

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

**SAÚDE AUDITIVA NEONATAL EM UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

CURITIBA

2015

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

JOSÉ CARLOS SABBAG

**SAÚDE AUDITIVA NEONATAL EM UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa em
Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do
Paraná para a obtenção do título de Mestre.

Orientadores: Prof. Ari Leon Jurkiewicz (in memorium) e
Profª Drª Adriana Bender Moreira de Lacerda

CURITIBA

2015

TERMO DE APROVAÇÃO

JOSÉ CARLOS SABBAG

SAÚDE AUDITIVA NEONATAL EM UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba 14 de maio de 2015.

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação
Universidade Tuiuti do Paraná

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Bender Moreira de Lacerda
Universidade Tuiuti do Paraná

Prof. Dra. Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves
Universidade Tuiuti do Paraná

Prof. Dr. Deivisson Viana Dantas dos Santos
Universidade Federal do Paraná

AGRADECIMENTOS

Saber que o caminho se faz ao caminhar é compreender nossa relação que nunca se esgota com o mundo e as pessoas. Na minha caminhada do mestrado encontrei instituições e pessoas.

Gostaria de agradecer inicialmente, as instituições em que trabalho, como a Universidade Federal do Paraná através do seu Programa de Incentivo à Qualificação, onde obtive bolsa parcial para cursar o mestrado e ao Departamento de Saúde Comunitária que disponibilizou horários e meios e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que além de autorização do uso de suas instalações, permitiu e disponibilizou funcionários da Unidade Municipal de Saúde do Bairro Alto, principalmente os agentes comunitários de saúde que me acompanharam nas visitas domiciliares. Agradeço as famílias, que de maneira simples se dispuseram a nos receber em suas casas, fornecendo informações, não havendo nenhum tipo de recusa.

Agradeço à minha família que compreendeu a importância da realização deste curso. Obrigado pelo apoio de minha esposa Lenice, do meu filho Felipe e em especial do meu filho João, que me ajudou: a montar, procurar trabalhos, digitar e perdeu suas poucas horas de folga para transformar o meu sonho em realidade.

Agradeço especialmente ao colega, amigo e mestre da UFPR Ricardo Carlini, que me acolheu em sua residência, mesmo doente, para transmitir seus conhecimentos no processo de mestrado, que me indicou o “caminho das pedras” como gostava de dizer. A secretária do seu consultório a Luciana, que me ajudou nas pesquisas bibliográficas.

Gostaria lembrar, que a presença do Dr. Ari Leon Jurkiewicz no corpo docente da Universidade Tuiuti do Paraná foi determinante na minha escolha pela instituição, além do fato que fui um dos seus primeiros alunos quando cursei anatomia na Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, onde permaneci no seu departamento até dois anos depois de formado e talvez o seu último aluno como sendo o meu orientador no mestrado até setembro de 2013 quando veio a falecer. Não dá para esquecer os seus ensinamentos, a sua disponibilidade a sua satisfação em ser meu orientador, as correções do projeto de pesquisa dentro das normas, assinalando todos os pontos e vírgulas do texto de modo impecável. Do mesmo modo a Dra. Adriana Bender Moreira de Lacerda, estava sempre à disposição para me orientar, assim como a Dra Claudia Giglio

de Oliveira Gonçalves sempre ajudando na elaboração de trabalhos científicos e no laboratório mostrando todas as nuances da fonoaudiologia.

Agradecer a todos os professores do mestrado especialmente ao Dr. Jair Mendes Marques orientando e ajudando na elaboração das estatísticas.

Agradecer a todos os funcionários da administração do mestrado e do centro de atendimento fonoaudiológico.

Aos integrantes da turma já conhecidos e os novos, inclusive de outras áreas como psicólogos e fonoaudiólogos agradecer pelo apoio, colegismo e amizade construída.

Agradecer ao Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos, que com poucos meses de convivência no Departamento de Saúde Comunitária da UFPR aceitou o convite para participar da banca de avaliação.

Agradecer a família Lima Santos responsável pela estrutura física (laboratório/ambulatório de audiology) do mestrado/doutorado da Universidade Tuiuti do Paraná em especial seu fundador Cel. Sydnei Lima Santos, que tive oportunidade de conhecer, quando fui convidado para aula de anatomia, em 1977, quando estava iniciando a universidade fazendo as divisórias das salas de aulas do velho casarão do Champagnat.

“Aprender não é um ato findo. Aprender é um exercício constante de renovação.”

(Paulo Freire – Patrono da Educação Brasileira)

RESUMO

Nos últimos anos a deficiência auditiva na infância vem sendo discutida no âmbito de Saúde Pública ou Coletiva, visando programações em saúde auditiva que permitam prevenir, identificar, diagnosticar e proporcionar a reabilitação auditiva em crianças com deficiência auditiva de origem congênita ou adquirida. O objeto de estudo foi analisar o fluxo de atendimento em Triagem Auditiva Neonatal Universal – TANU na Atenção Básica em Saúde, em Unidade de Estratégia de Saúde da Família – ESF, de acordo com a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana. Trata-se de um estudo retrospectivo de natureza quantitativa, em neonatos, oriundos de berçários da região metropolitana de Curitiba. Foram aplicados questionários às famílias: a respeito de atendimento em: triagem auditiva hospitalar/ambulatorial, assistência em alta complexidade e integralidade de atendimento. Após aplicação de questionários os resultados indicam que existe uma rede integrada, articulada e descentralizada para gestão intersetorial com identificação na atenção básica e encaminhamento dos neonatos, para exames mais complexos, quando tiveram resultados considerados alterados. O estudo concluiu que os fluxos de atendimento em Triagem Auditiva Neonatal estão convergentes com a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana – TANU, porém, ainda não é universal. Na etapa hospitalar e ambulatorial de alta complexidade e na unidade básica de saúde existe integralidade nas ações em saúde auditiva. No entanto, as ações em saúde auditiva mostram que estão faltando informações às famílias, treinamento de funcionários e auditoria/avaliação de qualidade.

Palavras-chaves: Perda Auditiva; Integralidade em Saúde; Saúde Pública

ABSTRACT

During the last years, the auditory deficiency in infancy becomes a Public Health concern. Many programs for auditory health are created to prevent, identify, diagnosis and provide the auditory rehabilitation in children with auditory deficiency from congenital or acquired origin. The object of this study was to evaluate the quality in all area of auditory care: Universal Audiological Study for Neonatal in the Basic Attention Health and Family Health Care Unit aligned with Criança Curitibana Protocol - 2012; moreover, diagnostic and accompaniment of communication disturbances in Average/High Complexity Service at SUS. It is a retrospective study to analyze about quantity care in Curitiba public health to newborn (zero to one year) with or without factor of risk of auditory deficiency. A questionnaire had been applied in interview with families, about: neonatal auditory screening in hospital or ambulatories, unit of high complexity and integrality of attendance, answered by main researcher of the study. The results from questionnaires indicate an decentralized, integrated, articulated network exists. The network on basic attention guides neonates to more complex examinations, when they had any auditory lost suspect. This study concluded that Universal Audiological Study for Neonatal converge with Criança Curitibana Protocol of Health Care, nevertheless is not universal. All the units analyzed, like hospital and ambulatories assistance, High Complexity Service and Basic Attention Health Care, have a integrality way of care. The actions in auditory health show some problems like: lack of knowledge from families about Neonatal Auditory Screening, miss continuous training to all member from network and a frequently analyses from quality of attendance.

Keywords: Hearing Loss; Integrality in the Health; Public Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CIS	Centro de Informações em Saúde
CRE	Centros Regionais de Especialidades
CBPAI	Comitê Brasileiro de Perdas Auditivas na Infância
COMUSA	Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva
EOA	Emissões Otoacústicas
EOAE	Emissões Otoacústicas Evocadas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus
JCIH	Joint Committee on Infant Hearing
PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
PNAS	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
SASA	Serviços de Atenção à Saúde Auditiva
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI - Neonatal	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização da amostra dos neonatos(n=50)	p. 35
Tabela 2	- Intercorrências médicas materna relacionadas a gestação, parto e pós-parto e distribuição/tipos das mesmas (n=50)	p. 36
Tabela 3	- Caracterização do atendimento pré-natal(n=50)	p.37
Tabela 4	- Distribuição da amostra segundo a realização da TAN(n=50)	p.37
Tabela 5	- Apresenta resultado da TAN no teste (N=50) dos neonatos	p.38
Tabela 6	- Informações sobre saúde auditiva pelas famílias(N=50)	p.39
Tabela 7	- Sobre serviços de saúde auditiva (n=50)	p.39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 HIPÓTESE.....	15
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 IMPORTÂNCIA DA AUDIÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE PARA O DESENVOLVIMENTO BIOPSICOSOCIAL	16
4.2 HISTÓRICO SOBRE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	18
4.3 PROTOCOLOS E DIRETRIZES EM TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL.....	229
4.4 INTEGRALIDADE DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	26
4.5 PROMOÇÃO DE SAÚDE AUDITIVA NO SUS.....	29
5. MÉTODO	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	32
5.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5.3 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO	32
5.4 PROCEDIMENTOS.....	32
5.4.1 Entrevista sobre a TANU.....	33
5.4.2 Entrevista de seguimento/acompanhamento	33
5.4.3 Diagnóstico situacional sobre Integralidade de Atendimento	34
5.4.4 Fluxograma dos Procedimentos.....	35
5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
6 RESULTADOS	37
6.1 CARACTERIZAÇÃO ESTATÍSTICA DA AMOSTRA.....	37
7 DISCUSSÃO	43
8 CONCLUSÃO.....	48
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
ANEXOS.....	58

1 INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta como tema a reflexão sobre a realização de testes audiológicos em neonatos e o impacto da identificação precoce de problemas auditivos sobre a saúde da população com risco de deficiência auditiva, pois é sabido que quando o atendimento inicia-se desde o período neonatal aumentam-se as chances de intervir e melhorar a competência lingüística e desenvolvimento da alfabetização para crianças com deficiência auditiva, o que garantirá melhores condições de vida a este indivíduo.

Estudos como os de Penteado, et al. (2004), Nóbrega (1999) e Lewis et al. (2010) afirmam que a audição é essencial no processo de desenvolvimento da comunicação entre o indivíduo e o meio onde ele está inserido. Para que uma criança adquira a linguagem e desenvolva sua fala deve ser capaz detectar sons, localizá-los, discriminá-los, memorizá-los, reconhecê-los e finalmente compreende-los (Lewis et.al. (2010), estimulando o desenvolvimento cognitivo, importante para o desenvolvimento neurolinguístico, social e emocional da criança.

Buscou-se estabelecer, com base na literatura e na legislação brasileira em vigor, o que se recomenda como critério para analisar a triagem, o monitoramento e o acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, garantindo o diagnóstico e a reabilitação de neonatos em situação de risco para deficiência auditiva de origem congênita ou adquirida de inicio precoce ou não. Deste modo o que se pretendeu analisar foi o alcance dos procedimentos, ou seja, a sua universalização, tendo como princípio que saúde é um direto básico do cidadão garantido pela constituição (BRASIL, 1988).

O alcance da pesquisa foi uma Unidade de Saúde de Estratégia de Saúde da Família no município de Curitiba, pois como afirma Mattos (2001) para se ter resposta sobre a efetividade no sentido da integralidade, e portanto da universalização dos procedimentos, é preciso estudar a forma de organização dos serviços ofertados e das práticas de saúde efetivas com base nas diretrizes que a norteiam. Para fins de estudo, pretende-se com a caracterização de uma unidade, estender os resultados as demais unidades de saúde do município uma vez que todas estão baseadas nos mesmos critérios.

Neste sentido justifica-se a investigação na Unidade Básica de Saúde (UBS), considerada neste estudo como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS),

sobre como os procedimentos adotados na detecção, diagnóstico, tratamento estão colaborando para a reabilitação da deficiência auditiva na infância.

Para fins de estudo, partiu-se do pressuposto de que a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba na Unidade de Estratégia da Saúde da Família é compatível com a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana, porém não é universal.

O Tema de estudo proposto foi a saúde auditiva na Atenção Primária em Saúde a partir de uma Unidade de Saúde de Estratégia de Saúde da Família no município de Curitiba, a partir da qual levanta-se os seguintes problemas da pesquisa: "O programa de Triagem Auditiva Neonatal - TANU da Secretaria Municipal de Saúde - SMS do município de Curitiba, recém implantado, é convergente com o que é preconizado na Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana? A Triagem Auditiva Neonatal é realizada em todos os neonatos da referida unidade de saúde?

O referencial teórico, construído para sustentar a pesquisa, aborda, além dos estudos desenvolvidos sobre os critérios de Triagem Auditiva Neonatal Universal, o histórico sobre a construção dos critérios para triagem e acompanhamento nos Estados Unidos e no Brasil e a legislação que sustenta a obrigatoriedade do atendimento tanto na esfera federal como estadual e municipal, bem como a metodologia no município de Curitiba.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o fluxo de atendimento em Triagem Auditiva Neonatal Universal – TANU na Atenção Básica em Saúde, em Unidade de Estratégia de Saúde da Família – ESF, de acordo com a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos neonatos da Unidade Municipal de Saúde do Bairro Alto, em Curitiba.
- Analisar os procedimentos da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) na demanda da unidade segundo o Protocolo de Diretriz de Atenção à Saúde da Criança de Curitiba.
- Analisar o seguimento da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) em unidade de alta complexidade dos neonatos encaminhados pela unidade.
- Analisar a integralidade do sistema de saúde auditiva neonatal frente a perda auditiva.

3 HIPÓTESE

A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba na Unidade de Estratégia da Saúde da Família é compatível com a Diretriz de Atenção á Saúde da Criança Curitibana, porém não é universal.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 IMPORTÂNCIA DA AUDIÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE PARA O DESENVOLVIMENTO BIOPSICOSOCIAL

A linguagem e comunicação fazem diferença na saúde e na vida das pessoas, pois propiciam ao homem reflexão sobre si mesmo e o mundo, agilizam a aprendizagem, induzem a participação e capacitam para mudanças na busca de equidades, na construção da cidadania e de uma vida de qualidade (PENTEADO, et al., 2004).

A audição é essencial para aquisição da linguagem, o funcionamento do aparelho auditivo é importante para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança (NOBREGA, 1999).

O desenvolvimento auditivo segue etapas graduais de complexidade, tendo início já na vida intrauterina. Para que uma criança adquira a linguagem e desenvolva a fala ela deve ser capaz de detectar sons, localizá-los, discriminá-los, reconhecê-los e finalmente compreendê-los. Em caso de deficiência auditiva é necessário identificá-la no neonato, mesmo que em sua história não sejam encontrados indicadores de risco que potencializam a probabilidade desse agravo ter ocorrido (LEWIS, et al. 2010).

De acordo com a Diretriz de Atenção a Saúde da Criança Curitibana, o objetivo da detecção precoce da deficiência auditiva e intervenção é maximizar a competência lingüística e desenvolvimento da alfabetização para crianças surdas ou com deficiência auditiva. Sem oportunidade de ouvir estas crianças sofrerão atraso em relação aos seus pares quanto ao aprendizado da língua, comunicação, cognição, leitura e desenvolvimento sócio-emocional. Tais atrasos podem resultar em menores níveis de educação e portanto redução das possibilidades de empregabilidade na vida adulta (BORDIN et al., 2012).

A triagem auditiva neonatal universal (TANU) é recomendada para todos os recém-nascidos, não só para aqueles com fator de risco para deficiência auditiva, já que a surdez é o déficit sensorial mais comum nos seres humanos, acometendo um a seis neonatos para cada mil nascidos vivos e de um a quatro para cada cem recém-nascidos provenientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI - Neonatal) (BRASIL, 2012).

Para o processo de identificação precoce da deficiência auditiva o Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI, 2000) recomenda a implantação da triagem auditiva neonatal universal (TANU) para todas as crianças do nascimento até os três meses de idade. O Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) recomenda que todo o

recém nascido deve ter sua audição avaliada, prioritariamente no primeiro mês de vida, a confirmação da perda auditiva deve acontecer até os três meses de vida e tratamento e a intervenção, após o diagnóstico, até no máximo o sexto mês (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007) (LEWIS et al. 2010).

A Academia Americana de Pediatria recomenda a utilização de métodos eletrofisiológicos nos programas de TANU como o potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) e as emissões otoacústicas evocadas - EOAE (LEWIS, et al., 2010).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2003), a criação de redes hierarquizadas e regionalizadas, favorecendo o atendimento integral como uma iniciativa para garantir o desenvolvimento da criança brasileira.

Para cuidados em saúde para a população com risco de deficiência auditiva e surdez, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva - PNASA (BRASIL, 2004). Essa política preconiza a implantação de redes estaduais para realizar ações integrais de: Promoção e prevenção; Diagnóstico audiológico; Concessão de próteses auditivas; Acompanhamento e reabilitação.

Em ação conjunta da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência e outros departamentos entre os quais as sociedades científicas, o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2012, as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal com orientações sobre ações que devem ser realizadas pelas equipes multiprofissionais para atenção integral à saúde auditiva na infância, estabelecendo critérios para triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, diagnóstico e reabilitação (BRASIL, 2012).

No Estado do Paraná, a organização da saúde auditiva segue as normas estabelecidas pela PNASA. No município de Curitiba a Lei nº 11.939/2005 dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de testes audiológicos periódicos nos postos de saúde, creches e unidades escolares do município. Visando atenção integral à saúde da criança o Centro de Informação à Saúde - CIS e a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana preconizam triagem auditiva, e ela tem a função de identificação de problemas em neonatos bem como o encaminhamento daqueles que apresentarem resultados considerados inadequados para exames mais complexos (BORDIN et al., 2012).

A Triagem Auditiva Neonatal - TAN faz parte de um conjunto de ações que devem ser realizadas para a atenção integral à saúde auditiva na infância. Segundo as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal do Ministério da Saúde, estas ações devem estar integradas a uma Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência e às ações de

acompanhamento materno infantil. Para acompanhar o desempenho deste conjunto de ações, o Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva – COMUSA, recomenda o estabelecimento de indicadores de qualidade tanto para implantação como para avaliação das ações para a atenção integral à saúde auditiva na infância (LEWIS et al., 2010).

Dentre os vários sentidos da integralidade, Mattos (2001) destaca o que está mais diretamente relacionado com a organização dos serviços e práticas de saúde, ressaltando que uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela Constituição Brasileira (1988, art. 198, inciso II) é o “atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

4.2 HISTÓRICO SOBRE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Com o avanço das pesquisas de doenças metabólicas, endócrinas, hematológicas, genéticas, auditivas, oculares, cardiológicas e outras desordens no recém-nascido (RN), na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as sociedades científicas a ela vinculadas passam a recomendar que fosse feita uma triagem neonatal do recém-nascido visando: o diagnóstico precoce, aplicação de testes diagnósticos, aconselhamento genético, tratamento e seguimento dos casos detectados (LEÃO; AGUIAR, 2008).

No Brasil em 6 de junho de 2001, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), através da Portaria GM/MS nº 822, com o objetivo de regulamentar as ações de saúde pública em triagem neonatal, visando ampliação da cobertura populacional da triagem para 100% dos nascidos vivos em todo o território nacional, a confirmação do diagnóstico, a busca ativa e o tratamento adequado para os casos identificados (BRASIL, 2001). Nos anos seguintes foram criados programas para triagem de desordens oculares (2002) e auditivas (2004).

A triagem auditiva neonatal foi então recomendada para todos os recém-nascidos, já que a deficiência auditiva permanente atinge um a três entre mil nascidos vivos acompanhados em berçários normais e de dois a quatro por mil recém-nascidos acompanhados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatais (JENSEN, FRAGOSO, 2003).

A recomendação do COMUSA foi que a triagem auditiva neonatal fosse feita com teste de emissões otoacústicas evocadas (EOA) ou potencial evocado auditivo do tronco encefálico (PEATE) realizado nos primeiros dias de vida e, no máximo, até o terceiro mês (LEWIS et al., 2010).

A surdez é o déficit sensorial mais comum no seres humanos e possui uma freqüência de aproximadamente 1:1.000. Dados indicam que 60% dos casos de perda de audição são causados por herança genética. A maioria dos casos de surdez de origem genética tem como causa genes que codificam a proteína conexina 26, havendo necessidade que a perda auditiva seja avaliada nos primeiros meses de vida (RASKIN; BRANCO, 2013, p. 179).

Ampliando a discussão sobre cuidados em saúde com base em princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como universalidade, equidade e integralidade; para populações com risco de deficiência auditiva e surdez, em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2003). A criação de redes hierarquizadas e regionalizadas, favoreceu o atendimento integral, sendo instituídas em 2004 pela Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) pela Portaria nº 587 do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2004). Essa portaria preconiza a implantação de redes estaduais para realizar ações integrais de promoção, prevenção, diagnóstico audiológico, concessão de próteses auditivas, acompanhamento e reabilitação.

Em 2012, o Ministério da Saúde lança as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal sobre metodologia a ser utilizada na realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) (BRASIL, 2012).

Na esfera estadual, a Triagem Auditiva Neonatal, também conhecida como Teste da Orelhinha, foi instituída pela Lei n. 14.588 de 23/12/2004. No estado a organização da saúde auditiva, segue as normas estabelecidas pela PNASA, e a triagem é realizada em 26 serviços credenciados, na Rede Estadual de Atenção ao Deficiente Auditivo, tendo serviços na atenção básica, média e alta complexidade. A identificação é realizada nas Unidades Básicas em saúde (UBS) e Estratégia da Família (ESF) as quais, quando necessário, fazem o encaminhamento para consultas e exames na média e alta complexidade nos Centros Regionais de Especialidades (CRE), Centro de Informação a Saúde (CIS) ou Serviços de Atenção a Saúde Auditiva (PARANÁ, 2004).

De acordo com Klas e Lacerda (2014), no município de Curitiba, a lei 11.393/2005 indica a obrigatoriedade de realização de testes audiológicos em recém nascidos. Em cumprimento à legislação Federal, Estadual e Municipal (CURITIBA, 2012) a Diretriz da Atenção à Saúde da Criança Curitibana da Secretaria de Saúde, Centro de Informação em Saúde - CIS complementa os fatores de risco para deficiência auditiva e os fluxos de atendimento em triagem auditiva neonatal com identificação e encaminhamento dos

neonatos para exames mais complexos, quando estes tiverem resultados considerados inadequados. O documento considera como fatores de risco para deficiência auditiva:

Peso ao nascimento inferior a 1.500g;
 Asfixia neonatal grave: Índice de Apgar de 0 a 4 no primeiro minuto e de 0 a 6 no quinto minuto;
 Recém nascido egresso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal;
 Ventilação mecânica por cinco dias ou mais;
 Infecções congênitas: toxoplasmose, sífilis, rubéola, citomegalovírus, herpes e HIV;
 Anomalias craniofaciais: incluindo alterações morfológicas do pavilhão auricular e meato acústico externo;
 Antecedentes familiares de deficiência auditiva neurosensorial;
 Consanguinidade materna;
 Criança pequena para a idade gestacional;
 Sinais ou outros achados associados a síndromes;
 Hiperbilirrubinemia a níveis excedendo a indicação para exsanguíneo transfusão;
 Medicinação ototóxica (aminoglicosídeos, associação com diuréticos, agentes quimioterápicos);
 Meningite bacteriana;
 Hemorragia ventricular;
 Alcoolismo materno ou uso de drogas psicotrópicas na gestação;
 Traumatismo craniano (BORDIN et al., 2012).

Segundo Bordin et al.(2012), para a realização de Triagem Auditiva Neonatal serão adotados fluxos diferenciados, de acordo com a situação de risco descritos a seguir, segundo os procedimentos adotados pela Diretriz da Atenção à Saúde da Criança Curitibana, divididos da em três grupos considerando:

Primeiro grupo: bebês egressos de berçários sem ou com fator de risco para perda auditiva; segundo grupo: Bebês com fator de risco, triagem negativa, mas com suspeita de deficiência auditiva durante o primeiro ano de vida; terceiro grupo: Bebês egressos de UTI neonatal.

Para primeiro grupo, o procedimento recomenda que todos os bebês devem ser submetidos à triagem por emissão otoacústica na própria maternidade, o mais próximo possível da alta, a partir de 36 horas. Se o bebê falhar no teste terá o reteste agendado na própria maternidade, preferencialmente antes de completarem um mês de vida. Se o bebê que falhar nas duas testagens, terá encaminhamento obrigatório para diagnóstico diferencial em um serviço de alta complexidade em saúde auditiva, e o seu diagnóstico deve ser concluído no máximo até o terceiro mês de vida. A criança que tiver diagnóstico de deficiência auditiva confirmado deve ter encaminhamento para tratamento, devendo ser o mesmo iniciado antes do sexto mês de vida, em programa interdisciplinar.

Para segundo grupo o procedimento recomenda que todo bebês com pelo menos um fator de risco para perda auditiva progressiva ou tardia que passarem na triagem deve ser acompanhados pela equipe da atenção básica de referência, com o objetivo de

monitorar o desenvolvimento da audição e linguagem. Em caso de suspeita de perda auditiva essa criança será encaminhada para um serviço de média complexidade para avaliação clínica e exames complementares, ou para um serviço de alta complexidade em saúde auditiva, para diagnóstico diferencial e intervenção, se confirmado o diagnóstico de deficiência auditiva.

No terceiro grupo o procedimento recomenda que todo recém-nascido egresso de UTI deve ser testado por PEATE para incluir as perdas neurais. O exame será realizado na própria maternidade. Caso a maternidade não possua o equipamento para realização do teste deverá encaminhar o bebê para a Unidade de Saúde mais próxima do domicílio da família para que esta realize o agendamento do exame em serviço de alta complexidade. Em caso de falha na primeira testagem, o bebê deve ser encaminhado para um serviço especializado para diagnóstico diferencial. Nesta avaliação é recomendada a avaliação completa dos dois ouvidos, mesmo que somente um tenha falhado no teste.

Percebe-se, assim, que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na triagem auditiva neonatal adotados no município de Curitiba reconhecem a necessidade de uma rede integrada, articulada, efetiva e descentralizada, voltada para uma gestão intersetorial e ao cuidado integral recomendado pelo Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA), o qual recomenda os seguintes indicadores de qualidade para implantação e avaliação das ações para a atenção integral à saúde auditiva na infância:

Cobertura da TAN em pelo menos 95% dos recém-nascidos vivos com a meta de alcançar 100%.

Realizar a TAN até o primeiro mês de vida dos neonatos, ou até o terceiro mês de vida dos lactentes (idade corrigida), considerando os prematuros e aqueles com longos períodos de internação.

Índice entre 2% e 4% de neonatos encaminhados para diagnóstico até os três meses de vida.

Comparecimento ao diagnóstico de pelo menos 90% dos neonatos encaminhados com conclusão do diagnóstico até os três meses de vida.

Início de terapia fonoaudiológica em até 5% dos lactentes confirmados com perdas auditivas bilaterais permanentes, assim que concluído o diagnóstico.

Adaptação de aparelho de ampliação sonora individual/AASI em 95% dos lactentes confirmados com perdas auditivas bilaterais ou unilaterais permanentes no prazo de um mês após o diagnóstico (BORDIN et al., 2012).

4.3 PROTOCOLOS E DIRETRIZES EM TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL

De acordo com a literatura a triagem auditiva neonatal (TAN) é um tema que está em discussão nos países desenvolvidos há algumas décadas. Segundo Low (2005) apud Aurelio e Tochetto (2010) foi a “Índia o país pioneiro (em neonatos de risco). Omã foi o primeiro país com PTAN de âmbito nacional”.

Nos Estados Unidos da América (EUA), em 1993, com o objetivo de identificar a deficiência auditiva em crianças pequenas o National Institutes of Health (NIH, 1993) recomendou que todos os recém-nascidos, tanto de alto como baixo risco, fossem submetidos à triagem auditiva antes da alta hospitalar e que a intervenção e o tratamento completo do bebês identificados com deficiência auditiva deveriam ser parte integral do programa de triagem universal. Posteriormente o Joint Committee of Infant Hearing (JCIH) endossou o programa cujo objetivo era a detecção universal de bebês com perda auditiva, reafirmando que os mesmos deveriam ser identificados antes dos três meses de idade e receber as intervenções por volta dos seis meses. Além disso, nos EUA, a Academia Americana de Pediatria recomendou a triagem auditiva neonatal universal, com indicadores de qualidade a serem alcançados. Estes indicadores referem-se à realização da TAN em pelo menos 95% dos nascidos vivos, e com identificação de perdas auditivas de no mínimo 35 dB na melhor orelha, sugerindo que os índices de falso-positivos não ultrapasse 4%. Sugere-se que os índices falso-negativos deveriam ser nulos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1999, 2007; JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007).

Em 1995, no Brasil foi publicada a primeira recomendação multiprofissional sobre aspectos relacionados à saúde auditiva na criança, como resultado de um grupo de trabalho e Fórum de debates: audição na criança (ENCONTRO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA, 1995).

Em 1998, foi criado no Brasil o Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal - GATANU, com objetivo de divulgar e sensibilizar a sociedade para a necessidade do diagnóstico precoce da surdez (GRUPO DE APOIO A TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL, 2008).

Em 1999, o Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância - CBPAI, formado por profissionais da Fonoaudiologia, da Otorrinolaringologia e da Pediatria, publicou recomendação referindo-se à necessidade da identificação das perdas auditivas em neonatos e ressaltando a implantação da TANU, preferencialmente antes da alta hospitalar. Para aqueles nascidos em domicílio foi recomendada a realização da triagem

auditiva até os três meses de idade (COMITÊ BRASILEIRO DE PERDA AUDITIVA NA INFÂNCIA, 2000).

Em 2000, o Conselho Federal de Fonoaudiologia emitiu o Parecer CFFa. Nº 05/00, indicando a necessidade de implementação de triagens auditivas em neonatos, com utilização de metodologias objetivas já descritas na literatura, como o registro das Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) e o Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE). O parecer também indica as etapas necessárias em caso de necessidade de processo diagnóstico, e com equipe multiprofissional (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2000).

Em 2012 foram lançadas as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) para fornecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado da saúde auditiva na infância. Na mesma época foram lançadas as Diretrizes de Atenção à Saúde Curitibana (BORDIN et al., 2012) nas quais constavam orientações sobre Triagem Auditiva Neonatal Universal, para os profissionais da área de saúde. No documento foram apresentados: as atribuições das maternidades e as atribuições da atenção básica a serem realizadas por ocasião dos atendimentos.

Nos últimos anos inúmeros Programas de Triagem auditiva Neonatal (TAN) vem sendo implementados em diversas cidades do país, assim como uma série de protocolos de avaliação tem sido propostos por pesquisadores e comitês da área. O estudo de Masoud et al. (2006) faz uma análise da situação e afirma que o Brasil é o país que mais tem disponibilizado TAN para a população. Segundo o seu estudo são duzentos e trinta e sete (237) locais no país, sendo a região sudeste a que apresenta o maior número de programas de TAN, na época, sessenta e sete (67) serviços identificados, seguida pela região sul que disponibiliza trinta e quatro (34) serviços.

Com o aumento dos questionamentos por ocasião de projetos de leis municipais, estaduais e federais na área de saúde auditiva neonatal o Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva – COMUSA após análise dos dados fornecidos pela literatura, mostrando as evidências no que se refere à identificação, ao diagnóstico e à intervenção precoce em neonatos e lactente com deficiência auditiva, faz uma série de recomendações para implementação da TANU desde ações de prevenção, promoção, identificação, tratamento, equipe multidisciplinar, explicação aos pais/responsáveis, anotações em prontuário de exames e anotações pertinentes, principais indicadores de risco para deficiência auditiva, banco de dados informatizado, indicadores de qualidade na etapa de diagnóstico, recomendações sobre uso de aparelhos de amplificação sonora e até a inclusão da triagem genética no processo (LEWIS et al., 2010).

Em cumprimento à legislação em vigor e com base nos estudos até então realizados, o município de Curitiba lança a Diretriz da Atenção à Saúde da Criança Curitibana da Secretaria de Saúde, Centro de Informação em Saúde - CIS em que propõe fluxos diferenciados de acordo com a situação de risco de atendimento em triagem auditiva neonatal, descritos em dois fluxogramas conforme destacado nas figuras 1 e 2 a seguir (CURITIBA, 2012, p. 82-83).

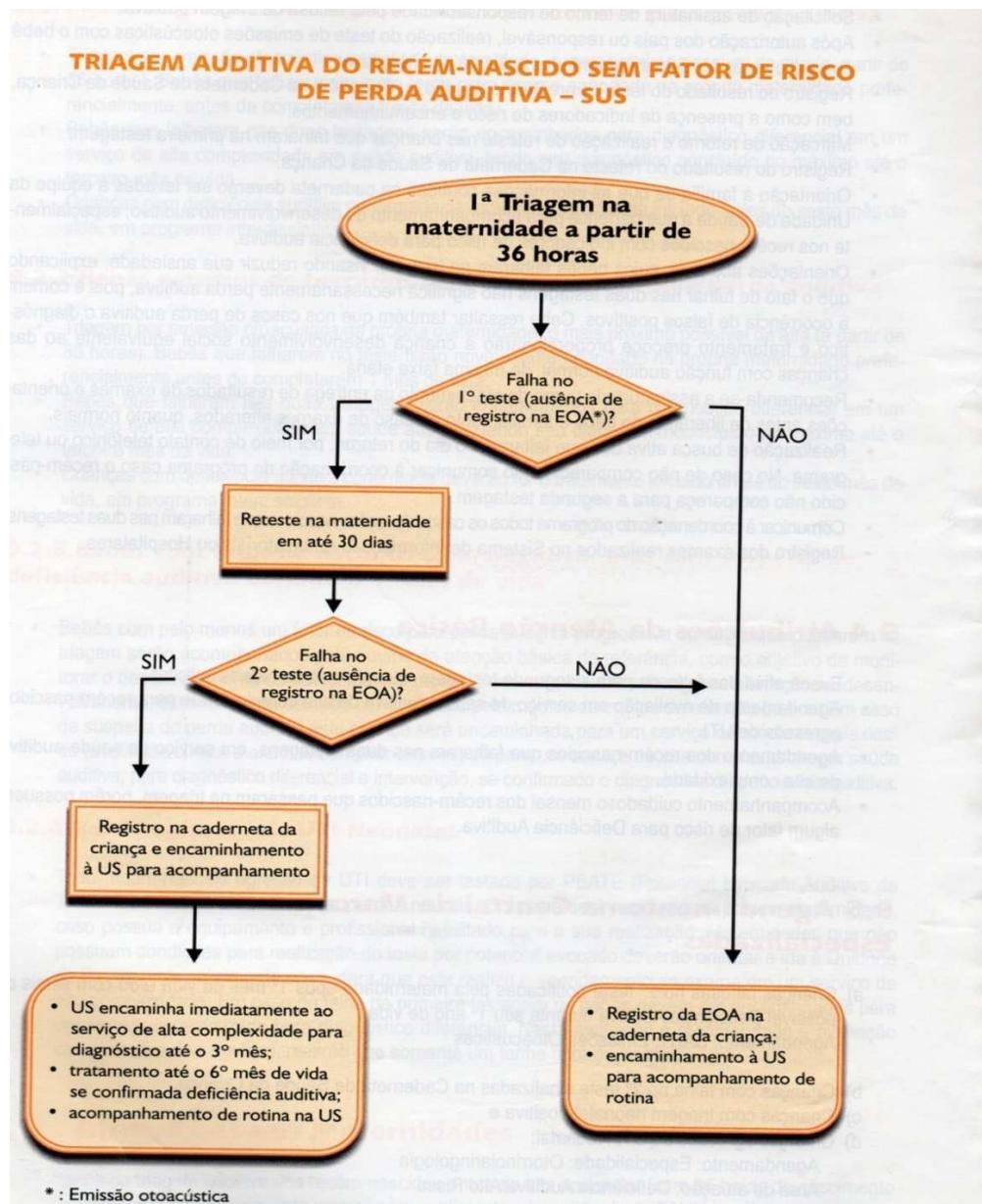


Figura 1- triagem auditiva do recém-nascido sem fator de risco de perda auditiva – SUS.
Fonte: Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana – 2012.

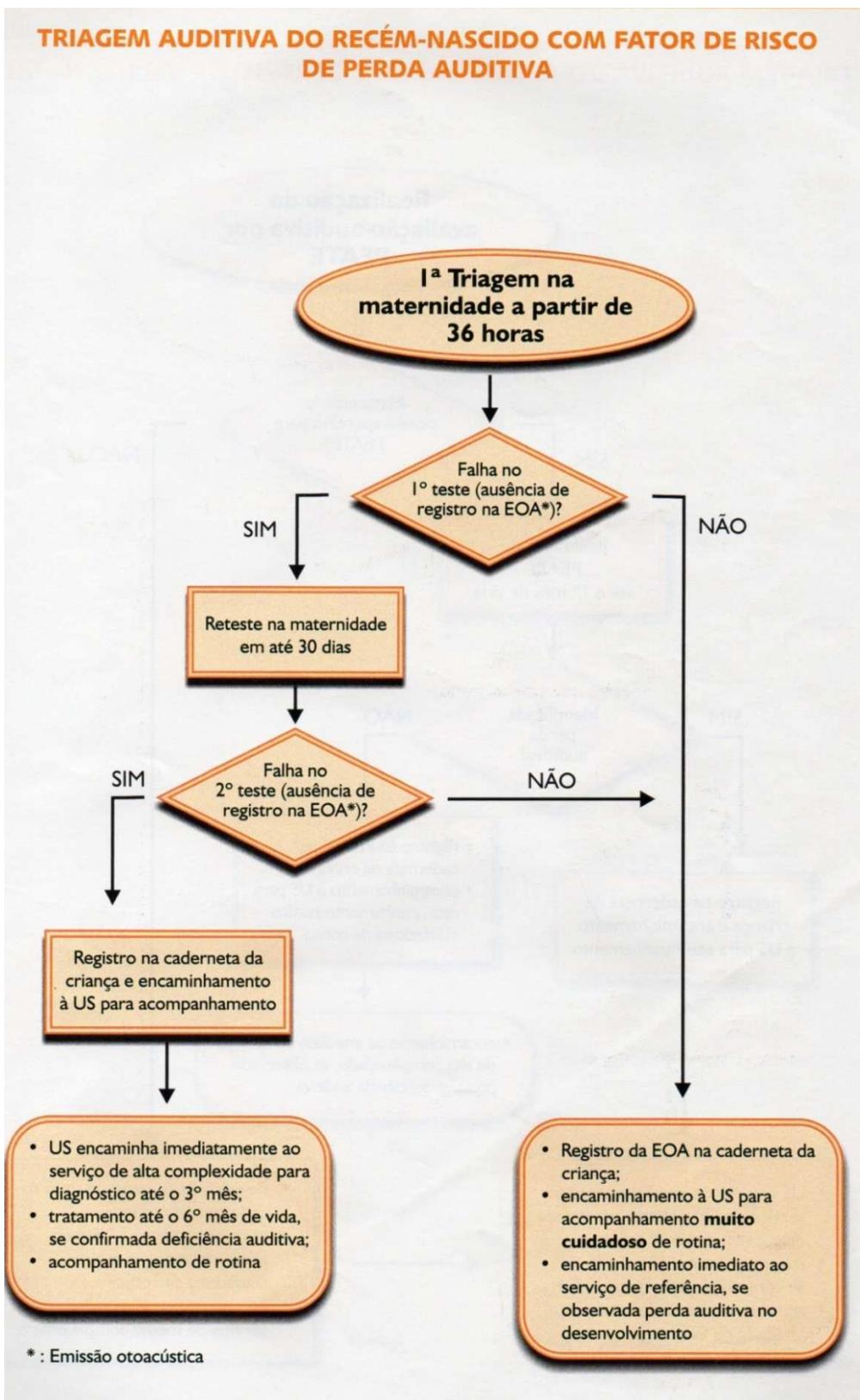


Figura 2 - Triagem auditiva do recém-nascido com fator de risco de perda auditiva.

Fonte: Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana – 2012.

4.4 INTEGRALIDADE DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Os avanços das diversas áreas do conhecimento humano sobre saúde-doença vêm demonstrando a necessidade de mudanças no atendimento em saúde das pessoas.

O modelo hegemônico desde o início do século passado, centrado na doença, focado no plano biológico vem se esgotando (LAMPERT et al., 2004). No adoecimento da sociedade contemporânea, além do plano biológico, outros planos, como o social, psicológico, espiritual, apontam necessidades que redirecionam o enfoque para a promoção da saúde, na busca de uma compreensão integral (PINHEIRO; MATTOS 2001).

Nesta transição, surge à necessidade de novos cenários de atuação, e o deslocamento do ensino centrado no Hospital para as Unidades de Saúde, se justifica por ser um local mais adequado, para a visão da integralidade (CUNHA, 2005). As noções de integralidade relacionam diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde.

Nas práticas de atenção à saúde, o modelo, historicamente adotado, na formação médica em nosso país foi e é fortemente influenciado por um modelo chamado Flexneriano (VIEIRA, 2004). No início do século passado, 1910, como objeto de avaliação do ensino médico (currículos/concepções) nos Estados Unidos e Canadá a Carnegie Foudation for the Advancement of Teaching através de um educador americano Abraham Flexner, produziu um documento conhecido como Relatório Flexner, cujos princípios e parâmetros, nortearam o pensamento médico até os dias de hoje (FLEXNER, 1972). A concepção deste documento, embasada no filósofo francês René Descartes, compreendia o corpo humano como uma máquina, um grande engenho, um relógio, cujas partes se encaixariam de forma ordenada. Nesta lógica, a doença seria interpretada como uma avaria, temporária ou definitiva, de um determinado componente e o tratamento, a cura, seria o conserto da máquina (CAPRA, 1999). Esta visão, mecanicista, biologista, reducionista, trouxe grande influência, tanto no ensino médico quanto na organização dos serviços de saúde. O estudo centrado, em partes do corpo humano, fragmentou o conhecimento, desencadeando o surgimento de várias especialidades médicas, enfoque este que ocorreu, também, em outras profissões ligadas a área da saúde. Esta lógica foi reproduzida, na organização dos locais de trabalho, em alas e andares, focando no particular, na doença, no individual, no específico, o que reforçou ainda mais a compreensão do processo saúde-doença (CARLINI, 2010).

A organização de espaços, de estudos especializados, orientou o formato do ensino em hospitais escolas, os hospitais de clínicas, advindo daí o termo, ensino hospitalo-cêntrico. Os avanços que se seguiram, focalizando a doença na descoberta de microorganismos, através de Pasteur e Koch, reforçaram e consolidaram o modelo biomédico. A sofisticação crescente de técnicas de investigação e tratamentos trouxe um inegável crescimento neste período e uma espiral crescente de sucesso terapêutico, tornando rara a morte de pessoas, com mais de 75 anos, no início dos anos setenta nos Estados Unidos da América por doenças infecto contagiosas, impactando sobremaneira a expectativa de vida (CARLINI, 2010). O paradigma Flexneriano levou a uma tecnificação crescente no meio médico, na chamada “indústria da medicina”, agregando altos custos ao gerenciamento dos serviços de saúde, levou uma clara exclusão social, uma vez que os avanços são para poucos. O distanciamento entre o progresso científico e as necessidades da sociedade, entre a vida acadêmica e as necessidades das pessoas, levanta novas perguntas e reflexões.

Surge o desafio de colocar uma lente de aumento, uma luz, buscando enxergar o lado obscuro do sofrimento (PINHEIRO; MATTOS, 2001). A complexidade observada na organização das cidades, nas famílias, nas pessoas, traz novos dados, exigindo outros cuidados, que o enfoque biológico, isoladamente não contempla.

Em 1986, nova concepção de Saúde Pública no mundo, a Carta de Ottawa, documento fundador da definição de promoção em saúde propõe – como tentativa de superação do modelo biomédico focado na prevenção da doença e na assistência curativa – uma visão ampla de saúde: enquanto fenômeno influenciado por agentes físicos, socioeconômicos, culturais e ambientais, afim de gerar mudanças profundas nos sistemas de saúde(BRASIL, 2000).

Com referência a essa mudança no sistema de saúde Capra afirma:

Qualquer sistema de assistência à saúde, incluindo a medicina ocidental moderna, é um produto de sua história e existe dentro de certo contexto ambiental e cultural. Como esse contexto muda continuamente, o sistema de assistência à saúde, também muda, adaptando-se as sucessivas situações (CAPRA, 1999).

No Brasil, no final dos anos 80, ocorreu a implantação da nova política de saúde, o SUS – Sistema Único de Saúde. Influenciada pelas discussões e reestruturações internacionais no campo da atenção à saúde, propõe-se a nova política da saúde vinculada às condições de vida da sociedade e princípios doutrinários de Universalização, Equidade e Integralidade (TEIXEIRA, 2011). Nas discussões sobre integralidade de ações em saúde Mattos (2001) ressalta que o texto constitucional fala em atendimento integral,

com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Ressalta os vários sentidos da integralidade desde a aplicação de conhecimento biomédicos, organização dos processos e serviços de saúde, ações governamentais para atender a população, etc. de modo integral.

Na procura de reorganizar a Atenção Básica em Saúde, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 1997) foram redefinidas as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (SANTANA; CARAMAGNANI, 2001). Na busca de ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde houve a formatação do modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº2.488 de 21/10/2011 (BRASIL, 2011), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na sua articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e redefinição com a Portaria nº3.124 de 28 de dezembro de 2012 das modalidades de NASF; privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando a sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009). A integralidade se materializa principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas de saúde, tanto clínicos quanto sanitários, por meio da responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família, e de populações específicas, garantindo-lhes encaminhamento, com base nos processos de referência e contra-referência, e atuando no fortalecimento de seu papel de coordenação do cuidado nas redes de Atenção à Saúde (FIGUEIREDO, 2015).

A concretização dessa reforma sanitária implica em uma série de transformações: o redimensionamento da concepção de saúde: a reorganização dos serviços, mudança no modelo de atenção à saúde e da formação dos profissionais da saúde; contratação de novos profissionais para os quadros públicos (fonoaudiólogos) dentre outras. (PENTEADO; SERVILHA, 2004).

4.5 PROMOÇÃO DE SAÚDE AUDITIVA NO SUS

No ano de 2004, houve apresentação das diretrizes e políticas de Saúde Pública para promoção de Atenção à Saúde Auditiva, implantação de Redes de Atenção, definição de Serviços e Operacionalização dos Procedimentos no Sistema Único de Saúde.

Dentre os principais objetivos da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva Portaria nº 2.073 de 28/09/2004 podemos citar a seguir:

Promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, à equidade e a integralidade e o controle social da saúde auditiva.

Organizar uma linha de cuidados integral (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção aos pacientes, com assistência multiprofissional e interdisciplinar;

Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da reabilitação auditiva no Brasil.

Contribuir para o desenvolvimento de processo e métodos de coleta, análise e organização dos resultados de ações decorrentes da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, permitindo que a partir do seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, da disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva.

Promover um intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações.

Qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção à Saúde Auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2004).

Quanto aos recursos humanos, e acordo com a Portaria nº 587, de 07/10/2004 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que instituiu os serviços fonoaudiológicos nas Redes de Atenção à Saúde Auditiva dos estados o atendimento na média complexidade exigia que houvesse no mínimo, quatro fonoaudiólogos dois especializados em Audiologia e dois em Terapia Audiológica. Na alta complexidade a obrigação era que fossem seis: três com especialização em Audiologia, sendo pelo menos um com experiência na área infantil e três profissionais capacitados em reabilitação auditiva.

Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) em levantamento inédito sobre saúde auditiva no país Nascimento (2012) afirma que foram fiscalizadas 95 instituições públicas e privadas, hospitais universitários e entidades filantrópicas de média e alta complexidade credenciadas para dar à população esse tipo de atendimento. A pesquisa teve como objetivo mapear os centros que seguem a risca a determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 587/2004, que instituiu os serviços fonoaudiológicos

nas redes de Atenção à Saúde Auditiva dos estados. Segundo o estudo 54 centros intitularam-se como de alta complexidade e 41, de média. O levantamento ainda mostra que, dos 95 centros fiscalizados, 71 preferiram atender primeiramente o idoso, enquanto as crianças têm prioridade no atendimento em apenas 16 serviços e os adultos em 17 centros de referência credenciados. Segundo a, presidente do CFFa, os adultos e os idosos têm o direito de ter atendimento de qualidade (NASCIMENTO, 2012).

Pelo exposto nos estudos de Lewis et al. (2010); Bordin et al. (2012); Penteado et al., (2004); Nobrega (1999) entre outros, sabe-se que as crianças necessitam de atendimento precoce e contínuo para evitar problemas futuros já que, com a audição comprometida, todo o processo de comunicação e aprendizagem é afetado. Entretanto, o levantamento relatado por Nascimento (2012) revela que nem todas as instituições fazem triagem auditiva neonatal, o conhecido teste da orelhinha. Dentre aquelas fiscalizadas pelo sistema de Conselhos Federal e Estaduais de Fonoaudiologia, trinta e nove realizavam o exame normalmente em todos os recém-nascidos e 12 admitiram fazê-lo somente em bebês de situação de risco, quando deveria ser procedimento obrigatório, como prevê a Lei nº 12.303/2010 da Presidência da República. Ainda sobre os procedimentos executados nos serviços de saúde auditiva, todas as 95 instituições afirmaram que realizavam os exames de anamnese fonoaudiológica, audiometria tonal limiar, logoaudiometria e imitânciometria. A maioria fazia análise de potencial evocado auditivo de tronco encefálico. No entanto 71 centros de referência não realizavam o teste de processamento auditivo (NASCIMENTO, 2012).

Durante Fórum de Debates “Audição na Criança”, no X Encontro Internacional de Audiologia, realizado no Brasil, em 1995, houve recomendação de ações conjuntas e multiprofissionais visando a promoção e prevenção da saúde auditiva na criança. De acordo com o documento as ações de identificação, diagnóstico e reabilitação em idade precoce devem seguir os princípios da atenção integral à saúde da criança (ENCONTRO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA, 1995).

Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, o Ministério da Saúde vem estimulando a atuação conjunta de especialistas em saúde, o que contribuiu significativamente nas ações de prevenção e promoção da saúde da criança e, portanto, deve interferir nos dados acima descritos. No NASF atuam conjuntamente especialistas como: farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, profissional de educação física e médicos geriatras, pediatra psiquiatra e outros com o objetivo de dar suporte à família com ações de aconselhamento, contato e informações. De acordo com o que afirma o COMUSA, para que as ações possam

alcançar a população com maior carência de informação, existe a necessidade de treinamento dos agentes comunitários sobre a Política de Atenção Básica, bem como o acompanhamento do programa de saúde por auditores em saúde e para registro das informações e criação de um banco de dados (LEWIS et al., 2010).

No início da última década, o Ministério da Saúde lançou o programa Viver Sem Limites, uma iniciativa que congrega todas as políticas para pessoas com deficiência em um único documento. Deste modo a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva é implantada no novo Plano do Governo Federal (BRASIL, 2004).

5. MÉTODO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por avaliação em saúde. Reconhecendo a problemática da detecção precoce/tratamento da deficiência auditiva e a sua relação dinâmica com a saúde, se faz necessária uma abordagem que apresenta caráter de natureza quantitativa. A UBS do Bairro Alto, localizada à Rua Jornalista Alceu Chichorro, 314 em Curitiba possui cinco equipes de saúde da família, composta de médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde para atendimento em Estratégia de Saúde da Família, abrangendo um território com uma população de 18.155 segundo o Distrito Sanitário Boa Vista, projeção de população baseada no Censo IBGE, 2010.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obteve aprovação Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP, em 01/10/2013, com CAAE: 22440613.3.0000.0103 (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), em 13/11/2013, sob nº 66/2013 (ANEXO C). Declaração de Parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/Unidade de Saúde Bairro Alto e a Universidade Tuiuti do Paraná (ANEXO D) autorizando o uso das dependências no projeto de pesquisa. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo E).

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Trata-se do estudo de uma população de neonatos e de crianças de ambos os sexos, de zero a um (1) ano de idade oriundos de berçários da região metropolitana de Curitiba, com ou sem fator de risco para deficiência auditiva, atendidos e cadastrados na ESF na UBS do Bairro Alto, por uma equipe multiprofissional. A coleta de dados foi realizada de forma aleatória, de acordo com a disponibilidade e indicação dos agentes comunitários, durante 1 ano, no período de agosto de 2013 até julho de 2014 .

5.4 PROCEDIMENTOS

Os procedimentos realizados foram: Entrevista sobre a TANU, Entrevista de seguimento/acompanhamento, ambas com os pais, e análise situacional sobre Integralidade de Atendimento.

5.4.1 Entrevista sobre a TANU

A partir da terceira via da Declaração de Nascido Vivo (ANEXO E) preenchida na maternidade com dados cadastrais de endereço e Ficha de Acompanhamento do Recém Nascido (ANEXO G) preenchida pela agente comunitária foi feita entrevista do pesquisador deste estudo (APÊNDICE A) com os pais ou responsáveis, após consentimento por escrito, por ocasião de consulta na unidade da Secretaria Municipal de Saúde, ou visita domiciliar, após alta hospitalar. A entrevista teve o objetivo de caracterizar a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) de acordo com o Protocolo de Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana (2012).

Nessa entrevista foi investigado se houve ou não triagem auditiva neonatal (resultado), resultado do reteste nas crianças que falharam na primeira testagem, baseado nas atribuições da Atenção Básica à Saúde do referido protocolo, além do registro das informações e alertas contidas na Caderneta de Saúde da Criança (ANEXO H) e Ficha de Acompanhamento do Recém Nascido (ANEXO G), com as seguintes recomendações:

- ° Busca ativa dos faltosos para segunda testagem, quando a maternidade solicitar.
- ° Agendamento de avaliação em serviço de saúde auditiva de alta complexidade para recém-nascidos egressos de UTI.
- ° Agendamento dos recém-nascidos que falharam nas duas testagens, em serviço de saúde auditiva de alta complexidade.
- ° Acompanhamento mensal dos recém-nascidos que passaram na triagem, porém possuem algum fator de risco para deficiência auditiva.
- ° Crianças com triagem auditiva neonatal positiva: Agendamento: Especialidade: Otorrinolaringologia, Área de Atuação: Deficiência Auditiva/Alto Risco.

5.4.2 Entrevista de seguimento/acompanhamento

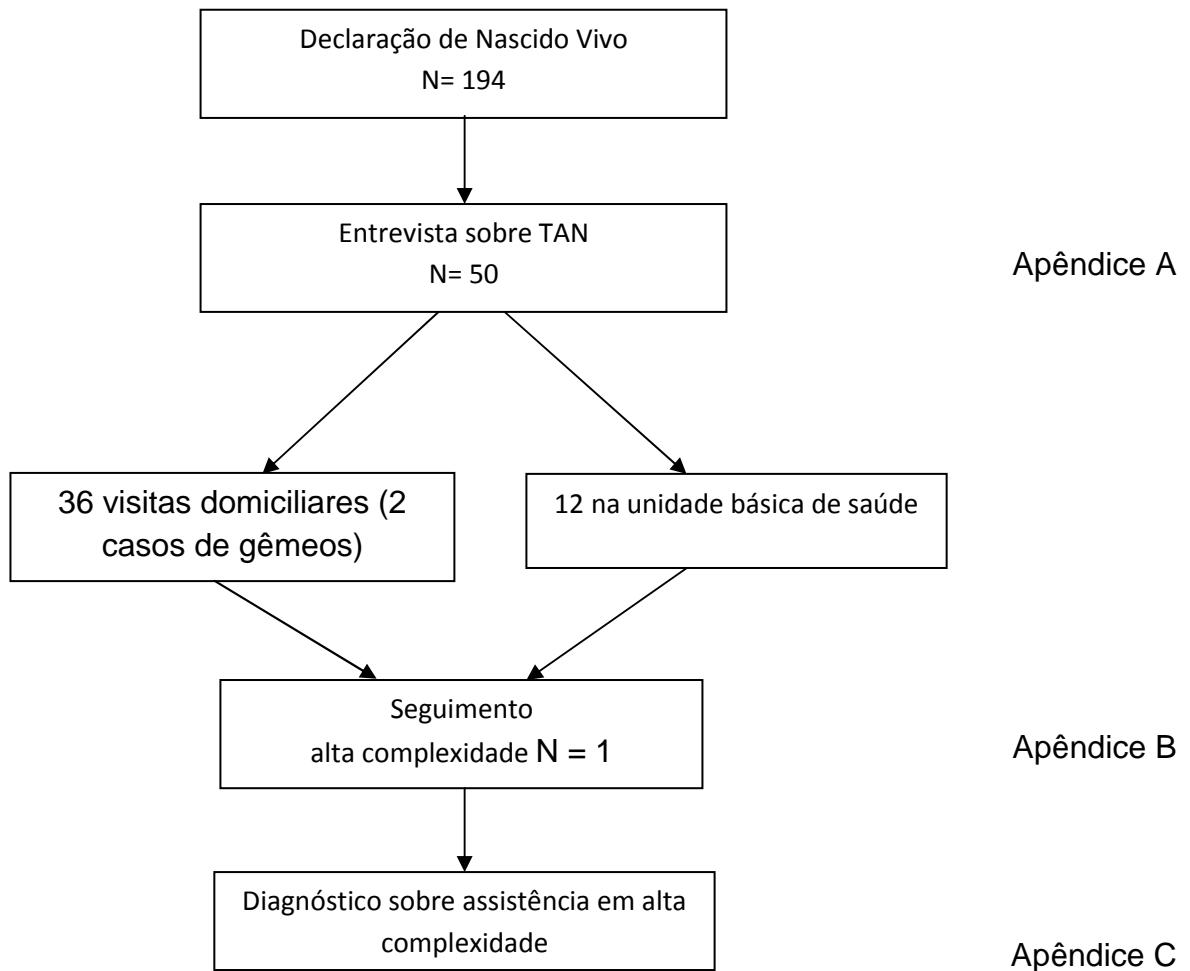
Entrevista de seguimento/acompanhamento com os pais com aplicação do Questionário Sobre Atendimento em serviços de saúde nas Unidades básicas e Alta Complexidade (APÊNDICE B). Nesta entrevista feita avaliação se houve ou não confirmação de perda auditiva, idade do diagnóstico, profissionais que atenderam a criança, tipo de exames realizados, conduta/reavaliação, se houve encaminhamento para terapia fonoaudiológica e se houve orientações sobre perda auditiva.

5.4.3 Diagnóstico situacional sobre Integralidade/ satisfação de atendimento

Avaliação pelo pesquisador sobre satisfação das famílias sobre atendimento em saúde auditiva Questionário Aplicado as Famílias (APÊNDICE A), Questionário Sobre Atendimento em básica/Alta Complexidade (APÊNDICE B) e de Questionário Sobre Integralidade de Atendimento (APÊNDICE C) quando da necessidade de atendimento a este nível. Neste caso avaliação: da disciplina da família ao acompanhamento do tratamento, se o paciente foi atendido como prevê a Diretriz de Triagem Auditiva Universal, se houve encaminhamento para serviços de alta complexidade quando observado risco para deficiência auditiva, se o fluxograma de atenção em TANU foi satisfatório ou não sendo que neste último caso qual o motivo.

Os resultados do diagnóstico situacional foram categorizados como Sim/satisfatório quando atenderam as recomendações da Diretriz de Atenção da Saúde da Criança Curitibana, Não/insatisfatório quando não atenderam as diretrizes ou parcial quando parte da assistência foi realizada.

5.4.4 Fluxograma dos Procedimentos



5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística da presente pesquisa foi realizada com a utilização de métodos descritivos e quantitativos (tabelas de freqüências absolutas e relativas e de Média, Mínima Máxima, e Desvio Padrão só para idade) e Método Inferenciais (teste de diferença de proporções/porcentagens) com nível de significância de 0,05 entre os que fizeram a triagem e os que não fizeram.

A análise dos dados foi realizada em função das variáveis: caracterização das crianças recém nascidas quanto aos dados da Triagem Auditiva Neonatal Universal, envolvendo: idade em meses por ocasião da entrevista meses, gênero, local de nascimento, época e local da realização da triagem, dados do responsável pelos cuidados da criança, dados/informação sobre a TANU, incluindo informações sobre: pré-natal, maternidade, unidade básica; e dados sobre a caracterização do atendimento em Serviço de Avaliação Auditiva de Alta Complexidade, como foi o fluxograma de atendimento, conforme previsto nas Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal do MS e da Criança de Curitiba, para análise da resolutividade das ações para a implantação da atenção integral à saúde auditiva na infância a partir da TANU.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO ESTATÍSTICA DA AMOSTRA

Baseado na Declaração de Nascido Vivo (ANEXO F) e avaliação do agente comunitário de saúde (ANEXO G) obteve-se um total de 194 neonatos os quais foram incluídos no presente estudo de forma aleatória, compondo uma amostra de 50 indivíduos.

A caracterização da amostra obtida por dados da Caderneta de Saúde da Criança Curitibana: dados do bebê, do parto e da gravidez, intercorrências médicas (ANEXO H); risco para deficiência auditiva e tipo de risco de acordo com a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana – TANU, 2012 e informações do questionário aplicado às famílias (APÊNDICE A).

TABELA 1 – Caracterização da amostra dos neonatos (N=50)

CARACTERIZAÇÃO DOS NEONATOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQÜÊNCIA RELATIVA (%)
Idade (dias) por ocasião da entrevista		
< menor 30 dias	10	20
30-59 dias	16	32
60-89 dias	10	20
>90 dias	14	20
Gênero		
Masculino	27	54
Feminino	23	46
Intercorrências médicas dos neonatos		
Sim	18	36
Não	32	64
Risco para deficiência auditiva		
Sim	6	12
Não	44	88
Tipo de risco para deficiência auditiva		
Egresso de UTI	1	2
Egresso de UTI/mal formação - hidrocefalia	1	2
Egresso de UTI/prematuro	3	6
Uso de psicotrópico	1	2
Nenhum	44	88

Observa-se na Tabela 1 que a maioria das entrevistas, 52%, foram realizadas quando os neonatos estavam entre 30 e 89 dias de idade. No que diz respeito ao gênero 54% dos neonatos eram do sexo masculino. Na avaliação de risco para deficiência auditiva a freqüência foi de 12%, sendo que os possíveis riscos foram: de 2% para Egressos de UTI, 2% de Egressos de UTI/mal formação congênita, 6% de Egressos de UTI/prematuro e 2% devido ao Uso de psicotrópico (haloperidol/levomepromazina) pela mãe durante a gravidez.

TABELA 2 – Intercorrências médicas materna relacionadas a gestação, parto e pós-parto e distribuição/tipos das mesmas (n=50)

CARACTERIZAÇÃO DAS INTERCORRÊNCIAS MATERNAIS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA	FREQÜÊNCIA RELATIVA (%)
	(N)	
Intercorrências médicas maternas		
Sim	18	36
Não	32	64
Distribuição das intercorrências médicas		
Anemia	1	2
Depressão	1	2
Descolamento de placenta	2	4
Diabetes	1	2
Diabetes/hipertensão arterial	1	2
Gemelar	4	8
Hipertensão arterial/citomegalovírus	1	2
Hipertensão arterial/parto prematuro	1	2
Infecção Urinária	1	2
Parto prematuro	2	4
Pós cirurgia bariátrica	1	2
Radioterapia/tireóide	1	2
Tabagista	1	2
Nenhuma	32	64

A Tabela 2 demonstra as intercorrências médicas, da mãe, obtidas da Caderneta de Saúde da Criança Curitibana (ANEXO H) nos dados sobre a gestação, parto e pós parto. A maioria das mães, 64%, não teve intercorrências médicas. Dentre as mães que

tiveram intercorrências médicas registradas na caderneta, 36% da amostra, obteve-se os seguintes dados: 8% teve de gravidez gemelar; 4% teve parto prematuro e as demais intercorrências totalizando 20% foram: anemia, depressão, diabetes, diabetes/hipertensão arterial, hipertensão arterial/citomegalovírus, hipertensão/parto prematuro, infecção urinária, gravidez pós cirurgia bariátrica, radioterapia devido a neoplasia de tireoide e tabagismo, destaca-se que tais riscos poderiam estar associados com deficiência auditiva. 4% das intercorrências médicas maternas registradas estão ligadas a casos de descolamento de placenta e não estão relacionadas a perda auditiva.

TABELA 3 – Caracterização do atendimento pré-natal (n=50)

CARACTERIZAÇÃO	FREQÜÊNCIA	
	ABSOLUTA (N)	RELATIVA (%)
Consulta pré-natal		
Sim	50	100
Não	-	0
Local da consulta pré-natal		
Clínica particular/convênio	19	38
Posto de Saúde (UBS)	31	62

A Tabela 3 demonstra que todas as mães realizaram consultas pré-natal, (100%), sendo que 38% realizaram em clínica particular/convênio médico e 62% no posto de saúde (UBS).

TABELA 4 – Apresenta a distribuição da amostra segundo a realização da TAN (no primeiro mês de vida, segundo o local, motivo de não fazer a triagem e informações recebidas pelas famílias sobre a triagem) (n=50).

CARACTERIZAÇÃO DA TAN	FREQÜÊNCIA	
	ABSOLUTA (N)	RELATIVA (%)
Realizada no primeiro mês de vida		
Sim	38	76
Não	12	24
Local de realização da triagem		
Hospital Público ou Privado	46	92
Ambulatório da UBS ou Convênio	4	8
Motivo da não realização da triagem		

Maternidade sem triagem	3	6
Saúde da criança não permitia	2	4
Dificuldades com convênio médico	2	4
Fizeram a triagem	43	86
Informações recebidas pela família sobre TAN		
Sim	15	30
Não	35	70

Através do teste de diferença de proporções, ao nível de significância de 0,05, verifica-se a existência de diferença significativa ($p=0,0000$) entre as proporções dos que fizeram a triagem (86%) e das que não fizeram a triagem (14%)

A Tabela 4 mostra que: 76% dos recém-nascidos realizaram a TAN no primeiro mês de vida; sendo 92% realizaram na própria maternidade e 8% no ambulatório após alta. Não fizeram a TAN: 6% porque a maternidade/hospital não tinham a triagem, 4% porque a saúde da criança não permitia, 4% dificuldades com o convênio médico, e 86% fizeram a triagem. Cerca de 30% receberam informações sobre auditiva neonatal.

TABELA 5 – Apresenta resultado da TAN no teste (N=50) dos neonatos

RESULTADO DA TAN	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQÜÊNCIA RELATIVA (%)
Resultado		
Passou	47	94
Falhou	3	6
Reteste		
Passou	2	67
Falhou	1	33

A Tabela 5 mostra os resultados da TAN isto é 94% passaram, 6% falharam. Foram encaminhados para reteste três recém nascidos (um (1) no Hospital Evangélico , um (1) no Hospital Vitor do Amaral e um (1) no Hospital de Clínicas).

TABELA 6 – Informações recebidas sobre saúde auditiva pelas famílias (N=50)

CARACTERIZAÇÃO	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQÜÊNCIA RELATIVA (%)
Informações a respeito da saúde auditiva		
Sim	12	24
Não	38	76
Profissional de quem recebeu informações		
Médico	5	10
Enfermeiro	2	4
Fonoaudiólogo	4	8
assistente social	1	2
Outros	1	2
Nenhum	37	74

A tabela 6 demonstra que 76% não receberam informações sobre saúde auditiva e as que das que receberam a maioria foram dadas por médicos e outros profissionais da área de saúde.

TABELA 7 –Ações realizadas pelos serviços de saúde em relação as questões auditivas dos participantes(n=50)

CARACTERÍZACÃO	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQÜÊNCIA RELATIVA (%)
Se houve busca ativa		
Sim	-	0
Não	50	100
Consultas com médicos especialistas		
Sim	1	2
Não	49	98
Médico especialista:		
Otorrinolaringologista	1	2
Nenhum	49	98
Satisfação da família:		
Satisffeito	46	92
Insatisffeito	4	8

Sobre os serviços de saúde a Tabela 7 mostra que em nenhum dos casos foi realizada busca ativa pelas maternidades. Houve consulta com médicos especialistas em apenas 2%, sendo que Otorrinolaringologista 2% e nenhum 98%. Segundo os critérios de acompanhamento médico de crianças consideradas de riscos 24% fizeram e 76% não fizeram/não enquadram neste critério. Com relação ao atendimento em TAN 92% foram satisfeitos com o acompanhamento/avaliações realizadas.

Embora a avaliação de risco para deficiência auditiva da tabela 1 tenha apresentado freqüência de 12%, as avaliações posteriores, como mostram que apenas um sujeito que necessitou de avaliação audiológica em alta complexidade.

O atendimento em alta complexidade quanto a TANU foi satisfatório. Entretanto não houve encaminhamento para o atendimento de alta complexidade em virtude de apresentar melhora da deficiência auditiva não necessitando de Aparelho de Ampliação Sonora Individual (AASI) e nem cirurgia para implante coclear.

7 DISCUSSÃO

O objeto de presente estudo foi analisar o fluxo de atendimento em Triagem Auditiva Neonatal Universal – TANU na Atenção Básica em Saúde, em Unidade de Estratégia de Saúde da Família – ESF, de acordo com a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana. A caracterização da amostra Tabela 1 mostrou que: a média de idade dos participantes da amostra por ocasião da entrevista foi de 82,06 dias, sendo mínima de 6 dias e máxima de 300 dias para um dos sujeitos, um caso de egresso de UTI/prematuro que ficou internado 8 meses só sendo possível a avaliação após a alta hospitalar. A análise aleatória do estudo e falta de dados, datas de ocorrências médicas obtidas não permitiram fazer correlações de idade, gênero com os indicadores de risco para deficiência auditiva. Na avaliação de 6 casos com fatores de risco para deficiência auditiva (BORDIN et al., 2012) a freqüência foi de 12%, sendo que os possíveis riscos foram: de 2% para Egressos de UTI, 2% de Egressos de UTI/mal formação congênita (caso de mielomeningocele aberta com hidrocefalia), 6% de Egressos de UTI/prematuro e 2% devido ao uso de drogas psicotrópicas na gestação (uso Haloperidol/Levomepromazina) tendo o recém nascido realizado dois exames de EOA no Hospital de Clínicas: um nas primeiras 48 horas e outro de seguimento, ambos normais.

Os fatores de risco mais prevalentes de egressos de UTI/prematuro dos resultados foram similares aos encontrando por (PEREIRA et al., 2007) em avaliações de associações entre perda auditiva e fatores de risco em hospital público para recém nascido pré termo foram o baixo peso/pequeno para idade gestacional, seguido de ototóxico e ventilação mecânica. Os resultados obtidos foram similares aos estudos (AZEVEDO et al. 2004) em hospital secundário onde os riscos para criança pré-termo foram: ototóxico, recém nascido com muito baixo peso, ventilação mecânica e infecções congênitas e no recém-nascidos a termo foram: infecção congênita, antecedente familiar de perda auditiva, recém nascido com muito baixo peso, ventilação mecânica e asfixia e por (KORRES et al.,2005) em uma população de recém-nascidos de baixo risco e alto risco para deficiência auditiva onde foram encontrados: história familiar de deficiência auditiva, anomalias congênitas, ototóxico, ventilação por mais de 24 horas, prematuridade e baixo peso.

Com relação ao uso de Haloperidol, antipsicótico Classe C segundo a Classificação da Food and Drug Administration (FDA), dos Estados Unidos (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 1980), sabe-se apenas que há estudos sobre o uso do medicamento em animais e que estes revelaram efeitos adversos em fetos, mas não há estudo em

mulheres gestantes. Com relação a Levomepromazina antipsicótico e neuroléptico os estudos em animais não evidenciam efeitos teratogênicos, ainda não avaliado em seres humanos. Ainda são inexistentes os dados que constatem repercussões cerebrais fetais dos tratamentos neurolépticos prescritos ao longo da gravidez. Nos recém nascidos de mães tratadas com doses elevadas de neurolépticos, raramente são descritos problemas neurológicos e síndromes extrapiramidais. Conseqüentemente o risco teratogênico, se existe, parece pequeno segundo a bula do fabricante do medicamento.

A tabela 2 mostra que intercorrências maternas na gestação que podem causar complicações maternas e fetais como parto prematuro devido a eclampsia (hipertensão arterial), diabetes gestacional, alteração na absorção de nutrientes (pós cirurgia bariátrica), transmissão de infecções materno fetal com infecção urinária no último trimestre de gravidez (parto prematuro e infecções) citomegalovirus sorologia com indicação de infecção ativa ou não (mal formações de corioretinite e alterações no sistema nervoso central), mal formações fetais (caso da radioterapia), tabagismo (baixo peso acentuado ao nascer) sendo que tais riscos poderiam levar a necessidade de tratamento em UTI e estar associado a risco de deficiência auditiva segundo Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana – TANU (BORDIN et al, 2012).

Os resultados obtidos na tabela 2 foram semelhantes por Korres et.al. (2005) que encontraram em uma população de recém nascidos de baixo risco e alto risco para deficiência auditiva, história familiar de deficiência auditiva, anomalias congênitas, ototóxico, ventilação mecânica por mais de 24 horas, prematuridade e baixo peso. Com relação ao citomegalovirus no caso houve constatação de sorologia materna alterada (anticorpos) sem causar mal formações congênitas, alerta de acompanhamento sorológico do recém nascido. Das intercorrências citadas apenas uma com anomalia congênita de hidrocefalia resultou em alterações auditivas nos exames de TANU.

Na avaliação da Tabela 3 todas as mães realizaram consultas de pré-natal, das quais, 38% receberam atendimento em clínica particular/convênio médico. Este resultado é semelhante ao obtido por Hilu e Zelgelboim (2007) em questionário aplicado as mães em uma maternidade na cidade de Maringá/PR. Todas realizaram consultas de pré-natal, porém 69% em clínica particulares e 31% em postos de saúde. O resultado demonstra recebimento de informações das gestantes sobre a importância de acompanhamento das avaliações realizadas no pré-natal.

Com relação a realização da TAN Tabela 4 verificou-se que: 76% realizaram no primeiro mês de vida, sendo que 92% realizaram na própria maternidade e 8% no ambulatório após alta. Não fizeram a TAN: 6% porque a maternidade/hospital não tinham

triagem; 4% porque a saúde da criança não permitia; 4% dificuldades com o convênio; e 86% fizeram a triagem estando abaixo dos indicadores do Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva - COMUSA, (LEWIS et al., 2012) que indicam: Cobertura da TAN em pelo menos 95% dos recém nascidos vivos com a meta de alcançar 100% e da Diretriz de Atenção à Saúde Curitibana – TANU que indica o atendimento universal para todos os recém nascidos com realização da TAN até o primeiro mês de vida dos neonatos, ou até o terceiro mês de vida dos lactentes (idade corrigida), considerando os prematuros e aqueles com longos períodos de internação (BORDIN et al., 2012). Os resultados sobre a não realização do teste da orelhinha demonstram falha no acompanhamento sistema do SUS e privado em relação 'a saúde auditiva.

Cerca de 30% das famílias receberam informações sobre TAN com relação a orientação a respeito de doenças. Porcentagem próxima a obtida por Hilu e Zelgelboim (2007) em questionário aplicado às mães, em maternidade Maringá/PR, a respeito de doenças que alteram o desenvolvimento auditivo da criança, no qual 81% afirmaram não ter recebido orientação enquanto 19% relataram terem sido orientadas. Desses, três por meio médico e as demais por meio de parentes, panfletos e televisão.

A Tabela 5 os resultados da TAN mostram que: 94% passaram e que 3 (6%) falharam indo para reteste na maternidade. Necessidade de reteste como prevista por Musiek e Rutelmann (2002) em virtude de triagem inicial ser conduzida próxima a alta hospitalar não havendo tempo para o bebê realizar um segundo teste em condições favoráveis como aumento da maturidade, melhores condições gerais de saúde e ausência de debris no meato acústico externo ou problemas na orelha média transitórios. Desses casos de resto dois passaram. Dos que falharam, um era egresso de UTI com de malformação congênita de mielomeningocele com hidrocefalia, complicações de meningite e de otite média e necessitou de encaminhamento para avaliação em serviço de alta complexidade em saúde auditiva. Portanto índice inferior a 4% dos neonatos encaminhados para diagnóstico protocolo COMUSA (LEWIS et. al., 2010).

A Tabela 6 indica que 24% das famílias receberam informações sobre saúde auditiva, sendo: 10% do Médico (a), 4% Enfermeiro (a), 8% Fonoaudiólogo (a), Assistente Social 2%, de outros profissionais 2% e de nenhum 74%. Também neste caso a porcentagem foi próxima a obtida por Hilu e Zelgelboim (2007) em questionário aplicado as mães, em maternidade de Maringá /PR. Quando perguntadas a respeito de doenças que alteram o desenvolvimento auditivo da criança 81% das mães disseram não ter recebido orientação enquanto 19% relataram terem sido orientadas. Desses, três por meio de médico e as demais por meio de parentes, panfletos e televisão.

A Tabela 7 indica resultados sobre serviços de saúde. Em nenhum dos casos foi realizada busca ativa pela UBS dos que não fizeram a TAN ou reteste pela maternidade, conforme Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana.- TANU (BORDIN et al., 2012). Há também previsão de busca ativa e de tratamento adequado no Programa Nacional de Triagem Neonatal (BRASIL, 2012). Apenas 1 caso necessitou de médico especialista, no caso otorrinolaringologista e atendimento em alta complexidade em saúde auditiva, e a maioria das famílias 92% ficaram satisfeitas com o atendimento.

Com relação ao seguimento em unidade de alta complexidade houve apenas um sujeito egresso de UTI neonatal com malformação congênita que necessitou avaliação audiológica devido TAN alterada, sendo que o diagnóstico da criança foi feito após os 3 meses de idade, por otorrinolaringologista e fonoaudiólogo dentre outros profissionais que o atenderam, através de exame de PEATE inicial. A conduta foi alta após o terceiro PEATE normal, pois não foi constatada deficiência auditiva, tendo o responsável recebido orientações sobre perda auditiva e linguagem.

Com relação ao atendimento nos serviços de saúde em TAN (Tabela 7) 92% ficaram satisfeitos, com o acompanhamento e avaliações realizadas, e que o atendimento, de apenas um sujeito realizado em alta complexidade foi satisfatório com disciplina da família quanto ao tratamento e as recomendações. Os atendimentos foram dentro dos critérios estabelecidos pela Diretriz de Triagem Auditiva Neonatal Universal, e houve encaminhamento aos serviços de alta complexidade quando observado possível risco para deficiência auditiva. O fluxograma de atendimento de atenção (TANU) foi satisfatório/completo.

A análise do atendimento/acompanhamento em triagem auditiva neonatal, após a caracterização da amostra, permitiu extrair as conclusões citadas a seguir.

Com relação ao processo de acolhimento/atendimento em triagem auditiva neonatal universal na maternidade e nos serviços de saúde do SUS, as maternidades credenciadas pelo SUS, seis em Curitiba, possuem equipamentos, realizam os exames recomendados, só não realizam busca ativa como previsto no protocolo de Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana. Um dos principais convênios médicos (medicina de grupo) do município não autoriza a realização de TANU na maternidade, e só a realiza após 14 dias, em serviços próprios, o que dificulta a realização da triagem pois depende de agendamento, e do deslocamento até o local, portanto em condições não tão facilitadoras quanto o procedimento realizado na maternidade permite (Tabela 4). Para os recém-nascidos que não realizaram a TANU os principais motivos foram maternidade sem

triagem auditiva, saúde da criança não permitiram e dificuldade em liberação pelo convênio, como citado acima.

Com relação às informações das famílias sobre TANU apenas 30% receberam informações a respeito (Tabela 3) e 12% sobre saúde auditiva (Tabela 6) e dentre estas 10% foram recebidas de médicos, 4% de enfermeiros, 8% de fonoaudiólogos, 2% de assistente social e 2% de outros meios (revistas, pessoas que sabiam sobre o assunto, etc.), o que mostra que a recomendação do COMUSA (LEWIS et al., 2010) sobre a necessidade de informar aos pais e/ou responsáveis oferecendo uma explicação sobre importância da TANU, não vem sendo observada para a maioria das famílias. A aceitabilidade e satisfação das famílias foram de 92% com a avaliação/acompanhamento em TANU, demonstrando que os serviços e redes de atenção estão atendendo de forma satisfatória as demandas de TANU.

Com relação às ações e serviços de saúde em TANU (Tabela 7, atendimento e assistência em alta complexidade) pode-se dizer que as Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança Curitibana relacionadas com a saúde auditiva estão sendo atendidas. Com relação ao modelo de atenção à saúde, adotado de Estratégia de Saúde da Família, ainda existe necessidade, que os profissionais médicos, enfermeiras e agentes comunitários recebam mais informações/treinamento sobre TANU, para desenvolver melhor desempenho técnico e profissional, nas ações de saúde auditiva (apoio as famílias, acesso as informações e recursos disponíveis) no território que atuam.

Este estudo acompanhou uma amostra pequena em uma única UBS na cidade de Curitiba e com apenas 1 caso dirigido para alta complexidade. Recomenda-se ampliar o estudo para outras UBS para visão ampliada do fluxo de TANU no município.

8 CONCLUSÃO

As análises das respostas dos questionários permitiram as seguintes conclusões: os fluxos de atendimento em Triagem Auditiva Neonatal estão convergentes com a Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana – TANU, porém, ainda não é universal, pois não atingem a meta de 100% de cobertura dos neonatos. As ações em saúde auditiva mostram que esta havendo integralidade de atendimento na etapa hospitalar e ambulatorial, na unidade básica de saúde analisada e em serviços de alta complexidade, onde são realizados atendimentos ambulatoriais e mesmo hospitalares.

Os resultados indicam que existe uma rede integrada, articulada e descentralizada para gestão intersetorial com identificação e encaminhamento dos neonatos, para exames mais complexos, quando tiver resultados considerados alterados.

Para cobertura/acompanhamento dos casos de alterações auditivas existe necessidade de suporte as famílias aconselhamento/contato e informações de comunicação a respeito e capacitar equipe de Estratégia de Saúde da Família sobre atendimento/realização de exames para detecção/tratamento em deficiência auditiva na infância e para acompanhamento do programa de saúde existe necessidade de auditoria em saúde auditiva.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto desta pesquisa a análise situacional da saúde auditiva neonatal em uma unidade de Estratégia da Saúde da Família mostra as seguintes conclusões:

A análise do processo diagnóstico com equipe multiprofissional segue as normas e diretrizes preconizadas para triagem auditiva neonatal com dois serviços credenciados em Atendimento Auditivo de Alta Complexidade para atendimento/avaliação/terapia e fornecimento de próteses auditivas e de dois hospitais para os casos de implante coclear. A integralidade se materializa nos encaminhamentos realizados pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família - ESF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF com base nos processos de referência e contra-referência, para as redes de Atenção à Saúde. Porém, não esta havendo priorização do agendamento de neonatos e o encaminhamento imediato para diagnóstico médico otorrinolaringológico e avaliação fonoaudiológica completa.

Houve uma cobertura de TAN, no primeiro mês de vida de 86%, sendo que 6% não fizeram porque a maternidade/hospital não tinha triagem, 4% porque a saúde da criança não permitia e 4% porque havia dificuldade com os convênios médicos. Portanto o atendimento ainda não é considerado universal nesta unidade de saúde, pois não atinge 100% de cobertura.

Três neonatos foram encaminhados para reteste havendo falha auditiva em um caso que foi encaminhado para atendimento em alta complexidade.

Nenhum dos analisados necessitou de terapia audiológica e nem de aparelho de ampliação sonora individual – AASI, assistência esta oferecida pelo SUS.

Existe necessidade de desenvolvimento de um banco de dados informatizado, sobre o processo de triagem, para acompanhar os resultados obtidos mensalmente e que também servirá como instrumento de rastreamento de casos que foram perdidos ou que não concluíram todas as etapas necessárias de reteste ou diagnóstico, incluindo o acesso às informações dos serviços de alta complexidade dos casos a eles encaminhados.

Para suporte à família aconselhamento/contato e informações de comunicação existe necessidade de: capacitar as equipes de Estratégia de Saúde da Família para a promoção da saúde auditiva de crianças.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS . Newborn and Infant Hearing Loss: Detection and Intervention. Task Force on Newborn and Infant hearing. **Pediatrics**, U.S., v.103, n. 2, p. 527-530, feb./1999. Disponível em :

<<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/2/527.full>>. Acesso em 05 de maio de 2014.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **Pediatrics**, U.S., v. 120, n. 4, p. 898 -921, oct./2007. Disponível em:

<<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/898.full.pdf+html>>. Acesso em 02 de maio de 2014.

AURELIO F. S. ; TOCHETTO, T. M. Newborn hearing screening: experiences of different countries. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*, v. 14, n.3, p. 355-363, 2010.

AZEVEDO, R. F., et al. Avaliação da implantação de programa de triagem auditiva neonatal em hospital de nível secundário. **Rev Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 77-83, jun. 2004.

BORDIN, A. B. et al. Triagem Auditiva Neonatal Universal. **Diretriz da Atenção à Saúde da Criança Curitibana**, Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba, 2012. p. 79-84.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/editora>. Acesso em 02 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Distrito Federal, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Educação em Saúde. **Conferência Internacional sobre promoção da saúde orientações para todos no ano de 2000**. Disponível em :<<http://www.digidc.mim-edu.pt/educaosaude/.../2ottawa-nesse-semlogo.pdf>>. Acesso em 20 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Programa Nacional de Triagem Neonatal, **Portaria Ministerial GM/MS nº822**, de 06 de junho de 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html>. Acesso em: 15 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria nº 1060 de 05 de junho de 2002. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF, 2003. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/Gm-1060.htm>> Acesso em: 16 de agosto de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2073**, de 28 de setembro de 2004. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/visualizar_texto.cfm?idtxt=23103>. Acesso em 24 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Portaria n. 587**, de 07 de outubro de 2004. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html>. Acesso em 24 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 204, p. 55, 24 outubro 2011. Seção 1. pt 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf>. Acesso em 24 de maio de 2013.

CAPRA, F. O. **Ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1999. p.56,57 e 299.

CARLINI, R. **Implantação da disciplina de Atenção Básica à Saúde no curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná**: aspectos psicossociais e educativos. Curitiba, 2010. 154 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

COMITÊ BRASILEIRO DE PERDA AUDITIVA NA INFÂNCIA - CBPAI. Recomendações n.01/99 2000. **Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia**, Brasília, v.65, p. 3-7, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Parecer do CFFa. nº 05/00** – Assunto: Aspectos Pertinentes à Triagem Auditiva Neonatal (TAN). São Paulo, Disponível em:<www.fonosp.org.br/legislação/pareceres-dpcffa>. Acesso em 12.03.09.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem multidisciplinar. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

CURITIBA. Câmara Municipal de Curitiba. Lei 11.393/2005, de 25 de abril de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de testes audiológicos periódicos nos postos de saúde, creches e unidades escolares do município e dá outras providências. Curitiba Brazil: **Diário Oficial da Prefeitura Municipal de Curitiba**, 2005. Disponível em: www.cidadedoconhecimento.org.br/cidadedoconhecimento/index.php?portal1/4530&cod_proje1/41603. Acesso em 20 de maio de 2013.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada em atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005. (p. 28 - 37, 195).

ENCONTRO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA, 10, 1995, Bauru. **Anais** Fórum de debates: audição na criança. Bauru: **Pro Fono** Revista de Atualização Científica, v. 7, n.2, p. 75-78, 1995.

FIGUEIREDO, E. N., A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. São Paulo, Unifesp, **Saúde da Família**. Disponível em <<http://www.unasus.unifesp.br>>. Acesso em 27 de março de 2015.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canadá.** Boston: The Merrymount Press, 1972. Disponível em: <<http://www.carnigiefondation.org.elibrary/index.htm>>. Acesso em 11 maio de 2014.

FOOD AND DRUG ADMISTRATION (FDA). **Federal Register**. Estados Unidos, v. 44, n. 37, p. 434-467, 1980.

GRUPO DE APOIO A TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL – GATANU, São Paulo. Disponível em: www.gatanu.org. Acesso em 22 de junho 2014.

HILU, 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, p. 563-570, out./dez. 2007.

JENSEN, A. M. A. R.; FRAGOSO, A. C. P. F. Reabilitação da perda auditiva na infância. In: CAMPOS C.A. H.; COSTA H. O. O., (Orgs.). **Tratado de otorrinolaringologia**. São Paulo: Roca, 2003. (p. 232-242).

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Executive summary of Joint Committee on Infant Hearing year 2007 position statement. Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **JCIH**, 2007. Disponível em: <<http://www.jcih.org/ExecSummFINAL.pdf>>. Acesso em 02 de maio 2014.

KLAS, R.; LACERDA, A. The Audiometric findings among Curitiba and Metropolitan Area students. **Int. Arch. Otorhinolaryngol**, Rio de Janeiro, vol. 18n. 02, abr./jun. 2014.

KORRES, S. et al. Newborn hearing screening: effectiveness, importance of high-risk factors, and characteristics of infants in the neonatal intensive care unit and well-baby nursery. **Otol. Neurotol.** Athens (Greece), v. 26, n. 6, p. 1186-1190, nov. 2005.

LAMPERT, J.B. et al. Avaliação do processo de mudança na formação médica - Educação Médica em Transformação – Instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. (p. 248, 254).

LEÃO, L. L.; AGUIAR, M. J. B. Triagem neonatal o que os pediatras deveriam saber. **J. Pediatr.** (Rio de J.) Porto Alegre , v. 84, n. 4, supl. p. S80-S90, Aug. 2008. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de abril de 2014.

LEWIS, D. R. et.al. Multiprofessional committee on auditory health. **Journal of Otorhinolaryngology**, COMUSA Brasilian, São Paulo, v. 76, n. 1, p.121-128, Feb. 2010.

MATTOS, R.A. et al. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões cerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO UERJ, IMS, 2001. (p.39-64).

MASOUD, A.D. et al. Preliminary report of newborn hearing screening in Iran [abstract]. In. **Proceedings of NHS2006 Conference**: Beyond newborn hearing screening: infant and childhood hearing in science and clinical practice. Lake Como, Italy, GRANDORI F.; HAYES D (ed.), n. 43, maio/jun. 2006.

MUSIEK, F.E.; RUTELMANN, W.F. **Perspectivas atuais em avaliação auditiva**. São Paulo: Manole, 2002. 337p.

NASCIMENTO, R. Pesquisa mapeia situação dos serviços de saúde auditiva no país. **Comunicar**, Brasília, n. 54, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/Comunicar_54Baixa.pdf>. Acesso em 24 de maio de 2013.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Consensus Statement on Early identification of hearing loss in infants and young children: Consensus development conference on early identification of hearing loss in infants and young children. US Department of health and human service: National Institutes of Health, Bethesda. **NHI: Consensus Statement**, v. 11, n. 1, p.1- 3, mar. 1993.

NOBREGA, M. Triagem audiológica universal. In: CALDAS, N.; SIH, T.; NETO CALDAS, S.(Orgs.). **Otologia e Audiologia em Pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. (p.208-210).

PARANÁ. Assembléia Legislativa do Estado do Paraná. Centro Legislativo Presidente Aníbal khury. **Lei nº 14588/2004**, 22 de dezembro de 2004. Disponível em: <<http://celepar7cta.pr.gov.br/SEEG/sumulas.nsf/319b106715f69a4b03256efc00601826/9c432f159fb1147183256f9c00553131?OpenDocument>>. Acesso em 24 de maio de 2013.

PENTEADO, R.Z.; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública e coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 107-116, 2004.

PEREIRA, P.K.S., et al. Programa de triagem auditiva neonatal: associação entre perda auditiva e fatores de risco. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v. 19 n 3, p. 267-278, jul./set. 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado da saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

RASKIN, S.; BRANCO T. Genética na Audição. In: ZEIGELBOIM, B. S.; JURKIEWICZ, A. L. (Orgs.). **Multidisciplinaride na Otoneurologia**. São Paulo :Roca, 2013.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate na Conferência Municipal e Estadual de Saúde**, Salvador, junho-2011.

VIEIRA, J. E. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. In: MARINS, J. J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAUJO, J. G. C. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, ABEM, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO ÁS FAMÍLIAS

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: ----- NOME (iniciais): -----

IDADE(meses/dias): _____ GÊNERO:1 ()Masculino,2 ()Feminino.

LOCAL DE NASCIMENTO:1 ()hospital público,2 () hospital privado3, () domicílio;

TEVE INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS NA GESTAÇÃO, PARTO OU PÓS PARTO ?

QUAL? _____ RISCO PARA DEFICIÊNCIA AUDITIVA:1()sim,2()não

A REALIZAÇÃO DO TESTE DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL FOI FEITA NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA? 1 ()sim, 2 () não; local: 1. ()hospital; 2. () ambulatório;

SE, NÃO, POR QUÊ: 1 ()nascimento fora do ambiente hospitalar, 2 ()maternidade sem triagem auditiva, 3 ()a saúde da criança não permitia a realização dos exames, 4 ()recusa do teste;

FAMILIAR CUIDADOR DA CRIANÇA: 1 () mãe, 2 () pai, 3 () outros;

FEZ CONSULTAS PRÉ- NATAIS 1 () sim, 2 () não:

SE SIM, AONDE : 1 () clínica particular/ convênio, 2 () posto de saúde

A FAMÍLIA RECEBEU INFORMAÇÕES NO HOSPITAL SOBRE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL 1 () sim, 2 () não;

QUAL FOI O RESULTADO ?: () PASSOU, 2 ()FALHOU

FOI ENCAMINHADA PARA RESTESTE? :1 () sim, para onde? _____,2() não;

RESULTADO: 1 () passou, 2 () falhou; FOI ENCAMINHADA: 1 () sim, 2 () não

NO PRÉ-NATAL OU EM CONSULTA COM O PEDIATRA, O CUIDADOR RECEBEU INFORMAÇÕES A RESPEITO DE SAÚDE AUDITIVA DO BEBÊ? 1() sim, 2 () não;

POR QUAL PROFISSIONAL: 1() médico; 2. () enfermeiro; 3. ()fonoaudiólogo, 4 () assistente social; 5 () outro.

HOUVE BUSCA ATIVA DOS QUE FALTARAM NAS AVALIAÇÕES 1()sim, 2()não, POR MEIO DE:1() contato telefônico 2.() telegrama ou 3() visita do agente comunitário

NO PLANO TERAPÊUTICO HOUVE CONSULTAS COM MÉDICOS ESPECIALISTAS

1. () sim; 2. () não.

QUAL ESPECIALIDADE 1. () otorrino, 2 () neurologista; 3 () geneticista, 4 () outros

HOUVE ACOMPANHAMENTO MÉDICO PARA OS BEBÊS DE RISCO?1() sim, 2()não.

GRAÚ DE SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA: 1. () satisfeito; 2. () insatisfeito.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE ATENDIMENTO EM UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE

NO PROCESSO DE AVALIÇÃO AUDIOLÓGICA HOUVE CONFIRMAÇÃO DE PERDA AUDITIVA? 1 () sim , 2() não, 3 () parcial;

O DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA FEITO:1.() nos primeiros 3 meses de idade; 2. () após os 3 meses de idade.

QUAIS PROFISSIONAIS ATENDERAM A CRIANÇA: 1. () fonoaudiólogo; 2(). otorrinolaringologista, 3. () assistente social; 4. () outro.

QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS 1 () eoae, 2() peate, 3 () outros;

QUAL FOI A CONDUTA: 1 () retorno para reavaliação, 2 () alta pois não foi constatado deficiência auditiva, 3 ()encaminhamento para terapia fonoaudiológica ,4 () outro tipo de procedimento.

HOUVE ORIENTAÇÃO SOBRE PERDA AUDITIVA E ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM DA CRIANÇA: 1 () sim; 2. () não.

APÊNDICE C - CONSIDERAÇÕES SOBRE INTEGRALIDADE DE ATENDIMENTO.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

DISCIPLINA DA FAMÍLIA EM ACOMPANHAR O TRATAMENTO: 1() abandono total, 2() abandono parcial, 3() seguiu as recomendações.

O PACIENTE FOI ATENDIDO DENTRO DAS SUAS NECESSIDADES COMO PREVÊ A DIRETRIZ DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL? 1 () sim, 2 () parcial, 3 () não

HOUVE ENCaminhamento ao serviço de alta complexidade quando observada possível risco para deficiência auditiva?: 1() sim; 2() não;

O FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO (TANU) QUE O PACIENTE FOI SUBMETIDO FOI:

1 () satisfatório/completo), 2 () insatisfatório/incompleto;

PORQUÊ?: 1. () demora nos procedimentos/seguimentos; 2 () agendamento difícil/demorado, 3. () outros.

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL

[Plataforma Brasil] - Comunicado (7)

Equipe Plataforma Brasil Prezado, Devido a um erro no sistema Platafor

3 de Abr

Equipe Plataforma Brasil Prezado, Devido a um erro no sistema Platafor-

27628

Equipe Plataforma Brasil Prezado. Devido a um erro no sistema Plataforma Brasil, seu documento não foi processado.

2000 JG3

Equipe Plataforma Brasil Prezado. Devido a um erro no sistema Platafor

12 dia Atw

Equipe Plataforma Brasil | Prezada Centro Coordenador do CAAE 23440

17 de Abr

Equipe Plataforma Brasil Prezado Coordenador do Comitê de Ética em

12 *Ho* *et al.*

Equipe Plataforma Brasil

第六章 亂世之亂

Para Eu

Prezado Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa,

Informamos que, por um erro no sistema Plataforma Brasil, os seguintes projetos tiveram o seu número CAAE gerado em um formato indevido. Após identificarmos o problema, foi programada a criação de um novo número CAAE para os projetos, garantindo a permanência do histórico e de todos os dados de cada projeto. São eles:

Nº CAAE Antigo	Título	Nº CAAE Novo
22440613.3.0000.0103	A TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL: UM DESAFIO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE EM CURITIBA - PR	22440613.3.3001.0101

O procedimento de criação do novo número CAAE foi realizado em 05/04/2014.

Os pesquisadores responsáveis pelos projetos também foram informados desta mudança por e-mail. Desde já agradecemos a compreensão e pedimos desculpas pelo transtorno.

Atenciosamente

Equine Plataforma Brasil

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO Comitê de Ética em Pesquisa/SEB

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL: UM DESAFIO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE EM CURITIBA - PR

Pesquisador: Jose Carlos Sabbag

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22440613.3.0000.0103

Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 412.122

Data da Relatoria: 01/10/2013

Apresentação do Projeto:

Avaliação da integralidade de atendimento: fluxos de Triagem Auditiva Neonatal na Atenção Básica em Saúde e no atendimento/seguimento laboratorial de casos junto ao Serviço de Média /Alta Complexidade em Distúrbio da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná. Metodologia: Pesquisa longitudinal, qualquantitativa frente à população de recém- nascidos atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em unidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, no Bairro Alto, entrevista com os pais ou responsáveis após consentimento por escrito, avaliação do fluxo de Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) de acordo com Protocolo de Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana 2012, ou seja bebês egressos de berçários sem ou com fator de risco para perda auditiva, bebês com fator de risco, triagem negativa, mas com suspeita de deficiência auditiva durante e até o terceiro mês de vida e bebês egressos de UTI Neonatal. Monitoramento de neonatos até os terceiro mês de vida e dos lactentes (idade corrigida) considerando os prematuros e aqueles com longo período de internação,

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrilho
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **CEP:** 80.730-000
Fax: (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR**



Continuação do Parecer: 412.122

para confirmação de hipótese diagnóstica. Atendimento/seguimento laboratorial dos casos Junto ao Serviço de Média/Alta Complexidade em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná A coleta de dados será realizada durante seis meses e a organização de dados: tabelas, gráficos, análise descrita do eventos, média, desvio- padrão, etc. seguido de interpretação dos dados por dois meses.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliação da integralidade de atendimento: fluxos de Triagem Auditiva Neonatal na Atenção Básica em Saúde e no atendimento/seguimento laboratorial de pacientes com fatores de risco para deficiência auditiva e casos junto ao Serviço de Média/Alta Complexidade em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

Objetivo Secundário:

° Avaliação do fluxo de Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) em recém-nascidos atendidos em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Curitiba ° Monitoramento de neonatos até o terceiro mês de vida e dos lactentes (idade corrigida) considerando os prematuros e aqueles com longa permanência de internação, com indicadores de risco para perda auditiva ° Avaliação da resolutividade do sistema de saúde frente a esse distúrbio

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos realizados não oferecem riscos físicos ou mentais aos participantes.

Benefícios:

Orientação das políticas de saúde no município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

A pesquisa só poderá ser realizada na SMS Curitiba após a análise de viabilidade pelo Comitê da

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorrilho

CEP: 80.730-000

UF: PR

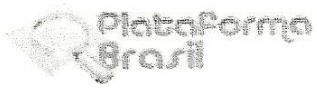
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.ethica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR**



Continuação do Parecer: 412.122

SMS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

"Atender "Recomendações".

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS/196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

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.

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

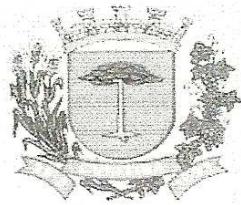
CURITIBA, 01 de Outubro de 2013

Assinador por:

**Carmen Australia Paredes Marcondes Ribas
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Ancheta, 2770	CEP: 80.730-000
Bairro: Bigorrilho	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570	Fax: (41)3240-5584
	E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

ANEXO C - COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o pesquisador José Carlos Sabbag protocolou sob o número 66/2013 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "A Triagem Auditiva Neonatal Universal: Um Desafio na Atenção Integral à Saúde em Curitiba-PR".

CAAE: 22440613.3.0000.0103

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 13 de novembro de 2013.



Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS

ANEXO D - DECLARAÇÃO DE PARCERIA A PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA E UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA
UNIDADE DE SAÚDE BAIRRO ALTO.

Para Plataforma Brasil.

62/2013.

Declaração de Parceria.

Curitiba, 21 de Agosto de 2013.

Venho através deste declarar que estou de pleno acordo com a realização da parceria entre a Unidade de Saúde Bairro Alto com o Projeto de Pesquisa-Triagem Auditiva Neonatal Universal: Um Desafio na Atenção Integral à Saúde,sob responsabilidade da Profª Doutora, Claudia Giglio de Oliveira Gonçalves e do pesquisador José Carlos Sabbag, desenvolvido pela Universidade Tuiuti do Paraná- Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação.

Estou de acordo com sua realização nas nossas dependências,tão logo o Projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde até sua conclusão.

Estou ciente ainda,que os sujeitos de pesquisa serão os usuários da Unidade de Saúde Bairro Alto-Estratégia de Saúde da Família,bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução CNS 196/96 e complementares.

Atenciosamente

Homero da Silva Pereira.

Coordenador da Unidade de Saúde

Bairro Alto. Matrícula: 535345.

Homero da Silva Pereira

PMC 53534-X

Autoridade Sanitária Local

**ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: UM DESAFIO NA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

Pesquisador Responsável Prof. Dra. Adriana Bender Moreira de Lacerda

Pesquisador Executor: Esp. José Carlos Sabbag

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Tuiuti do Paraná, tel. para contato (41) 3331-7848; secretaria do mestrado (41) 3331-7807

Nome do voluntario----- idade--- anos RG._____

O Sr(ª) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa acima, de responsabilidade dos pesquisadores: Adriana Bender Moreira de Lacerda e José Carlos Sabbag, cujo objetivo é analisar as práticas de Triagem Auditiva Neonatal Universal, na Unidade Municipal de Saúde do Bairro alto, no município de Curitiba e no Laboratório de Avaliação Auditiva da Universidade Tuiuti do Paraná. Para tanto utilizaremos como método, entrevistas através de aplicação de questionários aos pais ou responsáveis. As entrevistas serão realizadas na Unidade de Estratégia de Saúde da Família no Bairro Alto em Curitiba. Tais procedimentos são comuns na rotina de pesquisa na fonoaudiologia e não apresentam desconforto ou riscos à integridade física ou moral. Espera-se com esta pesquisa: avaliar a integralidade de atendimento: fluxos de Triagem Auditiva Neonatal Universal na Atenção Básica em Saúde e sobre atendimento/seguimento laboratorial de casos junto ao Serviço de Avaliação Auditiva de Média /Alta Complexidade da Universidade Tuiuti do Paraná, fornecendo subsídios para gestores e comunidade de como estão sendo realizados tais procedimentos. Quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com tratamento individual poderão ser esclarecidos diretamente com o responsável pela pesquisa e nos telefones de contato acima referidos. A participação nesta pesquisa é voluntária e a qualquer momento seu consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do seu tratamento quando houver. Estão garantidas a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito na pesquisa, através do seu anonimato. A sua participação na pesquisa não prevê nenhum ônus financeiro e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu-----,RG nº----- declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Curitiba,---- de ----- de -----

Nome e assinatura do voluntário_____

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento_____

Testemunha_____

Testemunha_____

ANEXO F - DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
3ª VIA - UNIDADE DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

30-63189889-3

Identificação do Recém-nascido

1 Nome do Recém-nascido

Data e hora do nascimento

2 Data

Hora

3 Sexo

M - Masculino

F - Feminino

I - Ignorado

4 Peso ao nascer

em gramas

5 Índice de Apgar

1º minuto

6 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito?

Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita, para descrevê-la

1 Sim

2 Não

9 Ignorado

Código CNES

7 Local da ocorrência

1 Hospital
2 Outros estab. saúde

3 Domicílio
4 Outros

8 Estabelecimento

9 Ignorado

9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)

Número

Complemento

10 CEP

11 Bairro/Distrito

Código

12 Município de ocorrência

Código

13 UF

14 Nome da Mãe

15 Cartão SUS

Código CBO 2002

16 Escolaridade (última série concluída)

Nível

0 Sem escolaridade

3 Médio (antigo 2º grau)

Série

Ignorado

1 Fundamental I (1ª a 4ª série)

4 Superior incompleto

2 Fundamental II (5ª a 8ª série)

5 Superior completo

9

17 Ocupação habitual

(Informar anterior, se aposentada/desempregada)

18 Data nascimento da Mãe

19 Idade (anos)

20 Naturalidade da Mãe

Município / UF (se estrangeiro informar País)

21 Situação conjugal

1 Solteira 4 Separada judicialmente/

2 Casada 5 União estável

3 Viúva

9 Ignorada

22 Raça / Cor da Mãe

1 Branca 4 Parda

2 Preta 5 Indígena

3 Amarela

Residência da Mãe

23 Logradouro

Número

Complemento

24 CEP

27 UF

25 Bairro/Distrito

Código

26 Município

Código

28 Nome do Pai

29 Idade do Pai

Gestações anteriores

30 Histórico gestacional

■ N° gestações anteriores

■ N° de partos vaginais

■ N° de cesáreas

■ N° de nascidos vivos

■ N° de perdas fetais / abortos

Gestação atual

Idade Gestacional

31 Data da Última

Menstruação (DUM)

33 Número de consultas de pré-natal

34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal

35 Tipo de gravidez

Parto

36 Apresentação

37 O Trabalho de parto foi induzido?

38 Tipo de parto

39 Cesárea ocorre antes do trabalho de parto iniciar?

40 Nascimento assistido por

1 Exame Físico 2 Outro método 9 Ignorado

99 Ignorado

99 Ignorado

9 Ignorado

1 Sim

2 Não

9 Ignorado

1 Sim

2 Não

3 Parteira

4 Outros

9 Ignorado

41 Descrever todas as anomalias e defeitos congênitos observados?

42 Data do preenchimento

43 Nome do responsável pelo preenchimento

44 Função

1 Médico

2 Enfermeira/Obstetriz

3 Parteira

4 Func. Cartório

5 Outros (descrever)

45 Tipo documento

1 CNES

2 CRM

3 COREN

4 RG

5 CPF

46 N° do documento

47 Órgão emissor

48 Cartório

Código

49 Registro

50 Data

51 Município

51 UF

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

**ANEXO G - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO RECÉM
NASCIDO**



Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal de Saúde
Distrito Sanitário Boa Vista
Serviço de Epidemiologia

Ficha de Acompanhamento do Recém Nascido

UMS: _____ NÚMERO DNV: _____

Nome da criança: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Maternidade: _____ Peso ao nascer: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Data da visita domiciliar: ____ / ____ / ____

Cadastro da criança já foi realizado? () Sim () Não _____

Criança será acompanhada na UMS? () Sim () Não _____

Criança de risco? () Sim () Não Se sim, qual o motivo? _____

Data da vacina Hepatite RN ____ / ____ / ____

Data da vacina BCG ____ / ____ / ____

Se não realizadas, qual o motivo? _____

Data da 1ª consulta com enfermeiro(a): ____ / ____ / ____ Peso: _____

APGAR: _____

Observações: _____

Dúvidas da mãe nos cuidados com o bebê: _____

Amamentação: Materna () Mista () Artificial ()

Triagem: Teste do pezinho () Teste do olhinho () Teste do ouvidinho ()

Data da 1ª consulta com médico: ____ / ____ / ____ Peso: _____

Observações: _____

Responsável pelo preenchimento: _____ Matrícula: _____

Assinatura da Coordenação Local da UMS: _____

**PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL E COMPLETAR TODOS OS CAMPOS PARA
DIGITAÇÃO EM NOSSO BANCO DE DADOS DO NASCER.**

ANEXO H - CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA CURITIBA:



Dados do BEBÊ

Nome da Criança: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Local: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel: _____

Cidade: _____ Estado: _____

ATENÇÃO!

- * Esta caderneta é o documento de saúde da sua filha. Conserve-a com cuidado.
- * Toda vez que levar sua filha para atendimento em serviço de saúde (consultas, vacinas, emergências) leve esta caderneta e peça que seja preenchida.
- * O bebê nunca deve dormir de barriga para baixo (de bruços).
- * Leve seu bebê a um serviço de saúde 2 a 3 dias após a alta da maternidade ou de acordo com a orientação médica.

Unidade de Saúde: _____

Cadastro: _____

Número do Cartão Nacional do SUS: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo:



Dados do PARTO e da GRAVIDEZ

Nascida às _____ h do dia ____ / ____ / ____ Sexo: () F () M

Idade gestacional: _____ semanas. Parto: () Vaginal () Cesáreo

Apresentação: () Cefálica () Pélvica () Outra: _____

Peso: _____ g Comprimento: _____ cm PC: _____ cm

Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ 10º min: _____

Tipagem sanguínea: _____ RN: _____ Mãe: _____

Peso na alta: _____ g Data da alta: ____ / ____ / ____

Nº consultas de pré-natal: _____ Gravidez: () Simples () Múltipla

Sorologias maternas no pré-natal e parto:



Intercorrências maternas na gravidez e parto:

Local do parto:

() Hospital / Clínica

() Domicílio

() Outro: _____

Dados da MATERNIDADE

Sinal de Ortolani: () negativo () positivo
Teste da Orelhinha: () não () sim Data / /
Orelha direita: () normal () alterado, realizar reteste.
Orelha esquerda: () normal () alterado, realizar reteste.
Reteste: Data / /
Orelha direita: () normal () alterado
Orelha esquerda: () normal () alterado
Risco para perda auditiva? () não () sim, qual?

Teste do Olhinho: () não () sim Data / /
Olho direito: () normal () alterado
Olho esquerdo: () normal () alterado

Teste do Coraçãozinho: () não () sim Data / /
Resultado: _____

Teste do Pezinho: () não () sim Data / /
Resultado: _____

Se o teste do pezinho foi coletado antes de 48 horas de vida ou não foi realizado procure uma Unidade de Saúde para fazê-lo.

Observações sobre o período de permanência no Hospital:

