenvolvidas. Estas ações educativas foram baseadas na metodologia de Paulo Freire, que tem a problematização como ponto de partida, a fim de valorizar o aprender do aprendiz. Ao final, pôde-se observar mudança significativa de conhecimento dos profissionais de Enfermagem, após a ação educativa, na maioria das variáveis analisadas. Então, acredita-se que a metodologia utilizada nas ações educativas pode ter contribuído para o aumento do conhecimento sobre saúde auditiva do neonato e lactente.

Descritores: Educação em Saúde. Educação em Saúde. Triagem Neonatal. Audição. Enfermagem.

ABSTRACT

Hearing is a sensory system in which involves important information for the human development. The relation between the ability to hear and the oral language acquisition makes mandatory one investigate this system as soon as possible. In order to achieve this goal, it is needed a multidisciplinary team, which embraces nurses. Those professionals are one of the first who attend the neonate most of the time. However, in order to help the neonatal population in hearing promotion, they need to obtain information, through educative interventions, regarding to hearing and most of the knowledge which is associated to that, as the nurse professionals did not receive those information during formal education. The mainstream of this work was the following question: educative interventions in health can modify the nurse's knowledge regarding to hearing health? In order to answer that, three articles were made. The review article investigated studies regarding to education in health, in which brought up neonate screening and/or hearing. It were search on Lilacs, Medline, and IBECs data base, resulting in ten studies, published in Brazil and other countries, in Portuguese or in English, between the years of 2003 and 2010. Educative interventions were found as follows: educative sessions, folders distribution, layouts, handouts, sites, verbal orientations, discussion groups, and evaluation of educative material. Very little was found regarding to educative health in neonatal screening and/or haring, for health professionals, especially for nurses. The first original article investigated the nurse's knowledge regarding to hearing health in neonates and infants. Participated in this study 106 nurses professionals of a hospital university center, who answered a questioner, which information about their formal education, local of work, and knowledge about hearing health. The results points out that those professionals had few knowledge about hearing evaluation of neonates and infants. It was seen thee need of: (a) disseminate hearing health information for nurses, especially the mandatory need for detection, diagnosis, and interventions as soon as possible; (b) disseminate the knowledge of hearing loss risk indicators; and, (c) major involvement of the nurses personnel in the hearing health for neonates and infants. The second original article verified the changing in knowledge of the nurses after an educative intervention regarding to hearing health in neonate and infants. Participated in this study 82 nurses, during a period of March and September of 2011. All of them answered a questioner before and after the educative interventions. Those

were based on Paulo Freire's Theory, which brings the problems brought up from the nurses as starting point to develop the educative actions. At the end, it could be observed that there were significant changes in the nurse's knowledge for most variables analyzed. It is believed that the used methodology for the educative interventions contributed to the increasing in knowledge about hearing health of the neonate and infant.

Descriptors: Health Education. Neonatal Screening. Hearing, Nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Resumo dos artigos incluídos na revisão integrativa. Recife, 2011	31
--	----

ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Tabela 1. Estratégias de busca (descritores) utilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde. Recife, 2011	43
---	----

Tabela 2. Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa. Recife, 2011	46
---	----

Tabela 3. Caracterização dos artigos incluídos nesta revisão integrativa. Recife, 2011	48
---	----

ARTIGO ORIGINAL 1

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de enfermagem (N=106) segundo variáveis demográficas. Recife, 2011	65
--	----

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os indicadores de risco para perda auditiva. Recife, 2011	66
---	----

Tabela 3. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os fatores socioeconômicos e demográficos que se relacionam com a saúde auditiva. Recife, 2011	67
---	----

Tabela 4. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre avaliação da audição com ou sem indicador de risco para perda auditiva, idade ideal para realização da TAN, diagnóstico e intervenção frente à perda auditiva. Recife, 2011	68
---	----

ARTIGO ORIGINAL 2

Tabela 1. Caracterização demográfica dos profissionais de Enfermagem. Recife, 2011	83
---	----

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais de Enfermagem antes e após a ação educativa. Recife, 2011	85
---	----

Tabela 3. Conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre: idade ideal para realizar a Triagem Auditiva Neonatal, diagnóstico e intervenção na perda auditiva, antes e após a ação educativa. Recife, 2011	86
--	----

Tabela 4. Conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre os testes que auxiliam na avaliação da audição, antes e após a ação educativa. Recife, 2011 87

Tabela 5. Conhecimento dos profissionais de Enfermagem antes e após a ação educativa referente aos profissionais que realizam a Triagem Auditiva Neonatal. Recife, 2011 88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
EOA	Emissões Otoacústicas
EOAT	Emissões Otoacústicas Transientes
HIV	<i>Human Immunodeficiency Vírus</i>
IRPA	Indicador de Risco para Perda Auditiva
JCIH	<i>Joint Committee on Infant Hearing</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
DECS	Descritores em Ciências da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CAPÍTULO 1 – MARCO TEÓRICO	18
2.1 Programa de Saúde Auditiva Infantil voltado para Neonatos e Lactentes	19
2.2 Impactos da Perda Auditiva e Atuação dos Profissionais de Saúde	21
2.3 O Cuidado em Enfermagem por meio da Ação Educativa	24
3 CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
4 CAPÍTULO 3 – ARTIGO DE REVISÃO	36
5 CAPÍTULO 4 – ARTIGO ORIGINAL 1	58
6 CAPÍTULO 5 – ARTIGO ORIGINAL 2	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	107
ANEXOS	113

A Portaria GM/MS nº. 2.073 de 28/09/2004⁽¹⁾ institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva que visa, entre outros aspectos, 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, além de qualificar a assistência e fomentar a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a atenção à saúde auditiva. Neste cenário, os Programas de Saúde Auditiva Infantil devem além de, identificar e diagnosticar as alterações auditivas o mais cedo possível desenvolver ações efetivas de promoção da saúde auditiva e prevenção da perda auditiva.

Com vistas a intervir para minimizar as consequências da perda auditiva e garantir o sucesso na habilitação linguística para a maioria das crianças⁽²⁾, é imprescindível o envolvimento de diversos profissionais no programa de saúde auditiva infantil, tais como o fonoaudiólogo, pediatras, neonatologistas e profissionais de enfermagem. A ação multidisciplinar é um dos fatores fundamentais para a prevenção da perda auditiva e a efetividade destes programas, uma vez que, o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da saúde auditiva, pode não somente auxiliar na prevenção da perda auditiva⁽³⁾, mas também no acompanhamento do desenvolvimento da linguagem e da audição de todas as crianças.

As informações referentes ao tema devem ser conhecidas por todos os profissionais de saúde e pela população. Em geral, as informações dadas à população sobre saúde devem advir dos profissionais da área, pois se entende que, a partir de suas instruções, esta poderá desenvolver a consciência sobre saúde geral e ampliar seu conhecimento relativo à saúde auditiva. Consequentemente, este conhecimento, irá favorecer um melhor prognóstico, uma vez que refletirá na promoção da saúde auditiva infantil e na prevenção da perda auditiva.

Neste sentido, os profissionais de enfermagem podem atuar como multiplicadores de informações, através de ações de promoção de saúde auditiva e prevenção da perda auditiva, com orientações durante o período pré, trans e pós-natal, ou durante consultas periódicas de acompanhamento da criança, em seu primeiro ano de vida⁽⁴⁾. Destaca-se a atuação destes profissionais, pelo fato de estarem por maior tempo com a clientela atendida no serviço de saúde.

Perante a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde e da população, alguns estudos^(2,5-10) têm demonstrado aspectos positivos do investimento em intervenção educativa no que se refere à saúde auditiva infantil, pois todos os esforços neste

sentido somente são válidos se existir a consciência dos profissionais que atuam com neonatos, lactentes e suas famílias^(11,12).

Entretanto, poucos trabalhos têm sido desenvolvidos com a finalidade de demonstrar a efetividade desta ação, deixando de fornecer indicadores que podem ser descritos como essenciais para um programa de intervenção educativa, que considere as particularidades e a realidade de cada região, para que estas intervenções possam se tornar rotina na prática dos profissionais de enfermagem junto à população. Como forma de sistematizar um programa de intervenção educativa referente à saúde auditiva de neonatos e lactentes, este estudo propõe utilizar o construto teórico de Paulo Freire, que se baseia na problematização, para nortear as ações educativas⁽¹³⁾.

O planejamento desta pesquisa teve início com a formulação da seguinte pergunta condutora: **O conhecimento sobre saúde auditiva infantil dos profissionais de enfermagem modifica após participarem de ações educativas?** Nesta perspectiva, o objetivo geral foi verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após ações educativas em saúde auditiva infantil.

Para atingir o objetivo, optou-se pela abordagem quantitativa e o estudo quase-experimental. Este tipo de investigação tem o sentido de detectar mudanças no indivíduo, com o passar do tempo, a partir de intervenções realizadas pelo investigador⁽¹⁴⁾.

De acordo com o formato preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, esta dissertação foi estruturada em cinco capítulos, com apresentação de três artigos.

O Capítulo 1 refere-se ao marco teórico, apresentado em três tópicos: Programa de Saúde Auditiva Infantil voltado para Neonatos e Lactentes, Impactos da Perda Auditiva e Atuação dos Profissionais de Saúde, e O cuidado em Enfermagem por meio da Ação Educativa. O Capítulo 2 corresponde aos procedimentos metodológicos utilizados em todo o processo para realização da dissertação. Neste capítulo está descrito detalhadamente a metodologia dos três artigos desenvolvidos. O Capítulo 3 refere-se ao artigo de revisão integrativa, intitulado, **“Educação em saúde com vistas à triagem neonatal e audição: uma revisão integrativa”**, que teve como objetivo investigar estudos sobre educação em saúde e capacitação que abordassem o tema triagem neonatal e/ou audição. O Capítulo 4 refere-se ao primeiro artigo original, intitulado **“Saúde Auditiva Infantil: necessidade de divulgação entre profissionais de enfermagem”**,

que teve como objetivo investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da saúde auditiva de neonatos e lactentes. Com base nos resultados obtidos neste artigo, foram estruturadas ações educativas para profissionais de enfermagem de um hospital universitário, tomando como base a prática destes profissionais. O Capítulo 5 refere-se ao segundo artigo original, intitulado “**Educação em Saúde Auditiva do Neonato e Lactente para Profissionais de Enfermagem**”, que teve como objetivo verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após ações educativas em saúde auditiva infantil.

Os resultados desta dissertação poderão nortear ações de educação continuada, nas instâncias municipais e estaduais, para profissionais de enfermagem, expandindo a outros serviços que atendem gestantes, neonatos e lactentes, uma vez que o Teste da Orelhinha é assegurado pela Lei nº.12.303⁽¹⁵⁾, que deve ser conhecida por todos.

A premência de ampliação do conhecimento sobre este tema poderá transformar e criar um novo olhar sobre práticas profissionais, podendo favorecer a efetividade dos programas de saúde auditiva infantil, assim como o diagnóstico e a intervenção da perda auditiva, o mais cedo possível.

2.1 Programa de Saúde Auditiva Infantil voltado para Neonatos e Lactentes

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência⁽¹⁶⁾ assegura os direitos das pessoas com perda auditiva nos diferentes campos e aspectos, enquanto a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva⁽¹⁾ foi instituída afim de organizar o atendimento às pessoas com perda auditiva nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde que atendam aos princípios de universalidade e equidade na atenção à saúde auditiva.

No Brasil, o parâmetro para a distribuição e implantação de serviços de saúde auditiva é um serviço para cada 1.500.000 habitantes. Ou seja, para garantir a assistência às pessoas com perda auditiva em Estados cuja população esteja entre 2.000.000 e 3.000.000 habitantes, devem existir dois serviços específicos para saúde auditiva. Entre os anos de 2005 e 2006, foi realizada a implantação integral das redes estaduais de saúde auditiva com previsão de ampliação gradativa nos anos seguintes, de acordo com as necessidades locais de organização de novos serviços⁽¹⁶⁾.

Com relação ao atendimento hospitalar em saúde auditiva, a Portaria MS/GM nº. 1.278⁽¹⁷⁾, de 20 de outubro de 1999, estabelece normas e critérios para a realização da cirurgia de implante coclear, procedimento hospitalar de alta complexidade para pessoas portadoras de alteração auditiva. A Portaria nº. 584⁽¹⁸⁾, de 21 de outubro de 1999, inclui as próteses para implante coclear, na tabela de órteses, próteses e materiais especiais e na tabela de compatibilidade do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

Para minimizar as consequências da perda auditiva na vida do indivíduo, dos seus familiares e do Estado, os programas de saúde auditiva infantil, voltados para neonatos e lactentes, devem englobar várias etapas: (1) criação e manutenção de redes que devem atuar de forma integrada para a troca de informações, articulação e implementação de ações conjuntas; (2) promoção sobre saúde auditiva; (3) prevenção da perda auditiva; (4) identificação e diagnóstico da perda auditiva; e, (5) intervenção ante a uma perda, com acompanhamento do desenvolvimento da linguagem e apoio às famílias⁽⁷⁾.

A orientação familiar é um dos aspectos que devem ser realizadas em todas as etapas do atendimento⁽¹⁹⁾. As ações de promoção a saúde auditiva infantil e prevenção da perda auditiva devem ser estimuladas e sistematizadas nos serviços que atuam com gestantes, neonatos e lactentes, a fim de orientar quanto aos indicadores de risco para a perda auditiva e a importância da identificação, diagnóstico e intervenção o mais cedo possível na perda auditiva.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) faz parte da etapa de identificação da perda auditiva, dentro de um programa de saúde auditiva infantil, cujos benefícios incluem a possibilidade de um diagnóstico e tratamento o mais cedo possível, trazendo assim um melhor prognóstico. Isso porque tem a probabilidade de diminuir os prejuízos na aquisição da linguagem da criança, possibilitando uma melhor cidadania, uma vez que melhora a inserção social⁽²⁰⁾. Ações de promoção à saúde auditiva têm sua importância e eficácia comprovada em alguns estudos^(9,21,22), que apontam para o aumento de conhecimento de profissionais de saúde antes e após ações educativas sobre saúde auditiva.

Desde 1994, é recomendada a realização da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), até o primeiro mês de vida, ou seja, todos os neonatos devem ser triados, independentemente da presença de indicadores de risco para perda auditiva, pois 50% dos neonatos com perda auditiva não apresentam indicador de risco para tal alteração. Dessa forma, se a TAN fosse realizada apenas em neonatos com indicador de risco para perda auditiva, 50% das crianças poderiam ter um diagnóstico e intervenção em idades tardias^(23,24).

Mesmo com a recomendação da realização da TANU, os indicadores de risco para perda auditiva ainda são explorados em vários estudos⁽²⁵⁻²⁷⁾, que listam tais indicadores de maneira temporal: (a) Pré-natal; (b) Trans-natal; e (c) Pós-natal. Apesar do *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)*⁽²⁴⁾ trazer a lista de indicadores de risco para perda auditiva mais recente, segue abaixo uma lista com tais os indicadores já citado por vários autores⁽²⁵⁻²⁷⁾ tem-se: história familiar de perda auditiva desde o nascimento; infecção congênita (citomegalovírus, rubéola, herpes, toxoplasmose, sífilis, *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*); malformações da cabeça e pescoço; síndromes associadas à perda auditiva; consanguinidade; alcoolismo materno; uso de drogas psicotrópicas na gestação; anóxia, prematuridade; peso ao nascer abaixo de 1500g ou 2500g; hiperbilirrubinemia com ex-sanguíneo transfusão; meningite bacteriana ou viral; 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 >5 dias); permanência em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) por >5 dias; traumatismo craniano; quimioterapia; asfixia severa; convulsões neonatais; suporte ventilatório por >5 dias.

Entretanto, neste estudo foram considerados indicadores de risco não somente os listados acima, mas também qualquer intercorrência durante a gestação, parto e pós-parto que possa trazer risco à saúde da gestante e/ou do neonato ou lactente. Nesse sentido, considera-se também como fatores que podem influenciar as condições gerais de saúde e no programa de saúde auditiva infantil, os socioeconômicos e demográficos^(28,29). Dentre tais fatores, merecem ser discutidos: a faixa etária, o estado civil das mães, o nível de escolaridade, a ocupação e a renda pessoal da mãe e a renda e os bens familiares^(30,31).

Acredita-se que estas questões devem ser abordadas na formação dos profissionais de saúde, a fim de fortalecer a atuação multidisciplinar frente à saúde auditiva infantil. Neste estudo, se destacam os profissionais de enfermagem que podem favorecer os programas de saúde auditiva infantil, especialmente os que são voltados para o neonato e lactente, iniciando orientações desde o pré-natal ao acompanhamento das crianças nas consultas de puericultura.

2.2 Impactos da Perda Auditiva e Atuação dos Profissionais de Saúde

A audição é essencial para a aquisição da linguagem oral, uma vez que é pela interação com o mundo sonoro, com as estruturas da língua e com o outro, que ela desenvolve a linguagem e consegue entender seu universo, compreender seus semelhantes, desenvolver e organizar pensamentos e sentimentos e adquirir conhecimento⁽³²⁾. Constitui-se em um pré-requisito para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem, que exerce papel fundamental na organização perceptual, recepção e estruturação das informações, na aprendizagem e nas interações sociais.

A audição e linguagem são funções correlacionadas e interdependentes^(33,34), por isso, a perda auditiva não identificada, ou identificada tardiamente, podem apresentar prejuízos não só no desenvolvimento da linguagem oral, mas também, no aspecto social, emocional e cognitivo^(35,36).

O primeiro ano de vida constitui o período de maior plasticidade cerebral, sendo considerado ideal para o desenvolvimento das habilidades auditivas e linguísticas. Neste período, o Sistema Nervoso Central, quando estimulado, permite o aumento de conexões nervosas e possibilita melhores resultados para o desenvolvimento linguístico da criança com alteração

auditiva⁽³⁷⁾. Isso faz com que a identificação o mais cedo possível da perda auditiva seja considerada fundamental, pois trará os benefícios da intervenção escolhida. Todos esses esforços se concentram na capacidade de aprimorar o desenvolvimento linguístico, o mais próximo do normal, sobretudo quando a intervenção inicial foi antes dos seis meses de idade^(22,36).

A perda auditiva é considerada problema de saúde pública, por sua elevada prevalência e implicações de âmbito social, emocional e linguístico^(37,38). Há muito tempo, vem se estudando procedimentos para identificar a perda auditiva infantil o mais cedo possível. Com a descoberta das Emissões Otoacústicas (EOA) e o desenvolvimento de equipamentos de manipulação simples e práticos, vislumbra-se a inserção do profissional da Fonoaudiologia nas equipes de neonatologia dos hospitais e maternidades, com o intuito de implantar programas de saúde auditiva infantil, especialmente voltados para neonatos e lactentes^(33,39).

Para a etapa de detecção/identificação da perda auditiva, é realizada a TAN, cujos métodos de avaliação são baseados em exames objetivos. Dentre eles, destaca-se a pesquisa da presença/ausência das Emissões Otoacústicas, através do exame de Emissões Otoacústicas Transientes (EOAT)⁽⁴⁰⁾ e do exame do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE)⁽⁴¹⁾.

Independentemente do exame utilizado na TAN, o resultado de uma TAN é baseado em critérios de passa/falha onde o "falha" sugere, no momento do teste, risco para alteração auditiva, relacionada a algum indicador de risco que pressuponha acompanhamento, ou perdas auditivas de aparecimento tardio ou que possam ser adquiridas durante a infância^(42,43).

O *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)*^(23,24) descreve princípios que visam um programa efetivo de detecção, diagnóstico e intervenção o mais cedo possível da perda auditiva e fornece um guia de acompanhamento na implementação e manutenção de um programa saúde auditiva infantil, voltados para neonatos e lactentes, que seja bem sucedido.

O JCIH^(23,24), entre as suas recomendações, refere à necessidade de monitoramento audiológico para todos os lactentes que obtenham os resultados “falha” na TAN ou “passa” na TAN, mas que apresentam algum indicadores de risco para perda auditiva.

Dentre os primeiros profissionais que tem contato com as gestantes, neonatos, lactentes e puérperas estão os obstetras, os neonatologistas, os profissionais de enfermagem e os pediatras. Esse fato reforça a necessidade em ampliar o conhecimento e a valorização, por parte desses profissionais, sobre aspectos relacionados à saúde auditiva^(9,22,44-46). Cabe a eles estarem atentos

às causas e consequências da perda auditiva, de modo a fornecer orientações gerais às famílias e, diante da suspeita, encaminhar a criança aos profissionais da área, como o fonoaudiólogo e/ou otorrinolaringologista⁽⁴⁷⁾. Quando toda a equipe trabalha de forma integrada reduz o custo-efetividade de programas de saúde auditiva infantil^(47,48).

O conhecimento restrito, no que diz respeito à saúde auditiva, de toda a equipe envolvida com o neonato e lactente pode ser uma das causas dos programas de saúde auditiva infantil não serem efetivos em termos de cobertura de nascimentos. Por exemplo, alguns estudos^(22,45) demonstram que foi reconhecido pelos pediatras pelo menos um indicador de risco para a perda auditiva. Entretanto, a maioria dos participantes desses estudos referiu como indicador de risco para perda auditiva a presença de infecções congênicas e crianças de baixo peso, sendo outros indicadores omitidos. Quanto à conduta frente a um indicador de risco para perda auditiva, mas apenas a metade recomenda condutas especiais nos primeiros seis meses de vida, o que demonstra conhecimento restrito sobre perda auditiva e os métodos de avaliação da audição.

Em estudo⁽¹¹⁾ 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.

Ressalta-se que o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da saúde auditiva, auxilia na prevenção da perda auditiva^(7,9), assim como, no acompanhamento do desenvolvimento de linguagem e audição de todas as crianças, pois estes profissionais exercem influência significativa na tomada de decisões dos pais⁽⁴⁹⁾.

Em estudo realizado com neonatologistas da rede pública de saúde⁽⁴⁴⁾ foi verificado que menos de 50% dos profissionais encaminham para realização da TAN. Com relação ao conhecimento dos neonatologistas em relação ao trabalho fonoaudiológico na prevenção da perda auditiva, 38,9% desses profissionais afirmaram desconhecer. Outro estudo⁽²²⁾ com ginecologistas e pediatras observou que a forma de orientação mais utilizada por estes profissionais é a conversa informal.

Diante dos resultados dos estudos acima citados, entende-se que, os profissionais de saúde devem obter maior informação sobre saúde auditiva. Dentre estes profissionais de saúde, os profissionais de enfermagem merecem atenção por ser aqueles que estão em contato por maior tempo com o indivíduo, a família e a comunidade, oferecendo um cuidado holístico.

2.3 O Cuidado em Enfermagem por meio da Ação Educativa

Cuidar é muito mais que um simples ato, é uma atitude. Esta atitude é abrangente, mais que um momento de zelo, atenção e desvelo, que representa uma atitude de ocupação, reocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro⁽⁵⁰⁾.

O cerne da profissão Enfermagem é o cuidado ao ser humano⁽⁵¹⁾, 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⁽⁵²⁾.

O cuidado de saúde ou cuidado em saúde, para o senso comum tem o sentido consagrado de ser um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o êxito nos tratamentos. O cuidado, do latim cura, era empregado nas relações de afeto, expressando uma atitude de solicitude e preocupação⁽⁵⁰⁾. Este é o cuidado humanizado que supera a fragmentação entre corpo/mente, normal/patológico, proporcionando uma melhor qualidade de vida⁽⁵³⁾.

Em contraponto ao cuidado, segundo o modelo biomédico, no qual o profissional é apenas reprodutor de técnicas ensinadas pelo modelo pedagógico bancário, surge o cuidado integral que nos remete a integralidade da assistência^(54,55). Nesse contexto, o profissional de saúde deve acolher seu cliente integralmente com vistas ao trabalho multidisciplinar que permite uma compreensão ampliada do sujeito, pelo intercâmbio entre os profissionais de saúde e a interação entre os saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde, proporcionando outras formas de relação entre os envolvidos no processo⁽⁵⁶⁾.

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⁽⁵⁷⁾.

Entretanto, para que a família seja co-participante deste processo, o profissional de saúde deve ser um ‘libertador’ que apetece por mudança de comportamento da clientela a ele assistida, provocando a transformação e a recriação da realidade instituída em busca de uma melhor qualidade de vida⁽⁵⁸⁾.

Neste sentido, o cuidado integral, que inclui o cuidado com a saúde auditiva, a multidisciplinaridade e a família, são temas pertinentes ao cuidado em enfermagem e para tal, estes profissionais precisam estar atualizados.

Manter-se atualizado é um desafio para os profissionais de saúde, pois, precisam estar em constante processo de formação para garantir a qualidade da assistência. Em especial, enquadram-se os profissionais de Enfermagem, que além de atuarem na assistência e administração, atuam também com a educação dos usuários e da equipe de trabalho^(59,60). Diante do exposto, a intervenção educativa para profissionais de saúde representam uma alternativa de ampliar o conhecimento no que se refere à saúde auditiva. Considera-se como relevante o uso da problematização como construto teórico para permear uma ação educativa na qual se valoriza o cotidiano dos atores envolvidos.

A problematização foi descrita por Paulo Freire, um dos maiores educadores do século XX, que marcou com seu método inovador o pensamento pedagógico. Foi o primeiro a sistematizar e experimentar um método inteiramente criado para a educação de adultos⁽⁶¹⁾ e também contribuiu para a teoria dialética do conhecimento. O uso da problematização favorece a discussão sobre a dúvida e estimula a crítica, facilita o uso da criatividade na resolução de problemas, criando situações construtivas e significativas, desenvolvendo, assim, múltiplas competências⁽⁶²⁾.

Para Freire, a melhor maneira de refletir é pensar a prática e retornar a ela para transformá-la no âmbito social, político e cultural⁽⁶³⁾. Os ideais defendidos pelo educador visam o desenvolvimento da autonomia profissional e pessoal, baseada na aquisição do conhecimento, e o desenvolvimento da consciência crítica, a fim do indivíduo lutar por uma sociedade mais democrática⁽⁶⁴⁾. Então, a ideia-força[♦] da teoria de Paulo Freire, presente no contexto da educação, é o diálogo e a problematização, que representam a ação transformadora do conhecimento. Dessa forma, a partir do diálogo e da problematização, que parte de situações cotidianas, há a necessidade do indivíduo se voltar a um pensamento crítico e reflexivo sobre suas ações⁽⁵⁵⁾.

♦ Ideias que são capazes de atingir uma grande quantidade de indivíduos

O método de Freire, embasado na problematização, parte para uma relação horizontal, onde educador e educando estabelecem constante diálogo, para que o último se aproprie do que está no mundo, transformando sua realidade⁽⁶⁵⁾. Em suas reflexões fica evidente o cuidado com a educação, propondo à humanização das relações defendendo a articulação do saber, conhecimento e, vivência. Esta articulação proposta representa a multidisciplinaridade⁽⁵⁵⁾.

O pensamento de Freire ainda é contemporâneo e inspira à teoria e a prática da educação em saúde⁽⁶⁶⁾, por isso, para subsidiar a metodologia desta intervenção educativa direcionada a profissionais de saúde, foi escolhido o método Paulo Freire que propõe a educação como um processo de transformação, através de um método ativo, criativo, participativo que envolve o diálogo⁽⁶¹⁻⁶³⁾. Para Freire o ser humano só pode agregar em si novos conhecimentos desde que ele mesmo o reconheça, assuma e incorpore em seu ser⁽⁶¹⁾.

Nesta perspectiva, a partir do momento em que os profissionais de enfermagem conheçam e entenda a relevância dos programas de saúde auditiva infantil, eles passarão a ver o programa de saúde auditiva infantil de forma mais sensível, a considerar que a promoção da saúde auditiva e prevenção da perda auditiva são possíveis, porém, sua efetividade depende também da família e dos profissionais de saúde.

Neste capítulo, serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados nos três artigos que compõe esta dissertação, a saber: (1) **“Educação em Saúde com vistas à triagem neonatal e audição: uma revisão integrativa”**, submetido à Revista de Latino-Americana de Enfermagem (ANEXO A e B), (2) **“Saúde Auditiva Infantil: necessidade de divulgação entre profissionais de enfermagem”**, a ser submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (ANEXO C) e (3) **“Educação em Saúde Auditiva do Neonato e Lactente para Profissionais de Enfermagem”**, a ser submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem (ANEXO D).

3.1 Primeiro Artigo

Título: Educação em Saúde com vistas à triagem neonatal e audição: uma revisão integrativa

A revisão integrativa é um método de revisão amplo, cujo objetivo é sumarizar as pesquisas realizadas, em seus diferentes aspectos, permitindo a construção de conclusões, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo analisado⁽⁶⁷⁾. Sua realização justifica-se pelo fato dos profissionais de saúde, muitas vezes, basearem suas práticas em evidências científicas.

Na construção de uma revisão integrativa, o pesquisador deve seguir um rigor metodológico⁽⁶⁸⁾, fazendo com que os estudos incluídos sejam analisados quanto aos seus objetivos, metodologias e resultados⁽⁶⁹⁾.

Para a construção da revisão integrativa foram seguidas seis etapas⁽⁷⁰⁾: (1) Nesta, realizou-se a identificação do tema e a concepção da hipótese a partir da questão norteadora da pesquisa. O interesse pelo tema surgiu a partir da observação da necessidade de maior atuação dos profissionais de saúde, não Fonoaudiólogos, nos programas de saúde auditiva infantil voltados para neonatos e lactentes. Para que tal atuação pudesse ser ampliada, foi observada a necessidade de ações educativas, especialmente para os profissionais de enfermagem, pois se acreditava que essas ações pudessem ampliar o conhecimento destes profissionais que por sua vez, disseminariam o conhecimento sobre esse tema resultando no aumento da demanda, nos programas de saúde auditiva infantil. Como hipótese, acreditava-se que ações de educação em saúde não estavam sendo descritas de maneira a abordar os temas triagem neonatal e/ou audição.

Dessa forma, esta afirmação gerou a seguinte questão norteadora: **como a educação em saúde e/ou capacitação tem sido descrita na literatura de maneira a abordar os temas triagem neonatal e/ou audição?**

(2) Nesta etapa, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos que comporiam a amostra da revisão. Os critérios de inclusão foram: (a) ser artigo original; (b) ter sido publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol; (c) pertencer às bases de dados de ciências da saúde em geral: Lilacs, IBECs e Medline; (d) não ter limite de datas, ou seja, o ano de publicação dos artigos não foi critério de exclusão; e (e) envolver alguma ação de educação em saúde e/ou capacitação, abordando o tema triagem neonatal e/ou audição. Os critérios de exclusão foram: (a) ser dissertações ou teses; (b) ser publicações encontradas em resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões; (c) ser artigos de reflexão; e, (d) ser projetos, relatórios e/ou informes técnicos.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde⁽⁷¹⁾, que possibilita buscas simultâneas de publicações relevantes, nas principais bases de dados científicos, no âmbito nacional e internacional, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram determinados os DeCS que se relacionavam ao tema de interesse desta revisão integrativa, permitindo uma busca ampliada, porém direcionada. Foi utilizada, como estratégia de busca dos artigos, a combinação dos seguintes descritores controlados: “Audição”, “Capacitação”, “Educação em Saúde” e “Triagem Neonatal”.

Inicialmente, à utilização da estratégia de busca selecionou 2163 estudos. Após aplicação dos critérios de inclusão, restaram 1495 estudos. Ainda foram excluídos os artigos duplicados (n=11), ou seja, artigos encontrados em mais de uma estratégia de busca, totalizando 1484 estudos. Deste total, realizou-se a leitura criteriosa dos títulos e resumos das publicações, a fim de verificar seu enquadramento no que se refere à presença de alguma ação de educação/capacitação em saúde, abordando o tema triagem neonatal e/ou audição. Nos casos em que o título e o resumo não foram suficientes para definir melhor esta seleção, realizou-se a leitura da publicação na íntegra (n=17). Ao final a amostra foi composta por 10 estudos (Tabela 1).

(3) Nesta etapa, foram definidas as informações a serem extraídas dos artigos selecionados e realizada a classificação quanto ao nível de evidência. Para a coleta das informações a serem extraídas dos estudos, aplicou-se o instrumento validado por Ursi⁽⁷²⁾ (ANEXO E), que contempla a avaliação do rigor metodológico e nível de evidência. Para

interpretação e análise dos artigos foi elaborado um quadro sinóptico (APÊNDICE A), com a finalidade de sumarizar informações relevantes sobre os estudos assegurando a precisão na checagem dos dados⁽⁶⁹⁾

Os artigos foram classificados quanto ao nível de evidência, segundo a classificação de Stetler e colaboradores (1998, p.202)⁽⁷³⁾:

Nível 1: Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;

Nível 2: Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;

Nível 3: Evidências de estudos quase-experimentais;

Nível 4: Evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa;

Nível 5: Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiências;

Nível 6: Evidências baseadas em opiniões de especialistas.

As etapas seguintes: quatro, cinco e seis, corresponderam à avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão, respectivamente. A interpretação dos dados corresponde à discussão dos resultados e a apresentação/ síntese da revisão, possibilitando ao leitor distinguir qual conhecimento é científico e qual conhecimento é baseado em ideias e opiniões e atualizar seu conhecimento sobre o tema, possibilitando mudar sua prática clínica.

Tabela 1. Resumo dos artigos incluídos na revisão integrativa. Recife, 2011

Nº	Base de Dados	Referência do Artigo	Temática
01	Medline	Randolph RF, Hudak RL, Vaught C. Communicating hearing loss information to young children effectiveness of lecture and printed materials. AAOHN J. 2003 Oct;51(10):433-8.	Determinação de formas efetivas para aumentar o conhecimento sobre saúde auditiva
02	Medline	Moorjani P, Fortnum H. Dissemination of information to General Practitioners: a questionnaire survey. BMC Fam Pract. 2004;5:27.	Avaliação da disseminação de informação a médicos clínicos geral sobre triagem auditiva neonatal
03	LILACS	Sawyer SM, Glazner JA. What Follows Newborn Screening? An Evaluation of a Residential Education Program for Parents of Infants With Newly Diagnosed Cystic Fibrosis. Pediatrics. 2004;114(2):411-416.	Avaliação de um programa de educação para pais de crianças que recebem um diagnóstico de fibrose cística após o teste do pezinho na triagem neonatal.
04	Medline	Davis TC, Humiston SG, Arnold CL, et al. Recommendations for effective newborn screening communication: results of focus groups with parents, providers, and experts. Pediatrics. 2006;117(5):S326-40.	Recolhe opinião de pais e profissionais de triagem auditiva neonatal; para confecção de material educativo
05	Medline	Arnold CL, Davis TC, Frempong JO, et al. Assessment of newborn screening parent education materials. Pediatrics. 2006;117(5):S320-5.	Avaliação de um material educativo para pais referentes à triagem neonatal
06	LILACS Medilene	Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, et al. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. Pró-Fono R. Atual. Cient. 2008;20(3):171-76.	Verifica a efetividade de um programa de capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva infantil
07	LILACS	Bramatti L, Morata TC, Marques JM. Ações educativas com enfoque positivo em programa de conservação auditiva e sua avaliação. Rev. CEFAC. 2008; 10(3): 398-408.	Avaliação de conhecimento após ação educativa sobre proteção auditiva para trabalhadores
08	Medline	Olusanya BO, Akinyemi OO. Community-based infant hearing screening in a developing country: parental uptake of follow-up services. BMC Public Health. 2009;9:66.	Ação de Educação em Saúde sobre triagem auditiva neonatal para mães
09	Medline	Morales A, Wierenga A, Cuthbert C, et al. Expanded newborn screening in Puerto Rico and the US Virgin Islands: education and barriers assessment. Genet Med. 2009;11(3):169-75.	Avaliação da eficácia de uma intervenção educativa sobre triagem neonatal
10	Medline	Franceschi CM, Lautenschlager L, Tochetto TM. Aceitação da triagem auditiva neonatal. Pediatr. mod. 2010;46(4).	Compara a adesão à triagem auditiva neonatal antes e após orientações à gestantes e parturientes

3.2 Segundo Artigo

Título: Saúde Auditiva Infantil: necessidade de divulgação entre profissionais de enfermagem

O objetivo principal deste estudo foi investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a saúde auditiva de neonatos e lactentes, pois se acredita na necessidade de investir na promoção de ações educativas, que conscientizem esses profissionais sobre a saúde auditiva infantil.

Este estudo caracteriza-se como um estudo observacional, descritivo, transversal, realizado em um hospital universitário, considerado modelo entre as unidades de saúde, que tem como objetivo oferecer atendimento médico e hospitalar à população, nas mais diversas áreas, sendo referência para gestantes de risco. A coleta de dados foi realizada nos ambulatório de puericultura, pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), maternidade e centro obstétrico, onde trabalham profissionais de enfermagem qualificados em três níveis de formação: enfermeiro*, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, no período entre março e junho de 2011.

Participaram deste estudo 106 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 35 enfermeiros, 34 técnicos de enfermagem e 37 auxiliares de enfermagem.

A coleta de dados constou da aplicação de um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), cujo objetivo foi avaliar o conhecimento sobre saúde auditiva infantil, especificamente, voltado para a Triagem Auditiva Neonatal.

Os dados foram digitados e calculados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 13.0. Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais das respostas contidas no questionário através de estatística descritiva. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher para testar a associação entre as variáveis que caracterizam a população e as variáveis referentes ao conhecimento sobre saúde auditiva infantil. Utilizou-se o nível de significância igual a p-valor $\leq 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob número

* Mantém-se no masculino, pois corresponde a denominação formal do profissional.

0130.0.172.000-0 (ANEXO F). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

3.3 Terceiro Artigo

Título: Educação em Saúde Auditiva do Neonato e Lactente para Profissionais de Enfermagem

O objetivo principal deste estudo foi verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após ações educativas em saúde auditiva infantil, pois se acredita na necessidade de maior divulgação sobre saúde auditiva infantil, através de ações educativas.

Trata-se de um estudo quase-experimental com delineamento tempo-série. Neste desenho, o mesmo grupo é repetidamente testado, antes e depois de uma dada intervenção. Este tipo de estudo é útil para testar a efetividade de uma intervenção⁽¹⁴⁾.

Participaram 82 profissionais enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que trabalhavam em um hospital universitário, considerado modelo entre as unidades de saúde, que tem como objetivo oferecer atendimento médico e hospitalar à população, nas mais diversas áreas, sendo referência para gestantes de risco.

A coleta de dados foi realizada nos ambulatórios de puericultura, pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), maternidade e centro obstétrico, onde trabalham profissionais de enfermagem qualificados em três níveis de formação: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, no período entre março e setembro de 2011. Todos responderam a um questionário semiestruturado (APÊNDICE B) antes e após as ações educativas desenvolvidas. O critério de inclusão para participação da pesquisa foi frequentar, no mínimo três encontros, propostos para a realização das ações educativas.

A coleta de dados foi constituída de três momentos:

1) Aplicação inicial do Questionário – nesta etapa, participaram 82 profissionais de Enfermagem, que responderam ao questionário semiestruturado, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento prévio sobre saúde auditiva infantil, especificamente voltado para a Triagem Auditiva Neonatal.

2) Ações Educativas – Com base nas informações coletadas no questionário semiestruturado, foram organizadas temáticas a serem abordadas nas ações educativas com os profissionais de enfermagem. Essas ações educativas foram baseadas nos preceitos da metodologia de Paulo Freire, cujo cerne refere-se à problematização como ponto de partida. Esta metodologia se caracteriza por metodologias ativas de ensino-aprendizagem que considera o conhecimento prévio dos participantes, sua cultura, disponibilidade para aprender e a iniciativa para transformar sua realidade^(74,75). Foram realizados quatro encontros para discussão do tema saúde auditiva infantil, focando o neonato e lactente, conduzidos por uma fonoaudióloga. Estes encontros tinham duração em média de uma hora, intercalados por 30 dias em média. Os conteúdos foram apresentados em forma de projeção de slides, apresentação de vídeos, dinâmica de grupo e rodas de conversa, abordados na forma de problemas, analisados e interpretados, resultando na criação/recriação do conhecimento, numa relação dialógica entre a pesquisadora e os profissionais de Enfermagem⁽⁷⁶⁾, de acordo com a necessidade que emanava. Ao final, durante o quarto encontro, foi realizada uma reflexão sobre os conteúdos abordados.

3) Reaplicação do Questionário – esta etapa foi realizada ao final do quarto encontro, quando foi realizada a reaplicação do mesmo questionário semiestruturado. Isso porque se buscou verificar mudanças no conhecimento dos profissionais de enfermagem, especificamente no que se refere aos conteúdos abordados nos encontros realizados. Com base no que foi abordado nos encontros 1, 2 e 3, e nos conteúdos das discussões realizadas nestes encontros, foi elaborado um folder educativo (APÊNDICE D), distribuído aos participantes no último encontro, sendo material de apoio para este, além de, permitir aos profissionais de enfermagem utilizá-lo em sua prática.

Os dados foram digitados em um banco de dados, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. Na análise dos dados, foram calculadas as frequências percentuais, para as variáveis estudadas e, ainda, construída as tabelas de contingência de interesse. Para avaliar associação dos vários fatores estudados, foi utilizado o teste Qui-quadrado para independência. Nas tabelas em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, foi utilizado o testes Exato de Fisher. Para avaliar o conhecimento dos profissionais antes e após as ações educativas, foi utilizado o teste Qui-quadrado, para homogeneidade. Ainda, foi utilizado o teste Qui-quadrado para proporção na comparação dos

percentuais das distribuições de frequência simples. Em todas as conclusões foi considerado o nível de significância igual a p-valor $\leq 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob número 0130.0.172.000-10 (ANEXO F). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Educação em Saúde com vistas à triagem neonatal e audição: uma revisão integrativa

Health Education regarding to newborn screening and hearing: an integrative review

Educación para la salud con el fin de cribado neonatal y la audición: revisión integradora

Camila Padilha Barbosa¹, Silvana Maria Sobral Griz S²

RESUMO

Objetivo: investigar estudos sobre educação em saúde e capacitação que abordassem o tema triagem neonatal e/ou audição. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa, realizada em agosto de 2011, com busca na Biblioteca Virtual em Saúde, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde: “Audição”, “Capacitação”, “Educação em Saúde” e “Triagem Neonatal”. A amostra final constituiu-se por 10 estudos. **Resultados:** A base de dados com maior número de artigos foi a Medline e a maioria dos artigos (n=7) foi classificada com nível de evidência três. **Conclusão:** Constatou-se que a literatura é escassa quanto a programas de educação em saúde e/ou capacitação na área de triagem neonatal e/ou audição, para profissionais de saúde, especialmente o profissional de enfermagem. Sugere-se a montagem de ações educativas e sua validação, para nortear ações de promoção da saúde auditiva e prevenção da perda auditiva.

Descritores: Literatura de Revisão como Assunto; Enfermagem; Educação em Saúde; Audição

¹ Fonoaudióloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, *E-mail:* milapad@gmail.com, Recife - Pernambuco - Brasil.

² Fonoaudióloga, Doutora em psicologia cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco, *E-mail:* sgriz@terra.com.br, Recife - Pernambuco - Brasil.

ABSTRACT

Goal: to investigate studies regarding to health education and programs which the main topic is neonatal screening and/or hearing. **Method:** it was done an integrative review, which was realized in August of 2011, with search on the Biblioteca Virtual em Saúde, from those key-words in health science: “hearing”, educational programs, health education, and neonatal screening”. It was analyzed 10 articles. **Results:** the data base with the majority of articles was Medline and seven of them was classified as evidence level of three. **Conclusion:** It was seen that the literature has few studies regarding to educational programs about neonatal screening and/or hearing to the health professionals, especially nurses. It is suggested that continuing health education should be promoted in order to lead prevention of hearing loss.

Descriptors: Review Literature as Topic; Nursing; Health Education; Hearing

RESUMEN

Objetivo: Investigar los estudios sobre educación para la salud y la formación que el cribado neonatal de direcciones y/o audición. **Métodos:** se trata de una revisión integradora con la búsqueda en la Biblioteca Virtual em Saúde de los descriptores: "Escuchar", "Capacitación", "Educación para la Salud" y "Evaluación del recién nacido". La muestra final estuvo compuesta por 10 estudios. **Resultados:** La base de datos con el mayor número de artículos fue Medline, la mayoría de los artículos (n=07) se clasificó con tres niveles de evidencia. **Conclusión:** Se encontró que la bibliografía es escasa en relación con los programas de educación para la salud y/o formación en el ámbito del cribado neonatal y/o audición, para los profesionales de la salud, especialmente el personal de enfermería. Se sugiere que la asamblea de la educación y la validación, para orientar las acciones para promover la salud auditiva y prevención de pérdida de la audición.

Descriptores: Literatura de Revisión como Asunto; Enfermería; Educación en Salud; Audición

INTRODUÇÃO

A audição é um dos sentidos necessários à aquisição de importantes informações para o desenvolvimento humano, especialmente nos seus aspectos linguísticos, educacionais e psicossociais⁽¹⁾.

Essa relação entre a audição e o desenvolvimento da linguagem oral faz com que o diagnóstico da perda auditiva deva ser realizado o mais cedo possível⁽²⁻³⁾, a fim de intervir e minimizar as suas consequências, com maior possibilidade de sucesso na habilitação linguística, para a maioria das crianças.

Dentre as doenças passíveis de triagem neonatal, a perda auditiva apresenta alta prevalência (1 a 3:1.000), especialmente quando comparadas a outras enfermidades, tais como, fenilcetonúria (0,07:1.000), hipotireoidismo (0,17:1.000), anemia falciforme (0,20:1.000)⁽²⁾, pesquisadas rotineiramente através do Teste do Pezinho.

Apesar desta alta prevalência, as etiologias da perda auditiva, na maioria das vezes, podem ser controladas, através da promoção da saúde auditiva, por meio de ações preventivas e de orientação à população⁽⁴⁾. Para tal, há necessidade do envolvimento de uma equipe multidisciplinar que inclui fonoaudiólogo, pediatras, ginecologistas/ obstetras, neonatologistas, profissionais de enfermagem, além, da família e comunidade⁽⁵⁾.

Os profissionais de saúde, especialmente os profissionais de enfermagem, que tem sua prática fundamentada no cuidar⁽⁶⁾, podem atuar como multiplicadores de ações de promoção à saúde e prevenção de diversas doenças, em atendimentos periódicos à população por eles assistida. No entanto, a maioria desses profissionais não recebe informações referentes à importância da prevenção de alterações auditivas, indicadores de risco, sua identificação e seu diagnóstico o mais cedo possível da perda auditiva, além de desconhecerem as medidas de

intervenção médica e fonoaudiológica, dificultando o suporte adequado a população na identificação de tais alterações⁽⁷⁾.

O conhecimento referente à saúde auditiva por parte dos profissionais de saúde deve ser repassado para a população que empoderada deste conhecimento, poderá ampliar seus cuidados sobre o tema e, realizar uma busca ativa do que seja melhor para a sua saúde. Este conceito é consolidado com a afirmação de que as ações de educação em saúde proporcionam às pessoas o desenvolvimento da capacidade em fazer escolhas saudáveis, favorecendo o aumento da consciência por mudanças que promovam a melhoria da saúde⁽⁸⁾. A educação neste contexto constitui um relevante instrumento nas ações de promoção da saúde⁽⁹⁾.

Então, diante da necessidade de ampliar o conhecimento sobre saúde auditiva, dos profissionais de saúde, alguns estudos^(4,10-12) têm demonstrado a necessidade de investimento na área de capacitação, no que se refere à saúde auditiva infantil e aos aspectos envolvidos com esta questão.

Com o propósito de nortear os profissionais da referida área de atuação em suas ações de capacitação, pode-se recorrer a estudos como a revisão integrativa⁽¹¹⁾. Então, este artigo teve como objetivo investigar estudos sobre educação em saúde e capacitação que abordassem o tema, triagem neonatal e/ou audição, a fim de identificar estratégias que possam favorecer o desenvolvimento de futuras ações educativas relativas à saúde auditiva infantil.

A elaboração desta revisão integrativa utilizou como eixo norteador a seguinte questão: Como a educação em saúde e/ou capacitação tem sido descrito na literatura de maneira a abordar os temas triagem neonatal e/ou audição?

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa, que além de permitir a incorporação de evidências em uma determinada prática profissional, tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questão específicas, de modo sistemático e ordenado, contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre o tema investigado⁽¹¹⁾.

Para elaboração dessa revisão integrativa, algumas etapas foram percorridas: (1) estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa, (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos e seleção da amostra, (3) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, (5) interpretação e discussão dos resultados, (6) apresentação da revisão⁽¹¹⁾.

O levantamento dos artigos foi realizado no mês de agosto de 2011, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Mediline) e IBECs, através da Biblioteca Virtual em Saúde, que possibilita busca simultânea das publicações relevantes nas principais bases de dados científicos, no âmbito nacional e internacional, a partir dos mesmos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), garantindo a abrangência da pesquisa e facilitando a operacionalização dos resultados. Estes DeCS foram criados pela Bireme, para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, assim como, para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados⁽¹³⁾.

A seleção dos descritores foi realizada com o intuito de abranger o tema de interesse dessa revisão integrativa, permitindo uma busca ampliada, porém direcionada. Foi utilizada, como

estratégia de busca dos artigos, a combinação dos seguintes descritores controlados: “Audição”, “Capacitação”, “Educação em Saúde” e “Triagem Neonatal” (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégias de busca (descritores) utilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde. Recife, 2011

Estratégia	Cruzamentos dos Descritores	Artigos		
		Original	Duplicado	Incluído
01	Audição AND Capacitação AND Educação em Saúde AND Triagem Neonatal	0	-	-
02	Audição AND Capacitação	2	0	1
03	Audição AND Educação em Saúde	11	0	0
04	Audição AND Triagem Neonatal	64	0	0
05	Capacitação AND Audição	0	-	-
06	Capacitação AND Triagem Neonatal	1	0	1
07	Capacitação AND Educação em Saúde	25	0	0
08	Triagem Neonatal AND Audição	881	0	3
09	Triagem Neonatal AND Capacitação	6	2*	0
10	Triagem Neonatal AND Educação em Saúde	33	0	0
11	Educação em Saúde AND Audição	71	2*	2
12	Educação em Saúde AND Triagem Neonatal	32	2*	3
13	Educação em Saúde AND Capacitação	383	1*	0
14	Audição AND Educação em Saúde AND Capacitação	0	0	-
15	Audição AND Educação em Saúde AND Triagem Neonatal	0	0	-
16	Audição AND Capacitação AND Educação em Saúde	0	0	-
17	Audição AND Capacitação AND Triagem Neonatal	0	0	-
18	Audição AND Triagem Neonatal AND Educação em Saúde	0	0	-
19	Audição AND Triagem Neonatal AND Capacitação	0	0	-
20	Educação em Saúde AND Capacitação AND Audição	1	1*	0
21	Educação em Saúde AND Capacitação AND Triagem Neonatal	0	0	-
22	Educação em Saúde AND Audição AND Capacitação	1	1*	0
23	Educação em Saúde AND Audição AND Triagem Neonatal	1	1*	0
24	Educação em Saúde AND Triagem Neonatal AND Capacitação	0	0	-
25	Educação em Saúde AND Triagem Neonatal AND Audição	1	1*	0
26	Capacitação AND Educação em Saúde AND Triagem Neonatal	0	0	-
27	Capacitação AND Educação em Saúde AND "Audição	0	0	-
28	Capacitação AND Audição AND Educação em Saúde	0	0	-
29	Capacitação AND Audição AND Triagem Neonatal	0	0	-
TOTAL		1495	11	10

*Excluídos artigos duplicados

Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram: (a) artigos original, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, (b) sem limite de datas. Para serem incluídos, os estudos teria que ter desenvolvido alguma ação de educação em saúde e/ou capacitação, abordando o tema triagem neonatal e/ou audição. Por não atenderem este critério um grande número de artigos foi excluído.

A metodologia na qual cada ação educativa ou capacitação foi realizada nos estudos, não foi critério de seleção estabelecido para esta revisão. Assim, foram analisados todos os estudos que propuseram ações educativas que variaram desde a obtenção do conhecimento pelos participantes de maneira informal, tal como a utilização de material impresso, como também intervenções formais, por meio da educação permanente e/ou continuada. Excluiu-se dissertações e teses, publicações referentes a resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos de reflexão, projetos, relatórios e informes técnicos.

Para a seleção dos estudos, aplicou-se na busca os critérios de inclusão sendo posteriormente realizada leitura criteriosa dos títulos e resumos de todas as publicações localizadas pela estratégia de busca (N=1495), a fim de verificar a adequação aos critérios de inclusão. Nos casos em que o título e o resumo não foram suficientes para definir na primeira seleção, buscou-se a leitura da publicação na íntegra (n=17). Em seguida, procedeu-se à leitura na íntegra de cada artigo selecionado.

Para a coleta de dados aplicou-se aos artigos o instrumento validado por Ursi⁽¹⁴⁾, a fim de orientar a extração dos dados, que contempla: (a) identificação do artigo original, (b) características metodológicas do estudo, (c) avaliação do rigor metodológico das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

A etapa de seleção dos estudos incluiu reuniões dos autores da pesquisa, para esclarecer dúvidas quanto à inclusão ou exclusão dos estudos. Tal procedimento visou reduzir vieses na

seleção dos estudos, conferindo-lhe maior segurança. Para interpretação e análise dos artigos, foi elaborado um quadro sinóptico, com a finalidade de resumir as informações gerais sobre os estudos. Este quadro sinóptico foi composto por informações sobre o título, a autoria, o ano e local da publicação, o idioma, os objetivos, os resultados dos estudos (se há mudança de comportamento), conclusões (se faz sugestões que possam nortear ações futuras) e questões como: 1) Refere-se a uma capacitação e/ou ação educativa sobre o tema triagem neonatal e/audição? 2) Qual a população alvo? 3) Local de realização das atividades, 4) Qual metodologia das atividades? 5) Avaliação da metodologia.

Os artigos ainda foram classificados quanto ao nível de evidência. A prática baseada em evidências enfoca sistemas de classificação de evidências. Geralmente, esses sistemas são caracterizados de forma hierárquica, dependendo do delineamento de pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo. Neste estudo, a categorização considerada classifica a evidência em um total de seis níveis⁽¹⁵⁾.

A amostra final constituiu-se por 10 estudos descritos na Tabela 2. A análise e síntese dos dados extraídos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

Tabela 2. Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa. Recife, 2011

Nº	Base de Dados	Título do Artigo	Autores	Idioma/ País	Periódico/ Tipo/Ano
01	Medline	Communicating Hearing Loss Information to Young Children	Randolph R; Hudak RL; Vaught C.	Inglês Estados Unidos	AAOHN J Enfermagem 2003
02	Medline	Dissemination of information to General Practitioners: a questionnaire survey	Moorjani P; Fortnum H.	Inglês Inglaterra	BMC Fam Pract. Saúde Públ. 2004
03	Medline	What Follows Newborn Screening? An Evaluation of a Residential Education Program for Parents of Infants With Newly Diagnosed Cystic Fibrosis	Sawyer SM; Glazner JA	Inglês Estados Unidos	Pediatrics Médica 2004
04	Medline	Recommendations for effective newborn screening communication: results of focus groups with parents, providers, and experts	Davis TC; Humiston SG Arnold CL; et al.	Inglês Estados Unidos	Pediatrics Médica 2006
05	Medline	Assessment of Newborn Screening Parent Education Materials	Arnold CL; Davis TC; Frempong JO; et al.	Inglês Estados Unidos	Pediatrics Médica 2006
06	LILACS Medline	Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva	Alvarenga KF; Bevilacqua MC; Martinez MANS; et al.	Português Inglês Brasil	Pró-Fono R. Atual. Cient. Fonoaudiol. 2008
07	LILACS	Ações educativas com enfoque positivo em programa de conservação auditiva e sua avaliação	Bramatti L; Morata TC; Marques JM.	Português Brasil	Rev. CEFAC Fonoaudiol. 2008
08	Medline	Community-based infant hearing screening in a developing country: parental	Olusanya BO; Akinyemi OO.	Inglês Inglaterra	BMC Public Health Saúde Públ. 2009
09	Medline	Expanded newborn screening in Puerto Rico and the US Virgin Islands: education and barriers assessment	Davis Morales A; Wierenga A; Cuthbert C, et al.	Inglês Estados Unidos	Genet Med Médica 2009
10	Medline	Aceitação da triagem auditiva neonatal	Franceschi CM; Lautenschlager L; Tochetto TM.	Português Brasil	Pediatr. mod. Médica 2010

RESULTADOS

O maior número de artigos (n=09) foi identificado na base de dados Medline, seguido pela base de dados LILACS (n=02), sendo um estudo comum às duas bases de dados.

A base de dados Medline reúne literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine*, nos Estados Unidos, que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4000 títulos de revistas médicas e biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países⁽¹⁵⁾. Do total de artigos incluídos neste estudo (n=10), sete foram publicados em periódicos internacionais, escritos na língua inglesa. Ainda do total, o país com maior publicação foi os Estados Unidos (n=05), seguido por periódicos nacionais (n=03), sendo dois destes publicados na língua portuguesa e um na língua portuguesa e inglesa.

Em relação ao tipo de periódico de publicação, 05 pertencem à revista médica, 02 foram publicados em revistas de fonoaudiologia, 02 em revistas de saúde pública e 01 em revista de enfermagem ocupacional.

O período de publicação dos artigos incluídos compreendeu os anos de 2003 a 2010. De acordo com o desenho metodológico dos artigos estes foram classificados quanto à força da evidência nos níveis três (n=07), quatro (n=02) e cinco (n=01). Em geral, a maioria (n=05) referiu-se a educação em saúde e tinham mais de uma população beneficiada com as ações de educação em saúde.

A população mais frequentemente estudada nos artigos foi mães/pais (n=04) e médicos (n=03) (Tabela 3). A temática dos estudos mostrou diferentes perspectivas em relação à educação em saúde e capacitação voltadas para a triagem neonatal e/ou audição. A metodologia de tais atividades, avaliação destas metodologias, resultados alcançados e considerações para ações futuras estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização dos artigos incluídos nesta revisão integrativa. Recife, 2011

Variáveis	n	Referência do Estudo*
Evidência dos Estudos		
Nível 3	7	Bramatti, Olusanya, Franceschi, Randolph, Sawyer, Davis Morales, Alvarenga
Nível 4	2	Davis, Moorjani
Nível 5	1	Arnold
Tipo de Ação		
Educação em saúde	7	Olusanya, Moorjani, Franceschi, Davis, Franceschi, Sawyer, Davis Morales
Capacitação	3	Bramatti, Alvarenga, Randolph
População Alvo**		
Mães/ pais	4	Olusanya, Davis, Arnold, Sawyer
Médicos	3	Moorjani, Davis, Davis Morales
Agente comunitário de saúde	1	Alvarenga
Gestantes e puérperas	1	Franceschi
Trabalhadores de fábrica	1	Bramatti
Estudantes do primário	1	Randolph
Local de Realização das Atividades		
Fábrica	1	Bramatti
Hospital	6	Moorjani, Franceschi, Davis, Arnold, Davis Morales
Unidade de Saúde da Família	1	Alvarenga, Olusanya
Residência	1	Sawyer
Escola	1	Randolph
Metodologia das Atividades**		
Sessões educativas de saúde	3	Bramatti, Olusanya, Randolph
Distribuição de folhetos, cartazes, manuais	5	Bramatti, Moorjani, Franceschi, Alvarenga, Randolph, Davis Morales
Desenvolvimento de um site	1	Moorjani
Orientações transmitidas oralmente	2	Franceschi, Sawyer
Grupos focais	1	Davis
Avaliação de material educativo	1	Arnold
Avaliação da Metodologia		
Questionário	2	Moorjani, Sawyer
Questionário pré e pós ação educativa	3	Bramatti, Alvarenga, Randolph
Frequência no acompanhamento audiológico	3	Olusanya, Franceschi, , Davis Morales
Entrevistas individuais	1	Davis
Avaliação de material educativo	1	Arnold
Resultados		
Refere mudança de comportamento	5	Bramatti, Moorjani, Alvarenga, Randolph, Davis, Morales
Não refere mudança de comportamento	2	Olusanya, Franceschi
Não se aplica***	3	Davis, Arnold, Sawyer
Considerações		
Sugere ações de educação em saúde		
Sim	10	Bramatti, Olusanya, Moorjani, Franceschi, Davis, Randolph Alvarenga, Arnold, Sawyer, Davis Morales
Não	0	

* Citados o primeiro autor de cada estudo. Referências completas na **Tabela 2**.

** Alguns estudos contêm mais de um público alvo e metodologia das atividades.

*** Não se aplica em estudos descritivos ou que avaliam ações

DISCUSSÃO

O termo triagem refere-se ao processo de aplicar um determinado teste, a um grande número de indivíduos, de forma rápida e simples, com alta probabilidade de identificar uma doença. Nenhuma triagem neonatal é procedimento de diagnóstico, mas sim uma forma de identificar, dentre os indivíduos assintomáticos, aqueles que são suspeitos de possuírem doença e que requerem procedimentos posteriores de diagnósticos mais elaborados⁽¹⁶⁾. A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente. A capacitação é o processo de treinamento de uma pessoa ou um grupo de pessoas no conhecimento ou na aplicação prática e teórica de uma determinada atividade⁽¹³⁾.

Nesse cenário, situam-se desafios e perspectivas na formação dos profissionais de saúde no campo multidisciplinar, que firma diferentes níveis de compreensão e intervenção junto aos sujeitos, implicando em distintos compromissos políticos, sociais e educacionais⁽¹³⁾. Desta forma, o profissional de saúde deve estar voltado para a reorganização de ações de educação em saúde e/ou capacitação na forma de atualização, que atraiam a todos: população e profissionais de saúde.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é um procedimento capaz de facilitar a intervir o mais cedo possível nas alterações auditivas que poderão interferir na vida do indivíduo⁽¹⁷⁾ e como apontado no Estudo 01, para a busca de uma intervenção efetiva em saúde auditiva, é necessário procurar alternativas para aumentar o conhecimento sobre este. O mesmo é reforçado nos Estudos 02, 06 e 09, quando afirmam que se faz necessário capacitar os profissionais envolvidos, avaliar a disseminação de informação e avaliar tais intervenções educativas, a fim de documentar as necessidades locais de triagem neonatal e os entraves deste processo, para posterior adoção de

estratégias. Para isso, os Estudos 03 e 04 recomendam o envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de educação em saúde direcionadas aos pais, para conscientizá-los sobre as práticas de triagem neonatal.

Quando se trata da saúde auditiva do neonato e lactente, estudos⁽¹⁸⁻²⁰⁾ demonstram que esforços em relação à saúde auditiva apenas são válidos se existir a consciência dos profissionais que atuam com esta população e suas famílias. No caso do conhecimento sobre saúde auditiva infantil, a finalidade é atuar na promoção e prevenção desde o pré-natal possibilitando dar início ao processo de detecção, identificação, diagnóstico e (re)habilitação da perda auditiva o mais cedo possível⁽²¹⁾. Para isso, deve existir aumento do diálogo entre os profissionais de saúde e a população, desde o acompanhamento da gestação da mãe até o desenvolvimento das crianças. As orientações sobre a saúde auditiva iniciadas ainda no pré-natal podem trazer benefícios a curto prazo como a prevenção de alterações e a adesão a procedimentos padronizados⁽²²⁻²³⁾, tais como, a TAN e o resgate das famílias que não retornam para concluir o processo de diagnóstico⁽²⁴⁾.

A TAN tem sido amplamente praticada nos países desenvolvidos⁽²⁵⁾, no entanto, nos países em desenvolvimento, evidencia-se a necessidade de estudar alternativas efetivas para se implantar tais programas⁽²⁰⁾. É imprescindível investir na promoção da saúde e prevenção das doenças nos serviços de saúde⁽²⁶⁾, assim nestes países, ações educativas em saúde auditiva infantil, realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tem sido apontadas como formas de prevenção da perda auditiva. O Estudo 06, seguindo recomendações⁽²⁷⁾, descreveu um programa de capacitação em saúde auditiva infantil para os ACS com resultados efetivos.

Outro aspecto discutido refere-se à ação multidisciplinar, importante para a melhoria da saúde auditiva e efetividade dos programas de saúde auditiva infantil. Destaca-se, também, a necessidade de se investir em campanhas de conscientização não somente para profissionais de saúde não fonoaudiólogos como para a população em geral. As campanhas voltadas aos usuários

dos serviços de saúde devem abordar questões relativas à importância da promoção, prevenção, detecção e diagnóstico da perda auditiva, seguida das medidas de intervenção médica, psicológica e fonoaudiológica⁽²⁸⁾. Para tal propósito, os profissionais em geral necessitam inteirar-se sobre aspectos peculiares da saúde auditiva infantil para serem multiplicadores da informação junto à população. Tudo isso pode ser viabilizado através de ações educativas e capacitações, por exemplo, em maternidades e unidades básicas de saúde⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Os resultados dos artigos selecionados, relativos à área profissional dos periódicos, expõe a necessidade da troca de informações e de conhecimento científico entre as diversas áreas de conhecimento, tais como a Fonoaudiologia, Medicina, Enfermagem, Psicologia e Assistência Social, com o intuito de estabelecer uma relação multidisciplinar e oferecer um melhor serviço à população⁽³¹⁻³²⁾. Este tema também foi abordado em periódicos de saúde pública e repercute de forma positiva, pois, a perda auditiva é atualmente considerada um dos maiores problemas de saúde pública, sobretudo pelas consequências que pode acarretar ao desenvolvimento humano⁽³³⁾.

A falta de conhecimento sobre o papel do Fonoaudiólogo na prevenção das alterações auditivas é reflexo do trabalho multidisciplinar atual nesta área. Então, esforços devem ser direcionados para a divulgação da atuação destes profissionais que além de pesquisar e acompanhar o desenvolvimento da audição deve visar à qualidade no atendimento integral à criança em outras etapas dos programas voltados à saúde auditiva infantil⁽³¹⁾. Os profissionais de saúde também contribuem para a educação da população, atuando em prol de sua saúde, de sua qualidade de vida, de forma individual e coletiva, fazendo com que esta passe a ter uma postura ativa frente a sua condição de saúde⁽²⁸⁾, a exemplo o Estudo 07.

O Estudo 08, realizado na África do Sul, refere-se que uma forma de empoderar a população em relação à audição é através da realização de ação de educação em saúde sobre TAN em procedimentos de rotina como, por exemplo, no momento da vacinação. Nesta situação

são os profissionais de enfermagem que podem contribuir sobremaneira na efetividade dos programas de saúde auditiva. Isso não somente por se tratar de uma profissão envolvida com a vacinação, mas também por ser habituada a desafios relacionados à saúde e inserida em outros tipos de triagens neonatal, contribuindo na elevação da cobertura e no número de exames⁽³⁴⁾.

Os Estudos 08 e 10 relatam formas de avaliar se as informações oriundas de ações educativas e/ou capacitações dos profissionais de saúde sobre a saúde auditiva infantil, estão sendo efetivas na mudança passiva da população em busca de seus direitos relativos à saúde pública. Por exemplo, o Estudo 08 descreve a adesão de nutrízes aos programas de TAN e o Estudo 10 descreve a adesão das gestantes e parturientes a tais programas, através da comparação de adesão à TAN antes e após orientações. A orientação à família é indispensável, portanto, para evitar abandono do processo de avaliação auditiva. Por isso, são necessárias ações contínuas e abrangentes sobre a saúde auditiva, permitindo às famílias compreender e valorizar o atendimento que está sendo realizado⁽³⁵⁾.

O uso de material educativo apropriado pode resultar em ganhos na vida do indivíduo⁽³⁶⁾, proporcionando mudanças de comportamento. Essa mudança de comportamento foi descrita nos Estudos 01, 02, 06, 07, 09 e 10, através da distribuição de folhetos, cartazes, manuais, bem como realização de sessões educativas de saúde e de desenvolvimento de site. Tais materiais de divulgação são, pertinentemente, intitulados de "materiais educativos" e auxiliam a comunicação entre as díades: profissional de saúde e população ou até mesmo entre profissionais de saúde⁽³⁷⁾. Estes materiais informam e reforçam orientações transmitidas oralmente contribuindo no empoderamento do indivíduo dos cuidados da saúde⁽³⁶⁾. Para a confecção desses materiais educativos, é fundamental estudos de diagnósticos que possam recolher opinião de pais e profissionais de saúde sobre saúde auditiva infantil, como no Estudo 04. Além dos estudos de

diagnóstico, para a confecção desses materiais, faz-se necessário avaliá-los periodicamente, principalmente quando direcionado aos pais, como reforçado no Estudo 05.

Finalmente, investigar a quem será destinado o material educativo e seus fatores socioeconômicos e demográficos é fundamental para inteligibilidade e facilidade de sua utilização (clareza, adequação da linguagem e complexidade, organização e aparência). Estes fatores também podem influenciar na efetividade dos programas de TAN⁽²¹⁾ e das ações de educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão integrativa, pode-se observar o quão é interessante adotar as estratégias de educação em saúde e/ou capacitação nos serviços de saúde como uma forma de educação permanente ou continuada frente à nova conjuntura da saúde pública mundial, nas ações de promoção e prevenção das patologias.

Porém, constatou-se que a literatura nacional e internacional é escassa quando se trata de programas de educação em saúde e capacitação na área de TAN, especialmente para profissionais de saúde não fonoaudiólogos, que lidam diretamente com gestantes, neonatos, lactentes, puérperas e seus familiares. Poucos estudos relataram a atuação dos profissionais da saúde frente à saúde auditiva infantil voltado para neonatos e lactentes.

Como a maior parte do conhecimento da população sobre saúde auditiva perpassa pelo que foi orientado pelo profissional de saúde que a acompanha, a capacitação deve ser direcionada a estes profissionais, que poderão atuar como agentes multiplicadores de informação, contribuindo com a adesão aos programas de saúde auditiva neonatal.

Sugere-se, então, a montagem de um programa de educação em saúde e/ou capacitação sobre saúde auditiva infantil que inclua a TAN e a validação deste, para nortear as ações de promoção da saúde auditiva que já incluem a prevenção da perda auditiva, tendo em vista que estas estão previstas por lei como um direito de todo cidadão. Atrelado a tais atividades, devemos reforçar a necessidade de material educativo de qualidade. Em tempo, ressaltasse a necessidade de publicação/divulgação destas atividades.

REFERÊNCIAS

1. Garcia CFD, Isaac ML, Oliveira JAA. Emissão Otoacústica Evocada Transitória: instrumento para detecção precoce de alterações auditivas em recém-nascidos a termo e pré-termo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002;68(3):344-352.
2. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics.* 2000;106:798-817.
3. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics.* 2007;120(4):898-921.
4. Santos EF. Conhecimentos e práticas dos profissionais do programa Saúde da Família. [Dissertação]. Fortaleza (CE): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2004.
5. Zocoli AM, Ricchel FC, Zeigelboim BS, Marques JM. Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(5):617-23.
6. Persegona KR, Rocha DLB, Lenardt MH, Zagonel IPS. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(3):645-50.
7. 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.

08. Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do núcleo de atenção ao idoso da UnATi/UERJ [tese de Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2004. 220 p.
09. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(1):1547-54.
10. Zepillini SL, Bonnafé MC, Pfeifer E. Detecção precoce da deficiência auditiva: um projeto de “capacitação de recursos humanos multiplicadores”. *Pró-Fono*. 1994;6(1):17-22.
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):758-764.
12. Barreira-Nielsen, C, Futuro Neto, HA, Gattaz G. Processo de implantação de Programa de Saúde Auditiva em duas maternidades públicas. *Rev. soc. bras. fonoaudiol*. 2007;12(2):99-105.
13. Biblioteca Virtual de Saúde (Brasil). FIOCRUZ. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>. [acesso 13 ago 2011].
14. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(1):124-131.
15. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. p.202. *Appl Nurs Res*. 1998;11(4):195-206.
16. Botler J, Camacho LAB, Cruz MM, George P. Triagem neonatal: o desafio de uma cobertura universal e efetiva. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(2):493-508.
17. Arakawa AM, Sitta EI, Caldana ML, Sales-Peres SHC. Análise de diferentes estudos epidemiológicos em Audiologia realizados no Brasil. *Rev. CEFAC*. 2011;13(1):152-158.

18. Griz SMS, Silva ARA, Barbosa CP, Menezes DC, Curado NRPV, Silveira AK et al. Indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes atendidos em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev. CEFAC*. 2011;13(2):281-291.
19. 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.
20. Olusanya BO, Newton VE. Global burden of childhood hearing impairment and disease control priorities for developing countries. *Lancet*. 2007;369(9569):1314-7.
21. Oliveira TMT, Zanelli AC, Mainardi J. Conhecimento e atitudes das mães frente a triagem auditiva neonatal universal. *Rev Fonoaudiol Brasil*, 1998;1(1):18-21.
22. Levinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med*. 1993;8(6):318-24.
23. Tiemens BG, Ormel J, Jenner JA, Van der Meer K, Van Os TW, Van den Brink RH et al. Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychol Med*. 1999;29(4):833-45.
24. 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.
25. Mukari SZ, Tan KY, Abdullah A. A pilot project on hospital-based universal newborn hearing screening: lessons learned. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70(5):843-51.
26. Yee-Arellano HM; Leal-Garza F, Pauli-Müller K. Universal newborn hearing screening in Mexico: Results of the first 2 years. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70 (11):1863-1870.

27. World Health Organization (WHO): primary ear and hearing care training resource: basic, intermediate and advanced levels. Acesso em: 17 ago 2011. Disponível em: http://www.who.int/pbd/deafness/activities/hearing_care/en/index.html.
28. Santana CJ, Scopinho PAB, Ferreira RS, Simões TC, Santos JN. Conhecimento auditivo da população usuária do Sistema Único de Saúde. *Rev soc bras fonoaudiol*. 2009;14(1):75-82.
29. 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.
30. Nunes Assis F, Lima C, Souza J, Ribeiro S. A Importância da Educação para a prevenção de Doenças. *Itinerarius Reflectionis*. 2009;2(7):1-14.
31. Maximino LP; Ferreira MV, Oliveira DT, Lamônica DAC, Feniman MR, Spinardi ACP et al. Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Médicos Pediatras quanto ao desenvolvimento da comunicação oral. *Revista CEFAC*. 2009;11(2):267-73.
32. Linares AE, Feniman MR. O que os pediatras gostariam de saber sobre a prevenção da deficiência auditiva na infância. *Pediatr Modern*. 2003;39(6):187-92.
33. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(2):353-61.
34. Bertha DO. Participación del personal de enfermería en la toma de tamiz neonatal para la detección de hipotiroidismo congénito. *Bol Méd Hosp Infant Méx*. 2001;58(11):755-61.
35. Zhao PJ, Shen XM, Xu ZM, Wu SH, Jin CH, Jiang F. The parents opinions on screening program regarding newborn hearing. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2003;24(7):608-10.
36. Freitas FV, Rezende Filho LA. Modelos de comunicación y uso de impresos en educación en salud: una pesquisa bibliográfica. *Interface*. 2011;15(36):243-256.
37. Monteiro S, Vargas EP. Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Saúde Auditiva Infantil: necessidade de divulgação para profissionais de enfermagem**Infant Hearing Health: need for dissemination for nursing professionals****Salud Infantil Audiencia: Necesidad de difusión para los profesionales de enfermería**

Griz S¹, Barbosa CP², Lima TRCM³; Menezes DC⁴

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da saúde auditiva de neonatos e lactentes. **Métodos:** Participaram desse estudo 106 profissionais de enfermagem, pertencentes a um hospital universitário de referência para região Norte/Nordeste, que responderam a um questionário semiestruturado, contendo informações sobre sua formação, local de trabalho e conhecimentos acerca da saúde auditiva. **Resultados:** os dados apontaram para o pouco conhecimento por parte dos profissionais de enfermagem sobre a avaliação da audição de neonatos e lactentes. Especificamente, no que se refere ao início do diagnóstico e intervenção, muitos afirmaram iniciar antes de um mês de idade. No tocante ao conhecimento sobre e indicadores de risco para perda auditiva, observou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem desconhece grande parte deles. **Conclusão:** Há necessidade de divulgar as informações para o profissional de enfermagem sobre a detecção, diagnóstico e intervenção o mais cedo possível; bem como os indicadores de risco para perda auditiva; e, há necessidade de maior envolvimento da equipe de enfermagem que lida com o neonato e lactente no que se refere à saúde auditiva infantil.

Descritores: Conhecimento; Enfermagem; Audição

¹ Fonoaudióloga, Doutora em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco, e-mail: silvana.griz@hotmail.com

² Fonoaudióloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, E-mail: milapad@gmail.com

³ Fonoaudiólogo, Graduado pela Universidade Federal de Pernambuco, e-mail: thalles_rafa@hotmail.com

⁴ Fonoaudióloga, Doutora em Linguística pela Universidade Federal de Pernambuco, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco, e-mail: denicmenezes@hotmail.com

ABSTRACT

Goal: to investigate the nurse's knowledge regarding to hearing health in neonates and infants.

Method: participated in this study 106 nurse professionals from a university hospital, located in the Northeast region of Brazil. Those participants answered a questioner with questions related to their formal education, local of work, and knowledge regarding to hearing health for neonates and infants. **Results:** it could be observed that nurse professionals presented few knowledge regarding to hearing health for neonates and infants. More specifically, regarding to age of diagnosis and intervention, many of them referred to initiate before a month of age. Regarding to risk indicators for hearing loss' knowledge, it was observed that most of the professionals in this research do not know it. **Conclusion:** there are need of: (a) disseminating information to nurses professionals regarding to detection, diagnosis, and intervention as soon as possible; (b) disseminating information regarding to risk indicators for general health, including risk indicators for hearing loss; and, (c) more involvement of nurse team who deals with the neonate and infant.

Descriptors: Knowledge; Nursing; Hearing

INTRODUÇÃO

A audição desempenha um papel de fundamental importância no desenvolvimento humano no que diz respeito aos aspectos sociais, linguísticos, cognitivos, emocionais e culturais. Logo, uma privação auditiva, quando não diagnosticada no tempo correto, pode apresentar consequências importantes no desenvolvimento⁽¹⁾.

Desde 1994, o *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)*⁽²⁾ recomenda que todos os neonatos realizem triagem auditiva em até um mês de vida e aqueles com perda auditiva devem ser identificados antes dos três primeiros meses de idade, com vistas ao início da intervenção em até seis meses de idade. Isso por que o sistema nervoso central apresenta grande plasticidade e quando estimulado adequadamente, no primeiro ano de vida, permite o aumento de conexões nervosas e possibilita melhores resultados na (re)habilitação do desenvolvimento de linguagem de crianças acometidas pela perda auditiva⁽³⁾.

A prevalência da perda auditiva é alta (1 a 3:1.000 nascimentos), dentre as doenças passíveis de triagem ao nascimento, sendo mais prevalente do que a fenilcetonúria (0,07:1.000) e o hipotireoidismo (0,17:1.000), rotineiramente triados pela triagem do Teste do Pezinho⁽⁴⁾. Tais dados justificam esforços que objetivam reduzir os prejuízos causados pela perda auditiva.

Esses esforços vão desde a promoção da saúde até a implantação de programas de saúde auditiva infantil, especialmente os voltados para os neonatos e lactentes. Neste cenário, o primeiro passo para detecção da perda auditiva é a realização de Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), que consistem na realização de testes audiológicos em todos os neonatos e/ou lactentes. Idealmente, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) deve ser realizada até um mês de idade, preferencialmente antes da alta hospitalar⁽²⁾.

Apesar de a TANU ser uma ferramenta importante para a identificação, o mais cedo possível, das alterações auditivas, sua funcionalidade depende dos protocolos utilizados nos diversos programas⁽⁵⁾ e do envolvimento de profissionais de saúde que lidam com o neonato e lactente, tais como, fonoaudiólogos, pediatras, ginecologistas e profissionais de enfermagem^(6,7). O papel desses profissionais é imprescindível para que os programas de saúde auditiva infantil sejam bem sucedidos, ressaltando a importância do envolvimento da família e da comunidade nesse processo^(8,9). Isso faz com que seja fundamental o conhecimento e a valorização, por esses profissionais, sobre os aspectos relacionados à saúde auditiva, com vistas à efetividade da promoção da saúde auditiva e na prevenção, detecção, identificação, diagnóstico e intervenção ante a uma perda auditiva.

Dessa forma, o conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, a respeito dos fatores que possam vir a interferir na saúde auditiva do neonato e lactente e na maneira pela qual o problema pode ser prevenido e, caso instalado, identificado o mais cedo possível, é fundamental. Entretanto, observa-se que grande parte dos profissionais da saúde apesar de atuarem com neonatos e lactentes, inclusive os profissionais de enfermagem, não recebe informações sobre saúde auditiva infantil, dificultando sua atuação na promoção da saúde auditiva e na prevenção e processo de identificação de tais problemas na população.

Com base na análise dos diversos estudos encontrados^(6-8,10,11), conclui-se que a maioria dos profissionais de saúde desconhecem muitas informações importantes sobre saúde auditiva e as formas de detecção, diagnóstico e intervenção da perda auditiva.

A ação multidisciplinar é um dos fatores fundamentais para a efetividade dos programas que abrangem o tema, o que justifica a necessidade de se investir em campanhas de conscientização sobre a saúde auditiva infantil que abordem questões relativas à importância da

promoção, prevenção, detecção e diagnóstico da perda auditiva, seguida das medidas de intervenção médica e fonoaudiológica^(6,7,12).

A presente pesquisa investigou o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da saúde auditiva de neonatos e lactentes de um hospital universitário da região nordeste. Para tal, estes profissionais foram caracterizados quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos e descrito o conhecimento destes sobre os indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes, medidas para prevenção, detecção, diagnóstico e intervenção da perda auditiva.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como um estudo observacional, descritivo, transversal, realizado em um hospital universitário, considerado modelo entre as unidades de saúde, sendo referência para gestantes de risco e, possui um programa de saúde auditiva infantil. O estudo foi realizado no ambulatório de puericultura, pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), maternidade e centro obstétrico, onde trabalham profissionais de enfermagem qualificados em três níveis de formação: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, no período entre março e junho de 2011.

Participaram deste estudo 106 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 35 enfermeiros, 34 técnicos de enfermagem e 37 auxiliares de enfermagem, com idade variando entre 21 e 61 anos de idade, sendo 97,2% (n=103) do sexo feminino. A coleta de dados constou da aplicação de um questionário semiestruturado, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento sobre saúde auditiva infantil.

Os dados foram digitados e calculados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 13.0. Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e

percentuais das respostas contidas no questionário através de estatística descritiva. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher para testar a associação entre as variáveis que caracterizam a população e as variáveis referentes ao conhecimento sobre saúde auditiva infantil. Utilizou-se o nível de significância igual a $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob número 0130.0.172.000-0. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 106 profissionais de enfermagem dos quais a maioria (84,9%, $n=90$) referiu não ter recebido informações sobre saúde auditiva infantil durante sua formação profissional.

Na Tabela 1, encontram-se os resultados referentes à caracterização dos profissionais de enfermagem segundo variáveis demográficas. Foi observado que 97,2% ($n=103$) eram do sexo feminino e que 30,2% ($n=32$) atuavam na UTIN. Quanto à função desenvolvida no hospital, houve predomínio do profissional auxiliar de enfermagem (34,9%, $n=37$). Quanto ao tempo de formação profissional a maioria (58,5%, $n=62$) referiu ser inferior a 20 anos.

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de enfermagem (N=106) segundo variáveis demográficas. Recife, 2011

Variáveis Demográficas	n	%	p-valor¹
Setor de trabalho no hospital			
UTIN	32	30,2	0,002
Centro Obstétrico	25	23,6	
Pediatria	24	22,6	
Alojamento conjunto	18	17,0	
Residentes	7	6,6	
Função desenvolvida no hospital			
Auxiliar de enfermagem	37	34,9	0,936
Técnico de enfermagem	34	32,1	
Enfermeiro	35	33,0	
Tempo de formação na função que exerce			
< 20	62	58,5	0,080
≥ 20	44	43,4	
TOTAL	106	100,0	

Na Tabela 2, encontram-se os resultados referentes ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes. Destaca-se que 62,27% (n=66) afirmaram conhecer algum dos indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes. Quando o conhecimento sobre os indicadores de risco foi analisado separadamente, o mais citado pela maioria (66,7%, n=44) dos profissionais de enfermagem foi infecção congênita.

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os indicadores de risco para perda auditiva. Recife, 2011

Indicadores de Risco para Perda Auditiva	n	%	p-valor¹
Antecedente familiar de perda auditiva			
Não	54	81,8	<0,001
Sim	12	18,2	
Presença de má formação de cabeça e pescoço			
Não	58	87,9	<0,001
Sim	8	12,1	
Presença de infecção congênita			
Não	22	33,3	0,007
Sim	44	66,7	
Presença de síndromes associadas à perda auditiva			
Não	65	98,5	<0,001
Sim	1	1,5	
Presença de hiperbilirrubinemia			
Não	63	95,5	<0,001
Sim	3	4,5	
Internação em UTIN > 5 dias			
Não	56	84,8	<0,001
Sim	10	15,2	
Uso de ventilação mecânica > 5 dias			
Não	60	90,9	<0,001
Sim	6	9,1	
Uso de fumo, álcool e drogas durante gestação			
Não	63	95,5	<0,001
Sim	3	4,5	
Uso de agentes quimioterápicos			
Não	66	100,0	-
Sim	0	0,0	
Uso de medicação ototóxica durante a gestação			
Não	51	77,3	<0,001
Sim	15	22,7	
Episódio de meningite bacteriana ou viral			
Não	65	98,5	<0,001
Sim	1	1,5	
Prematuridade			
Não	49	74,2	<0,001
Sim	17	25,8	
Baixo índice de Apgar			
Não	66	100,0	-
Sim	0	0,0	
Baixo peso ao nascer			
Não	65	98,5	<0,001
Sim	1	1,5	
TOTAL	66	100,0	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para proporção

A Tabela 3 mostra o resultado referente ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores socioeconômico e demográfico. Sendo o fator socioeconômico e demográfico mais citado foi idade materna (64,1%, n=68).

Tabela 3. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os fatores socioeconômicos e demográficos que se relacionam com a saúde auditiva. Recife, 2011

Fator socioeconômico ou demográfico	N	%
Idade materna	68	64,1
Renda familiar	34	32,0
Coleta de lixo	32	30,2
Possuir bens duráveis	24	22,6
Número de pessoas que moram na mesma casa	33	31,1
Possuir iluminação elétrica	18	17,0
Número de filhos	30	28,3
Escolaridade da mãe	46	43,4
Ocupação da mãe	31	29,3
Renda pessoal	19	18,0
Possuir sanitário	33	31,1
Tipo de residência	37	35,0
Tipo de abastecimento de água	29	27,4

Na Tabela 4, constam os resultados referentes: (a) ao conhecimento sobre avaliação da audição na presença ou não de indicador de risco para a perda auditiva, (b) idade ideal para realização da TAN, (c) idade ideal para o diagnóstico da perda auditiva, e (d) idade ideal para início da intervenção auditiva.

Entre os participantes deste estudo (n=106), 99,1% (n=99) acharam importante investigar a audição de neonatos que apresentem algum indicador de risco para a perda auditiva. Nos casos em que o neonato e lactente não apresentam indicador de risco, apenas 4,7% (n=5) dos profissionais de enfermagem não pensam ser relevante a sua investigação. Quanto à idade ideal para a realização da TAN, a maioria dos profissionais de enfermagem (77,4%, n=82) respondeu que deve ser realizada antes do primeiro mês de vida. Em relação à idade que os profissionais de

enfermagem julgam ser a ideal para o diagnóstico da perda auditiva em neonatos e lactentes 21,7% (n=23) responderam que deve ser realizada antes do terceiro mês de vida.

Tabela 4. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre avaliação da audição com ou sem indicador de risco para perda auditiva, idade ideal para realização da TAN, diagnóstico e intervenção frente à perda auditiva. Recife, 2011

	n	%	p-valor¹
Conhece a necessidade em avaliar neonato e lactente <u>com</u> IRPA			
Sim	105	99,1	<0,001
Não	1	0,9	
Conhece a necessidade em avaliar neonato e lactente <u>sem</u> IRPA			
Sim	101	95,3	<0,001
Não	5	4,7	
Conhece a idade ideal para realizar a TAN			
Sim	82	77,4	<0,001
Não	24	22,6	
Conhece a idade ideal para diagnóstico da perda auditiva			
Sim	23	21,7	<0,001
Não	83	78,3	
Conhece a idade ideal para iniciar a intervenção			
Sim	17	16,0	<0,001
Não	89	84,0	
TOTAL	106	100,0	

Quanto à idade ideal para iniciar a intervenção (nos casos de identificação da perda auditiva), 16% (n=17) dos profissionais entrevistados responderam que a mesma deve iniciar antes dos 6 meses de vida.

DISCUSSÃO

Frente à perda auditiva infantil, há cada vez mais a necessidade de envolver, além do fonoaudiólogo, outros profissionais da equipe multidisciplinar⁽¹³⁾, com o intuito de minimizar as consequências da perda auditiva e iniciar a intervenção o mais cedo possível.

Entre os profissionais de saúde que atuam com neonatos e lactentes, estão os profissionais de enfermagem que podem atuar em ações de promoção da saúde auditiva e prevenção da perda auditiva, além de orientar os pais quanto à importância de se avaliar a audição antes da alta hospitalar, bem como de se realizar o acompanhamento audiológico, quando necessário. Porém, como observado neste estudo, a maioria (84,9%, n=90) dos profissionais de enfermagem não recebeu informação sobre saúde auditiva infantil durante sua formação profissional. Esse dado demonstra a necessidade de reconfiguração do processo de formação desses profissionais, com introdução de tal conteúdo na matriz curricular. Essa alteração repercutirá na de prática e assistência prestada a população, visando melhor qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

A maioria (97,2%, n=103) dos profissionais de enfermagem deste estudo eram do sexo feminino, fato comum a esta profissão que tem sua origem baseada no cuidar doméstico, associado às mulheres. Inicialmente, as práticas em saúde eram passadas de maneira informal, transmitidas de mulher para mulher⁽¹⁵⁾. Mais de 30% dos participantes (30,2%, n=32) atuavam na UTIN. Destaca-se esse setor pelo fato do mesmo estar associado a vários indicadores de risco para perda auditiva⁽²⁾. Quanto à função desenvolvida no hospital, houve predomínio do profissional auxiliar de enfermagem (34,9%, n=37) sobre as demais funções.

O tempo de formação profissional da maioria (58,5%, n=62) foi inferior a 20 anos, período que coincide com os primeiros estudos brasileiros referentes à TAN⁽¹⁶⁾. A partir desta época em diante, os comitês internacionais de saúde auditiva na infância, considerando a alta prevalência da perda auditiva, recomendavam a realização da TAN e, posteriormente, a realização da TANU, ou seja, a triagem de todos os neonatos independentes da presença de indicador de risco para a perda auditiva⁽²⁾. Entretanto, a identificação destes indicadores é fundamental para que haja acompanhamento audiológico dos neonatos e lactentes e para a escolha dos protocolos de cada programa⁽¹⁷⁾.

Justifica-se, então, a necessidade do envolvimento de todos os profissionais de saúde nos programas de saúde auditiva infantil, a fim de conhecerem e reconhecerem estes indicadores de risco para a perda auditiva atuando na orientação, prevenção e apoio a reabilitação. Neste sentido, os profissionais de enfermagem são potenciais parceiros na atuação frente à saúde auditiva por estarem mais próximos da família e do neonato, em sua estada no hospital, podendo garantir a informação quanto aos procedimentos para a realização da TAN⁽¹⁸⁾, pois possuem sua prática fundamentada no cuidar⁽¹⁹⁾.

Quanto ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes. Destaca-se que 62,27% (n=66) afirmaram conhecer algum dos indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes. Entretanto, quando o conhecimento sobre os indicadores de risco foi analisado separadamente, o mais citado pela maioria dos profissionais de enfermagem (66,7%, n=44) foi infecção congênita, expondo o desconhecimento de outros indicadores prevalentes na região como: presença de hiperbilirrubinemia, nascimento pré-termo, baixo peso ao nascimento, uso de medicação ototóxica, permanência em UTIN e infecções intrauterina durante a gestação⁽¹⁷⁾.

Esta realidade também é vivenciada por profissionais de saúde de outras especialidades, como ginecologistas e pediatras, que lidam com a saúde da gestante e/ou do neonato e lactente⁽⁷⁾. Tais resultados ratificam a necessidade de investimentos na área da formação continuada ou ações educativas em saúde auditiva infantil, a fim de prevenir e intervir em tais indicadores de risco seja no período pré, trans ou pós-natal, através de orientações e ações de promoção à saúde auditiva, e de prevenção da perda auditiva. O conhecimento dos profissionais de saúde, inclusive o agente comunitário de saúde, auxilia no acompanhamento do desenvolvimento da linguagem e audição de todas as crianças⁽¹¹⁾.

Os fatores socioeconômicos e demográficos, também podem interferir na saúde auditiva do neonato e lactente, pois permitem conhecer a população atendida e avaliar os riscos a qual ela está exposta, com potencial impacto na saúde do feto e, conseqüentemente, no desenvolvimento do sistema auditivo^(20,21). Além disso, os fatores socioeconômicos e demográficos podem influenciar no acompanhamento audiológico, e, conseqüentemente, na efetividade dos programas de saúde auditiva infantil e na adequação das ações de educação em saúde^(9,22).

Sobre o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca dos fatores socioeconômicos e demográfico o mais citado (64,1%, n=68) foi idade materna. Esses resultados podem ser justificados pelo fato de, na região Nordeste, existir alta prevalência de gestação entre adolescentes⁽²³⁾ e, como consequência, esse indicador poder representar risco biológico para estas mães e recém-nascidos quando, associado ao acompanhamento pré-natal inadequado^(24,25).

Os demais fatores socioeconômicos e demográficos (renda familiar, coleta de lixo, possuir bens duráveis, número de pessoas que moram na mesma casa, possuir iluminação elétrica, número de filhos, escolaridade da mãe, ocupação, renda pessoal, possuir sanitário, tipo de residência e tipo de abastecimento de água), também, podem inferir sobre as condições de saúde geral das famílias e repercutir na saúde auditiva. Estudos^(11,20-22) apontam que o conhecimento desses indicadores pode influenciar na efetividade dos programas de saúde auditiva infantil.

O conhecimento referente à idade ideal para avaliação da audição, a maioria dos profissionais de enfermagem (99,1%, n=99) referiu considerar importante investigar a audição de neonatos que apresentem algum indicador de risco para a perda auditiva. Enquanto, apenas 4,7% (n=5) dos profissionais de enfermagem não pensam ser relevante investigar a audição na ausência de indicador de risco. Como cerca de 50% das perdas auditivas não apresentam relação com indicadores de risco, observa-se a importância sobre a necessidade de conhecer a TANU, pois

uma triagem auditiva não universal deixaria de identificar cerca de 50% dos casos dessa alteração⁽²⁾.

Os dados relativos à idade ideal para a realização da TAN, do diagnóstico e da intervenção à perda auditiva, foram baseados nas recomendações do JCIH⁽²⁾. Quanto à idade ideal para a realização da TAN, a maioria dos profissionais de enfermagem (77,4%, n=82) respondeu o que preconiza a literatura: ser realizada antes do primeiro mês de vida.

Em relação à idade que os profissionais de enfermagem julgam ser a ideal para o diagnóstico da perda auditiva em neonatos e lactentes, observa-se que apenas 21,7% (n=23) responderam de acordo com as recomendações: ser realizada antes do terceiro mês de vida.

Quanto à idade ideal para iniciar a intervenção (nos casos de identificação da perda auditiva), apenas 16% (n=17) dos profissionais entrevistados responderam que a mesma deve iniciar antes dos 6 meses de vida⁽²⁾. Essa realidade precisa ser modificada, pois compreende-se que, quanto mais cedo o diagnóstico da perda auditiva, melhor o prognóstico na intervenção e melhor condição de desenvolvimento sóciocognitivo do neonato⁽²⁶⁾. A intervenção fonoaudiológica, antes dos seis meses de vida, pode possibilitar um melhor prognóstico quanto ao desenvolvimento da linguagem^(2,4,16), pois crianças cujo diagnóstico de perda auditiva foi finalizado ainda no primeiro semestre de vida, apresentam respostas no desenvolvimento cognitivo, da fala e da linguagem, superiores aos de crianças diagnosticadas tardiamente, após esse período⁽²⁷⁾, e compatíveis às crianças ouvintes da mesma faixa etária⁽²⁸⁾.

Não somente os profissionais de enfermagem devem estar atentos as questões anteriormente analisadas, mas também otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos e pediatras devem se preocupar com a promoção de campanhas de conscientização da população e outros profissionais da saúde sobre a importância do diagnóstico o mais cedo possível da perda auditiva, seguido imediatamente de medidas de intervenção médica e fonoaudiológica⁽³⁾. Investimentos na

promoção da saúde auditiva, prevenção da perda auditiva, conhecimento dos indicadores de risco e dos fatores que possam interferir na saúde auditiva do neonato e lactente devem ser ampliados.

Esta pesquisa corrobora, por exemplo, um estudo⁽⁸⁾ que aponta a necessidade de mais informações sobre a importância do diagnóstico da perda auditiva, o mais cedo possível, e que o conhecimento é restrito no que diz respeito à saúde auditiva.

Ciente da potencialidade da equipe multidisciplinar e do papel da equipe de enfermagem é imprescindível que estes profissionais participem de ações de educação em saúde para conhecer sobre a saúde auditiva infantil (etiologias, indicadores de risco, exames, idade ideal para realização da TAN, diagnóstico e reabilitação da perda auditiva), a fim de conhecer os serviços de referência para encaminhar, orientar as famílias e modificar sua assistência nos cuidados com o neonato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de enfermagem pode ser um importante aliado frente às questões da saúde auditiva infantil. Porém, de acordo com os resultados deste estudo, foi possível observar que o conhecimento destes profissionais acerca da saúde auditiva do neonato e lactente ainda não é satisfatório, necessitando maior ênfase no assunto durante sua formação. Devem ser abordados temas como: atenção primária relativa à perda auditiva e a necessidade de trabalho multidisciplinar como forma de multiplicar informações sobre saúde auditiva.

Acredita-se que um maior conhecimento da equipe de enfermagem a respeito dos fatores envolvidos com a saúde auditiva infantil, poderá contribuir para a efetividade de tais programas, contribuindo para minimizar possíveis consequências negativas associadas às alterações auditivas e favorecendo melhores condições de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Baraldi GS, Almeida LC, Borges ACC. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2007;73(1):64-70.
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. Ruggieri-Marone M, Schochat E. Etude des produits de distorsions chez les nouveaux nés traités par ototoxiques. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2007;128(1):41-6
4. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2000;106:798-817.
5. Marques TR, Mendes PC, Bochnia CFP, Jacob LCB, Roggia CM, Marques JM. Triagem auditiva neonatal: relação entre banho e índice de reteste. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74(3):375-81.
6. 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.
7. Muniz L, Caldas Neto SS, Gouveia MCL, Albuquerque M, Aragão A, Mercês G, et al. Conhecimento de ginecologistas e pediatras de hospitais públicos do Recife a respeito dos fatores de risco para surdez. *Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)*. 2010;76(4):510-516.
8. Zocoli AMF, Riechel FC, Zeigelboim BS, Marques JM. Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006; 72(5) 617-23.
9. 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.

10. Barros ACT, Galindo MAC, Jacob RTS. Conhecimento e conduta de pediatras frente à deficiência auditiva. *Pediatr.* 2002; 24(1/2):25-31.
11. 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.
12. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva - COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010;76(1):121-8.
13. Soares CP, Marques LR, Flores NGC. Triagem auditiva neonatal: aplicabilidade clínica na rotina dos médicos pediatras neonatologistas. *Rev. CEFAC.* 2008;10(1):110-116.
14. Weich TM, Ourique AC, Tochetto TM, Franceschi CM. Eficácia de um programa para redução de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. bras. ter. Intensive.* 2011;23(3): 327-334.
15. Lobiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização.* 4a ed. São Paulo: Guanabara Koogan. 2001. p.330.
16. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância – CBPAI. Recomendação 01/99. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia.* Brasília: CBPAI. 2000;(5):3 –7.
17. Griz SMS, Silva ARA, Barbosa CP, Menezes DC, Curado NRPV, Silveira AK et al. Indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes atendidos em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev. CEFAC.* 2011;13(2):281-291.
18. Munhoz SEM. Um programa de triagem auditiva neonatal: efetividade e ações educativas [Dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba; 2007.
19. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011; 45(4):953-958.

20. Lima MLLT, Assis ABR, Mercês GB, Barros PF, Griz SMS. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. Rev. CEFAC. 2008;10(2): 254-260.
21. 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.
22. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(2):353-361.
23. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Acesso: dez/2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.
24. Gallo JHS. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. Rev. bioét (Impr.) 2011; 19(1): 179 - 9
25. Almeida MF, Alencar GP, Novaes HMD, França Júnior I, Siqueira AAF, Campbell OMR, et al. Fatores de risco para mortes fetais anteparto no Município de São Paulo, Brasil. Rev Saud Public. 2007; 41:35-43.
26. Sigolo C, Lacerda CBF. Da suspeita à intervenção em surdez: caracterização deste processo na região de Campinas/SP J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(1):32-7
27. 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.
28. Barreira-Nielsen, C, Futuro Neto, HA, Gattaz G. Processo de implantação de Programa de Saúde Auditiva em duas maternidades públicas. Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2007;12(2):99-105.

Educação em Saúde Auditiva do Neonato e Lactente para Profissionais de Enfermagem

Newborns and infants hearing health education for nursing professionals

Educación de la salud auditiva en los recién nacidos y los bebés para los profesionales de enfermería

Camila Padilha Barbosa¹; Juliana Barbosa Aires²; Isabela Yasmin dos Santos Farias²; Francisca Márcia Linhares³, Silvana Maria Sobral Griz⁴

RESUMO

Objetivo: verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após ações educativas em saúde auditiva infantil. **Métodos:** estudo quase-experimental com delineamento tempo-série. Participaram 82 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que trabalhavam em um hospital universitário, no período entre março e setembro de 2011. Todos responderam a um questionário semiestruturado, antes e após ações educativas desenvolvidas. **Resultados:** Pôde-se observar mudança significativa de conhecimento dos profissionais de enfermagem após a ação educativa na maioria das variáveis analisadas, a exemplo, idade ideal para realizar a Triagem Auditiva Neonatal; idade ideal para realizar o diagnóstico da perda auditiva; idade ideal para iniciar a intervenção ante a perda auditiva e os indicadores de risco para perda auditiva. **Conclusão:** Acredita-se que a metodologia utilizada nas ações educativas, baseadas na problematização da prática profissional, pode ter contribuído sobremaneira para o aumento do conhecimento sobre saúde auditiva, especialmente da população neonatal e lactente.

Descritores: Educação em Saúde; Audição; Enfermagem

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife/PE

² Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife/PE

³ Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco, docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife/PE

⁴ Doutora em psicologia cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife/PE

ABSTRACT

Goal: To verify the change of knowledge of nursing professionals after hearing health educational activities for children. **Methods:** A quasi-experimental study design with time-series. Participants 82 nursing professionals (nurses, technicians and assistants) working in a university hospital between March and September 2011. All responded to a semi-structured questionnaire before and after educational development. **Results:** It was observed significant change of knowledge of nursing professionals after the educational activity in most of the variables, like, old enough to take the Test of little ears; age for the diagnosis of hearing loss, ideal age to start intervention against hearing loss and risk indicators for hearing loss. **Conclusion:** It is believed that the methodology used in educational activities, based on questioning the practice professional may have contributed significantly to the increased knowledge about hearing health, especially in neonatal and infant population.

Descriptors: Health Education; Hearing; Nursing

RESUMEN

Objetivo: comprobar el cambio de los conocimientos de los profesionales de enfermería después de escuchar las actividades de educación en salud para los niños. **Métodos:** Un diseño de estudio cuasi-experimental con series de tiempo. Participantes 82 profesionales de enfermería (enfermeras, técnicos y auxiliares) que trabajan en un hospital universitario entre marzo y septiembre de 2011. Todos respondieron a un cuestionario semi-estructurado antes y después del desarrollo de la educación. **Resultados:** Se observó un cambio significativo de los conocimientos de los profesionales de enfermería después de la actividad educativa en la mayoría de las variables, como, la edad suficiente para tomar el examen de los oídos pequeños, con una edad para el diagnóstico de pérdida auditiva, la edad ideal para empezar intervención contra la pérdida de la audición y los indicadores de riesgo de pérdida auditiva. **Conclusión:** Se cree que la metodología utilizada en las actividades educativas, basado en el cuestionamiento de la práctica profesional puede haber contribuido significativamente al aumento del conocimiento sobre la audición de la salud, especialmente en la población neonatal e infantil.

Descriptores: Educación en Salud; Audición, Enfermería

INTRODUÇÃO

A audição caracteriza-se como condição fundamental para o desenvolvimento da linguagem oral, por isso, está intimamente relacionada à comunicação humana⁽¹⁾. A perda auditiva é uma privação sensorial e entre suas consequências pode-se citar: atraso no desenvolvimento de linguagem, problemas cognitivos, sócioemocionais e escolares⁽²⁾. Isso faz com que a perda auditiva seja considerada um problema de saúde pública, necessitando de maior atenção da sociedade, do governo e dos profissionais de saúde⁽¹⁾, pois o diagnóstico tardio pode trazer danos que interferem no desenvolvimento global da criança⁽³⁾.

A promoção da saúde auditiva é o primeiro passo de um Programa de Saúde Auditiva Infantil que deve ser iniciado ainda no pré-natal. Outra importante etapa desses programas é a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que permite a detecção de possíveis alterações auditivas em neonatos e lactentes, levando a um diagnóstico de perda auditiva, até o terceiro mês de vida e a intervenção até os seis meses de idade⁽⁴⁾. A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) deve abranger pelo menos 95% dos neonatos de uma maternidade independente da presença de indicadores de risco para perda auditiva⁽⁵⁾. Entretanto, a identificação desses indicadores de risco é fundamental para o acompanhamento audiológico dos neonatos e lactentes e para a escolha dos protocolos de cada Programa de Saúde Auditiva Infantil⁽⁶⁾.

Outro aspecto importante dos programas de saúde auditiva infantil são as ações educativas em saúde, que podem ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde e usuários sobre o tema, especialmente os que lidam com a população em questão. Tais ações visam contribuir para a identificação de alterações auditivas o mais cedo possível, bem como para a intervenção no período ideal, ou seja, até o sexto mês de vida⁽⁷⁾.

Neste cenário, destaca-se os profissionais de enfermagem que podem multiplicar os conhecimentos sobre saúde auditiva infantil, desde o pré-natal, com esclarecimento de possíveis dúvidas dos pais/cuidadores, como também através da contribuição da autonomia do cuidado⁽⁸⁾. Esses profissionais são capazes de empoderar a população do conhecimento referente à saúde, que poderá optar por aderir ou não à mudança de

hábitos, atitudes e modos de pensar sobre a vida⁽⁹⁾. Para tal, os profissionais de enfermagem devem vivenciar processos contínuos de aprendizado e estar preparados para assistir e oferecer à população suporte integral à saúde, através de ações de educação em saúde⁽¹⁰⁾.

Seguindo a metodologia de Paulo Freire, que propõe a conceptualização de ações educativas a partir de sua prática⁽⁹⁾, a fim de transformá-la, melhorando-a, corrigindo algum equívoco ou até mudando completamente determinadas práticas⁽¹¹⁾. Nessas ações, ocorrem discussões, a partir de uma dada problematização, e são propostas atividades que envolvam o processo contínuo de educação, permitindo ao educando perceber sua realidade e modificá-la, dada sua relação com o meio⁽¹²⁾.

Pelo fato de haver necessidade de maior divulgação sobre saúde auditiva infantil, mais especificamente, conhecimento sobre os aspectos envolvidos com os programas de saúde auditiva infantil, e pelo fato de poder ser trabalhado o tema saúde auditiva infantil, à luz do método de problematização Paulo Freire, esse estudo teve como objetivo, verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após ações educativas em saúde auditiva infantil. Para tal, os profissionais de enfermagem foram caracterizados: (1) segundo as variáveis demográficas e (2) seus conhecimentos acerca da saúde auditiva de neonatos e lactentes, antes e após a intervenção educativa. Foram também analisadas as diferenças entre os seus conhecimentos sobre o tema, antes e após intervenção educativa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quase-experimental com delineamento tempo-série. Neste desenho, o mesmo grupo é repetidamente testado, antes e depois de uma dada intervenção⁽¹³⁾.

Participaram 82 profissionais enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que trabalhavam em um hospital universitário, nos ambulatório de puericultura, pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), maternidade e centro obstétrico, no período entre março a setembro de 2011. Todos responderam a um questionário semiestruturado, antes e após as ações educativas desenvolvidas. O

critério de inclusão para participação da pesquisa foi frequentar no mínimo três encontros propostos para a realização das ações educativas.

A coleta de dados foi realizada em três momentos: **(1) Aplicação inicial do Questionário** – nesta etapa, os profissionais de Enfermagem responderam ao questionário semiestruturado; **(2) Ações Educativas** – com base nas informações coletadas no questionário semiestruturado, foram desenvolvidas temáticas as quais foram abordadas nas ações educativas com os participantes, baseadas nos preceitos da metodologia de Paulo Freire, cujo cerne refere-se à problematização como ponto de partida⁽¹⁴⁾. Foram realizados quatro encontros para discussão do tema saúde auditiva infantil, focando o neonato e lactente, conduzidos por uma fonoaudióloga. Estes encontros tinham duração em média de uma hora, intercalados por 30 dias em média. Os conteúdos foram apresentados em forma de projeção de slides, apresentação de vídeos, dinâmica de grupo e rodas de conversa, abordados na forma de problemas, analisados e interpretados, resultando na criação/recriação do conhecimento, numa relação dialógica entre a pesquisadora e os profissionais de Enfermagem⁽¹⁵⁾. Com base no que foi abordado nos encontros 1, 2 e 3, e nos conteúdos das discussões realizadas nestes encontros, foi elaborado um folder educativo, distribuído aos participantes no último encontro sendo material de apoio para este, além de, permitir aos profissionais de enfermagem utilizá-lo em sua prática e **(3) Reaplicação do Questionário** – esta etapa foi realizada ao final do quarto encontro, quando foi reaplicado o mesmo questionário semiestruturado.

Os dados foram digitados em um banco de dados, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. Na análise dos dados, foram calculadas as frequências percentuais, para as variáveis estudadas e, ainda, construída as tabelas de contingência de interesse. Para avaliar a associação de vários fatores estudados, foi utilizado o teste Qui-quadrado para independência. Nas tabelas em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, foi utilizado o testes Exato de Fisher. Para avaliar o conhecimento dos profissionais antes e após as ações educativas, foi utilizado o teste Qui-quadrado, para Homogeneidade. Ainda, foi utilizado o teste Qui-quadrado para proporção na comparação dos percentuais das distribuições

de frequência simples. Em todas as conclusões foi considerado o nível de significância igual a $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob número 0130.0.172.000-10. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Entre os profissionais de enfermagem que participaram deste estudo ($N=82$), 80 eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino, com idades entre 21 e 63 anos (média de 41,6 anos). Quanto à escolaridade, 52,4% ($n=43$) possuíam nível superior, com tempo de formação e atuação profissional inferior a 20 anos (58,5% ($n=48$) e 56,1% ($n=46$), respectivamente). A maioria dos profissionais de enfermagem (84,1%, $n=69$) afirmou não ter recebido informações sobre saúde auditiva durante sua formação profissional.

Na Tabela 1, destaca-se que: (a) 35,4% ($n=29$) exerciam a função de enfermeiro, (b) foram os profissionais de enfermagem da UTIN (26,8%, $n=22$) que mais participaram das ações educativas e (c) 97,6% ($n=80$) dos profissionais de enfermagem trabalham apenas em hospital público.

Tabela 1. Caracterização demográfica dos profissionais de enfermagem. Recife, 2011

Variáveis Demográficas	n	%
Função no Hospital		
Enfermeiro	29	35,4
Técnico de enfermagem	28	34,1
Auxiliar de enfermagem	25	30,5
Setor do Hospital		
UTIN	22	26,8
Centro obstétrico	19	23,2
Pediatria	18	22,6
Alojamento conjunto	17	20,7
Residentes	6	7,3
Local de Trabalho		
Apenas hospital public	80	97,6
Hospital público e privado	2	2,4
TOTAL	82	100,0

Na Tabela 2, pode-se observar mudança significativa de conhecimento dos profissionais de enfermagem após a ação educativa, em relação a: (a) idade ideal para realizar a TAN; (b) idade ideal para realizar o diagnóstico da perda auditiva; (c) idade ideal para iniciar a intervenção ante a perda auditiva; (d) prevalência da perda auditiva; (e) tipos e graus de perda auditiva; (f) indicadores de risco para perda auditiva; (g) indicadores socioeconômicos e demográficos associados à condição de saúde; (h) testes que avaliam a audição e (i) os profissionais que realizam a TAN.

Ainda na Tabela 2, no que se refere ao conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto à necessidade de avaliar a audição de neonatos e lactentes com/sem indicador de risco para perda auditiva (IRPA) e quanto ao conhecimento sobre quais hospitais da região realizam a TAN, observou-se que, não houve mudança significativa após a ação educativa. Entretanto, no que se refere ao conhecimento sobre a necessidade de avaliar a audição de neonatos e lactentes sem indicador de risco, a maioria dos profissionais de enfermagem referiu ser importante, tanto antes quanto após a ação educativa (95,1%, n=78; 97,6%, n=80, respectivamente). Não foi possível realizar teste estatístico de significância para análise da mudança no conhecimento dos enfermeiros sobre a necessidade de avaliar audição dos neonatos e lactentes com IRPA, pois todos referiram ser relevante investigar a audição desta população, antes e após a ação educativa. No que se refere ao conhecimento sobre quais hospitais realizam a TAN, a maioria dos profissionais sabia onde este teste poderia ser realizado, tanto antes quanto após a ação educativa (95,1%, n=78; 100%, n=82, respectivamente).

No que se refere ao conhecimento sobre as consequências da perda auditiva para o desenvolvimento do lactente, 87,8% (n=72) referiram conhecê-las, antes das ações educativas. Após estas, 98,8% (n=81) disseram conhecer tais consequências. Dentre as consequências mais citadas, houve aumento significativo (p-valor $\leq 0,001$) para o teste exato de Fisher de 43,9% (n=36) para 79,3% (n=65) referente a atraso de linguagem, de 42,7%, (n=35) para 74,4 (n=61), em relação a problemas sócio-emocional de 37,8% (n=31) para 69,5% (n=57) relativo à dificuldade de aprendizagem.

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais de enfermagem antes e após a ação educativa. Recife, 2011

Conhecimento sobre	Antes da Ação Educativa		Após a Ação Educativa		TOTAL		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Avaliação da audição na ausência de IRPA							
Sim	78	95,1	80	97,6	158	96,3	0,681 ²
Não	4	4,9	2	2,4	6	3,7	
Avaliação da audição na presença de IRPA							
Sim	82	100,0	82	100,0	164	100,0	-
Não	0	-	0	-	0	-	
Idade ideal para realizar da TAN							
Sim	63	76,8	79	96,3	142	86,6	<0,001 ¹
Não	19	23,2	3	3,7	22	13,4	
Idade ideal para diagnosticar a perda auditiva							
Sim	18	22,0	57	69,5	75	45,7	<0,001 ¹
Não	64	78,0	25	30,5	89	54,2	
Idade ideal para iniciar a intervenção							
Sim	15	18,3	59	71,9	74	45,1	<0,001 ¹
Não	67	81,7	23	28,1	90	54,8	
Consequências da perda auditiva							
Sim	72	87,8	81	98,8	153	93,3	0,004 ²
Não	10	12,2	1	1,2	11	6,7	
Prevalência da perda auditiva							
Sim	0	-	60	73,2	60	36,6	<0,001 ¹
Não	82	100,0	22	26,8	104	63,4	
Tipos de perda auditiva							
Sim	1	1,2	74	90,2	75	45,7	<0,001 ¹
Não	81	98,8	8	9,8	89	54,3	
Graus de perda auditiva							
Sim	4	4,9	71	86,6	75	45,7	<0,001 ¹
Não	78	95,1	11	13,4	89	54,2	
Indicadores de risco para perda auditiva							
Sim	53	64,6	81	98,8	134	81,7	<0,001 ¹
Não	29	35,4	1	1,2	30	18,2	
Fatores socioeconômicos e demográficos							
Sim	71	86,6	80	97,6	151	92,1	0,009 ¹
Não	11	13,4	2	2,4	13	7,9	
Testes que avaliam a audição							
Sim	69	84,1	82	100,0	151	92,1	<0,001 ¹
Não	13	15,9	0	-	13	7,9	
Profissionais que realizam a TAN							
Sim	70	85,4	82	100,0	152	92,7	<0,001 ¹
Não	12	14,6	0	0,0	12	7,3	
Hospitais que realizam a TAN							
Sim	78	95,1	82	100,0	160	97,5	0,120 ²
Não	4	4,9	0	0,0	4	2,4	
TOTAL	82	100,0	82	100,0	164	100,0	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para Homogeneidade²p-valor do testes exato de Fisher

Na Tabela 3, que apresenta os resultados referentes à: (a) idade ideal para realizar a TAN, (b) idade ideal para diagnosticar a perda auditiva e, (c) idade ideal para iniciar a intervenção, pode-se observar que a maioria dos profissionais de enfermagem relatou ser o primeiro mês de vida a idade ideal para realizar a TAN, antes (76,8%, n=63) e após (96,3%, n=79) a ação educativa.

Tabela 3. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre: idade ideal para realizar a Triagem Auditiva Neonatal, diagnóstico e intervenção na perda auditiva, antes e após a ação educativa. Recife, 2011

Conhecimento	Antes da Ação Educativa		Após a Ação Educativa		TOTAL		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Idade ideal para realizar a Triagem Auditiva Neonatal							
Até o primeiro mês	64	78,1	79	96,3	143	87,2	0,001¹
Até o terceiro mês	12	14,6	3	3,7	15	9,2	
Até o sexto mês	4	4,9	0	-	4	2,4	
A partir de1 ano	1	1,2	0	-	1	0,6	
Não sabe	1	1,2	0	-	1	0,6	
Idade ideal para diagnosticar a perda auditiva							
Até o primeiro mês	27	32,9	17	20,7	44	26,9	<0,001¹
Até o terceiro mês	18	22,0	57	69,5	75	45,7	
Até o sexto mês	17	20,7	6	7,3	23	14,0	
A partir de1 ano	19	23,7	2	2,4	21	12,8	
Não sabe	1	1,2	0	-	1	0,6	
Idade ideal para iniciar a intervenção							
Até o primeiro mês	14	17,1	4	4,9	18	11,0	<0,001¹
Até o terceiro mês	7	8,5	9	11,0	16	9,8	
Até o sexto mês	15	18,3	68	82,9	83	50,6	
A partir de1 ano	43	52,4	1	1,2	44	26,8	
Não sabe	3	3,7	0	-	3	1,8	
TOTAL	82	100,0	82	100,0	164	100,0	

¹p-valor do testes exato de Fisher

Sobre o conhecimento referente à idade ideal para realização do diagnóstico da perda auditiva, 22% (n=18) dos profissionais de enfermagem relataram ser a idade ideal até o terceiro mês de vida, antes da ação educativa. Esse resultado também apresentou mudança significativa após a participação nas ações educativas, aumentando para 69,5% (n=57). No que se refere à idade ideal para iniciar a intervenção, 18,3% (n=15) dos profissionais de enfermagem relataram ser os seis meses, antes da ação educativa. Esse resultado apresentou mudança significativa após

a participação dos profissionais de enfermagem nas ações educativas, aumentando para 71,9% (n=59) (Tabela 3).

Na Tabela 4, observa-se que o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os testes que avaliam a audição aumentou significativamente.

Tabela 4. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os testes que auxiliam na avaliação da audição, antes e após a ação educativa. Recife, 2011

Conhecimento	Antes da Ação Educativa		Após a Ação Educativa		TOTAL		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Triagem Auditiva Neonatal							
Sim	49	59,8	79	96,3	128	78,0	<0,001 ¹
Não	20	24,4	3	3,7	23	14,0	
Não conhece	13	15,8	0	-	13	8,0	
Audiometria							
Sim	38	46,3	71	86,6	109	66,5	<0,001 ¹
Não	31	37,8	11	13,4	42	25,6	
Não conhece	13	15,8	0	-	13	8,0	
PEATE							
Sim	3	3,7	53	64,6	56	34,1	<0,001 ¹
Não	66	80,5	29	35,4	95	57,9	
Não conhece	13	15,8	0	-	13	8,0	
Imitanciometria							
Sim	1	1,2	22	26,8	23	14,0	<0,001 ¹
Não	68	82,9	60	73,2	128	78,0	
Não conhece	13	15,8	0	-	13	8,0	
TOTAL	82	100,0	82	100,0	164	100,0	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para Homogeneidade

Na Tabela 5, observa-se que houve mudança significativa do conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os profissionais considerados habilitados a realizar a TAN.

Tabela 5. Conhecimento dos profissionais de enfermagem antes e após a ação educativa referente aos profissionais que realizam a Triagem Auditiva Neonatal. Recife, 2011

Conhecimento	Antes da Ação Educativa		Após a Ação Educativa		TOTAL		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Fonoaudiólogo							
Sim	58	70,7	77	93,9	135	82,3	<0,001 ¹
Não	24	29,3	5	6,1	29	17,7	
Otorrinolaringologista							
Sim	32	39,0	15	18,3	47	28,7	0,003 ¹
Não	50	61,0	67	81,7	117	71,3	
Pediatra							
Sim	10	12,2	0	-	10	6,1	<0,001 ¹
Não	72	87,8	82	100,0	154	93,9	
Enfermeiro							
Sim	2	2,4	0	-	2	1,2	0,497 ²
Não	80	97,6	82	100,0	162	98,8	
TOTAL	82	100,0	82	100,0	164	100,0	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para Homogeneidade

²p-valor do testes exato de Fisher

Quanto à conduta dos profissionais de enfermagem diante de neonatos e lactentes com risco para a perda auditiva, houve aumento significativo no teste Qui-quadrado para Homogeneidade das respostas referentes à: (a) necessidade de encaminhar de neonatos ou lactentes para a TAN de 28,0% (n=23) para 35,4% (n=29); encaminhar para um especialista de 20,7% (n=17) para 14,6% (n=12); (c) não saber qual conduta tomar (17,1%, n=14) para orientar aos pais a realizar a TAN (29,3%, n=24).

DISCUSSÃO

As atitudes e influência dos profissionais de enfermagem sobre uma determinada população é marcante⁽¹⁶⁾. Isso faz com que estes precisem apropriar-se sobre temas específicos, via ações educativas, que problematizem sua prática cotidiana. Tal ação, empodera-os de conhecimentos oriundos de outras áreas do conhecimento, como a saúde auditiva⁽¹⁷⁾.

Neste estudo, a população caracterizou-se como predominantemente feminina. Esta é uma característica da profissão, desde seus primórdios, revelando aspectos

sócio-históricos⁽¹⁸⁾, uma vez que a enfermagem surgiu simultaneamente ao cuidado doméstico às crianças, doentes e velhos, associado à figura da mulher-mãe que desempenhava o papel de curandeira, possuidora de uma sabedoria informal de práticas de saúde, transmitida de mulher para mulher. Enfermeiros do sexo masculino assumem mais postos administrativos e políticos que assistencial⁽¹⁹⁾ e, quando atuam na assistência preferem as áreas de emergência ou terapia intensiva, locais onde prevalecem avanços tecnológicos e a valorização da equipe multiprofissional.

Apesar de 52,4% dos participantes desse estudo possuir nível superior, 64,6% atuavam em funções de nível médio, como técnicos ou auxiliares de enfermagem. Dessa forma, quanto à função que exerciam no hospital, somente 35,4% referiram ser enfermeiros. É comum, os profissionais de enfermagem iniciarem sua vida profissional em cursos de nível médio, mesmo com a perspectiva de ingressarem no nível superior⁽²⁰⁾. O crescimento de cursos universitários⁽²¹⁾ faz com que cada vez mais, haja mão de obra qualificada na assistência em saúde. Com o advento de novas tecnologias que modificam o processo de trabalho, cabe às equipes de enfermagem lidar e acompanhar de forma precisa tais avanços tecnológicos⁽²²⁾. Então, não somente há necessidade de maior contratação de profissionais de enfermagem atuando como enfermeiros, mas também estes devem possuir conhecimentos ampliados, nas diversas áreas de saúde.

Neste aspecto, o tema saúde auditiva infantil deve ser inserido na formação do enfermeiro, pois, considerando as atitudes e influência dos profissionais de enfermagem sobre a sua clientela⁽¹⁶⁾, estes podem contribuir para um melhor desenvolvimento dos programas de TAN. Entretanto, a maioria dos participantes desse estudo (84,1%) relatou não ter recebido informações sobre saúde auditiva em sua formação, mesmo 58,5% tendo concluído sua formação nos últimos 20 anos, período a partir do qual as recomendações sobre saúde auditiva infantil, especialmente do neonato e lactente, se intensificaram^(4,5,23).

Apesar de todos os profissionais de enfermagem que lidam com gestantes, parturientes, neonatos e lactentes necessitarem conhecer sobre saúde auditiva infantil⁽²⁴⁾, independentemente de trabalharem em hospitais públicos ou privados, destaca-se a participação dos profissionais que atuavam na UTIN. Estes profissionais

necessitam obter mais informações sobre a saúde auditiva do neonato, devido a elevada incidência de perda auditiva (1 a 6 a cada 1.000 nascidos) em neonatos e/ou lactentes oriundos de passagem na UTIN⁽¹⁾.

Dentre os aspectos relevantes sobre a saúde auditiva infantil, no que se refere à atuação com o neonato e lactente, sabe-se que a TANU é recomendada desde 1994⁽²³⁾, sendo este o primeiro passo para a avaliação, diagnóstico e intervenção frente a uma perda auditiva. Nesta sequência, recomenda-se que idealmente a TAN seja realizado até o primeiro mês de vida, o diagnóstico até o terceiro mês de vida e a intervenção deve ser iniciada até o sexto mês de vida⁽⁴⁾.

Os resultados desse estudo demonstram que as ações educativas foram benéficas no sentido de modificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que participaram desse estudo no que se refere à idade ideal para realizar a triagem auditiva, o diagnóstico da perda auditiva e o início da intervenção. Quanto à realização da triagem auditiva, apesar da maioria dos participantes desse estudo (78,1%) relatar ser ideal até o primeiro mês de vida, mesmo antes das ações educativas, esse conhecimento expandiu-se após a participação nos encontros educativos (96,3%). A parceria entre os profissionais de enfermagem e o serviço de TAN pode favorecer a efetividade de tais programas, considerando que a enfermagem é uma profissão acostumada a lidar com questões relacionadas à saúde e já *habitué* em outros tipos de triagens neonatal, favorecendo a elevação da cobertura e o número de exames⁽²⁵⁾. Destaca-se que a atuação do setor de enfermagem, em geral, é próxima das mães e neonatos, em sua estadia no hospital, podendo garantir a informação aos pais quanto aos procedimentos para a realização da TAN⁽²⁶⁾.

Quando à idade ideal para realização do diagnóstico audiológico e à idade ideal para o início da intervenção, constatou-se que, inicialmente, os profissionais de enfermagem desconheciam o período ideal. Ao final dos encontros, observou-se adequação quanto a estes aspectos. Esse desconhecimento sobre a idade ideal, por parte dos profissionais de saúde, leva a um diagnóstico tardio da perda auditiva e, como consequência, intervenção tardia. Como os primeiros anos de vida é fundamental para o desenvolvimento da criança, especialmente, para o desenvolvimento da linguagem oral⁽¹⁾, não há o que ser questionado quanto à necessidade dessas

informações. Até porque, mesmo antes das ações educativas a maioria referiu conhecer as consequências da perda auditiva.

Estima-se que a prevalência da perda auditiva neonatal seja de aproximadamente 1 a 3 em cada 1.000 nascimentos, sendo maior entre os recém-nascidos provenientes de UTIN (1 a 6 em cada 1.000) nascimentos⁽¹⁾. Antes da ação educativa, 100% dos profissionais que atuavam na UTIN não tinham conhecimento sobre esta informação. Ao final, 73,2% dos profissionais de enfermagem estavam cientes da prevalência da perda auditiva na população geral e na população que apresentava indicadores de risco para perda auditiva. Esse aspecto poderá fazer com que este profissional amplie seu cuidar e modifique suas condutas em sua prática com o neonato, tal como abordado em um estudo com profissionais de uma UTIN⁽²⁷⁾.

O conhecimento sobre o tipo e grau da perda auditiva também pode levar a mudanças nas condutas dos profissionais de enfermagem, pois é conveniente associar tipo e grau da perda auditiva às etiologias da perda auditiva e suas consequências para o desenvolvimento da linguagem. Apesar de este conhecimento ser específico dos profissionais que lidam com a audição, este aspecto pode gerar no profissional de saúde um olhar específico sobre crianças que apresentem determinadas etiologias que levem a perdas auditivas com tipos e graus específicos. O produto das ações educativas desenvolvidas indicou um aumento no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre algum tipo e grau de perda auditiva. Como resultado, espera-se minimizar os prejuízos no desenvolvimento da linguagem⁽²⁸⁾.

A falta de informação sobre saúde auditiva infantil na formação dos profissionais de enfermagem e a separação entre o ensino e prática pode favorecer o desconhecimento dos indicadores de risco presentes no neonato, especialmente os indicadores de risco para a perda auditiva⁽²⁹⁾. Neste estudo, foi observado que mais de sessenta por cento (64,6%) da equipe de enfermagem conhecia algum indicador de risco para perda auditiva. Após ação educativa, este conhecimento foi ampliado, sendo citado por 98,8% dos participantes. Porém, mesmo antes da ação educativa, a maioria (95,1%) concordava que era relevante investigar a audição independente da presença de indicadores de risco, sendo este conhecimento modificado para 97,6% após ação educativa.

Outros indicadores de risco que podem influenciar as condições de saúde são os socioeconômicos e demográficos. Como a definição de saúde é ampla e envolve o bem estar físico, mental e social⁽³⁰⁾, considerar tais aspectos torna-se fundamental para avaliação dos riscos que uma população está exposta⁽³¹⁾. Mesmo antes da ação educativa, os profissionais de enfermagem possuíam essa visão ampla de saúde, citando alguns aspectos socioeconômicos e demográficos como influentes nas condições de saúde. Assim, uma maior atenção deve ser dada a estas questões relacionadas aos resultados da TAN⁽³²⁾.

A TAN envolve o exame de Emissões Otoacústicas Transientes (EOAT), muitas vezes conhecido como Teste da Orelhinha, e/ou o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE)⁽⁵⁾. Outros exames fazem parte da bateria dos exames necessários ao diagnóstico audiológico. Neste estudo, inicialmente 95,1% dos profissionais de enfermagem afirmaram conhecer a TAN, mas não o referiram como um dos testes da bateria de exames audiológicos. Após as ações educativas, todos os participantes conheciam pelo menos um dos testes utilizados no diagnóstico. Essa mudança no conhecimento pode fazer com que o profissional de enfermagem atue em parceria com outros profissionais da equipe de um programa de saúde auditiva infantil, especialmente o fonoaudiólogo, no que se refere ao protocolo ideal para uma dada população⁽³³⁾.

Não somente é importante que os profissionais de enfermagem conheçam os exames específicos para a detecção e diagnóstico auditivo, mas também saibam para quais serviços especializados e para qual profissional devem encaminhar as famílias⁽²⁸⁾. Neste estudo, observa-se que grande parte dos participantes conhece o local onde encaminhar a população para a TAN e o profissional responsável por tal, mesmo antes das ações educativas. Entretanto, ao final, foi observado que todos os profissionais que participaram de tais ações poderiam estar atuando adequadamente de forma a orientar às famílias onde e por quem realizar a promoção, prevenção, diagnóstico e intervenção dos problemas auditivos, fortalecendo o trabalho multidisciplinar e, favorecendo que todas as etapas recomendadas para a identificação e intervenção nos primeiros meses de vida sejam cumpridas⁽³⁴⁾.

Quando há confiabilidade da família na equipe de saúde que a assiste, estes tendem a acolher mais facilmente as orientações em prol da saúde auditiva e os encaminhamentos realizados⁽³⁴⁾. Daí a importância de ações educativas ou de educação continuada a fim de fomentar melhores prognósticos para a saúde auditiva infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo demonstraram que às ações educativas sobre saúde auditiva do neonato e lactente, modificaram o conhecimento dos profissionais de enfermagem em vários aspectos, pois resultados positivos foram alcançados. Tais resultados expressam-se na mudança significativa de seu conhecimento, após as ações educativas. Acredita-se que a metodologia utilizada nas ações educativas, baseadas na problematização trazida por eles, pode ter contribuído sobremaneira para o aumento do conhecimento sobre saúde auditiva, especialmente da população neonatal e lactente.

Este estudo poderá nortear ações de educação continuada entre profissionais de saúde sobre o tema: saúde auditiva de neonatos e lactentes, em âmbito municipal e estadual, visando à intervenção, iniciada o mais cedo possível, minimizando, assim, as consequências da perda auditiva na vida do indivíduo, de seus familiares e do Estado.

Em tempo, sugere-se estudo futuro com a reaplicação do questionário após seis meses do término das ações educativas para verificar o conhecimento assimilado e incorporado à prática.

A criação de um serviço de aconselhamento às famílias também pode ser uma ação interessante, oferecendo esclarecimentos e orientações, apoiando-se no fonoaudiólogo, já que ele é o profissional capacitado para esta atuação global junto aos casos de identificação o mais cedo possível da perda auditiva. Esse espaço de ação seria mais bem aproveitado se os profissionais que ali atuarem tiverem conhecimentos sobre os desafios e as várias realidades socioculturais existentes no país e buscarem nelas possibilidades de auxiliar da melhor maneira possível àquela família que vem em busca de orientações.

Como limitação deste estudo, existiu a dificuldade dos profissionais de enfermagem para conseguir conciliar a participação nas atividades educativas durante a rotina de trabalho. Trouxe como contribuição a divulgação dos cuidados na promoção da saúde auditiva, prevenção e intervenção da perda auditiva, afim de, aumentar a efetividade do programa de saúde auditiva infantil do referido hospital e da divulgação do serviço entre profissionais e familiares dos recém-nascidos indiretamente.

REFERÊNCIAS

1. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2000;106:798-817.
2. Dimatos OC, Ikino CMY, Philippi PA, Dimatos SC, Birck MS, Freitas PF. Perfil dos pacientes do programa de saúde auditiva do estado de Santa Catarina atendidos no HU-UFSC. *Arquivos Int. Otorrinolaringol. (Impr.)*. 2011;15(1):59-66.
3. Gatto CI, Tochetto TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Rev. CEFAC*. 2007;9(1):110-115.
4. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120(4):898-921.
5. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância – CBPAI. Recomendação 01/99. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia*. Brasília: CBPAI. 2000;(5):3 –7.
6. Griz SMS, Silva ARA, Barbosa CP, Menezes DC, Curado NRPV, Silveira AK et al. Indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes atendidos em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev. CEFAC*. 2011;13(2):281-291.
7. Soares CP, Marques LR, Flores NGC. Triagem auditiva neonatal: aplicabilidade clínica na rotina dos médicos pediatras neonatologistas. *Rev. CEFAC*. 2008;10(1):110-116.
8. Andreatta CS, Kurz JC, Cardoso EAM, Moreira AGE. A importância da conscientização de puérperas sobre os primeiros cuidados prestados ao neonato em maternidades de SJC. In: *Anais XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica*.

- São Paulo: São José dos Campos, 2011. Acesso: dez/2011. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011_futuro/anais/arquivos/0017_0445_01.pdf.
9. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
 10. Carvalho SM, Luciano R, Eller MEIS, Souza KS, Savoldi NAM. Práticas educativas na promoção da amamentação e valorização da cultura: uma análise de experiência. *R. pesq.: cuid. fundam. Online*. 2010;2(Ed. Supl.):793-796.
 11. Hartmann HR. Movimentos do pensamento educacional de Paulo Freire. *Revista Profissão Docente*. 2004;2(5):
 12. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(4):631-5.
 13. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 7ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2011.
 14. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Rev Ci Saúde*. 2008;1(1):9-23.
 15. Freire P. *Educação e mudança*. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
 16. Beck CLC, Gonzáles RMC, Denardin JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2007;16(3):503-10.
 17. Coriolano MWL. *Repercussões de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas*. [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
 18. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*. 2005;24:105-125 .
 19. Lobiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4a ed. São Paulo: Guanabara Koogan. 2001. p.330.
 20. Bagnato MHS, Bassinello GAH, Lacaz CPC, Missio L. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. *Rev. esc. enferm. USP*. 2007;41(2):279-286.
 21. Barbosa TSC, Baptista SS. Movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região centro-oeste do Brasil: uma perspectiva histórica. *Rev. Eletr. Enf.* 2008;10(4):945-56.

22. Araújo FSR, Teixeira ER. A aceitação das tecnologias pela equipe de enfermagem em unidades hospitalares: relato de experiência. R. pesq.: cuid. fundam. Online. 2010; 2(Ed. Supl.):940-943
23. Joint Committee on Infant Hearing. Year 1994 Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 1995; 95:152-6.
24. 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.
25. Bertha DO. Participación del personal de enfermería en la toma de tamiz neonatal para la detección de hipotiroidismo congénito. Bol Méd Hosp Infant Méx. 2001;58(11):755-61.
26. Munhoz SEM. Um programa de triagem auditiva neonatal: efetividade e ações educativas [Dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba; 2007.
27. Weich TM, Ourique AC, Tochetto TM, Franceschi CM. Eficácia de um programa para redução de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev. bras. ter. Intensive. 2011;23(3): 327-334.
28. Melo TM, Alvarenga KF. Capacitação de profissionais da saúde na área de saúde auditiva: revisão sistemática. Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2009;14(2): 280-286.
29. 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.
30. World Health Organization (WHO). Sobre este tema, remete-se o leitor ao livro: Donnangelo, Cecilia. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
31. Lima MLLT, Assis ABR, Mercês GB, Barros PF, Griz SMS. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. Rev. CEFAC. 2008;10(2): 254-260.
32. 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.
33. Muniz L, Caldas Neto SS, Gouveia MCL, Albuquerque M, Aragão A, Mercês G, et al. Conhecimento de ginecologistas e pediatras de hospitais públicos do Recife a respeito dos fatores de risco para surdez. Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.). 2010;76(4):510-516.

34. 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.

Poucos estudos relatam o comportamento dos profissionais da saúde, não fonoaudiólogos, perante aos programas de saúde auditiva infantil. Fato preocupante, ao considerar que a maior parte do conhecimento da população sobre saúde perpassa pelo que foi orientado pelo profissional de saúde que a acompanha, a exemplo, os profissionais de enfermagem que são os mais próximos das mães e neonatos em sua estada no hospital.

Neste estudo foi observado, no primeiro artigo original, que a maioria dos profissionais de enfermagem não recebeu informações sobre saúde auditiva infantil durante sua formação profissional sendo insatisfatório o conhecimento destes sobre a temática. Assim, ações educativas devem ser também direcionadas a estes profissionais, que poderão atuar na promoção da saúde auditiva e na prevenção da perda auditiva, sendo agentes multiplicadores de informação contribuindo com o reforço das orientações sobre as perdas auditivas, com a adesão ao programa de saúde auditiva infantil e no resgate das famílias para o acompanhamento audiológico quando necessário.

Então, a fim de divulgar tais informações, entre os profissionais de enfermagem, foram realizadas ações de educação em saúde sobre saúde auditiva do neonato e lactente utilizando-se os constructos de Paulo Freire. O resultado destas ações educativas foi descrito no segundo artigo original que refere mudança significativa no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o tema.

Como limitação deste estudo existiu a dificuldade, inerente, dos profissionais que possuem vários vínculos e uma carga-horária que dificulta conciliar a participação nas atividades educativas durante a rotina de trabalho. Como contribuição promoveu ação educativa com os profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário, a fim de, capacitá-los sobre a saúde auditiva infantil, especialmente do neonato e lactente, tendo em vista que o hospital é referência para gestantes de risco e possui um programa de saúde auditiva infantil.

Este estudo pode servir de modelo para futuras ações de educação continuada que poderão ser sistematizadas nos serviços que atendem a gestantes, neonatos e lactentes, em âmbito municipal e estadual, favorecendo ações multidisciplinares, apoiadas no fonoaudiólogo, profissional capacitado para a atuação global para a promoção, prevenção e junto aos casos de identificação o mais cedo possível da perda auditiva, com vistas a minimizar as consequências da alteração auditiva na vida do indivíduo, de seus familiares e do Estado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. 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>
2. Simão R, Conto J, Fujinaga CI. Concepções de gestantes sobre a perda auditiva. Revista Salus-Guarapuava-PR. 2008;2(1):23-35.
3. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva - COMUSA. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(1):121-8.
4. Mattos WM, Cardoso LF, Bissani C, Pinheiro MMC, Viveiros CM, Carreirão Filho W. Análise da implantação de programa de triagem auditiva neonatal em um hospital universitário. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2009;75(2):237-44.
5. Glori-Cruz TL, Chiong CM, Chan AL, Llanes EG, Reyes-Quintos MR, Abes GT. Training of nurses in ear examination and hearing screening in the school setting Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2007;38(1):188-94.
6. Barreira-Nielsen C, Futuro Neto HA, Gattaz G. Processo de implantação de Programa de Saúde Auditiva em duas maternidades públicas. Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2007;12(2):99-105.
7. 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 R. Atual. Cient. 2008;20(3):171-76.
8. Melo TM, Alvarenga KF. Capacitação de profissionais da saúde na área de saúde auditiva: revisão sistemática. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(2):280-6.
9. Melo TM, Alvarenga KF, Blasca WQ, Taga MFL. Capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva: efetividade da videoconferência. Pró-Fono R. Atual. Cient. 2010;22(2):139-44.
10. Barros PMF, Cavalcante TCF, Andrade AF. Audiologia em comunidade: relato de experiência. Rev. CEFAC. 2010;12(4):626-32.

11. 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.
12. 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):281-91.
13. Pedrosa IL, Gildeci A, Oliveira B, Silva MSML, Santos MB, Silva EA et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. *Trab. educ. saúde*. 2011;9(2):319-32.
14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2011.
15. 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.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008(1):72 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.278 de 20 de outubro de 1999.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 584 de 21 de outubro de 1999.
19. 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.
20. Mann JR, Zhou L, McKee M, McDermott S. Children with hearing loss and increased risk of injury. *Ann Fam Med*. 2007;5(6):528-33.
21. Tochetto MT, Petry T, Pedroso FS, Gonçalves MS, Silva ML. Sentimentos manifestados por mães frente à triagem auditiva neonatal. *Rev CEFAC*. 2008; 10 (4): 556-71

22. Muniz L, Caldas Neto SS, Gouveia MCL, Albuquerque M, Aragão A, Mercês G, et al. Conhecimento de ginecologistas e pediatras de hospitais públicos do Recife a respeito dos fatores de risco para surdez. *Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)*. 2010;76(4):510-516.
23. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2000;106:798-817.
24. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120(4):898-921.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Lima MLLT, Assis ABR, Mercês GB, Barros PF, Griz SMS. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. *Rev. CEFAC*. 2008;10(2): 254-260.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. Arakawa AM, Sitta EI, Caldana ML, Sales-Peres SHC. Análise de diferentes estudos epidemiológicos em Audiologia realizados no Brasil. *Rev. CEFAC*. 2011;13(1):152-158.

33. Gatto CI, Tochetto TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. Rev. CEFAC. 2007; 9(1):110-115.
34. Lima MCMP, Rossi TRF, Françoze MFC, Marba ST, Lima GML, Santos MFC. Detection of hearing loss in neonates of a public hospital. Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2010;15(1):1-6.
35. Tiensoi LO, Goulart LMHF, Resende LM, Colosimo EA. Triagem auditiva em hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: deficiência auditiva e seus fatores de risco em neonatos e lactentes. Cad. Saúde Pública 2007;23(6):1431-1441.
36. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(2):353-361.
37. Pupo AC, Balieiro CR, Figueiredo RSL. Estudo retrospectivo de crianças e jovens com deficiência auditiva: caracterização das etiologias e quadros audiológicos. Rev CEFAC. 2008;10(1):84-91.
38. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância – CBPAI. Recomendação 01/99. Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia. Brasília: CBPAI. 2000;(5):3 –7.
39. Pinto VS, Lewis DR. Emissões otoacústicas: produto de distorção em lactentes até dois meses de idade. Pró-Fono R. Atual. Cient. 2007;19(2):195-204.
40. Leão LL, Aguiar MJB. Triagem neonatal: o que os pediatras deveriam saber. J. Pediatr. (Rio J.). 2008;84(4):110-16.
41. Northern JL, Downs MP. Audição e perda auditiva em crianças. In: Northern JL, Downs MP. Audição na infância. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.3-27.
42. Maia RM, Silva MAM, Tavares PMB. Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da fonoaudiologia na estratégia saúde da família. Rev. CEFAC [Internet]. 2011. ahead of print, pp. 0-0. Acesso: dez/2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462011005000114&script=sci_arttext.
43. Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal (GATANU). 2005 [citado 2011 out. 30]. Disponível em: <http://www.gatanu.org>.

44. Soares CP, Marques LR, Flores NGC. Triagem auditiva neonatal: aplicabilidade clínica na rotina dos médicos pediatras neonatologistas. *Rev. CEFAC*. 2008;10(1):110-116.
45. Barros ACT, Galindo MAC, Jacob RTS. Conhecimento e conduta de pediatras frente à deficiência auditiva. *Pediatr*. 2002; 24(1/2):25-31.
46. Zocoli AMF, Riechel FC, Zeigelboim BS, Marques JM. Audição: abordagem do pediatra acerca dessa temática. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006; 72(5) 617-23.
47. 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.
48. Marques TR, Mendes PC, Bochnia CFP, Jacob LCB, Roggia SM, Marques JM. Triagem Auditiva Neonatal: relação entre banho e índice de reteste. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2008;74(3):375-381.
49. Fazito LT, Lamounier JA, Godinho RN, Melo MCB. Triagem auditiva neonatal e o diagnóstico precoce das deficiências auditivas na criança. *Rev. méd. Minas Gerais*. 2008; 18(4,supl.3):S61-S66.
50. Boff L. Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra. Petrópolis(RJ): Vozes, 1999, p.199.
51. Schoeller SD, Leopardi MT, Ramos FS. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. *R. Enferm. UFSM*. 2011;1(1):88-96.
52. 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
53. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA et al . Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*. 2009; 43(3):697-703.
54. Oro J, Matos E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde *Enfermagem em Foco*. 2011;2(2):137-140.

55. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004; 12(4):631-5.
56. Matos E, Pires DEP, Sousa GW. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(5):863-869.
57. 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.
58. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em Saúde e a enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2007;16(2):315-319.
59. Moretti-Pires RO, Alencar AKB, Campos ERH, Oliveira AM. Potencialidades da problematização freireana no ensino de “didática em enfermagem”. *Cogitare Enferm.* 2010;15(2):308-13.
60. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC, Prado PMC. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(1): 86-91.
61. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 37ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
62. Prado C, Freitas GF, Pereira IM, Mirai VL, Leite MMJ. Avaliação no estágio curricular de administração em enfermagem: perspectiva dialética. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(3):487-490.
63. Coronel DA, Silva JF. Os pressupostos políticos e educacionais de Paulo Freire: um contraponto ao processo educacional inserido no contexto global e neoliberal. *Filosofazer*. 2006;15(29):45-56.
64. 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.
65. Marques LP, Oliveira SPP. Paulo Freire e Vygotsky: reflexões sobre a educação. V Colóquio Internacional Paulo Freire. Recife: Centro Paulo Freire; 2005.

66. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev. bras. enferm.* 2008; 61(1): 117-21.
67. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005 Dec; 52(5):546-53.
68. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(4):434-8.
69. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein.* 2010; 8(1): 102-6.
70. 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.
71. Biblioteca Virtual de Saúde (BR). FIOCRUZ. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>. [acesso 13 ago 2011].
72. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2006; 14(1): 124-31.
73. Stetler CB, Morsi D, Ruck S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, Giuliano K, Havener P, Sheridan EA. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.* 1998; 11(4): 195-206.
74. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2007;16(2): 315-319.
75. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Rev Ci Saúde.* 2008; 1(1): 9-23.
76. Freire P. Educação e mudança. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

APÊNDICE A – Quadro Sinóptico

Título	
Autores	
Ano e local da publicação	
Idioma	
Tipo de estudo	
Nível de evidência	
Base de Dados	
Objetivos	
Metodologia	Procedimentos: _____ Avalia a metodologia aplicada: Sim() Não()
Resultados (refere mudança de comportamento)	Sim () Não () Não se aplica ()
Conclusões/Recomendações (sugere ações de educação em saúde)	Sim () Não ()
Refere-se a uma capacitação e/ou ação educativa sobre o tema audição e triagem neonatal?	Sim () Educação em saúde () Capacitação () População alvo/beneficiada: _____ Local de realização das atividades: _____ Não ()

APÊNDICE B – Questionário Semiestruturado

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

Nome: _____ Número de Identificação: _____
Idade: _____ Sexo: () M () F

1. Qual a sua formação?

- () Auxiliar de Enfermagem () Técnico em Enfermagem () Pós-graduação? Em que?
() Nível superior em Enfermagem () Pós-graduação () Outra? Qual?

2. Há quanto tempo você é formado como profissional de Enfermagem?

- () menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos
() 15 a 20 anos () mais de 20 anos

3. Há quanto tempo você trabalha como profissional de Enfermagem?

- () menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos
() 15 a 20 anos () mais de 20 anos

4. Quais os locais atuais de trabalho?

- () Hospital público () Hospital privado () Consultório () PSF
() Outros, quais _____

5. Durante sua formação você obteve informação sobre a saúde auditiva infantil? () Sim () Não

Caso a resposta seja SIM, especifique o momento:

- () Curso Técnico () Graduação () Pós-graduação () Outros

Quais? _____

Que disciplina? _____

6. A partir de que idade você entende que é possível iniciar a avaliação da audição?

- () No primeiro mês () Nos primeiros 3 meses () Nos primeiros 6 meses
() No primeiro ano () No segundo ano () No terceiro ano
() Depois dos 3 anos () outras situações Quais? _____

6. Qual idade você julga ideal para realizar o diagnóstico de perda auditiva?

- () No primeiro mês () Nos primeiros 3 meses () Nos primeiros 6 meses
() No primeiro ano () No segundo ano () No terceiro ano
() Depois dos 3 anos () outras situações Quais? _____

7. Você conhece algum teste que pode avaliar a audição? () Sim () Não

Quais? _____

8. Quais os indicadores que você considera um neonato ou lactente de risco?

9. Você conhece algum fator que pode causar perda auditiva? () Sim () Não

Caso a resposta seja SIM, cite os que você conhece:

10. Você acha relevante investigar a audição de neonatos e lactentes que não apresentaram indicadores de risco? ☐ Sim ☐ Não

11. Você acha relevante investigar a audição de neonatos e lactentes que apresentaram indicadores de risco? ☐ Sim ☐ Não

12. Você sabe a percentagem de bebês com perda auditiva que não apresentaram indicadores de risco para tal alteração?

☐ Sim, Qual? _____ ☐ Não sei

13. Quais dos fatores abaixo você considera estar relacionados á saúde auditiva de neonatos e lactentes?

- ☐ Idade ☐ N° de filhos ☐ Ocupação ☐ Renda Pessoal
☐ Renda Familiar ☐ Escolaridade da Mãe ☐ Tipo de Residência ☐ Possuir Iluminação Elétrica
☐ Possuir Sanitário ☐ Tipo de Coleta de Lixo ☐ Tipo de Abastecimento de Água
☐ Possuir bens de duráveis (Ex.: Televisão, Geladeira, Telefone fixo, Fogão a gás, Carro)
☐ Número de pessoas que residem na mesma casa

14. Qual conduta você adota diante de casos de neonatos ou lactentes com risco para perda auditiva?

15. Quais as conseqüências você acredita que a perda auditiva pode acarretar para o desenvolvimento de um bebê?

16. Quais os tipos de perda auditiva você conhece?

17. Quais os graus da perda auditiva que você conhece?

18. Você conhece o Teste da Orelhinha? ☐ Sim ☐ Não

Em sua opinião, para que serve o Teste da Orelhinha?

19. Qual o profissional realiza o Teste da Orelhinha?

- ☐ Otorrinolaringologista ☐ Fonoaudiólogo ☐ Pediatra/Neonatologista
☐ Enfermeiro ☐ Ginecologista
☐ Outros, quais? _____

20. Quais os hospitais realizam o Teste da Orelhinha, em Recife?

21. Você deseja ser capacitado acerca da saúde auditiva de neonatos e lactentes? ☐ Sim ☐ Não
 Caso a resposta seja SIM, qual seria o melhor dia e horário?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Conhecimento de Enfermeiros acerca da Saúde Auditiva de Neonatos e Lactentes

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Silvana Maria Sobral Griz

Instituição Responsável: Universidade Federal de Pernambuco

Casa você tenha alguma dúvida durante a explicação e/ou leitura desse termo de consentimento, 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) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, que tem por objetivo verificar a Efetividade de um programa de capacitação de enfermeiros sobre a saúde auditiva de neonatos e lactentes. A pesquisa constará de quatro etapas, para tanto, será necessário o Sr.(a) responder a um questionário, contendo perguntas referentes a seus dados de identificação e ao seu conhecimento acerca da saúde auditiva de tal população; 2. Em seguida será realizada capacitações, em forma de reciclagem de conhecimento, sobre os aspectos relacionados à saúde auditiva infantil; 3. Será reaplicado o questionário, com o objetivo de avaliar a efetividade do programa de capacitação de enfermeiros; 4. Também será aplicação de um questionário com a população assistida para avaliar se as informações constantes na capacitação estão chegando a ela. Durante a realização destes questionários, você poderá sentir algum tipo de constrangimento. Caso deseje, pode não mais participar da pesquisa.

Os objetivos esperados com o desenvolvimento da presente pesquisa visam a obtenção da melhor forma de realização de orientações, a todos os enfermeiros participantes da pesquisa, durante a aplicação do questionário, voltado para promoção da saúde auditiva, prevenção e identificação o mais cedo possível da alteração auditiva, por meio de ações informativas, educativas e de orientação familiar, e encaminhamento, quando necessário, para os serviços de saúde auditiva de referência e a efetividade do Programa de Triagem Auditiva de Neonatos e Lactentes do HC/UFPE.

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 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

Testemunha

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

Testemunha

APÊNDICE D – Folder Educativo

Atenção à Saúde Auditiva

Deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, com profissionais de saúde e educação. Dentre estes, estão os profissionais que lidam com os neonatos e lactentes, fundamentais na atuação da promoção à saúde auditiva e na prevenção e identificação da Perda Auditiva.

Profissionais de saúde: **TORNEM-SE MULTIPLICADORES** das informações sobre SAÚDE auditiva entre as famílias.

Apenas com ações integradas pode-se obter bons resultados!

Teste da Orelhinha





O que é Perda Auditiva?

É uma alteração da audição, que dificulta ou impossibilita ouvir normalmente.

Quando a Perda Auditiva pode ser identificada? O que fazer?

Idealmente, a Perda Auditiva deve ser identificada até o terceiro mês de vida, para que o bebê e sua família recebam auxílio profissional até o sexto mês de vida, iniciando a intervenção.

Quais os tipos e graus de Perda Auditiva mais comuns e suas consequências?

A Perda Auditiva pode ser classificada como: condutiva, sensorio-neural e mista, podendo ser ainda de grau leve moderado severo e profundo.

Perda auditiva condutiva pode ser tratada, resultando em uma melhora parcial ou total da audição.

Perda auditiva sensorio-neural resulta da disfunção da audição, na maioria dos casos considerada irreversível.

Perda auditiva mista é uma combinação da perda auditiva sensorio-neural e condutiva.

Alguns indicadores de risco para Perda Auditiva de neonatos e lactentes

- Antecedência familiar para perda auditiva
- Infecções na gestação, como: rubéola, sífilis, herpes, citomegalovírus, toxoplasmose
- Presença de má formação cranianas
- Hiperbilirrubinemia, conhecida como icterícia
- Uso de medicação ototóxica, como: aminoglicosídeos associados a diuréticos, agentes quimioterápicos
- Ocorrência de meningite bacteriana ou viral
- Pré-natal ausente ou inadequado
- Prematuridade
- Permanência em UTI neonatal > 5 dias
- Uso de ventilação mecânica > 5 dias
- Peso ao nascer inferior a 2500 g
- Apgar baixo (0 a 4 no 1º minuto ou de 0 a 6 no 5º minuto)
- Uso de fumo, álcool ou drogas durante a gravidez
- Presença de síndromes associadas à perda auditiva

Como saber se um bebê tem uma Perda Auditiva?

O primeiro passo é realizar o **TESTE DA ORELHINHA** em todos os neonatos, antes do primeiro mês de vida, pois entre 2 a 5 em cada 1000 nascimentos possui perda auditiva.

TESTE DA ORELHINHA O que é?

Exame que avalia a audição, geralmente realizado por um Fonoaudiólogo.

Quando deve ser realizado?

A qualquer momento. Entretanto, quanto mais cedo melhor. Preferencialmente, deve ser realizado antes da alta da maternidade ou até um mês de vida. **TODOS** os bebês devem realizar o Teste da Orelhinha.

Onde é realizado gratuitamente?

Hospital das Clínicas — Fone: 2126.8929
 Agamenon Magalhães — Fone: 3267-1600
 CISAM — Fone: 3182-7700
 IMIP — Fone: 2122.4100

Outros exames que avaliam a audição!

Após a realização do Teste da Orelhinha, caso necessário, será realizado outros exames como: potencial evocado auditivo, audiometria tonal e vocal, imitanciometria.

Consequências da Perda Auditiva no desenvolvimento da criança

Caso a Perda Auditiva não seja identificada, o bebê pode apresentar atraso no desenvolvimento de sua linguagem, podendo ocasionar problemas sócio-emocionais e escolares.

ANEXO A – Normas de Publicação da Revista Latino-Americana de Enfermagem

Instruções aos Autores

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

Política Editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais recentes.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios, publicados em anais de reuniões científicas.

A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

Processo de Julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via *on line*, e recebem protocolo numérico de identificação.

Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O

manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação dos editores científicos que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Submissão

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema: checklist preenchido, formulário individual de declarações, arquivo do artigo

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Política de Arquivamento dos Manuscritos

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista. Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Categorias de Artigos

Revisão Integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Estrutura do Manuscrito

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A *Introdução* deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Preparo dos Manuscritos

Formulário online de submissão

- título (conciso em até 15 palavras, porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;
- nome, o endereço de correio, *e-mail*, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o manuscrito;
- também, inserir o nome de todos os autores no *link* inserir autores;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;

- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título
- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões

Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;

- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

Arquivo do Artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação Obrigatória

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- formulário individual de declarações, preenchido e assinado;

Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.

Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.

- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão.

Formatação Obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
 - Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
 - Letra Times New Roman 12.
 - Espaçamento duplo em todo o arquivo.
 - As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
 - Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto.
- Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *,†,□,§,||,**,††,□□
- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
 - Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.
 - Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
 - Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
 - Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
 - Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
 - Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
 - Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: *a sociedade está cada vez mais violenta* (sujeito 1).
 - Citações *ipsis litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.
 - Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
 - Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.
 - Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

ANEXO B – Comprovante de Submissão de Artigo à Revista Latino-Americana de Enfermagem

12/8/11

Gmail - RLAE - Confirmação do recebimento de artigo



Camila Padilha <milapad@gmail.com>

RLAE - Confirmação do recebimento de artigo

1 mensagem

RLAE <rlae@eerp.usp.br>

8 de dezembro de 2011 21:05

Para: Camila Padilha <milapad@gmail.com>

Revista Latino Americana de Enfermagem



Prezado(a) Camila Padilha Barbosa,

Recebemos o artigo "Educação em Saúde com vistas à triagem neonatal e audição: uma revisão integrativa", enviado para análise na Revista Latino-Americana de Enfermagem, com vista a possível publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº 2307. Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço www.eerp.usp.br/rlae com seu login milapad@gmail.com e senha viviviva.

Atenciosamente,

Adriana Amaro
Secretária da RLAE.

ANEXO C – Normas de Publicação da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instruções aos Autores

A **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema

estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

Seções da Revista

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando

aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Formas e preparação de manuscritos

Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos *online*, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação: título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página de Resumos: deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Palavras-chave: para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências

da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações: as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

Página da Legenda: as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos: à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências: devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações.

Envio de manuscritos

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista - Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550

Tel/Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: revista@imip.org.br

Site: www.imip.org.br/rbsmi

ANEXO D – Normas de Publicação da Revista Acta Paulista de Enfermagem

Instruções aos Autores

Acta Paulista de Enfermagem - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada bimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por enfermeiros, sendo enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob suas inteiras responsabilidades, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

A Acta Paulista de Enfermagem edita o artigo no idioma inglês, na versão online. Somente quando o artigo for aprovado para publicação os autores deverão providenciar a tradução para o inglês. Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada (no texto do artigo) a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, sendo que estes documentos devem estar anexados como documentos complementares. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. O número

de figuras e/ou tabelas/quadros não deve exceder a 5 (cinco). O número de referências não deve exceder a 35. **Caso estas normas não sejam atendidas o artigo será, sumariamente, devolvido.**

Seções da Revista

Artigos Originais: trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescentados a esta estrutura.

Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do (s) autor (es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de insenção de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no link: Modelos de Cartas. Caso esta norma não seja atendida o artigo será, sumariamente devolvido.

Revisão dos consultores

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois consultores (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas do não atendimento às recomendações dos consultores.

O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor

Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

Apresentação dos Originais

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo, se houver ,com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

Nome do (s) autor (es) - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

Referência do artigo - O título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

Resumo: com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

Descritores: Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

Texto: Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser

numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula.

No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco.

Agradecimentos: Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2008 disponível no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser apresentados sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos abaixo.

Envio dos manuscritos: Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://submission.scielo.br/index/ape/>.

ANEXO E – Instrumento para Coleta de Dados

1. IDENTIFICAÇÃO

Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome
	Local de trabalho
	Graduação
País	
Idioma	
Ano de publicação	

2. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTADO

Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não idêntica o local	

3. TIPO DE PESQUISA CIENTÍFICA

Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outras áreas da saúde	

4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa ☐ Abordagem quantitativa ☐ delineamento experimental ☐ delineamento quase experimental ☐ delineamento não experimental ☐ Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa ☐ Revisão de Literatura ☐ Relato de experiência ☐ Outras. Qual? _____
2. Objetivo ou Questão de Investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção: ☐ randômica ☐ conveniência ☐ outra _____ 3.2 Tamanho (n): inicial_____ final_____ 3.3 Características: Idade_____ Sexo: M ☐ F ☐ Raça: _____ Diagnóstico: _____ 3.4 Critérios de inclusão/ exclusão dos sujeitos

ANEXO F – Carta de Aprovação do Comitê de Ética**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Av. da Engenharia, s/n – 1º Andar, Cid. Universitária, CEP 50740-600, Recife - PE.
Tel/fax: 81 2126 8588 - www.ufpe.br/ccs; e-mail: cepcs@ufpe.br

Ofício Nº. 059/2012 - CEP/CCS

Recife, 26 de janeiro de 2012

À

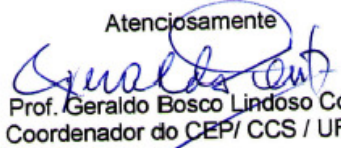
Prof. Dra. Silvana Maria Sobral Griz
Departamento de Fonoaudiologia - CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 335444
CAAE – 0130.0.172.000-10
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 131/10
Título: Efetividade de um programa de capacitação de enfermeiros sobre a saúde auditiva de neonatos e lactentes
Pesquisador Responsável: Silvana Maria Sobral Griz

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 26/01/2012 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê nesta data.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE