

**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ**  
**IDALINA MARLY DA LUZ**

**TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA  
DE CURITIBA-PR: FATORES DETERMINANTES PARA A  
NÃO ADESÃO AO RETESTE**

**CURITIBA**  
**2014**

**IDALINA MARLY DA LUZ**

**TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA  
DE CURITIBA-PR: FATORES DETERMINANTES PARA A  
NÃO ADESÃO AO RETESTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação, da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre.

Orientadora: Dra. Fga. Angela Ribas

**CURITIBA  
2014**

# **TERMO DE APROVAÇÃO**

**IDALINA MARLY DA LUZ**

## **TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CURITIBA-PR: FATORES DETERMINANTES PARA A NÃO ADESÃO AO RETESTE**

Esta Dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios da Comunicação, da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba, 28 de Novembro de 2014.

---

Presidente/Orientadora: Prof. Dra. Ângela Ribas

---

Membro: Prof. Dra. Ana Paula Berberian Vieira da Silva

---

Membro: Enf. Dra. Mariluci Hautsch Willig

*Dedico este trabalho ao **meu irmão João Batista**, chamado carinhosamente de J.B. (in memoriam), o qual não conseguiu realizar o seu sonho, mas foi fonte de luz e inspiração para a concretização do meu trabalho.*

*J.B, onde você estiver, meu muito obrigado.*

*Saudades....*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À **Enfermeira Verena Dias Leonor**, pois foi a partir do seu convite que tudo começou.

A esta **Universidade – UTP**, aos **docentes e demais**, que abriram as portas e deram-me oportunidade de aqui hoje estar.

À **Prof. Dra. Lorena Koslowski**, por ter me ajudado a dar os primeiros passos nesta jornada.

À minha **orientadora, Prof. Dra. Angela Ribas**, que me acolheu, mesmo que no meio do caminho. Obrigada pelo carinho, compreensão e incentivo.

Ao **Prof. Jair Marques**, pelo suporte e apoio estatístico na elaboração deste trabalho.

Às **Profs. Dra. Ana Berberian e Dra. Mariluci Hautsch Willig**, pela disponibilidade em participar da Banca de Defesa e pelas sugestões que enriqueceram o trabalho.

À **Enf. Sandra Maria S. Cardoso**, supervisora da Unidade da Mulher e do Recém-nascido, por me acolher na Maternidade do Hospital de Clínicas, para realizar as entrevistas com as pacientes.

À **Secretária Roberta R. Cavalheiro**, por seus contatos e agendamentos, pois sem eles não seria possível a coleta de dados.

A **Fonoaudióloga Letícia S. Correa**, pelo seu trabalho e dedicação realizando o “Teste da Orelhinha” nos bebês.

Ao **meu amigo “Kiko”**, pela sua valiosa contribuição na confecção do desenho da orelhinha.

Ao meu **marido Sérgio**, pela sua compreensão, colaboração e apoio nos momentos mais difíceis dessa jornada.

Às minhas **filhas, Fernanda e Giovana** pela colaboração e participação direta na realização deste trabalho.

Ao mais novo integrante da família, meu **genro, Vinicius**, que com todo o seu perfeccionismo, colaborou com valiosas sugestões.

Enfim..., agradeço a **todos** que direta ou indiretamente fizeram parte da concretização deste sonho.

***Às vezes ouço passar o vento;  
e só de ouvir o vento passar,  
vale a pena ter nascido.***

*Fernando Pessoa (1888-1935).*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Esta dissertação tem como tema a *“Triagem Auditiva Neonatal em uma Maternidade Pública de Curitiba - PR: Fatores Determinantes para a não Adesão ao Reteste”*. Segundo o Censo de 2010 do IBGE, 5,1% da população brasileira apresenta alguma dificuldade auditiva. A Lei 12.303/10 tornou obrigatória a realização do denominado “Teste Auditivo Neonatal”, nos recém-nascidos antes da alta hospitalar, para diagnosticar possíveis problemas auditivos até os três meses de idade. Quando houver indicador de risco para deficiência auditiva, na mãe ou no bebê, ele deve realizar o monitoramento auditivo, por meio das emissões otoacústicas, durante o 1º ano de vida. Ocorre que muitas mães não comparecem para o reteste auditivo, o que compromete o seguimento destas crianças. **OBJETIVO:** Identificar os fatores determinantes para a não adesão ao reteste na triagem auditiva neonatal, em mães de recém-nascidos em maternidade pública da cidade de Curitiba-PR, que apresentaram fatores de risco para surdez e não compareceram ao reteste. **MÉTODO:** Foram entrevistadas 60 mães de bebês que faltaram ao reteste auditivo obrigatório da triagem auditiva neonatal. Foram consideradas as seguintes variáveis: idade da mãe, escolaridade, estado civil, nível de conhecimento sobre a triagem, motivos que justificaram a não adesão ao reteste. As respostas obtidas foram digitadas em planilha eletrônica e submetidas aos testes estatísticos de Fischer e Qui-quadrado ao nível de significância de 0,05. **RESULTADOS:** a faixa etária predominante das mães foi de 20 a 29 anos (41,67%); 51,67% apresentaram escolaridade apenas ao nível fundamental e 46,67%, do ensino médio. Quanto ao estado civil, 70% da amostra, viviam sós. Todas as respondentes referiram que os recém-nascidos escutavam bem, mas 63,33% desconheciam a TAN. Dentre as entrevistadas, 90% não receberam orientação no pré-natal, nem material explicativo quanto ao teste da orelhinha; somente 20% foram orientadas durante o internamento; 30% da amostra refere que “esqueceu” a consulta. Não foi encontrada relação significativa entre idade, escolaridade e estado civil para a não adesão ao reteste. **CONCLUSÃO:** Identificados os motivos para não adesão ao reteste, observa-se que grande parte da amostra não deu o valor necessário ao procedimento de reteste, uma vez que as mães esqueceram a data da consulta. Tal fato permite inferir que a falta de conhecimento sobre a triagem auditiva neonatal interfere na adesão ao programa. Porém, a idade, a escolaridade e o estado civil não parecem interferir sobre a decisão de retornar ao serviço e monitorar o desempenho da saúde auditiva do recém-nascido. O conceito de adesão ao teste requer maior análise multidisciplinar dos profissionais da saúde, que devem estar sensibilizados ao problema, pois lhes cabe a conscientização das mães para que haja conhecimento, valorização e participação no programa. É necessária melhor comunicação entre as redes de assistência à saúde e as mães; a realização de campanhas informativas e motivadoras para gestantes; a utilização dos meios de comunicação da sociedade civil, para orientar melhor quanto à detecção precoce da deficiência auditiva, uma vez que há pouco conhecimento acerca do tema.

**Palavras-chave:** Triagem auditiva neonatal; audição; surdez; recém-nascidos.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** This paper has as its theme "Newborn Hearing Screening in a Public Maternity Hospital in Curitiba - PR: Determining Factors for non Adherence to Retesting". According to the 2010 IBGE Census, 5.1% of the population experiences some hearing difficulty. Under Law 12.303/10, it became mandatory to carry out the so-called "Newborn Hearing Test", in newborns before hospital discharge, in order to diagnose possible hearing problems by three months of age. When there is a risk indicator for hearing loss, for the mother or baby, auditory monitoring must be carried out through otoacoustic emissions during the 1st year of the baby's life. It happens that many mothers do not appear for the hearing retest, thereby undermining the monitoring for these children. **OBJECTIVE:** To identify the determinants for non-adherence to retesting in neonatal hearing screening at a public hospital in the city of Curitiba-PR for mothers of newborns who presented risk factors for deafness but did not attend retesting. **METHOD:** 60 mothers of babies who missed the mandatory hearing retest for neonatal hearing screening (NHS) were interviewed. The mother's age, education, marital status, level of knowledge about screening, reasons for non-adherence to retest were the variables considered. The responses were entered into a spreadsheet and submitted to Fischer and Chi-squared tests at a significance level of 0.05. **RESULTS:** The predominant age range of the mothers was 20-29 years (41.67%); 51.67% were educated only to a primary level, and 46.67% to a high school level. Regarding marital status, 70% of the sample lived alone. All respondents reported that infants listened well, but 63.33% were unaware of the NHS. Among the respondents, 90% received no prenatal guidance or explanatory material about the OAE test; only 20% were targeted during hospitalization; 30% of the sample stated that they "forgot" to do the retest. No significant relationship between age, education and marital status for non-adherence to the retest was found. **CONCLUSION:** Among the reasons identified for non-adherence to the retest, a large number of participants did not see the needed value in retesting, since the mothers forgot the retest date. This fact allows us to infer that the lack of knowledge about neonatal hearing screening interferes with adherence to the program. However, age, education and marital status did not seem to interfere with the decision to retest and monitor the newborn's hearing health. The concept of adherence to the retest requires greater analysis by multidisciplinary health professionals. These professionals should be sensitized to the problem because it is their responsibility to make mothers aware of the retest's importance through knowledge, appreciation and participation in the program. Better communication between health care networks and mothers is needed; conducting informational and motivational campaigns for pregnant women; using standard civil media channels for better orientation about early detection of hearing impairment, since there is little knowledge about the subject.

**Keywords:** Newborn hearing screening; hearing; deafness; newborns.

## LISTA DE SIGLAS

AABR	Audiometria Automática de Tronco Encefálico
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual,
ABR	Audiometria de Tronco Encefálico
AABR	Audiometria Automática de Tronco Encefálico
AIG	Adequadas para a Idade Gestacional
CBPAI	Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância
DA	Deficiência auditiva
dB	Decibél
dBNA	Decibél nível de audição
dBnNA	Decibél nível de audição normatizado
EOAE	Emissões Otoacústicas Evocadas
FORL	Fundação Otorrinolaringologia
GATANU	Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRDA	Indicadores de Risco para a Deficiência Auditiva
KHz	Quilo-hertz
JCIH	<i>Joint Committe of Infant Hearing</i> . (Comitê Multidisciplinar sobre Audição do Bebê).
PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
PEATE-A	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PNH	Política Nacional de Humanização
RCIU	Restrição do Crescimento Intra-Uterino
RNs	Recém-nascidos
SASA	Serviços de Atenção à Saúde Auditiva
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
VP	Verdadeiro Positivo

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE, ESCOLARIDADE E ESTADO CIVIL DA MÃE.....	46
TABELA 2 – MOTIVOS PARA O NÃO COMPARECIMENTO DA MÃE À CONSULTA DE RETESTE.....	51
TABELA 3 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE DA MÃE E O CONHECIMENTO SOBRE O TESTE DA ORELHINHA.....	54
TABELA 4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTADO CIVIL DA MÃE E O CONHECIMENTO SOBRE O TESTE DA ORELHINHA.....	56
TABELA 5 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE DA MÃE E O CONHECIMENTO SOBRE O TESTE DA ORELHINHA.....	58

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – SE POSSUI ALGUÉM COM PROBLEMAS AUDITIVOS NA FAMÍLIA.....	48
GRÁFICO 2 – PROFISSIONAL QUE ORIENTOU SOBRE O TESTE DA ORELHINHA NO PRÉ-NATAL.....	49
GRÁFICO 3 – PROFISSIONAL QUE REALIZOU O TESTE DA ORELHINHA NA MATERNIDADE.....	50
GRÁFICO 4 – PROBLEMAS DE SAÚDE DA MÃE QUE IMPEDIRAM O COMPARECIMENTO AO RETESTE.....	53

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – NÚMERO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE TAN EM PERIÓDICOS DE ENFERMAGEM.....	42
QUADRO 2 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE DA MÃE E O MOTIVO PARA O NÃO COMPARECIMENTO AO RETESTE.....	55
QUADRO 3 – ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTADO CIVIL DA MÃE E O MOTIVO PARA O NÃO COMPARECIMENTO AO RETESTE.....	57
QUADRO 4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE DA MÃE E O MOTIVO PARA O NÃO COMPARECIMENTO AO RETESTE.....	59

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	18
3.1	AUDIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO À TERMO	18
3.1.1	Riscos auditivos no recém-nascido prematuro	20
3.2	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	22
3.2.1	Fluxograma da Triagem Auditiva Neonatal	27
3.2.2	Adesão à Triagem Auditiva Neonatal	29
3.2.3	Adesão ao reteste: aconselhar ou impor	34
3.2.4	A contribuição da enfermagem	39
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b>	43
4.1	TIPO DE ESTUDO	43
4.2	LOCAL DO ESTUDO	43
4.3	SELEÇÃO DA AMOSTRA	43
4.3.1	CrITÉrios de inclusão	43
4.3.2	CrITÉrios de exclusão	44
4.4	COLETA DE DADOS	44
4.4.1	Variáveis de interesse do estudo	44
4.5	TRATAMENTO DOS DADOS	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	46
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	46
5.2	NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE A TAN	48
5.3	FALTA DE ADESÃO AO RETESTE DA TAN: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS	51
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	60
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	61
	<b>REFERÊNCIAS</b>	64
	<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	73
	<b>APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA AS MÃES</b>	74
<b>ANEXO</b>	<b>1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	78



## 1 INTRODUÇÃO

Conceitua-se deficiência auditiva (DA), a diminuição da capacidade de percepção normal dos sons, sendo considerado surdo o indivíduo cuja audição não é funcional, (SILVA, 2008).

Conforme Lima, Marba e Santos (2006), pelo menos uma em cada mil crianças no mundo nasce profundamente surda. Esta incidência cresce quando as crianças são atendidas em unidades de terapia intensiva (UTI) para dois a quatro em cada 100 recém-nascidos (ZAEYEN; INFANTOSI; SILVA, 2004).

Segundo o Censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), cerca de 9,7 milhões de brasileiros possuem DA, o que representa 5,1% da população brasileira. Desse total cerca de dois milhões possuem deficiência auditiva severa (1,7 milhões tem grande dificuldade para ouvir e 344,2 mil são surdos), e 7,5 milhões apresentam alguma dificuldade auditiva.

Em relação à idade, o mesmo Censo revelou que, cerca de um milhão de deficientes auditivos são crianças e jovens com até 19 anos e que o maior número de deficientes auditivos (6,7 milhões), está concentrado nas áreas urbanas.

A audição é considerada um dos sentidos primordiais para o desenvolvimento intelectual e permite que outras funções possam ser adquiridas, como por exemplo, a fala e a linguagem. No entanto, trata-se de um sentido cuja perda representa uma das alterações mais frequentes desde o nascimento (ZAEYEN; INFANTOSI; SILVA, 2004; NORTHERN; DOWNS, 2005; GATTO; TOCHETTO; GATTO, 2007).

Conforme referem Mello *et al.* (2013, p 765), “é observado baixo o índice de adesão de mães e/ou responsáveis por recém-nascidos (RN) em programas de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, o que retarda ou impede a detecção precoce e intervenção imediata de DA.”

Baseando-se no fato da invisibilidade da DA foi implementada uma proposta aceita mundialmente para que a mesma seja diagnosticada até os três meses de idade através da realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN). A introdução de programas de TAN em países em desenvolvimento ainda é considerada inacessível, por causa de uma série de razões, dentre elas, os custos associados à triagem e aos serviços de seguimento (OLUSANYA *et al.*, 2004).

Conforme descrevem Françoze, Masson, Rossi *et al.* (2010), os primeiros programas de TAN no Brasil iniciaram-se em 1987 e, em 1988, surgiram as primeiras



iniciativas para divulgação da TAN, com a criação do Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal (GATANU). No entanto, a recomendação nacional que iniciou a implantação da triagem foi elaborada em 1999 pelo Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI, 2000).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva prevê o atendimento integral à pessoas com deficiência auditiva por meio de ações que envolvem desde atenção básica, com orientações voltadas para a promoção da saúde, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos, alcançando as ações de média complexidade, a exemplo das triagens e monitoramento da audição, até alcançar ações de alta complexidade, como os cuidados diagnósticos e terapêuticos especializados, ofertando inclusive, a prótese auditiva e a terapia fonoaudiológica, quando necessárias (BRASIL, 2004).

Conforme Vargas (2008, p.10), “a detecção precoce da perda auditiva nas crianças, logo após o seu nascimento, por meio de testes de TAN, vem sendo uma rotina oferecida como um componente essencial dos primeiros cuidados com o recém-nascido”, e hoje são implementados nos hospitais e maternidades, tanto públicos como privados, programas que buscam este reconhecimento o mais precoce possível, para que se alcance o maior nível da totalidade da população.

O Brasil regulamentou sua realização pela Lei 12.303 (BRASIL, 2013), que determina em seu art. 1º “É obrigatória a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.” Esta lei é conhecida em todo o território nacional como “Teste da Orelhinha”.

Em virtude dessa norma, a partir de 2010, todos os bebês nascidos vivos no Brasil, devem se submeter à TAN, por meio do teste da orelhinha, antes mesmo de sua alta hospitalar, como forma de se conseguir que possíveis problemas auditivos sejam diagnosticados antes dos três meses de idade.

Quando o resultado da TAN apresenta alguma inconsistência, os bebês devem ser reavaliados (reteste). Portanto, quando o resultado do exame for alterado, o fonoaudiólogo que realizou o teste deve orientar adequadamente a família acerca da importância do retorno para o reteste, a fim de garantir a realização de um diagnóstico preciso e precoce, dando oportunidade para que a criança possa ter tratamento e acompanhamento com profissionais habilitados.

a efetividade em longo prazo dos programas de triagem auditiva não depende somente do diagnóstico precoce da perda auditiva, mas principalmente da intervenção precoce e dos recursos adequados que devem ser aplicados para otimizar cada tratamento e definir a melhor intervenção (BRASIL, 2012b, p. 68).

Além disso, segundo as recomendações do *Joint Committee of Infant Hearing* (JCIH), é essencial o monitoramento audiológico para todos os bebês, a partir da TAN, que apresentarem indicadores de risco associados com perda auditiva de início tardio, progressiva ou flutuante, bem como desordens da condução neural e/ou disfunção da via auditiva em tronco encefálico, outras desordens auditivas e/ou atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem (JCIH, 2007).

Pesquisas brasileiras vêm demonstrando que o índice de adesão para o reteste tem sido baixo, o que compromete a qualidade e a efetividade dos programas de TAN (AZEVEDO, 1997; FERNANDES; NOZAWA, 2010; ISAAC; MANFREDI, 2005; LIMA; MARBA; SANTOS, 2006; MANFREDI; SANTOS, 2002; PÁDUA *et al.*, 2005; RIBEIRO; MILTRE, 2004).

Uma das hipóteses para a falta de adesão, levantada pelos autores, é que pais e responsáveis não são devidamente sensibilizados e conscientizados, ou então, não conseguem compreender e valorizar a importância da realização do mesmo.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores determinantes para a não adesão ao reteste na Triagem Auditiva Neonatal, em um grupo de mães de recém-nascidos com fatores de risco para surdez, oriundos de uma maternidade pública da cidade de Curitiba.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a amostra pesquisada
- b) Verificar o conhecimento que as mães possuem acerca da importância da TAN;
- c) Verificar o tipo de orientação recebida pelas mães acerca dos resultados da TAN de seus RNs;
- d) Associar idade, estado civil e escolaridade com conhecimento sobre a TAN;
- e) Associar idade, estado civil e escolaridade com os motivos para a não adesão ao reteste;
- f) Destacar como o profissional de enfermagem pode contribuir para sensibilizar esta população acerca da importância da TAN.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 AUDIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO À TERMO

Segundo Bee (2006), o RN pode ouvir uma vasta gama de sons. Ao se tocar uma campainha ou balançar um chocalho perto da orelha, ele reagirá de alguma forma, podendo, por exemplo, mover-se ou apresentar aumento de seu ritmo cardíaco. O fato de que a criança mostra algumas reações, indica que ela ouviu o som de alguma forma, embora não deixe claro se ela pode ou não reconhecer a diferença entre vários sons.

Após o nascimento, de forma imediata, o RN mostra-se atento para os sons de brinquedos, os sons musicais e as vozes que, em geral, fazem parte do seu ambiente. Predominantemente, sua atenção se volta para a voz materna, que se torna, com o tempo, um forte elo entre a criança e a mãe (DESSEN; BRITO, 1997).

Desde muito pequeno, o RN também emite sons. Inicialmente são os "arrulhos", que vão se tornando mais sofisticados, apresentando-se na forma de "balbúcio" os quais, por sua vez, vão progredindo até chegar à emissão de palavras e sentenças, constituindo-se na linguagem com a qual nos comunicamos. A criança, ao chegar ao período escolar, já tem sua linguagem bastante desenvolvida, apresenta um vocabulário amplo, que é extremamente necessário para a continuidade do seu aprendizado (DESSEN; BRITO, 1997). Assim,

a audição permite que a criança adquira conhecimentos por meio do desenvolvimento da linguagem oral, facilitando sua integração na comunidade ouvinte. Diante disso, faz-se necessário que o diagnóstico da perda auditiva e a intervenção ocorram o mais cedo possível, para que se possa aproveitar esta etapa de maior plasticidade neural (LIMA *et al.*, 2010).

O processo de comunicação entre os indivíduos por meio da linguagem depende, sobretudo, da audição, que, sem dúvida, constitui-se num fator importantíssimo para o contato da criança com o mundo que o cerca. A comunicação é a forma como os indivíduos transmitem as informações. Ela pode ser revestida por diferentes aspectos, que devem, necessariamente, responder às regras e aos códigos que possuem significados. Por outro lado, a perda auditiva na infância pode acarretar distúrbios na aquisição da fala, da linguagem e do desenvolvimento emocional, educacional e social (ISAAC; MANFREDI, 2005).

Para adquirir a linguagem oral, a audição é um sentido essencial, pois é por meio da interação e da fala que a criança vai entendendo os seus semelhantes e com a comunicação consegue aprender e organizar os seus pensamentos, conforme vai também adquirindo o conhecimento.

Ao tratar acerca do tema, Mahl *et al.* (2013), recomendam que o momento adequado para a detecção da DA infantil é até o terceiro mês de vida, enquanto que a intervenção, é recomendada até o sexto mês, pois é neste período que ocorre a maturação do sistema auditivo.

Considerando que cerca de 50% das crianças com perda auditiva congênita poderão não ser diagnosticadas precocemente, justifica-se a importância da realização da TAN antes mesmo da alta hospitalar (BRASIL, 2012a).

Segundo Nóbrega (1999, p. 208), ao término do sexto mês gestacional, o aparelho auditivo já se apresenta totalmente formado e atuando, o que confirma sua relevância no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Informam França *et al.* (2010), que

estudos realizados por Yoshinaga-Itano e colaboradores (1998) indicam que quando a perda auditiva é diagnosticada até os três meses de vida e a intervenção terapêutica é iniciada até os seis meses, o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, bem como o relacionamento social e o desempenho acadêmico da criança com perda auditiva, podem ser compatíveis com os de crianças ouvintes da mesma faixa etária.

Estas são afirmativas que justificam e valorizam cada vez mais a realização da TAN, isto porque, a qualidade da comunicação e da socialização da criança em sua fase de desenvolvimento é de suma importância.

Conforme referencia Azevedo (1997, p. 604), o diagnóstico audiológico realizado no período inicial de vida da criança, torna possível uma intervenção médica e/ou fonoaudiológica, “ainda no período crítico de maturação e plasticidade funcional do sistema nervoso central” (SNC) o que permite um bom prognóstico no que diz respeito ao desenvolvimento global da criança.

Portanto, a detecção precoce da perda auditiva é uma medida que traz proteção e pode impedir a possível presença de dificuldades, inclusive na aquisição da linguagem, que podem surgir pela ausência de uma audição normal. Neste sentido, Lewis e Costa Filho (2003, p. 368), referem que, com a detecção precoce de problemas relacionados à audição, cerca de 50% das perdas auditivas que ocorrem

podem ser evitadas, e terem as sequelas reduzidas, pois as medidas de detecção, diagnóstico e reabilitação se tornam mais efetivas.

Vale mencionar que

a Academia Americana de Pediatria revela que a deficiência auditiva permanente atinge de um a três em 1000 bebês nascidos e acompanhados em berçários normais e de dois a quatro bebês, em um grupo de 1000 nascimentos acompanhados em UTI'S neonatais. Afetam também crianças na idade pré-escolar, em decorrência de doenças como meningite e otite média secretora adquirida antes dos primeiros doze meses de vida (HILÚ; ZEIGELBOIM, 2007, p. 567).

Estas considerações destacam a importância do profissional de saúde que acompanha as mães e os RNs, orientando e realizando todas as medidas indicadas pelos programas de detecção e intervenção precoces da audição, quer sejam eles fonoaudiólogos, pediatras, integrantes da equipe de enfermagem, aliados aos membros da família e da comunidade.

Pesquisas comprovam que a DA é a doença mais frequente no período neonatal, superando inclusive as patologias encontradas pelo teste do pezinho, porém, se detectada precocemente possui grandes índices de sucesso (FRANÇOZO *et al.*, 2010).

### 3.1.1 Riscos auditivos no recém-nascido prematuro

A etiologia do parto prematuro é multifatorial e na vida intra-uterina, no que diz respeito à audição, segundo Basseto (2005), o feto, a partir da 20ª semana, já entra em contato com o mundo por meio dos sons que percebe.

Também menciona Angrisani *et al.*(2013),

o peso ao nascimento é um forte fator preditivo de risco para atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Neste sentido, o baixo peso ao nascer (podendo ser derivado tanto da prematuridade como da restrição do crescimento intra-uterino - RCIU), e a própria prematuridade em si, são os fatores mais importantes na determinação da morbidade e mortalidade neonatal (ANGRISANI *et al.*, 2013, p. 2).

A fragilidade dos RNs prematuros contribui para a possibilidade eminente de riscos, agravos e sequelas de diversos tipos, com diferentes consequências e interveniências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil. Desta forma, é

necessário considerar riscos e prognósticos para que se possa instaurar e promover medidas preventivas nessa população (ANGRISANI *et al.*, 2013).

Os autores acima citados relatam que, comparadas com crianças nascidas adequadas para a idade gestacional (AIG), as crianças pequenas para a idade gestacional (PIG) tem uma desvantagem no desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem. Segundo o CBPAI (2000), a perda auditiva bilateral em neonatos saudáveis é estimada entre um a três em cada 1000 nascimentos e cerca de dois a quatro em 100 RNs provenientes de UTI.

Serve como fundamento de atenção quanto à prevalência de alterações auditivas, ao avaliar a 979 recém-nascidos internados na UTI e unidade de cuidados intermediários do serviço de neonatologia de um Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no município de Curitiba. Lima, Marba e Santos (2006), analisaram os fatores de risco associados e concluíram que a prevalência de alteração auditiva detectada pela audiometria automática de tronco encefálico (AABR), é elevada e por isso, “é essencial que todos os RNs que apresentam fatores de risco associados ou isolados passem por avaliação auditiva nas situações em que não seja possível ter a Triagem Auditiva Neonatal Universal” (TANU).

É importante relatar que:

"uma criança que falha no reteste deve ser encaminhada, pelo fonoaudiólogo que realiza o exame, à avaliação conjunta de otorrinolaringologia e fonoaudiologia para um serviço de referência. A partir dessa avaliação, define-se nova conduta: bebês que apresentam alterações condutivas recebem tratamento otorrinolaringológico e seguem em acompanhamento após a conclusão da intervenção. Aqueles que não apresentam alterações condutivas têm seguimento por intermédio de avaliações auditivas completas até a conclusão do diagnóstico, que não deve ultrapassar os 6 meses. Nos casos em que for detectada perda auditiva, inicia-se o processo de reabilitação auditiva com o aparelho de amplificação sonora individual (Aasi ou prótese auditiva), acompanhamento e terapia fonoaudiológica (BRASIL, 2012b, p. 68)."

Portanto, a TANU e o monitoramento auditivo ao longo de um ano são indicados para os RNs prematuros em tratamento e sob cuidados especiais na UTI.

### 3.2 TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

O JCIH (2000) e o GATANU (2013) afirmam que todo RN deve ter sua audição avaliada, tendo em vista a grande incidência do problema em RNs que não apresentaram intercorrências pré, peri ou pós-natal.

A TAN faz parte de um conjunto de ações realizadas para a atenção integral à saúde auditiva na infância: triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, diagnóstico e (re) habilitação.

Segundo a *American Academy of Pediatrics*, por meio do JCIH (2000), estes são os princípios que regem a TAN:

- 1 Todas as crianças devem ter acesso à triagem auditiva, usando uma mensuração fisiológica. RN que recebem atendimento de rotina tem acesso durante sua internação hospitalar; os demais com atendimentos alternativos, incluindo os de parto domiciliar, têm acesso ou são referidos à triagem antes de um mês; e todos os que forem internados em UTI são triados antes da alta.
- 2 As crianças que não passam no teste inicial ou nos subseqüentes devem iniciar atendimento clínico e audiológico, para confirmar a presença de perda auditiva antes dos três meses.
- 3 As crianças com perda auditiva confirmada e permanente recebem atendimento antes dos seis meses de vida em programa interdisciplinar, que reconhece e valoriza escolha informada, tradições e crenças culturais da família.
- 4 As crianças que passam no teste de triagem, mas tem indicadores de risco para outras doenças auditivas ou atraso na fala ou linguagem, seguirão com atendimento clínico e audiológico e monitoramento do desenvolvimento da comunicação.
- 5 Crianças com indicadores de perda auditiva tardia progressiva ou variável, bem como distúrbios da condução auditiva neural e/ou padrões de disfunção do sistema nervoso, devem ser monitoradas.
- 6 Os direitos das crianças e familiares devem ser respeitados através da escolha informada e consentimento (FORL, 2013)

Menciona-se que, estas recomendações foram acatadas e estão sendo aplicadas no Brasil, conforme expressa a Fundação de Otorrinolaringologia ao tratar da triagem auditiva (FORL, 2013).

Desta forma, a TAN deve estar integrada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme preconizada em 2012, como resultado das ações de acompanhamento materno-infantil, e continuidade das recomendações da Portaria nº. 2.073, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (2004).

Também é de extrema importância a articulação, capacitação e integração com a atenção básica para garantir o monitoramento e acompanhamento do



desenvolvimento da audição e da linguagem, e para a adesão aos encaminhamentos para os serviços especializados. Sendo assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), estabeleceu Diretrizes para oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde auditiva na infância, em especial acerca da TAN, a ser efetuada nos diferentes pontos de atenção da rede.

Sobre a idade ideal para o diagnóstico da DA, o primeiro ano de vida é importantíssimo para a descoberta da surdez, uma vez que possibilita a intervenção médica e (ou) fonoaudiológica ainda no período crítico da maturação das vias auditivas.

Porém, a detecção precoce da perda auditiva não é apenas o primeiro, mas também o mais importante passo para se alcançar bons resultados no desenvolvimento social e educacional em crianças com perda auditiva. Isto por que

a perda auditiva é a deficiência congênita mais frequente e mais prevalente dentre aquelas rotineiramente triadas em programas de saúde preventiva. Os períodos críticos de maturação das funções biológicas do ser humano acontecem nos primeiros meses de vida. Assim, a identificação e intervenção precoces da surdez possibilitam ao deficiente auditivo alcançar desempenho comunicativo muito próximo ao das crianças ouvintes (GATTO e TOCHETTO, 2007, p. 110).

A TAN é recomendada, pois ela envolve o rastreamento auditivo do RN antes da alta hospitalar, seguida do diagnóstico e, quando necessário, da intervenção precoce (LEWIS *et al.*, 2010).

Para mudar o quadro de incidência de deficiência auditiva nas crianças,

(...) uma das estratégias consiste em realizar a TAN em todos os neonatos e lactentes, preferencialmente, quando ainda na maternidade, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida. A não ser em casos nos quais a saúde da criança não permita a realização dos exames (BRASIL, 2011, p. 168).

Na ocorrência de nascimentos em domicílio, ou fora do ambiente hospitalar, ou ainda, em maternidades sem triagem auditiva, a realização do teste deverá ser feita no primeiro mês de vida (BRASIL, 2012a).

Para Lima *et al.*, (2006, p. 1):

[...] os procedimentos de triagem podem ser divididos em duas categorias: avaliações comportamentais e eletrofisiológicas. As técnicas comportamentais, pela relativa subjetividade da avaliação e dificuldade em detectar perdas leves ou unilaterais, determinam elevado número de falso-negativos. Os procedimentos eletrofisiológicos apresentam maior

sensibilidade e especificidade, podendo ser utilizadas: audiometria de tronco encefálico (ABR), audiometria automática de tronco encefálico (AABR) e emissão otoacústica evocada (EOA). Vários estudos têm analisado o custo da triagem auditiva no período neonatal, bem como a diferença entre os diferentes métodos disponíveis.

Quando a criança apresenta risco para a surdez, sugere-se a implantação da TANU, que pretende avaliar 100% dos RNs que se encaixam em um ou mais critérios de risco.

A TANU constitui-se como um processo inicial de avaliação da audição infantil que permite a detecção precoce de possíveis alterações auditivas, abrangendo todos os neonatos de uma determinada instituição (JCIH, 2007).

O aumento dos serviços de TANU ofertados, bem como o estabelecimento de leis e publicações acerca do tema fez surgir em 2010, o Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva - COMUSA, o qual elaborou um parecer multidisciplinar para orientar as ações dos profissionais envolvidos (LEWIS *et al.*, 2010).

Estudos feitos por Fernandes e Nozawa (2010); Lima, Marba e Santos (2006); Pereira, Martins, Vieira e Azevedo (2007); Ribeiro e Miltre (2004) relatam que é necessária a indicação da TANU, por meio das emissões a todos os RNs, independente de fazerem ou não parte do grupo de risco para a deficiência auditiva.

São considerados neonatos ou lactentes com Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) aqueles que apresentarem os seguintes fatores em suas histórias clínicas (BRASIL, 2012, p. 14):

- a) Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem;
- b) Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos nesse item;
- c) Permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia peri-natal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas;
- d) Infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalo-vírus, Herpes, Sífilis, HIV);

- e) Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal;
- f) Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras);
- h) Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth);
- i) Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite;
- j) Traumatismo craniano;
- k) Quimioterapia.

A pesquisa e análise de risco que envolve o RN devem ser realizadas por meio de coleta de dados dos registros em prontuários, da mãe e do bebê ou no resumo de alta, além de achados em entrevista com a mãe e/ou responsáveis. Também são de grande valia as informações do pediatra, neonatologista e dos dados coletados nas consultas de puerpério na atenção básica.

Os RNs com IRDA deverão realizar a avaliação audiológica, entre sete e doze meses de vida, devido ao risco de aparecimento tardio de perda auditiva (BARBOZA, 2013).

No caso de deficiência auditiva permanente, o diagnóstico funcional e a intervenção iniciada antes dos seis meses de vida da criança possibilitam, em geral, melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, conseqüentemente, a inclusão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2012a, p.8).

Quando aprovados na TAN, deverão passar por no mínimo uma avaliação audiológica no período entre 24 e 30 meses de idade (LEWIS *et al.*, 2010).

No Brasil, o Ministério da saúde (BRASIL, 2012a), recomenda nas diretrizes da TAN, que as crianças com e sem IRDA, com resultado satisfatório no teste, sejam atendidas na atenção básica para o monitoramento e o acompanhamento, tanto do desenvolvimento da audição, quanto da linguagem durante o primeiro ano de vida.

A qualidade de vida dos RNs de risco representa uma preocupação, que exige a intervenção precoce, devido à probabilidade de sequelas neurológicas, déficits somáticos, dificuldades de aprendizagem, distúrbios de comportamento, anormalidades neuromotoras e de DA (MANFREDI *et al.*, 2002).

Um dos grandes desafios para os programas de TAN é o de determinar a causa para a perda da audição. Embora a pesquisa dos IRDA contribua para a investigação das causas, cerca de 50% dos casos identificados com perda auditiva não possui uma causa aparente e necessitem maiores averiguações (LEWIS *et al.*, 2010).

Segundo Bohrer (2014), nos países desenvolvidos esse atendimento vem sendo prestado há anos e já está comprovado claramente pelas pesquisas divulgadas, que a triagem auditiva realizada somente para os casos de risco, perderia cerca de 50% dos casos de surdez congênita. A simples detecção, sem atendimento posterior para a confirmação e sem os cuidados por equipe multidisciplinar, não resultaria em nenhum ganho, gerando aumento de estresse e responsabilidade aos profissionais que deveriam tomar decisões acerca de quem deve ou não ser examinado.

### 3.2.1 Fluxograma da Triagem Auditiva Neonatal

Conforme dados do Ministério da Saúde (2013), a Atenção Integral à Saúde Auditiva na Infância integra diferentes unidades e níveis de cuidados quanto à saúde auditiva. O Programa de TAN deve atender os passos destacados na figura 1.

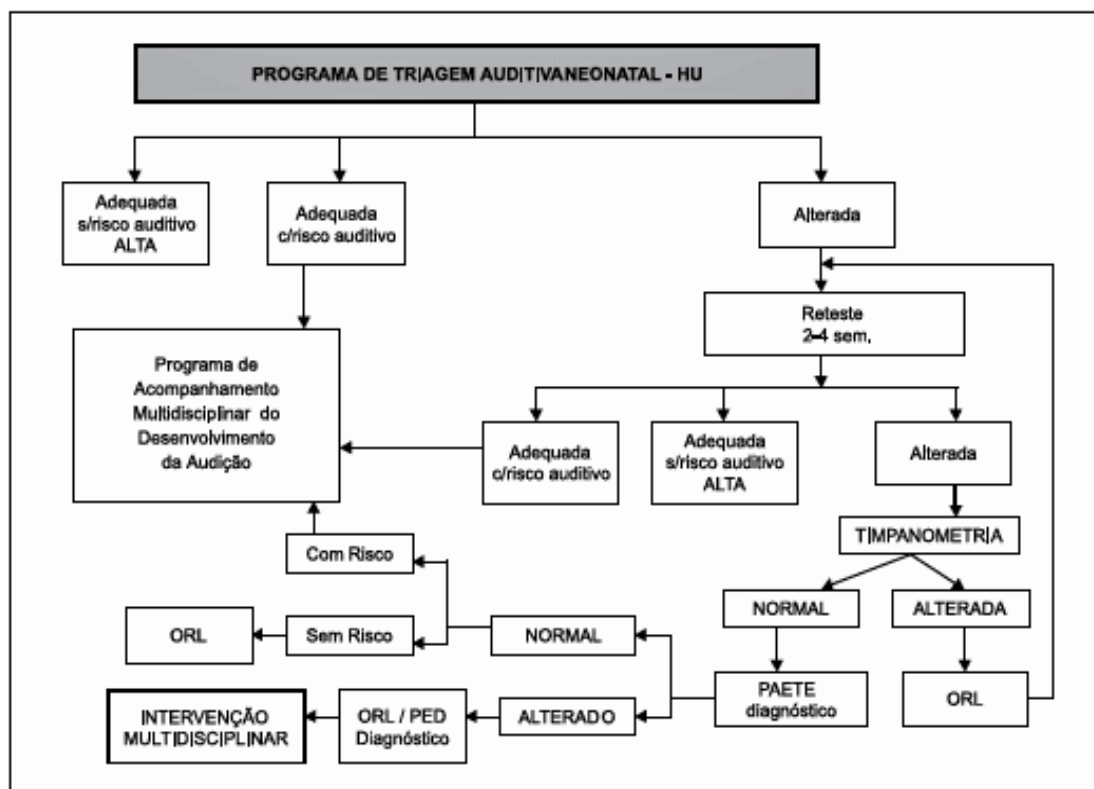


Figura 1. Fluxograma do Programa de Triagem Auditiva Neonatal - HU.

FONTE: DURANTE *et al.*, 2004.

Segundo o Conselho Regional de Fonoaudiologia (2014), o teste da orelhinha é simples e indolor. O fonoaudiólogo insere um fone no ouvido do bebê acoplado a um aparelho eletrônico de Emissão Otoacústica e o resultado é imediato. Como se trata de um procedimento de triagem, os resultados possíveis serão: passa (quando os resultados são compatíveis com estruturas de orelha externa, média e interna íntegras) ou falha (quando há alteração em uma das estruturas que impeça a coleta das informações).

Para Lima e Bessa (2014), se o ouvido do RN responder aos estímulos do exame, a audição é considerada normal. Se o resultado do teste for falho na triagem, é essencial o reteste. Desta forma, a TAN deve ser organizada em duas etapas (teste e reteste), no primeiro mês de vida, e seguir dois protocolos diferentes segundo a presença, ou não, de IRDA (BRASIL, 2012a).

Conforme as Diretrizes da Atenção da TAN (BRASIL, 2012a), a mesma deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h à 48h) na maternidade, e deve ser organizada em duas etapas (teste e reteste), e no que diz respeito aos RNs sem indicador de risco, utiliza-se o exame de EOAE. Caso não se obtenha resposta satisfatória (falha), deve-se repetir o teste. Na ocorrência de persistir a falha, deve-se realizar de imediato o exame (PEATE), que mede o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (BRASIL, 2012a).

Já para os RNs com indicador de risco, utiliza-se o teste de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico – Automático (PEATE-A), ou em modo triagem, dentro do prazo recomendado de até 30 dias após o teste, considerando que além da realização do teste e reteste, é necessário que seja feito o monitoramento do desenvolvimento da audição e linguagem ao longo do tempo, para que se alcance o diagnóstico e a reabilitação, se necessário, o mais breve possível.

Conforme determina o Ministério da Saúde em suas “Diretrizes de Atenção da TAN” (BRASIL, 2012, p. 15), a etapa de realização do **teste**, ainda na maternidade deve contemplar:

- a. Acolhimento aos pais.
- b. Levantamento do histórico clínico e riscos.
- c. Verificação dos dados pesquisados no prontuário ou no resumo de alta. Sempre que possível as informações devem ser obtidas por meio do pediatra/neonatologista responsável.

Já, a realização da etapa do **reteste** deverá acontecer no período de até 30 dias após o teste. O reteste deve ser realizado em ambas as orelhas, mesmo que a falha no teste tenha ocorrido de forma unilateral. Deve contemplar:

- a. Acolhimento aos pais.
- b. Realização do PEATE-A ou em modo triagem, em 5 dBnNA.
- c. Resultado e devolutiva aos pais (BRASIL, 2012).

### 3.2.2 Adesão à Triagem Auditiva Neonatal

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2004) prevê a realização de ações voltadas para o atendimento integral às pessoas com DA. Envolve o atendimento da atenção básica, com atividades de promoção da saúde, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos, de média complexidade, com a realização da triagem e monitoramento da audição, quanto os de alta complexidade, onde são realizadas ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, incluindo, quando necessário, o fornecimento de prótese auditiva e terapia fonoaudiológica.

Com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº. 2.073, resultou em melhor e mais acurada atenção à saúde auditiva, ofertando um atendimento integral ao cidadão com perda auditiva, por meio de exames e consultas necessárias, além do fornecimento do AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual, o acompanhamento e monitoramento dos pacientes adaptados.

Juntamente com os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva - SASA ocorreu o credenciamento da atuação preventiva e de forma integrada em todo o território nacional, sendo consolidados pelas Redes Estaduais de Saúde Auditiva.

Segundo os dados da DATASUS, em 2011, 24 dos 27 estados brasileiros já estavam cobertos pela Saúde Auditiva, por meio de 150 SASA responsáveis pelo atendimento de mais de 100.000 novos pacientes com DA por ano, no Brasil. Este alto índice de ocorrências tem conduzido ao incentivo cada vez maior das ações focadas na TAN.

O agendamento de retorno ao serviço da TAN pode também ser necessário caso algum motivo venha a inviabilizar a realização do exame na ocasião adequada, como, por exemplo, a intensa agitação motora da criança (BRASIL, 2012a).

No mesmo sentido, França *et al.* (2010), referem que a maior adesão na segunda etapa da avaliação de seu estudo, ocorreu com as mães que tiveram maiores orientações na triagem inicial, não somente sobre o processo da triagem, mas também acerca das repercussões da perda auditiva no desenvolvimento da criança, pois passaram a ter maior preocupação com relação à audição do RN e compareceram à segunda avaliação.

A tarefa de completar o processo de triagem por meio do diagnóstico e da intervenção apropriada e no tempo adequado pode ser muito difícil (FRANÇOZO;

MASSON, 2010). Considera-se, ainda que a localização geográfica e as circunstâncias socioeconômicas dos pais desempenham um papel vital quanto a isso. Alguns pais muitas vezes não estão interessados em realizar e continuar acompanhando o processo após triagem inicial (OLUSANYA; LUXN; WIRZ, 2004).

Em estudo acerca do desenvolvimento auditivo e de linguagem, no primeiro ano de vida, Frederico (2013), refere que ao analisar a utilização de estratégias de comunicação com mães de crianças com indicadores de risco para perda auditiva, em dados coletados referentes aos anos de 2009 a 2011, quanto à adesão ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem, o retorno das mães que aderiram ao Programa, por meio de convites e entrevistas, alcançou 121 mães (49,19%) em 2009, e em 2010, 148 mães (50,17%), enquanto que em 2011, com as estratégias do telefonema e do uso do folder explicativo, 195 (58,38%) mães aderiram. As mesmas, disseram que, não tiveram dificuldades em comparecer às avaliações, embora alguns fatores tenham dificultado o comparecimento, tais como: dispensa no trabalho e uso do transporte coletivo.

É importante destacar que, entre as principais razões de adesão foram: preocupação quanto à audição, presença de indicador de risco e retorno agendado. Do grupo entrevistado, 39 (73,58%) mães demonstraram ter algum conhecimento sobre a DA, o que conduz à estimativa de que a maioria das mães se preocupa com a audição do RN, com a questão do aprendizado escolar e fazem relação entre fala e audição.

Os programas elaborados para testes e retestes precisam ser gerenciados de tal forma que haja seguimento adequado por parte dos pais, uma vez que estes garantirão que as crianças sejam seguidas e tenham seus dados documentados. Dessa forma poder-se-á ter conhecimento de dados que retratarão acerca da eficiência e a efetividade de programas e para o controle de qualidade.

Embora a adesão tenha sido quase sempre apontada como um fator que se relaciona ao usuário, não se pode negar que outros determinantes devem ser levados em conta, tais como: o contexto e a realidade em que os usuários vivem, a equipe que compõe o serviço de saúde e sua dinâmica de trabalho, os horários de atendimento oferecidos, o acolhimento, ou seja, diversos fatores “multirrelacionais” (NARCISO; PAULILO, 2001). Neste sentido, Januário afirma:



(...) os determinantes sociais de saúde influenciam no resultado da criança no programa de TAN. Tornam-se, portanto, necessárias ações intersetoriais nas áreas de maior vulnerabilidade à saúde para possibilitar a redução das iniquidades e assegurar o direito à saúde auditiva a toda população infantil do município. (...) Ressalta-se a necessidade de ações estratégicas para se aumentar o número de crianças avaliadas nos primeiros 30 dias de vida. A ausência de sistemas de informação integrados entre os serviços de triagem e diagnóstico inviabiliza o conhecimento do número de crianças com deficiência auditiva, detectadas e tratadas precocemente (JANUÁRIO, 2010, p. 10).

É necessário que sejam ponderados alguns aspectos que explicam a conquista de maior adesão na segunda etapa da avaliação, como, por exemplo, a de que as mães recebam orientações na triagem inicial, entendam as informações dadas, não somente sobre o processo da triagem, mas também sobre as repercussões da perda auditiva no desenvolvimento infantil. “Assim, ao receberem o resultado de que o RN não passou no teste inicial, podem ter maior preocupação com relação à audição da criança e comparecer para a segunda avaliação” (FRANÇOZO; MASSON, 2010, p. 8).

Algumas estratégias podem corroborar para a maior adesão: o acolhimento das mães após o resultado ‘falhou’ da primeira avaliação, o acompanhamento contínuo até o retorno efetivo, buscando minimizar as dificuldades para trazer a criança para a avaliação, dificuldades como o custo do transporte, o horário e os dias agendados, dentre outros (FRANÇOZO e MASSON, 2010, p. 8).

O aumento na taxa de adesão pode indicar algumas possíveis estratégias que contribuíram para maior participação no Programa: o trabalho de orientação às mães/pais dos RNs que vêm para a primeira etapa da triagem e o trabalho de acompanhamento constante das famílias dos RNs que falharam na primeira avaliação, em relação às etapas seguintes do processo de triagem (LIMA *et al.*, 2010).

Entende-se que, para que seja alcançada a otimização da TAN, com a realização do reteste, sempre que necessário, e devidamente acompanhado pela equipe que integra estes cuidados, é indispensável que haja farta comunicação e orientação, quanto aos problemas, o cuidado e o acompanhamento direcionado do RN, por parte de suas mães e/ou responsáveis (DESSEN; BRITO, 1997).

Não há exatamente como impor, mas posicionamento de controle, de oferta de coordenadas, de direcionamento e atenção é fundamental para que haja uma

participação maior dos pais, no atendimento da saúde e qualidade de vida de seus descendentes (FERNANDES; NOZAWA, 2010).

Medidas sócio-educativas precisam ser tomadas pelos integrantes da equipe de saúde, e sua orientação no cumprimento de ações planejadas, é indispensável em benefício da vida, preservação da audição e integração comunicativa de todos os envolvidos (JANUÁRIO, 2010). A principal medida sócio educativa no que tange ao atendimento dos RN envolve a educação em saúde direcionada à própria família.

Segundo Costa e Carbone (2009), o cuidado com a saúde da família é uma estratégia implementada pelo Ministério da Saúde, a partir da década de 1990, sob uma abordagem multidisciplinar, para estabelecer melhorias na atenção básica realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, considerando que a saúde está muito além do que se pode ofertar por meio da assistência médica e hospitalar.

A fundamentação legal desses critérios encontra-se na Lei 8.080/90, em seu art. 5, § III, que preceitua: "a assistência às pessoas deve ser por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas", ou seja, as ações de promoção à saúde devem ser efetuadas juntamente com ações assistenciais, sendo um direito do cliente e ao mesmo tempo um dever do profissional.

De acordo com o Ministério da Saúde, estas estratégias, reunidas sob o tema "*Atenção Básica e a Saúde da Família*" procuram aglutinar os "eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS" (BRASIL, 2011), estabelecendo critérios que deixam de ser de caráter exclusivamente centrado na doença, mas ampliam o seu trabalho, alcançando todo o contexto do sistema de saúde da população.

Para tanto, procura desenvolver mecanismos de controle e cooperação por meio de ações de atendimento básico em áreas diversificadas incluindo a saúde materno-infantil e também na TAN, tema dessa pesquisa. Neste sentido, Costa e Carbone (2009), oferecem uma visão abrangente, ao referirem que a visão multidisciplinar é ampliada, pela compreensão das dimensões psicológicas e sociais das famílias, sendo este um importante componente da estratégia aplicada na Atenção Básica do SUS, entendendo que "a integração entre os cuidados com a saúde e a historicidade dos pacientes é fundamental aos profissionais da área,

permitindo compreender e descobrir a melhor forma de direcionar as famílias para uma vida mais saudável”, e não apenas livre de doenças.

Neste teor, o termo promoção da saúde está associado à integração de valores referentes à “vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à ideia de responsabilização múltipla”, pois envolve uma multiplicidade de atores, a partir das definições e ações propostas pelo Estado, por meio de políticas públicas, da ação de seus agentes, que empenham seu trabalho para desenvolver as habilidades pessoais em benefício da população, agindo, inclusive, em parcerias intersetoriais e equipes multidisciplinares (CAMPOS *et al.*, 2002).

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, e para tanto, foram criadas as equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais que atendem pelo SUS, as quais são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, ou de determinadas especialidades, que se localizam em uma área delimitada e podem ser atendidas com maior frequência e cuidado. Estas equipes atuam por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças, protegendo e fazendo a manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2007).

Pasche (2011, p. 86 ), diz que, na gestão do trabalho e no cuidado em saúde, há também a questão ética, a qual prioriza as pessoas, o que significa reconhecer “seus diferentes interesses, desejos e necessidades e incluir estes, nos processos de diálogo, negociação e construção de corresponsabilidade”. Portanto, as equipes de saúde são peças chaves dessa atuação; trabalham com grande comunicação e troca de experiências entre si, atendendo o ser humano de maneira integral sendo que cada profissional em sua especialidade.

Conforme conceitua Campos *et al.* (2002), a atenção à saúde da família, no Brasil, mesmo baseado nas ideias de atenção primária apresenta uma concepção inovadora, pois pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe, de tal forma que se conquiste a integralidade do cuidado dos indivíduos. As atividades realizadas em equipe procuram ver e atender as diferentes formas de pensar do dia a dia em relação à saúde familiar, pois cuidam dos diversos aspectos que a compõem, zelando, não somente pela promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, mas também pela sua manutenção, atendendo as diversas áreas de saúde,

ofertando também cuidados psicológicos e sociais, dentro de uma concepção diferenciada, onde a educação é o critério primordial.

Silva (2006) refere que na atenção à saúde, deve-se levar em conta a individualidade das pessoas, considerando que cabe ao profissional de saúde estar atento para transmitir informações e conhecimentos com qualidade, para que a informação, a recepção e a forma como é compreendida estejam diretamente ligada à eficácia dos resultados das estratégias indicadas e as ações resultantes desse ensino.

Em se tratando de educação, orientação e transmissão de informações, é importante destacar os conceitos de Paulo Freire (1996, p. 2), quando afirma: "ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção". São princípios bem relacionados à educação em saúde cujo objetivo maior é ser um instrumento essencial para a sua promoção.

O processo de trabalho das equipes multiprofissionais conta com as ações de interdisciplinaridade, de vinculação, pois é um trabalho conjunto, que estabelece relações entre setores e fortalece a gestão local, por meio de um trabalho diferenciado e participativo, confirmando também a realização de uma tarefa de "orientação direcionada às mães e familiares, que pode proporcionar um atendimento mais humanizado, com receptividade e aceitação das informações" (SILVA, 2006).

Conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), a busca pela humanização dos serviços no SUS, passa necessariamente pelo incremento de um sistema de aconselhamento que, não apenas instrua e informe, mas também ouça as necessidades e as dúvidas dos usuários que recorrem aos serviços (BRASIL, 2009).

O acolhimento familiar envolve uma postura ética profissional. Implica em compartilhamento de saberes e angústias, tomando para si a responsabilidade de "abrigar e agasalhar" outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade.

### 3.2.3 Adesão ao reteste: aconselhar ou impor

Além da realização do teste e reteste, é necessário que se garanta o monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e linguagem e, sempre que necessário o diagnóstico e a reabilitação.

O diagnóstico funcional e a reabilitação fazem parte de um processo contínuo e indissociável, pois sem essas etapas subsequentes a TAN não será efetiva para que se alcance o desfecho esperado em crianças com perdas auditivas permanentes (BRASIL, 2012a, p. 7).

Tendo em vista que o reteste faz parte do protocolo da TAN, é primordial a adesão e comprometimento por parte de pais ou responsáveis pelo RN. Todos os RNs, com ou sem IRDA, que não apresentarem resposta adequada na etapa do teste, devem realizar o reteste em até 30 dias após o teste (BRASIL, 2013).

Françoso *et al.* (2003), Ribeiro e Miltre (2004); Fernandes e Nozara (2010), em suas pesquisas, apontam que o envolvimento familiar é considerado insatisfatório em muitos programas nacionais e internacionais, afetando, negativamente, as metas a serem alcançadas. Consideram ainda que muitos pais referem que não retornam para o reteste por que não foram orientados pelo profissional que os atendeu durante a TAN.

Em 2007, Gatto e Tochetto apresentaram uma pesquisa de promoção da implantação de um programa de TAN opcional, avaliando a função auditiva dos RNs, identificando as alterações auditivas, os indicadores de risco auditivo mais frequentes e analisando os fatores que interferiram no desenvolvimento do programa de TAN proposto, de uma amostragem com 225 recém-nascidos da maternidade e UTI, de um hospital municipal, com a primeira triagem auditiva realizada antes da alta hospitalar. Desta amostra, 100 crianças falharam na primeira triagem auditiva e solicitou-se o seu retorno em 15 dias para reteste e 10 crianças permaneceram com “falha” na segunda triagem auditiva, dentre as quais somente quatro crianças compareceram para avaliação de PEATE tendo a alteração auditiva confirmada em todas elas.

As pesquisadoras observaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem indicadores de risco na primeira triagem auditiva. As crianças da UTI Neonatal obtiveram, significativamente, mais resultados “falha” do que as da maternidade. Ao final da pesquisa, as autoras concluíram que, com um índice de 14,22% de evasão na segunda triagem auditiva e na etapa do diagnóstico foi a principal dificuldade encontrada durante o desenvolvimento do programa.

Estudo realizado por Alvarenga *et al.* (2012), revelou que de um total de 739 famílias pesquisadas em uma maternidade de hospital público do interior do

Estado de São Paulo, entre outubro de 2003 a dezembro de 2006, 132 famílias (17,86%), afirmaram que não receberam informação sobre o resultado. As autoras consideram que esta é uma situação pouco provável, uma vez que a orientação está presente em todas as etapas do programa. Este fato pode sugerir de maneira indireta que há falta de assimilação da orientação recebida, o que contribui para a ocorrência da evasão, já que a falta de esclarecimento leva a uma menor adesão da família ao programa. Também afirmam em seu estudo que apesar do nível de escolaridade dos pais/responsáveis não se correlacionar com os motivos apresentados para justificar a evasão, este pode estar associado indiretamente a menor adesão dos pais à TAN, pois a amostra era composta por pessoas de condição sociocultural desfavorecida.

Moura (2013), afirma que, em uma análise realizada em prontuários de RNs no Hospital de Clínicas da UFMG, de 362 prontuários de RNs durante o ano de 2011 que foram incluídos, 258 RNs (71,3%) passaram na triagem. Todos foram convidados para realizarem o reteste, porém 176 (48,6%) não retornaram para concluir a avaliação.

Mello *et al.* (2013), estabeleceram como objetivo investigar o nível de consciência dos pais em relação à importância da TAN, bem como verificar os motivos do não comparecimento ao retorno agendado após a primeira avaliação, contatando 31 mães e/ou responsáveis dos RNs da unidade neonatal do Hospital Universitário de Maringá, os quais não compareceram ao reteste agendado após a alta hospitalar.

A análise dos resultados trouxe a conclusão que os motivos apresentados pelas mães e/ou responsáveis para o não comparecimento ao retorno agendado deixaram evidente a “pouca importância atribuída às questões relacionadas à audição e a TAN”, justificadas por “motivos irrelevantes como o esquecimento do retorno, mãe pensou que o bebê não deixaria ser submetido ao exame e a perda de horário para nova avaliação.” Os autores da pesquisa sugerem que houve “falta de conscientização” por parte das mães dos RNs quanto à importância da TAN, concluindo que há “necessidade de aumentar a conscientização geral em relação à TAN, por parte dos familiares e dos profissionais que atuam diretamente com os RNs”, pois com a conscientização adequada haverá maior agilidade do processo diagnóstico, e poderá ter a garantia de melhores perspectivas de qualidade de vida das crianças portadoras de DA.

Silva (2014), ao caracterizar os resultados do programa de TAN no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro da cidade de Porto Velho, Rondônia, do período de agosto de 2012 a agosto de 2013, realizou uma coleta dos dados por meio de entrevista com a genitora e ou responsável, análise do prontuário da mãe e do RN, além de levantamento no banco de dados da triagem e dos arquivos da Limiar - Clínica de Avaliação e Reabilitação da Audição. Participaram 562 RNs e as variáveis de interesse constataram que, RNs triados 91,1% passaram e 8,9% falharam na primeira etapa da TAN enquanto que 94,8% passaram e 4,7% falharam na segunda etapa (reteste). Considerando a evasão do reteste, a pesquisadora encontrou um índice de 12,5% no reteste, tendo como principal razão o nível de escolaridade materna de ensino fundamental incompleto.

Também, Rangel, Ferrite e Begrow, em 2011, ao pesquisarem acerca dos “Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a TAN”, de mães que foram internadas entre 2007 e 2009 em um hospital universitário de Salvador, Bahia, concluíram que dentre as mães cadastradas e convocadas para realizarem o reteste, 41,2% não compareceram, sendo que o não retorno foi 35% maior entre as mães com menor escolaridade.

Alvarenga *et al.* (2012), enfatizam a necessidade de viabilizar e implementar estratégias específicas a fim de reduzir a evasão nos programas de TAN. À medida que se destaca como mais importante é a de orientar a mãe, ainda no período gestacional e a seguir, no pós-parto quanto à necessidade de se realizar a TAN; estas orientações podem ser acompanhadas de materiais educativos impressos.

Pesquisa desenvolvida por França *et al.* (2010), constatou entre os dados contidos nos prontuários, que dos 2107 lactentes que participaram da TAN no alojamento conjunto de um Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre fevereiro e novembro de 2007, 1310 participaram da triagem. A adesão na primeira etapa da triagem foi de 62,17% retornaram na primeira etapa do reteste e 79,34% na segunda. As pesquisadoras ressaltam que as taxas de adesão obtidas são inferiores às preconizadas pelo JCIH e encontradas em alguns países desenvolvidos.

Fernandes (2005) pesquisou os motivos para o não comparecimento do RN ao reteste e encontrou diversas razões, tais como: baixa escolaridade dos pais, dificuldades financeiras para trazer a criança para a avaliação, confusão em relação

aos diferentes agendamentos e encaminhamentos pós-natal, e o fato de a mãe possuir mais filhos e observar no cotidiano as reações do RN aos sons.

Os autores Alvarenga *et al.* (2012), ainda sugerem que o desconhecimento das mães em relação ao direito de seus filhos à triagem e as repercussões da surdez no desenvolvimento da fala e da linguagem da criança corroboram para a não adesão.

Padua *et al.* (2005), por exemplo, elencam as seguintes possíveis razões do não comparecimento de RNs para o reteste: sistema de marcação inadequado, falta de contato telefônico, dificuldade de transporte ao hospital e falta de comunicação entre a família do paciente e o médico em relação à importância do acompanhamento para a detecção de perdas auditivas tardias.

Sob esse entendimento, vale mencionar que: “as orientações dadas a pais e mães sobre os indicadores de risco para a surdez e sobre saúde auditiva ficam aquém do ideal, o que dificulta a difusão da importância da audição para o desenvolvimento global da criança” (CUNICO *et al.*, 2013, p.84-95).

Há necessidade urgente na mudança de postura dos profissionais, de verticalizada e impositiva, para uma atitude mais atenta em relação à oportunidade de expressão da mãe e da família, em suas questões singulares e subjetivas. Criar essa reflexão de uma postura diferenciada enquanto profissional de saúde.

É importante, neste processo, abordar questões relativas ao aconselhamento e orientação de pais e responsáveis, pois nos dois casos, seja por questões de falha na TAN, ou por necessidade de monitoramento de crianças com IRDA, é a família quem deve dar prosseguimento ao atendimento do RN.

Assim, aborda-se aqui, aspectos que influenciam a decisão dos familiares no sentido de voltar ou não para a consulta de reteste. A devolutiva aos pais no momento em que se obtém o resultado “falha”, na primeira etapa da TAN, deve ser cuidadosa já que ela pode desencadear sentimentos negativos nos familiares, o que, em alguns casos, resulta em medo do diagnóstico e abandono do acompanhamento.

Sendo assim, os profissionais envolvidos no processo da TAN deverão repensar em suas condutas no momento de dar essas orientações referentes ao exame e resultado do teste auditivo, pois delas irá depender a adesão ou não ao reteste auditivo. Esse é o momento para aconselhar e não impor o retorno dos familiares.

Mc Kinney *et al.* (1982), define aconselhamento como “uma relação interpessoal na qual o conselheiro assiste o indivíduo na sua totalidade, a se ajustar



mais efetivamente a si próprio e ao seu ambiente”. É considerado, ainda como “ajuda na tomada de decisões das pessoas para resolverem os seus próprios problemas, abrangendo informações objetivas que possibilitem uma melhor utilização dos recursos pessoais”.

É importante entender a diferença entre o simples ato de aconselhar e aconselhamento. Segundo Scheeffer (1989), aconselhar ou dar conselho é dizer à pessoa o que ela deve fazer; enquanto que aconselhamento é uma forma de atuação do profissional com a mãe/familiares onde ele os escutam, procura compreendê-los, e com seus conhecimentos, oferece ajuda para propiciar que a mãe/familiares que planejem, tomem decisões e se fortaleçam, com isso, aumentando assim a autoconfiança, autoestima e empoderamento familiar.

Mikhail Bakhtin (1997), diz que a palavra é uma espécie de ponte lançada entre o profissional e o cliente. Toda palavra serve de expressão a um em relação ao outro. Não apenas o que é dita caracteriza a comunicação, mas também o não dito.

Brait (1994), define essa situação como o “extra verbal”. Por exemplo, as expressões faciais, o tom de voz, gestos, olhares, posturas, enfim são elementos que fazem a ligação entre o discurso verbal e o contato extra-verbal, fazendo parte do aconselhamento, conseqüentemente, vínculo entre o profissional, mãe e familiares.

Portanto, as relações acolhedoras juntamente com as práticas de comunicação, utilizando técnicas de aconselhamento entre profissionais envolvidos, mães e familiares, geram um trabalho interativo e tornam efetivas as ações das práticas de saúde, pois não há um único território de saber ou de poder, tornando a prática de gestão da saúde democratizada, incluindo assim os sujeitos em todos os processos da TAN (PASCHÉ; PASSOS, 2010).

#### 3.2.4 A contribuição da enfermagem

Considerando os pressupostos anteriormente destacados, fica clara a importância do profissional de enfermagem no processo da TAN. A essência da Enfermagem é o cuidar do ser humano. É realizar ações específicas para assisti-los nas situações de enfrentamento e promover a manutenção de sua energia. Cuidar é um processo terapêutico numa relação interpessoal. Assim, ao cuidar, o integrante da equipe de enfermagem precisa ter amplos conhecimentos e usar também a empatia.

Enfermagem é ainda, uma prática social onde, no uso de suas atribuições o Enfermeiro conscientiza, educa, esclarece, apoia, informa, assiste e/ou encaminha o indivíduo, família e comunidade com o objetivo de promover a saúde, a fim de prevenir as doenças, auxiliar no tratamento e reabilitação dos mesmos, conforme preconiza a Agencia Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, ANS, 2009).

Estas tarefas envolvem transformações, mudanças de hábitos e atitudes, compromissos e responsabilidades para que se procure a cada dia aperfeiçoar as ações, conhecer novas formas de comunicação e tecnologias aplicáveis na preservação e melhoria da saúde.

Embora se verifique, não é exatamente a competência da enfermagem atender a problemas de ordem audiológica, pode-se afirmar que em uma visão globalizada do atendimento à saúde da população, cabe a todos os profissionais da área, agirem de maneira conjunta, em benefício da população.

Para tanto, há necessidade de se aprimorar conhecimentos para realizar ações de Enfermagem humanizadas, com conhecimentos técnicos atualizados e coerentes com a conquista de melhor qualidade de vida e saúde do paciente, e orientá-los a cada dia. O trabalho educativo a ser realizado e aperfeiçoado na vivência da enfermagem e a transmissão do conhecimento em ações educativas junto à população, como por exemplo, as mães de recém-nascidos em relação à saúde dos seus filhos, deve ser feito com empenho.

A disseminação e valorização das novas tecnologias e novos procedimentos, a exemplo do teste da orelhinha aplicado nos recém-nascidos, transmitem informações valiosas e, conforme referem Marziale e Mendes (2005), as ações da enfermagem precisam caminhar em busca de atualização e especialização da maneira constante, face a essa era da informação e do conhecimento.

O indivíduo que atua na área de enfermagem é um ser humano com habilidades próprias, ética, conhecimentos técnico-científicos e preparo educacional que o possibilita a realizar atividades não somente no atendimento aos pacientes, familiares e comunidade que lhes são confiados, mas também no relacionamento de ajuda com pessoas em condições precárias, através de sua capacidade de interagir com o meio ambiente, como agente modificador, facilitador e interventor em situações e conflitos.

Educação para a saúde também é um termo bastante usual nos serviços de saúde. Sua concretização supõe uma concepção vertical de métodos e práticas

educativas, que se compara ao que Paulo Freire (1987), denominou de educação bancária. Sob essa visão entende-se que os profissionais de saúde devem, além de atender a saúde do paciente, aprenderem cada vez mais, elaborarem estudos e pesquisas para produzir conhecimento e também ensinar aos pacientes e seus familiares e até mesmo a população acerca do que deve ser feito em termos de cuidados, atenção à saúde, mudanças de hábitos de vida, a fim alcançarem cada vez mais melhorias na saúde individual e também coletiva.

Não é da competência do enfermeiro a realização do teste da orelhinha, porém, como educador e profissional atuante diretamente na área de saúde, especificamente voltado para o cuidado materno-infantil, possuindo autonomia para realizar consultas de pré-natal de baixo risco (COREN, 2014), é possível inferir sua condição para a sensibilização e orientação dos envolvidos com a triagem auditiva.

Uma das contribuições por parte da enfermagem nas questões da TAN, também seria no campo das pesquisas. Há uma preocupação crescente dos diversos profissionais para o aprimoramento e conhecimento técnico-científico em todas as áreas, principalmente a da saúde. Com a enfermagem não é diferente, pois os enfermeiros devem se qualificar cada vez mais.

Segundo Mendes (1991), as teorias e o conhecimento gerados a partir de pesquisas em enfermagem, são essenciais para o estabelecimento de uma base científica que garanta a qualidade do cuidado, a efetividade da orientação e a credibilidade profissional, pois a pesquisa é fundamental no processo da educação e é um dos compromissos sociais da enfermagem.

Para Marziale (2005), faz-se necessário modernizar o processo de formação dos enfermeiros, envolvendo-os nas atividades de pesquisa e extensão, visando atender às demandas da sociedade como um todo.

Contudo, a produção científica sobre o tema, na área da enfermagem, ainda é limitada.

A autora desta pesquisa realizou levantamento na BIREME (2014), sobre a existência de artigos científicos produzidos por enfermeiros na área da triagem auditiva. Constatou-se que, dos 18.771 artigos que versam sobre o tema, apenas 136 constam de periódicos da enfermagem, e destes, apenas oito tratam da TAN, conforme relata quadro 1.

**QUADRO 1 – NÚMERO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE TAN EM  
PERIÓDICOS DE ENFERMAGEM**

Autor e título do artigo	Periódico
Cockfield CM; Garner GD; Borders JC. Follow-up after a failed newborn hearing screen: a quality improvement study.	ORL Head Neck Nurs; 30(3): 9-13, 2012.
Goedert MH; Moeller MP; White KR.  Midwives' knowledge, attitudes, and practices related to newborn hearing screening.	J Midwifery Womens Health; 56(2): 147-53, 2011 Mar-Apr.
Schaefer T. Detecting hearing loss in infants.	Adv Nurse Pract; 17(6): 23, 2009 Jun.
Biernath K; Holstrum WJ; Eichwald J. Hearing screening for newborns: the midwife's role in Early Hearing Detection and Intervention.	J Midwifery Womens Health; 54(1): 18-26, 2009 Jan-Feb.
Wittmann-Price RA; Pope KA.  Universal newborn hearing screening.	Am J Nurs; 102(11): 71-7, 2002 Nov.
Orlberg AO; Allan JD; Frame PS; Homer CJ; Johnson MS; Klein JD; Lieu TA; Mulrow CDeans CT; Peipert JF; Pender NJ; Siu AL; Teutsch SM; Westhoff C; Woolf SH. Newborn hearing screening: recommendations and rationale.	Am J Nurs; 102(11): 83-9, 2002 Nov.
Kiessling J. [The importance of acoustically evoked potentials for the diagnosis of hearing loss].	Krankenpfl J; 28(1-2): 25-31, 1990 Jan-Feb.
Letko MD. Detecting and preventing infant hearing loss.	Neonatal Netw; 11(5): 33-8, 1992 Aug.

Fonte: BIREME, 2014.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Esta pesquisa caracteriza-se por ser do tipo quantitativo de delineamento transversal, com análises qualitativas e quantitativas.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

Este estudo foi realizado em uma maternidade pública da cidade de Curitiba, Estado do Paraná, no período de julho a dezembro de 2013.

### **4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA**

A amostra da pesquisa foi composta de 60 mães de recém-nascidos com fator de risco para surdez, que faltaram na consulta para o reteste auditivo. Todos os recém-nascidos dessa amostra, mesmo aqueles que passaram na TAN antes da alta hospitalar, deveriam ser monitorados audiologicamente pelo período de um ano.

As mães foram selecionadas aleatoriamente, a partir do cadastro geral de pacientes da maternidade onde foi realizada a coleta de dados.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Participaram da pesquisa:

- mães com mais de 18 anos;
- que estiveram internadas na maternidade, com seus bebês, no período de julho a dezembro de 2013;
- que faltaram ao reteste da TAN;
- que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

- mães com idade abaixo de 18 anos;
- aquelas que realizaram as consultas para reteste;
- aquelas que não aceitaram participar do estudo.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e dezembro de 2013, na própria maternidade. As mães foram convocadas por telefone, pela secretária da Unidade da Mulher e do Recém-Nascido, a comparecerem em consulta agendada para a realização do reteste auditivo. No dia marcado as mães presentes foram convidadas a participar do estudo. As participantes responderam a um questionário estruturado (Apêndice 2) que buscou levantar dados sobre: caracterização da amostra; conhecimento acerca da TAN; motivos para a não adesão ao reteste.

##### 4.4.1 Variáveis de interesse do estudo

As variáveis consideradas para análise dos resultados, em relação à amostra investigada foram:

- nível de conhecimento da TAN
- motivos para o não comparecimento à consulta do reteste
- idade da mãe
- escolaridade da mãe
- estado civil da mãe

Estes dados foram comparados entre si a fim de se verificar o nível de associação e dependência entre eles.

#### 4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

A pesquisa descritiva tem como finalidade observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos. Buscam-se frequência, característica, relação e associação entre variáveis, segundo Dyniewicz (2007). Para tanto, análises qualitativas e quantitativas são necessárias, o que, por sua vez, envolve a coleta sistemática de informação numérica mediante análise de procedimentos estatísticos, de acordo com Polit; Beck e Hungler (2004).

As respostas oferecidas pelas pesquisadas foram digitadas em planilha eletrônica e os dados foram submetidos à análise estatística e apresentados em tabelas e gráficos, para facilitar a visualização dos resultados. As variáveis quantitativas foram expressas por frequências e percentuais. Para avaliação da associação entre variáveis quantitativas foram considerados o teste de Fischer e Qui-Quadrado com valores de  $p < 0,05$  que indicaram significância estatística.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi elaborado de acordo com as normas técnicas da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP, 2012).

A pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas – UFPR, conforme Parecer Consubstanciado nº 312.269 de 02 de Julho de 2013 (Anexo 1).

Neste estudo foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo Resolução 466/2010 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que rege pesquisas em seres humanos (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Durante o período da coleta de dados, que ocorreu entre julho e dezembro/2013, nasceram vivos, na maternidade pesquisada, 733 bebês, sendo todos com IRDA, uma vez que a instituição acolhe somente gestantes de alto risco.

De acordo com o JCIH (2007) e Legislação Brasileira (BRASIL, 2012a), neste caso, por serem RNs de alto risco para a surdez, todos deveriam ter passado pelo reteste auditivo, porém, o número de faltas ao reteste, na maternidade pesquisada, foi de 82, ou seja, 11%.

Portanto, para compor a amostra, foram selecionadas 60 mães, de um universo de 82, que faltaram ao reteste.

Neste estudo consideraram-se as condições sociodemográficas da amostra e os dados constam da tabela 1.

**TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE, ESCOLARIDADE E ESTADO CIVIL DA MÃE (N=60)**

<i>VARIÁVEL</i>	<i>FREQUÊNCIA</i>	<i>%</i>
<b>IDADE</b>		
Menos de 20 anos	7	11,67
20 a 29 anos	25	41,67
30 a 39 anos	21	35,00
40 anos ou mais	7	11,67
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Fundamental incompleto	13	21,67
Fundamental	18	30,00
Médio	28	46,67
Superior	1	1,67
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteira	37	61,67
Casada	18	30,00
Divorciada	4	6,67
Viúva	1	1,67

FONTE: a autora

Em relação à idade, observa-se que a maioria da amostra possui entre 20 e 39 anos (76,67%). Segundo Kunst *et al.* (2013), as gestações nos extremos da vida



reprodutiva da mulher são consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações durante a gestação e parto, bem como no período neonatal.

Neste estudo, o número de mulheres com menos de 20 anos é restrito, uma vez que a maternidade onde foi realizada a coleta de dados é referência para atendimento somente de gestação de alto risco, para mulheres acima de 18 anos.

Em Curitiba, jovens e adolescentes gestantes, com gravidez de alto risco, são encaminhadas para outra maternidade do município voltada especialmente para esta faixa etária. Os esforços institucionais visam minimizar riscos, oferecendo o acompanhamento da gravidez por meio do “Programa Mãe Curitibana”, desde 1999, vinculando-as às maternidades de referência para o parto de acordo com o grau de risco, mesmo porque, no que diz respeito à TAN, a gravidez precoce aumenta os índices de RNs com riscos para a deficiência auditiva, devido aos riscos pré, peri e pós-natal (CURITIBA, 2014).

Também foi restrito o número de mães com mais de 40 anos, o que permite inferir que a idade não se apresenta como um fator de risco para a gravidez na amostra estudada.

Nesta pesquisa pode-se afirmar que mais da metade da amostra (51,67%) possui apenas o nível fundamental, sendo que a outra metade (46,67%) possui o ensino médio. Apenas uma pesquisada possui nível superior. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Silva (2014).

Constata-se que, segundo Mahl *et al.* (2013), as características sociodemográficas das mães que compareceram ao programa de TAN, a exemplo da idade e o nível de escolaridade, “são muitas vezes determinantes para a busca de auxílio durante a gestação e podem influenciar no modo como a mãe compromete-se com o desenvolvimento e saúde de seu bebê depois do parto”.

No tocante ao grau de escolaridade, Fernandes (2005), pesquisou os motivos para o não comparecimento da mãe com seu RN ao reteste, apontando um conjunto de razões, onde a baixa escolaridade dos pais se destaca, sendo este um fator fundamental para o entendimento da importância da TAN.

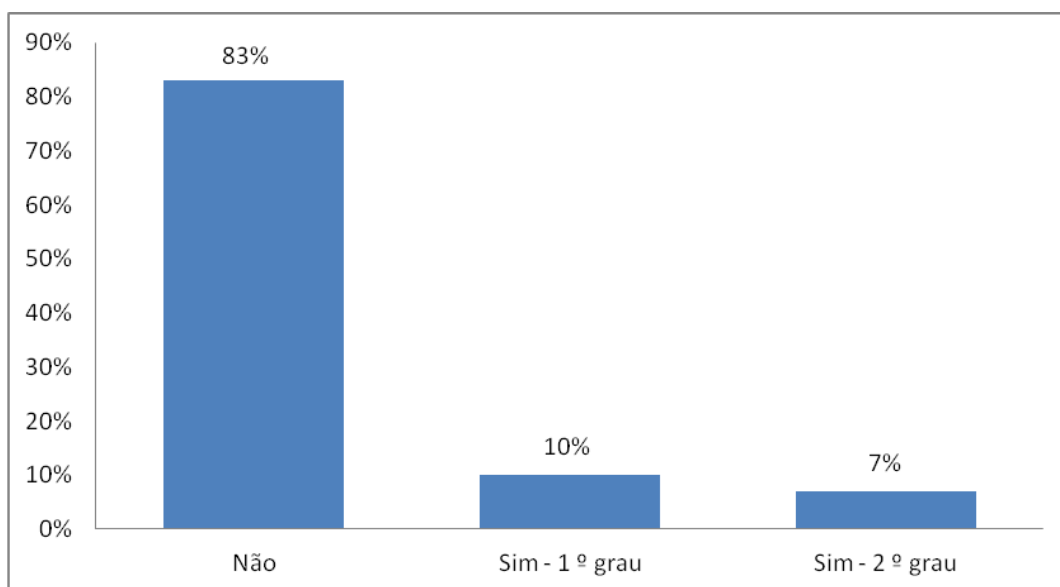
Com relação ao estado civil, 70% da amostra referiram ser solteiras. Segundo Fernandes e Nozawa (2010), ao estudarem as variáveis referentes ao estado civil das mães no banco de dados dos nascidos vivos, entre 27.817 nascimentos de um município, concluíram que, a probabilidade de não retorno das mães que viviam sem companheiro foi 1,4 vezes maior do que aquelas que viviam acompanhadas, ou seja,

o fato de não terem companheiro demonstrou ser fator preponderante para a não adesão ao reteste da TAN.

## 5.2 NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE A TAN

Todas as respondentes referiram “achar” que seus RNs escutavam bem. Estudos de Delgado (1997), apontam que é no seio familiar que as diferenças são rapidamente identificadas, principalmente quando os agentes envolvidos estão sensibilizados para o fato. Em função disto, as mães foram questionadas sobre a presença de alguém com perda auditiva na família, e em caso positivo, qual o grau de parentesco. O gráfico 1 representa este achado.

**GRÁFICO 1 – SE POSSUI ALGUÉM COM PROBLEMAS AUDITIVOS NA FAMÍLIA (N = 60)**



FONTE: a autora

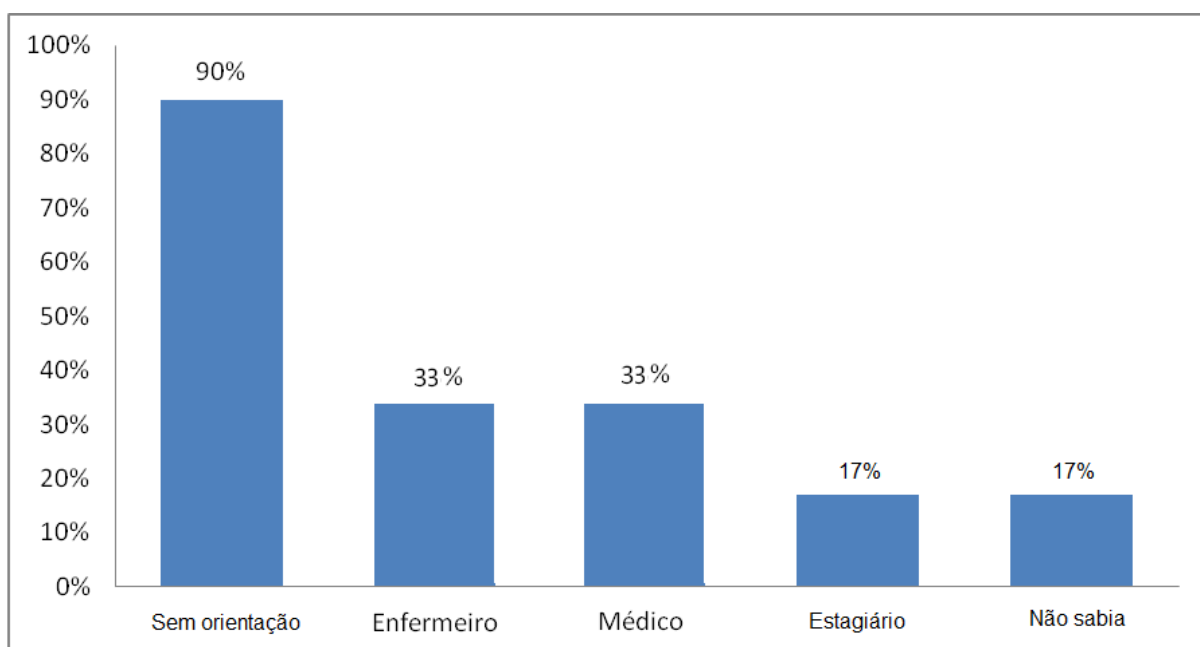
O fato de existirem pessoas com surdez na família, sensibiliza o olhar para o desenvolvimento auditivo normal ou de risco no seio familiar (AZEVEDO,1997).

Quando perguntado sobre o que é o teste da orelhinha, 63,33% da amostra referiu não saber, em contrapartida 63,33% afirmaram ter conhecimento sobre a importância do mesmo, ou seja, informações conflitantes foram identificadas neste momento da pesquisa.

No tocante ao conhecimento da TAN, Kunst *et al.* (2013), referem em sua pesquisa que, de um total de 1022 mães pesquisadas, 34,44% tiveram conhecimento durante a gravidez.

O gráfico 2 apresenta o nível de orientação recebida e os profissionais envolvidos nas orientações durante o pré-natal.

**GRÁFICO 2 – PROFISSIONAL QUE ORIENTOU SOBRE O TESTE DA ORELHINHA NO PRÉ-NATAL (N = 6)**



FONTE: a autora

Nos resultados desta pesquisa, cerca de 90% das entrevistadas declararam que não receberam nenhuma orientação quanto ao teste da orelhinha durante o período de pré-natal.

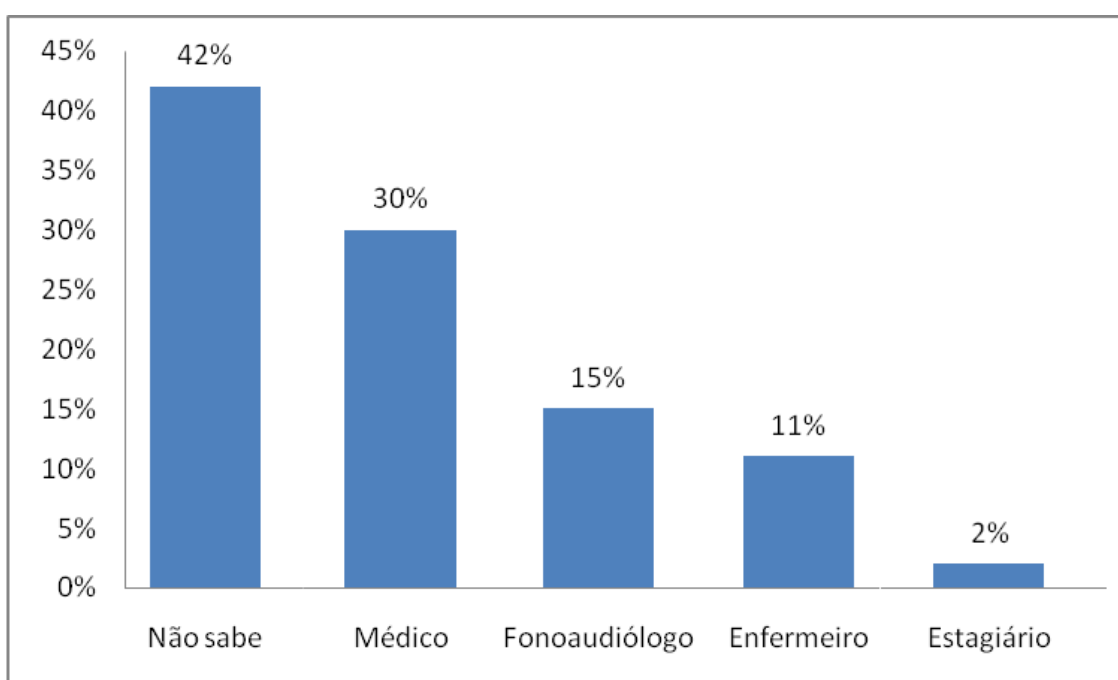
Durante o período do internamento, ou seja, após o parto, somente 18,33% receberam orientação sobre a importância do teste da orelhinha, enquanto que 82% desconheciam sobre o procedimento. Também chama a atenção o fato de que nenhuma das mães entrevistadas declarou ter recebido algum material explicativo acerca do teste.

Pereira (2007, p.42), trata da importância de se fornecer o folheto explicativo desenvolvido pelo GATANU (2013), sendo a sua utilização “importante para esclarecer aos pais possíveis dúvidas sobre a TAN”. Entende-se que a utilização de material de apoio pode atuar não somente para o reconhecimento desta importância,

mas também como material educativo que desperte maior interesse dos pais, quanto à saúde auditiva dos filhos.

Quando perguntado sobre a realização do teste da orelhinha, 90% delas sabiam que o filho havia realizado o exame ainda na maternidade, mas, somente 35% referiram ter conhecimento sobre o resultado, e 38,33%, desconheciam o profissional que o realizou, como mostra o gráfico 3.

**GRÁFICO 3 – PROFISSIONAL QUE REALIZOU O TESTE DA ORELHINHA NA MATERNIDADE (N = 54)**



FONTE: a autora

Estes dados revelam a baixa divulgação da TAN como importante procedimento de diagnóstico precoce de problemas auditivos junto à população, o que destaca a participação dos profissionais da saúde, e em particular, aos da Atenção Primária, pois se observa que há pouco reconhecimento e envolvimento das equipes básicas de saúde para que todos os RNs recebam esse cuidado, que é regulamentado pela Lei nº 12.303/2010 (BRASIL, 2013).

### 5.3 FALTA DE ADESÃO AO RETESTE DA TAN: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Quanto ao reteste, 91,67% das mães receberam orientação para fazê-lo. No entanto, 90,9% desconheciam o motivo pelo qual foram encaminhadas para este procedimento. Neste item destaca-se a importância das orientações dos profissionais de saúde, para que este índice seja o menor possível para a não adesão, uma vez que todas as mães entrevistadas deveriam levar seus RNs para realizar o reteste da TAN, em virtude de apresentarem risco para a surdez. Todas estas mães faltaram ao reteste e os motivos estão descritos na Tabela 2.

**TABELA 2 – MOTIVOS PARA O NÃO COMPARECIMENTO DA MÃE À CONSULTA DE RETESTE (N=60)**

<i>VARIÁVEL</i>	<i>FREQUÊNCIA</i>	<i>%</i>
Esqueceu a consulta	18	30,0
Não sabia	12	20,0
Problemas de saúde da mãe	05	8,3
Paralisação dos serviços (greve)	04	6,6
Sem acompanhante	04	6,6
Problemas de saúde na família	03	5,0
Problemas com condução	03	5,0
Muita informação no dia da alta	02	3,3
Impedimento por mau tempo	02	3,3
Coincidência de datas	02	3,3
Falecimento familiar	01	1,6
Não podia faltar no trabalho	01	1,6
Falta de tempo	01	1,6
Problemas particulares	01	1,6
Problemas com a saúde do bebê	01	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

FONTE: a autora.

Cerca de um terço da amostra (30%), esqueceu a consulta para realização do reteste. Mello *et al.* (2013), descreve alguns dos motivos irrelevantes para o não comparecimento ao reteste, e indica o esquecimento como uma das justificativas. Os autores entendem que tal fato deve-se, em especial à ausência de orientações adequadas dadas às mães e responsáveis, bem como à conscientização do prejuízo que pode sobrevir aos filhos.

Neste sentido, França *et al.* (2010), destacam que o aumento na taxa de adesão depende de algumas possíveis estratégias para maior participação no Programa e entre elas, o trabalho de orientação às mães e pais dos RNs além do

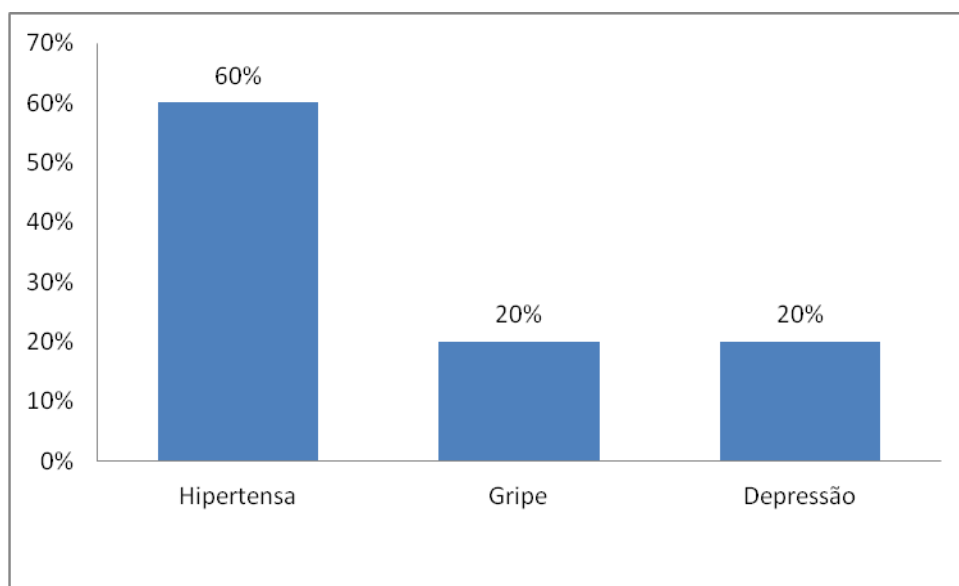
acompanhamento das famílias dos mesmos que falharam na primeira avaliação, em relação às etapas seguintes do processo de triagem.

O fato de não saber da necessidade do reteste, declarado por 20% das entrevistadas nesta pesquisa, retrata uma dificuldade apresentada em um estudo desenvolvido por Hilu e Zeigelboim (2007). Relatam os autores que se observou a evidência de certa contradição entre o que os profissionais de saúde dizem, o que informam as mães acerca da TAN, e o que as mães relatam que ouviram dos profissionais. Os pesquisadores notaram que, enquanto a equipe multidisciplinar relatou conhecer a detecção precoce da deficiência auditiva e orientaram sobre a TAN, a maioria das mães declarou não ter recebido nenhum tipo de informação sobre o desenvolvimento auditivo do bebê durante a gestação e nem durante sua permanência na maternidade.

O que os autores acima citados, entendem desta dificuldade é que as mães recebem muitas informações novas a respeito de exames e dos seus RNs e essas informações nem sempre são assimiladas, ou entendidas pois as mães só apreendem o que conseguem entender. Assim, sugere-se que os profissionais da saúde tornem sua fala o mais compreensível possível e também confirmem o entendimento por parte das mães e responsáveis.

Costa, Valle e Yamada (2000), destacam a importância de um trabalho interdisciplinar principalmente para os casos em que há suspeita ou confirmação de deficiência auditiva da criança, pois mães e responsáveis irão cuidar de seus filhos de maneira constante e é de suma importância o reconhecimento de suas tarefas e cuidado com a saúde. No caso das mães pesquisadas, a atenção deveria ser redobrada, pois uma vez que apresentaram gestação de alto risco, o acompanhamento deveria ser melhor monitorado. Mais de oito por cento das respondentes não compareceram ao reteste por problemas de saúde e as causas estão representadas no Gráfico 4.

**GRÁFICO 4 – PROBLEMAS DE SAÚDE DA MÃE QUE IMPEDIRAM O COMPARECIMENTO AO RETESTE (N = 60)**



FONTE: a autora.

Segundo Alvarenga *et al.* (2012), a idade da mãe, sua condição cultural e a estrutura familiar podem interferir na decisão por monitorar ou não a audição de seus filhos, visto que condições socioculturais favorecidas aumentam as análises críticas sobre a realidade e conferem ao ser humano, melhores condições de tomada de decisões.

Neste sentido, afirmam Mello *et al.* (2013), que “o não comparecimento aos retornos, apesar das insistentes recomendações sobre a importância do mesmo, reflete a falta de esclarecimento da população sobre a necessidade de acompanhamento do desenvolvimento para a prevenção de DA. Neste estudo verificou-se a possibilidade de associação entre idade da mãe e conhecimento acerca do teste. Segundo análise estatística realizada (tabela 3), não foi observada associação entre a idade da mãe e nível de conhecimento sobre a TAN.

**TABELA 3 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE DA MÃE E O CONHECIMENTO  
SOBRE O TESTE DA ORELHINHA**

QUESTÃO	RESPOSTA	IDADES (ANOS)				p
		Menos de 20	20 a 29	30 a 39	40 ou mais	
Q2	Sim	3	9	8	2	0,8861
	Não	4	16	13	5	
Q3	Sim	4	14	15	5	0,2235
	Não	3	11	6	2	
Q4	Sim	1	4	-	1	0,1205
	Não	6	21	21	6	
Q7	Sim	1	4	5	2	0,3651
	Não	6	21	16	5	
Q9	Sim	4	23	20	7	0,1205
	Não	3	2	1	-	
Q11	Sim	1	8	8	4	0,2326
	Não	6	17	13	3	
Q12	Sim	5	24	19	7	0,7550
	Não	2	1	2	-	
Q13	Sim	2	1	2	-	0,5000
	Não	-	2	3	-	
Q15	Sim	7	24	20	7	0,9234
	Não	-	1	1	-	

**LEGENDA:**

- Q 2. Você sabe o que é o teste da orelhinha?  
 Q 3. Você tem conhecimento sobre a importância do teste da orelhinha?  
 Q 4. Durante seu pré-natal alguém lhe falou sobre o teste da orelhinha?  
 Q 7. Durante seu internamento na maternidade, você recebeu orientação sobre a importância do teste da orelhinha?  
 Q 9. Na maternidade sabe se foi realizado o teste da orelhinha?  
 Q 11. Você tem conhecimento sobre o resultado do teste?  
 Q 12. Você foi orientada para fazer novamente o teste? ( reteste)  
 Q 13. Se SIM, foi informada sobre o motivo do reteste?  
 Q 15. Foi agendado o reteste?

NOTA: Para possibilitar a aplicação dos testes, foi considerado duas categorias de idades: até 29 anos e 30 anos ou mais.

FONTE: a autora.



## QUADRO 2– ASSOCIAÇÃO ENTRE A IDADE DAS MÃES E O MOTIVO PARA O NÃO COMPARECIMENTO AO RETESTE

QUESTÃO 17 Motivos para não o comparecimento ao reteste	IDADES (ANOS)				
RESPOSTAS	Menos de 20	20 a 29	30 a 39	40 ou mais	%
Esqueceu a consulta	4	4	8	2	44,4
Não sabia	1	5	4	2	41,6
Problemas de saúde na mãe	1	2	2	0	40
Paralisação dos serviços (greve)	0	3	1	0	75
Sem acompanhante	0	2	2	1	40
Problemas de saúde na família	0	2	1	0	66,6
Problemas com condução	1	2	0	0	66,6
Muita informação no dia da alta	0	1	0	0	100
Impedimento por mau tempo	0	1	1	0	50
Coincidência de datas	0	1	1	0	50
Falecimento familiar	0	0	0	1	100
Não podia faltar no trabalho	0	1	0	0	100
Falta de tempo	0	1	0	0	100
Problemas particulares	0	0	0	1	100
Problemas com a saúde do bebê	0	0	1	0	100
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora

As mais diversas justificativas foram dadas por mães entre 21 e 39 anos. Há um alto número de mães, na primeira década – cinco mães -, que não sabiam desta necessidade e quatro mães que esqueceram da data agendada do reteste. No entanto, entre as mães de 31 a 39 anos, houve o maior número de esquecimento, oito entre elas, enquanto que quatro também declararam não ter conhecimento, resposta que envolve o atendimento da equipe.

Neste estudo verificou-se a possibilidade de associação entre estado civil da mãe e conhecimento acerca do teste da orelhinha. Segundo análise estatística

realizada (tabela 4), foi observada associação entre as variáveis somente para a questão 9

**TABELA 4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTADO CIVIL DA MÃE E CONHECIMENTO SOBRE O TESTE DA ORELHINHA (N = 60)**

QUESTÃO	RESPOSTA	ESTADO CIVIL				p
		Solteira	Casada	Divorciada	Viúva	
Q2	Sim	16	3	3	-	0,1800
	Não	21	15	1	1	
Q3	Sim	26	9	3	-	0,1573
	Não	11	9	1	1	
Q4	Sim	5	1	-	-	0,2499
	Não	32	17	4	1	
Q7	Sim	10	2	-	-	0,0844
	Não	27	16	4	1	
Q9	Sim	31	18	4	1	<b>0,0418*</b>
	Não	6	-	-	-	
Q11	Sim	15	5	1	-	0,2538
	Não	22	13	3	1	
Q12	Sim	34	16	4	1	0,9362
	Não	3	2	-	-	
Q13	Sim	3	2	-	-	1,0000
	Não	3	1	1	-	
Q15	Sim	35	18	4	1	0,2568
	Não	2	-	-	-	

**LEGENDA:**

Q 2. Você sabe o que é o teste da orelhinha?

Q 3. Você tem conhecimento sobre a importância do teste da orelhinha?

Q 4. Durante seu pré-natal alguém lhe falou sobre o teste da orelhinha?

Q 7. Durante seu internamento na maternidade, você recebeu orientação sobre a importância do teste da orelhinha?

Q 9. Na maternidade sabe se foi realizado o teste da orelhinha?

Q 11. Você tem conhecimento sobre o resultado do teste?

Q 12. Você foi orientada para fazer novamente o teste? (reteste)

Q 13. Se SIM, foi informada sobre o motivo do reteste?

Q 15. Foi agendado o reteste?

NOTA: Para possibilitar a aplicação dos testes, consideraram-se duas categorias de estado civil: solteira e casada + divorciada + viúva.

FONTE: a autora.

**QUADRO 3 – ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTADO CIVIL DA MÃE E O MOTIVO PARA O NÃO COMPARECIMENTO AO RETESTE**

<b>QUESTÃO 17- Motivos para o não comparecimento ao reteste</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>				
<b>RESPOSTAS</b>	Solteira	Casada	Divorciada	Viúva	%
Esqueceu a consulta	11	5	1	1	30
Não sabia	7	5	0	0	20
Problemas de saúde na mãe	3	2	0	0	8,3
Paralisação dos serviços (greve)	3	0	1	0	6,4
Sem acompanhante	2	1	1	0	6,4
Problemas de saúde na família	3	0	0	0	4,8
Problemas com condução	2	1	0	0	4,8
Muita informação no dia da alta	1	1	0	0	3,3
Impedimento por mau tempo	0	1	1	0	3,3
Coincidência de datas	2	0	0	0	3,3
Falecimento familiar	1	0	0	0	1,6
Não podia faltar no trabalho	1	1	0	0	3,3
Falta de tempo	1	0	0	0	1,6
Problemas particulares	0	1	0	0	1,6
Problemas com a saúde do bebê	0	1	0	0	1,6
<b>TOTAIS</b>	<b>36</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Fonte: a autora

Neste quadro, o número de mães solteiras que esqueceram (11) e as que não sabiam (7) são significativos, considerando que alcançam mais de 25% das entrevistadas, incluindo as casadas (10). Em uma estimativa empírica, pode-se mencionar que as mães solteiras têm maiores dificuldades em atender aos filhos e trabalhar para o seu sustento, o que pode justificar este alto índice apresentado na pesquisa. A tabela 5 apresenta a associação entre grau de escolaridade da mãe e conhecimento acerca do teste da orelhinha. Segundo análise estatística realizada, foi observada associação somente para a questão 4.

**TABELA 5 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE DA MÃE E O CONHECIMENTO SOBRE O TESTE DA ORELHINHA (N = 60)**

QUESTÃO	RESPOSTA	ESCOLARIDADE					p
		Fund. Completo	Fund. Incompleto	Médio Completo	Médio Incompleto	Superior	
Q2	Sim	6	6	9	1	-	0,2581
	Não	8	7	19	3	1	
Q3	Sim	9	8	18	2	1	0,9571
	Não	5	5	10	2	-	
Q4	Sim	2	3	1	-	-	<b>0,0467*</b>
	Não	12	10	27	4	1	
Q7	Sim	5	2	4	1	-	0,2993
	Não	9	11	24	3	1	
Q9	Sim	11	13	26	3	1	0,7953
	Não	3	-	2	1	-	
Q11	Sim	5	5	9	2	-	0,7648
	Não	9	8	19	2	1	
Q12	Sim	13	11	26	4	1	0,4813
	Não	1	2	2	-	-	
Q13	Sim	1	-	3	-	1	0,2659
	Não	12	11	23	4	-	
Q15	Sim	14	12	27	4	1	0,8851
	Não	-	1	1	-	-	

**LEGENDA:**

Q 2. Você sabe o que é o teste da orelhinha?

Q 3. Você tem conhecimento sobre a importância do teste da orelhinha?

Q 4. Durante seu pré-natal alguém lhe falou sobre o teste da orelhinha?

Q 7. Durante seu internamento na maternidade, você recebeu orientação sobre a importância do teste da orelhinha?

Q 9. Na maternidade sabe se foi realizado o teste da orelhinha?

Q 11. Você tem conhecimento sobre o resultado do teste?

Q 12. Você foi orientada para fazer novamente o teste? (reteste)

Q 13. Se SIM, foi informada sobre o motivo do reteste?

Q 15. Foi agendado o reteste?

NOTA: Para possibilitar a aplicação dos testes, consideramos duas categorias de escolaridade: fundamental e médio + superior.

FONTE: a autora.

**QUADRO 4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE DA MÃE E O MOTIVO PARA O NÃO COMPARECIMENTO AO RETESTE**

<b>QUESTÃO 17- Motivos para o não comparecimento ao reteste</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>					
<b>RESPOSTAS</b>	Fund. Comp.	Fund. Incomp.	Médio Comp.	Médio Incomp.	Super.	%
Esqueceu a consulta	4	6	7	0	1	38,8
Não sabia	4	3	5	0	0	41,6
Problemas de saúde na mãe	1	2	2	0	0	40
Paralisação dos serviços (greve)	0	0	4	0	0	100
Sem acompanhante	0	0	2	2	0	50
Problemas de saúde na família	1	0	2	0	0	66,6
Problemas com condução	1	2	0	0	0	66,6
Muita informação no dia da alta	1	0	1	0	0	50
Impedimento por mau tempo	0	0	2	0	0	100
Coincidência de datas	1	1	0	0	0	50
Falecimento familiar	0	1	0	0	0	100
Não podia faltar no trabalho	0	1	0	0	0	100
Falta de tempo	1	0	0	0	0	100
Problemas particulares	0	0	1	0	0	100
Problemas com a saúde do bebê	1	0	0	0	0	100
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora

A baixa escolaridade das mães com ensino fundamental completo ou não, é evidenciada entre aquelas que esqueceram (dez) e (sete) que não sabiam que deveriam retornar para o reteste. Com ensino médio foram 12 mães no total, enquanto que somente uma das mães que esqueceu, tem ensino superior.

Estes achados sugerem que há necessidade de se ofertar maior instrução e melhor orientação, além de estabelecer um timo de lembrete (talvez na Carteira de Vacinação da criança), para ajudar as mães neste compromisso.

## 6 CONCLUSÕES

Considerando os objetivos definidos para fundamentar esta pesquisa, conclui-se que:

- a) Foram identificados os fatores determinantes para a não adesão ao reteste na TAN entre as mães pesquisadas. Dentre eles, os mais significativos foram: esquecimento da data agendada e desconhecimento da importância do reteste;
- b) A amostra foi caracterizada com sucesso;
- c) O nível de desconhecimento sobre a TAN foi elevado na amostra estudada;
- d) Não foi registrada associação entre idade da mãe, nível de escolaridade e estado civil com conhecimentos sobre a TAN;
- e) Uma análise qualitativa dos dados permitiu verificar que existe associação entre idade, nível de escolaridade e estado civil com os fatores determinantes para não adesão ao reteste;
- f) O profissional de enfermagem pode contribuir de maneira decisiva para sensibilizar esta população acerca da importância da TAN, uma vez que sua presença nas consultas de pré-natal, internamento e momento da alta é constante.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o conceito de adesão ao reteste, precisa ser analisado de maneira multidisciplinar, pois, embora o paciente seja o alvo principal do processo de adesão, esta não depende somente dele, mas sim, de diversos participantes, como a família, o profissional e o próprio sistema de saúde. Estes precisam estar integrados para que haja o necessário conhecimento, valorização e participação no programa da TAN.

No que diz respeito à abordagem multidisciplinar pela equipe de saúde, no atendimento à criança, há uma grande preocupação em formar um novo perfil do profissional atuante nesta área. É relevante que o mesmo tenha ações de atendimento mais humanizado e acolhedor, agregando conhecimentos técnicos para responder às reais necessidades de saúde da população, tanto sob a ótica saúde-doença, como do bem estar generalizado.

Pode-se afirmar que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar contribui com ampla participação na construção de novos paradigmas de atenção à saúde, permitindo assim uma assistência integral aos indivíduos, suas famílias e alcançando toda a comunidade.

Além das atividades consideradas normais, em muitas situações a equipe precisa intervir, quando surgem fatores de risco diferenciados, prestando assistência permanente e com qualidade, atuando nas atividades de educação e promoção da saúde.

Em consonância com os resultados obtidos na pesquisa, recomenda-se inicialmente a realização de melhor e mais aprofundada orientação a ser realizada junto às mães, desde o período de gestação, alertando-as quanto à TAN, sua importância e as dificuldades que podem surgir quanto à audição dos RNs, pois, feitos os exames necessários ainda antes da alta hospitalar, quando houver necessidade do reteste é indispensável o comparecimento para a sua realização, a fim de reduzir os possíveis problemas de audição no futuro.

Os profissionais envolvidos em cuidados com as gestantes e parturientes devem incentivar a participação efetiva dos familiares nos programas da TAN, a qual contribuirá para acelerar o diagnóstico audiológico, garantindo melhores perspectivas de resultados positivos.

Nestes critérios devem ser respeitadas as condicionantes do empoderamento familiar, uma vez que ele pode possibilitar a aquisição do conhecimento pela educação em saúde, as possíveis ações determinadas com a emancipação individual e também da consciência coletiva necessária para a superação de problemas, que às vezes permanecem na dependência social e no controle das políticas públicas.

Uma providência importante seria a ampliação da oferta da TAN no SUS, nas maternidades, serviços ambulatoriais, além da inclusão em unidades da atenção básica nas comunidades. Estas são medidas que dependem da política pública voltada para a área da saúde, mas, é uma meta de oferta universal para todos os hospitais e maternidades do Brasil, já estabelecida em lei desde 2010, garantindo o direito do teste da orelhinha para todos os RNs.

Enquanto estas questões filosóficas não atingem, eficientemente, a comunidade usuária dos serviços de saúde e os próprios gestores, medidas simples e de ordem prática podem ser adotadas nos serviços de atendimento à TAN, como por exemplo:

Para haver maior efetividade na concretização dos programas de TAN, deverá haver um monitoramento dos casos em que o retorno para reteste seja necessário, estabelecendo assim uma possível comunicação entre todas as redes de assistência à saúde.

As anotações na Carteirinha dos RNs são importantes, porém, as informações dadas individualmente em forma de aconselhamento, precisam ser feitas e confirmadas para que haja certeza do entendimento das orientações e dos prazos a serem cumpridos.

Sugere-se ainda a realização e entrega de folders ilustrados, de maneira que sejam anexados às carteirinhas das crianças, com o objetivo de chamar a atenção da necessidade dos testes e retestes, os quais servirão de lembretes mais efetivos se comparados com uma folha de informações descritas na forma de notas, que exigem leitura mais atenta, uma vez que ainda muitas mães têm baixa escolaridade.

Portanto, é a partir do diálogo do saber técnico-científico e do conhecimento popular que profissionais e usuários podem construir de forma integrada o conhecimento e a educação em saúde, que compreende o processo saúde- doença e cuidado, de maneira a fortalecer a confiança nos serviços recebidos e prestados.



Sendo assim, pretende-se que com estas medidas, sejam alcançados todos os nascidos vivos, além de se proporcionar uma vigilância efetiva quanto à incidência da deficiência auditiva no primeiro ano de vida, em virtude do amplo impacto de ações e programas direcionados à prevenção dessa deficiência.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, K.de F.; GRADET, J. M.; ARAÚJO, E. S.; BEVILACQUA, M. C. Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. *RevSocBrasFonoaudiol.* v. 17, n. 3, p. 241-7, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rsbf/v17n3/02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v17n3/02.pdf)> Acesso em: 20 abr. 2014.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000. Position Statement. *Pediatrics*, v. 106, p. 798, 2000.

AMORIM, V. K. T. de M. *Fatores que interferem na audição do bebê durante a gestação. Uma proposta de prevenção.* CEFAC. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Tese. Recife, 1998. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/4b588807824bf5dfb9afd3e1d6298616.pdf>> Acesso em: 05 maio 2014.

ANGRISANI, R. M. G.; AZEVEDO, M. F. de; CARVALLO, R. M. M.; DINIZ, E. M. de A.; FERRARO, A. A.; GUINSBURG, R.; MATAS, C. G.. Caracterização eletrofisiológica da audição em prematuros nascidos pequenos para a idade gestacional. *CoDAS[online]*. 2013, v. 25, n. 1, pp. 22-28. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000100005>> Acesso em: 20 abr. 2014.

AZEVEDO, M. F. Avaliação audiológica no 1º. ano de vida. In: LOPES FILHO O. (Org.). *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 1997. p. 604-16.

BAKHTIN, M. *Estética da Criação Verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1997. p.42.

BARBOZA, A. C. S.; RESENDE, L. M. de; FERREIRA, D. B. C.; LAPERTOSA, C. Z.; CARVALHO, S. A. da S. Correlação entre perda auditiva e indicadores de risco em um serviço de referência em triagem auditiva neonatal. *Audiol., Commun. Res.* v. 18, n.4, São Paulo, oct./dec. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acr/v18n4/09.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2014.

BASSETO, M. C. A. Triagem Auditiva em Neonatos. In: LOPES FILHO, Otacilio. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2005.

BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BIREME. Biblioteca virtual em saúde. Disponível em [WWW.bireme.br](http://WWW.bireme.br) . Consultado em 15/10/14.

BOHRER, M. S. de A. *Educação Médica Continuada*. Triagem auditiva. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=24&id\\_detalhe=1773&tipo\\_detalhe=s](https://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=1773&tipo_detalhe=s)> Acesso em: 03 maio 2014.

BRAIT, B. *Ironia em perspectiva polifônica*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1994.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>> Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo de 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df?>>> Acesso em: 30 abr. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA. MEC/SEESP - Secretaria de Educação Especial. *Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial: Área de Deficiência Auditiva*. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. DATASUS Base de Dados na Internet. *Informações de Saúde*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>> Acesso em: 09 junho, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Caderno de Atenção Básica, n. 33. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 587 de 07 de outubro de 2004*. Anexo II. Normas gerais para credenciamento/habilitação de serviços de atenção à saúde auditiva. SASA. Credenciamento/habilitação dos serviços de atenção à saúde auditiva na média e na alta complexidade. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/4489-587>> Acesso em: 20 jun.2014.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 2073 de 28 de setembro de 2004*. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>>Acesso em: 29 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010*. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato\\_2007-2010/2010/Lei/L12303.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato_2007-2010/2010/Lei/L12303.htm)>Acesso em: 20 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. SENADO FEDERAL. *Teste da orelhinha*. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/senado/campanhas/orelhinha/default.html>>. Acesso em 20 mar. 2013.

COMITÊ BRASILEIRO SOBRE PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA. Recomendação 01/99 do Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia*, 2000. p. 3-7.

COMITÊ MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE AUDITIVA. *Parecer sobre TANU*. 2010. São Paulo. Disponível em: [www.audiologiabrasil.org.br/pdf/COMUSA](http://www.audiologiabrasil.org.br/pdf/COMUSA) Acesso em: 20 mar. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Lei Nº 7.498/86. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências*. Brasília, 1986. Disponível em <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>> Acesso em: 04 out 2014.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA. 2ª. Região São Paulo. *Teste da Orelhinha é Lei em São Paulo*. 09 de maio de 2014. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/noticias/sala-de-imprensa/releases/>> Acesso em: 02 maio 2014.

COSTA, M. R. M.; VALLE, T. G. M. do; YAMADA, M. O. Atendimento interdisciplinar no centro de pesquisas audiológicas: interferência na ansiedade materna. *Pediatria Moderna*, n. 36, p. 147-151, 2000.

CUNICO, S.D.; OLIVEIRA, C. T. de; KRUEL, C. S.; TOCHETTO, T. M.. Percepções e Sentimentos Maternos Frente à Triagem Auditiva Neonatal do Filho. *Pensando Famílias*, v. 17, n. 2, p. 84-95, dez. 2013, Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17\\_n2a07.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17_n2a07.pdf)> Acesso em: 05 jul. 2014.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Programa Mãe Curitibana*. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>> Acesso em: 04 jul. 2014.

DELGADO, A. R. A importância da integração da família no processo terapêutico: relato de experiência em clínica escola. In: LAGROTTA, M. G. M.; CÉSAR, C. R. H. A. R. (Org). *A fonoaudiologia nas instituições*. São Paulo: Lovise, 1997.

DESSEN, M. A.; BRITO, A. M. W. de. Reflexões sobre a deficiência auditiva e o atendimento institucional de crianças no Brasil. *Paidéia*. n.12-13, Ribeirão Preto fev./ago. 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100009>> Acesso em: 28 abr. 2013.

DURANTE, A. S.; CARVALLO, R. M. M.; COSTA, M. T.Z. da; CIANCIARULLO, M. A.; VOEGELS, R. L.; TAKAHASHI, G. M.; SOARES, A. V. N.; SPIR, E. Programa de Triagem Auditiva Neonatal - Modelo de Implementação. *International Archives of Otorhinolaryngology*. Scielo. v. 8, n. 1, jan/mar., 2004. Disponível em:

<[http://www.internationalarchivesent.org/additional/acervo\\_port.asp?id=263](http://www.internationalarchivesent.org/additional/acervo_port.asp?id=263)>  
Acesso em: 20 maio, 2014.

DYNIWICZ, A. M. *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007.

FERNANDES, J. C. Estudo da efetividade de um programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. In: FRANÇOZO, M. de F. de C.; MASSON, G. A.; ROSSI, T.R. de F.; LIMA, M. C. M. P.; SANTOS, M. F. C. dos. Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. *Saúde Soc.* v.19, n.4, p.910-918, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400017)>. Acesso em: 06 abr. 2013

FERNANDES, J. C.; NOZAWA, M. R. Estudo da efetividade de um Programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 353-361, mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000200010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 jul. 2013.

FORL. FUNDAÇÃO OTORRINOLARINGOLOGIA. *Triagem auditiva*. Disponível em: <[http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario\\_3.pdf](http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_3.pdf)> Acesso em: 20 mar. 2013.

FRANÇOZO, M. de F. de C.; MASSON, G. A.; ROSSI, T.R. de F.; LIMA, M. C. M. P.; SANTOS, M. F. C. dos. Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. *Saúde Soc.* v.19, n.4, p.910-918, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400017)>. Acesso em: 06 abr. 2013

FRANÇOZO, M. F. C. F.; LIMA, M. C. M. P.; ROSSI, T. R. F.; FERNANDES, J. C.; QUINZAN, E. R. Otoemissões: perfil dos pais de bebês que retornaram para a testagem. In: *Anais do V Encontro de Pesquisa na Área de Serviço Social da PUC-Campinas e Unicamp*. 2003; Campinas.

FREDERICO, M. *Adesão de mães de lactentes a um programa de monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem*. Mestrado em Saúde. Faculdade de Ciências Médicas - FCM, 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000911622>> Acesso em 06 maio, 2014.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, p. 2, 1996.

GATANU. GRUPO DE APOIO A TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL. *Triagem auditiva neonatal*. Disponível [www.gatanu.org.be](http://www.gatanu.org.be). Acesso em 10 de fev. 2013.

GATTO, C. I.; WEINMANN, A. R. N.; TEIXEIRA, A. R. *Triagem auditiva neonatal: um programa experimental*. Disponível em: <http://posugf.com.br/biblioteca/>

[?word=Mortalidade+neonatal+precoce&publisher=Universidade%20Federal%20de%20Santa%20Maria](#)> Acesso em: 20 setembro, 2014.

GATTO, C. I.; TOCHETTO, T. M. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Rev. CEFAC*, v. 9, n. 1, p. 110-15, São Paulo, Jan./Mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462007000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462007000100014)> Acesso em: 30 abr. 2014.

GERGES, S. N.Y.. *Ruído: Fundamentos e controle*. 2. ed. Florianópolis: NR, 2000.

HILÚ, M. R. P. B.; ZEIGELBOIM, B. S. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. *Rev CEFAC*, São Paulo, v. 9, n. 4, 563-570, out-dez, 2007.

INTERNATIONAL ARCHIVES OF OTORHINOLARYNGOLOGY. *Programa de triagem auditiva neonatal*. Modelo de implementação. Disponível em: <[http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo\\_port.asp?id=263](http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=263)> Acesso em: 20 maio, 2014.

ISAAC, M. L.; MANFREDI, A. K. S. Diagnóstico precoce da surdez na infância. *Medicina*.v. 38, p. 235-44, 2005.

JANUÁRIO, G. C. *Percurso assistencial das crianças avaliadas pelo serviço de referencia de triagem auditiva neonatal do Hospital Sofia Feldman no período de 2010 a 2011*. Dissertação. Mestrado. Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-92NPMT/disserta\\_\\_o\\_\\_gabriela\\_cintra\\_janu\\_rio.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-92NPMT/disserta__o__gabriela_cintra_janu_rio.pdf)> Acesso em: 06 maio, 2014.

JCIH.JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING.JCIH.Year 2007. Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*. 2007. v.120, n. 4, p. 898-921. Disponível em: <<http://www.jcih.org/history.htm>> Acesso em: 18 abr. 2013.

KEMP, D.T. Otoacoustic emissions, their origin in cochlear function and use. *BrMed Bull.*, v. 63, p. 223-41, 2002.

KUNST, L. R.; DIDONÉ, D.D.; MORAES, S. C.; ESCOBAR, G. B.; VAUCHER, A. V.; BIAGGIO, E. P.V.; FEDOSSE, Elenir. Perfil sócio demográfico de mães atendidas em um serviço de triagem auditiva neonatal. *DistúrbComun*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 328-335, dezembro, 2013. Disponível em: <[revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/17723/13207](http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/17723/13207)> Acesso em: 02 jul. 2014.

LESPERANCE, M. M.; HALL III, J. W.; AUGUSTIN, T. B.; LEAL, S. M. Mutations in the Wolfram Syndrome Type 1 Gene (WFS1) Defness. Clinical Entity of Dominant Low-Frequency Sensorineural Hearing Loss. *Archives of Otolaryngology.Head&NeckSurgery*, v. 129, n. 4, p. 411-420, 2003.

LEWIS, D.R.; COSTA FILHO, O. A. Surdez no recém-nascido. In: CAMPOS, C. A. H.; COSTA, H. O. O (Orgs.). *Tratado de otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 2003. p. 367-78.

LEWIS, D. L.; MARONE, S. A. M.; MENDES, B. C. A.; CRUZ, O. L. M.; NOBREGA, M.; COMUSA: Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva. *Braz J Otorhinolaryngol.* v. 76, n. 1, p. 121-8, 2010.

LIMA, G. M. L.; MARBA, S. T. M.; SANTOS, M. F. C. Triagem auditiva em recém-nascidos internados em UTI neonatal. *Jornal de Pediatria.* v. 82, n. 2, Porto Alegre, mar./apr. 2006.

LIMA, M. C. M. P.; MARBA, S. T.; SANTOS, M. F. C.; LIMA, G. M. L.; ROSSI, T. R. F.; FRANÇOZO, M. F. C. Detecção de perdas auditivas em neonatos de um hospital público. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia.* v. 15, n. 1 p. 1-6, 2010.

LIMA, R. M.; BESSA, M. de F. *Desenvolvimento da linguagem na criança dos 0-3 anos de idade: uma revisão*. Disponível em: <pfonetica.web.ua.pt/files/publicacoes/Sonhar\_Lima-Bessa.> Acesso em: 02 maio 2014.

MAHL, F.D.; MATTIAZZI, Â. L.; ANGST, O. V. M.; KESSLER, T. M.; BIAGGIO, E. P. V.. Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal. *O Mundo da Saúde.* São Paulo, v. 37, n. 1, p. 35-43, 2013.

MANFREDI, A. K. S.; SANTOS, C. B. Intervenção fonoaudiológica junto às mães ou responsáveis por recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, precocemente detectada. *Medicina.* v. 35, p. 70-7, 2002.

MARCHESI, A. Comunicação, linguagem e pensamento. In: CÉSAR, CALL; PALÁCIOS e MARCHESI, Álvaro. (Orgs.), *Desenvolvimento Psicológico e Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 200-216, 1996.

MARQUES, J. M. *Testes estatísticos para cursos das área biológicas e da saúde*. Curitiba: Domínio do Saber, 2004.

MARZIALE, M. H.P. *Produção científica da enfermagem brasileira: a busca pelo impacto internacional*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2005, vol.13, n.3 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 Out 2014.

MELLO, J. M. de; SILVA, E. do C.; RIBEIRO, V. P.; MORAES, A. M. S. M. de; DELLA-ROSA, V. A. Índice de retorno ao reteste em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev. CEFAC.* v. 15, n. 4, p. 764-772, jul/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1693/169328127004.pdf>> Acesso em: 05 maio 2014.

MENDES, I.A.C. *Pesquisa em enfermagem: Impacto na prática*, São Paulo (SP): Editora da Universidade de São Paulo; 1991

MOURA, R. P. *Estudo dos indicadores de qualidade da Triagem Auditiva Neonatal Específica do Hospital das Clínicas da UFMG*. Monografia. Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <[ftp://ftp.medicina.ufmg.br/fono/monografias/2013/renataprazeres\\_estudodosindicadores\\_2013\\_1.pdf](ftp://ftp.medicina.ufmg.br/fono/monografias/2013/renataprazeres_estudodosindicadores_2013_1.pdf)> Acesso em: 03 maio 2014.

NARCISO, A. M. S.; PAULILO, M. A. S. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 4, n. 1, p. 27-43, jul.-dez. 2001. Disponível em: <<http://www.ssrevista.uel.br/n1v4.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

NOBREGA M. Triagem audiológica universal. In: CALDAS NETO, S.; SIH, T. *Otologia e audiologia em pediatria*. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 208-10.

NORTHERN, J. L.; DOWNS, M. P. *Audição na infância*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

OLUSANYA, B. O.; LUXON, L. M.; WIRZ, S. L. Benefits and challenges of newborn hearing screening for developing countries. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Amsterdam, v. 68, n. 3, p. 287-305, mar. 2004.

OZCEBE, E.; SEVIN, S.; BELGIN, E. The ages of suspicion, identification, amplification and intervention in children with hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Amsterdam, v. 69, n. 8, p. 1081-1087, aug. 2005.

PÁDUA, F. G. C. Triagem Auditiva Neonatal: um desafio para sua implantação. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 190-194, 2005.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. *O lugar do método na política nacional de humanização: aposta para uma experimentação democrática radical*. Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v. 34, . 86, jul./set. 2010.

PASCHE, D. F. Cartilha da Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. Saúde e Debate, Rio de Janeiro, p.34, 2011.

PEREIRA, M. C. C. S. *Estudo retrospectivo de triagem auditiva neonatal em neonatos e lactentes da cidade de Salvador*. Dissertação. Mestrado em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RANGEL, S. B.; FERRITE, S.; BEGROW, D. De V. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a triagem auditiva neonatal. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 35, n. 4, p.948-965, out./dez. 2011. Disponível em: <[https://desenvrepositorio.ufba.br/ri32-jspui/bitstream/ri/6208/1/2011\\_NaoAdesao\\_TAN.pdf](https://desenvrepositorio.ufba.br/ri32-jspui/bitstream/ri/6208/1/2011_NaoAdesao_TAN.pdf)> Acesso em: 05 jul. 2014.



RIBEIRO, F. G.; MILTRE, E. I. Avaliação do conhecimento sobre triagem auditiva neonatal de pacientes no pós-parto imediato. *Rev CEFAC*. v. 6, n. 3, p. 294-9, 2004.

RIZZATTI, M. E. C.; MENDES, M. A.; GODOY, D. M. A. G. *A Linguagem e suas múltiplas manifestações*. Elaboração Lingüística. Florianópolis: UDESC : FAED : CEAD, 2002.

SANTOS, M. F. C. dos. Protocolos de triagem auditiva neonatal em recém-nascidos de unidade de terapia intensiva. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. *Anais*, 2013. Disponível em: <[http://sbfa.org.br/fono2013/pdf/anais\\_parte2.pdf](http://sbfa.org.br/fono2013/pdf/anais_parte2.pdf)> Acesso em: 04 maio, 2014.

SANTOS, T. M.; RUSSO, I. C. P. *A prática da audiologia clínica*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SCHEEFFER, R. Aconselhamento psicológico: teoria e prática. São Paulo: Ed. Atlas S.A.; 1989.

SENA, T. A.; RAMOS, N.; RODRIGUES, G. R. I.; LEWIS, D. R. Comparação do tempo de dois procedimentos com novas tecnologias de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático (PEATE-A). *CoDAS*. v. 25, n.1, São Paulo 2013.

SILVA, L. P. *Manual de Orientação de Práticas Interventivas no Contexto Educacional para Professores do Ensino Fundamental*. Programa de Desenvolvimento Educacional - PDE. Mandirituba, 2008. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1121-2.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2014.

SILVA, V. B. da. *Resultados do programa de triagem auditiva neonatal do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro de Porto Velho - Rondônia no período de agosto de 2012 a agosto de 2013*. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10482/15449>> Acesso em: 03 maio 2014.

SOUZA, D. G. de. *Anatomia e fisiologia do ouvido*. Apostila. Versão 2007. Disponível em: <http://www.dgsotorrinolaringologia.med.br/apostouvido.htm>> Acesso em: 20 mar. 2013.

SPENCE, A. P. *Anatomia humana básica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1991.

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ. Normas técnicas: elaboração e apresentação de trabalhos acadêmico-científicos. 3 ed. revisada e atualizada. Curitiba: UTP, 2012.

VARGAS, J. C. *Programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago em 2006*. UFPC, Curso de

Graduacao em Medicina. Florianopolis, 2008. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/PE0600.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2014.

YOSHINAGA-ITANO, C. Language of early and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics*, Springfield, v. 102, n. 5, p. 1161-1171, nov. 1998.

ZAHEYEN, E. J. B.; INFANTOSI, A. F. C.; SILVA, E. J. C.da. Avaliação e acompanhamento da deficiência auditiva em recém nascidos. Cap. 18, *In*: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A. and CARALHO, M., (Orgs). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. p. 467-87. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-19.pdf>> Acesso em 28 abril, 2014.

## APÊNDICES

### **APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Idalina Marly da Luz, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, convido você a participar de um estudo intitulado “Triagem Auditiva Neonatal em uma maternidade pública de Curitiba – Paraná: fatores determinantes para a não adesão ao reteste”. O objetivo desta pesquisa é analisar os fatores determinantes à não adesão ao reteste da orelhinha, realizado no momento da triagem auditiva neonatal. Caso você participe da pesquisa, será necessário o preenchimento de um questionário. A pesquisadora Idalina Marly da Luz, enfermeira, telefone para contato nº. (41) 9152-3310, responsável por este estudo, poderá ser contatada para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como sujeito de pesquisa, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone: (41). 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científico, que realizam a revisão ética do estudo da pesquisa, para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. A sua participação neste estudo é voluntária, e se não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade, e pela sua participação não receberá qualquer valor em dinheiro. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá o seu nome, e sim, um código.

Eu..... li este termo de consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar.

---

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal

Local e data.

---

Assinatura do pesquisador

Local e data.

## **APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO**

### **TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CURITIBA-PR: FATORES DETERMINANTES PARA A NÃO ADESÃO AO RETESTE**

Prezado colaborador, as respostas deste questionário servirão como fonte de informações para a pesquisa de dissertação para conclusão do Mestrado na Universidade Tuiuti do Paraná. Esta pesquisa tem função acadêmica e sua análise servirá como fonte de informação para recomendações de melhorias na adesão ao reteste da orelhinha.

**Aluna:** Idalina Marly da Luz

**Objetivo da pesquisa:** Analisar os fatores determinantes à não adesão ao reteste da orelhinha, realizados no momento da triagem auditiva neonatal.

- Não serão divulgados nomes da instituição de saúde pesquisada;
- As informações solicitadas neste questionário têm objetivo de enriquecer o conhecimento sobre a não adesão ao reteste da orelhinha.

Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

Nome da(s) pessoa(s) responsável(eis) pelas informações: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**1. Você acha que seu bebê escuta?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**2. Você sabe o que é o teste da orelhinha?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**3. Você tem conhecimento sobre a importância do teste da orelhinha?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**4. Durante seu pré-natal alguém lhe falou sobre o teste da orelhinha?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**5. Se SIM, que profissional te orientou?**

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Fonoaudiólogo
- ☐ Médico
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**6. Você possui alguém com problemas auditivos na família? Se SIM:**

- ☐ 1º grau
- ☐ 2º grau
- ☐ Não

**7. Durante seu internamento na maternidade, você recebeu orientação sobre a importância do teste da orelhinha?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**8. Você recebeu algum material explicativo sobre o teste da orelhinha?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**9. Na maternidade você sabe se foi realizado o teste da orelhinha em seu bebê?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**10. Que profissional o realizou?**

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Fonoaudiólogo
- ☐ Médico
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**11. Você tem conhecimento sobre o resultado do teste?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**12. Você foi orientada para fazer novamente o teste?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**13. Se SIM, foi informada sobre o motivo do reteste?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**14. Motivos para o reteste:**

- ☐ Mãe com fatores de risco
- ☐ Bebê ficou internado na UTI
- ☐ Falha no teste
- ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**15. Foi agendado o reteste?**

- ☐ Sim, data e local: \_\_\_\_\_
- ☐ Não

**16. Onde foi anotado?**

- ☐ Carteirinha da criança
- ☐ Outros

**17. Motivos para não comparecimento ao reteste:**

- ☐ Problemas econômicos
- ☐ Falta de tempo
- ☐ Problemas de saúde
- ☐ Não sabe responder
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - HCUFPR**



### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CURITIBA-PR: FATORES DETERMINANTES PARA A NÃO ADESÃO AO RETESTE.

**Pesquisador:** Idalina Marly da Luz

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 16553113.0.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 830.071

**Data da Relatoria:** 06/10/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Emenda ao projeto original.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Justificativa da Emenda:

Houve desligamento da orientadora Lorena Koslowski da Instituição havendo a necessidade de substituição pela Prof. Angela Ribas.

Foi substituído o local de recrutamento das participantes por motivo de insuficiência de amostra. Foi necessário tirar do título anterior "nos casos de falha", pois nesse caso a amostra seria muito pequena em relação ao tempo de coleta.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não se aplica.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Emenda apresentada de forma clara.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br





## HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 830.071

### **Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda analisada e aprovada.

### **Situação do Parecer:**

Aprovado

### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda. Devendo o pesquisador aguardar o parecer final da CONEP sobre o referido documento.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 830.071

CURITIBA, 13 de Outubro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Renato Tambara Filho**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br