

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CEFPEPS**

**LUCIANA EMÍLIA DE FARIA**

**A ADESÃO AO RETESTE DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL**

**FORMIGA**

**2014**

**LUCIANA EMÍLIA DE FARIA**

**A ADESÃO AO RETESTE DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Giovana Simino

**FORMIGA**

**2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

|   |
|---|
| FARIA, LUCIANA EMÍLIA DE  |
| A ADESÃO AO RETESTE DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL [manuscrito] / LUCIANA EMÍLIA DE FARIA. - 2014.  |
| 39 f.   |
| Orientador: GIOVANA PAULA REZENDE SIMINO.   |
| Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde |
| 1.Triagem auditiva neonatal. 2.Reteste. 3.Evasão familiar. I.SIMINO, GIOVANA PAULA REZENDE. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.  |

Luciana Emília de Faria

**“ADESÃO AO RETESTE DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL”**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



---

Profa. Giovana Paula Rezende Simino (Orientadora)



---

Profa. Flávia Falci Ercole

Data de aprovação: 22/02/2014

**Belo Horizonte**

Ao meu filho Daniel.  
Por estar presente na minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por possibilitar todas as vitórias da minha vida.

Aos meus pais, Lindomar e Roberto, por me ajudarem a cada dia ser uma pessoa melhor.

À minha irmã Priscila, por compartilhar comigo as dificuldades, as angústias e conquistas do dia-a-dia.

Ao meu namorado, Emerson, pela compreensão, paciência, companheirismo e carinho em todos os momentos.

À Neyli pelo incentivo e apoio em momentos difíceis.

À Josiane, pela grande ajuda.

A todos os meus pacientes que me fazem ter amor pela minha profissão.

## RESUMO

**Objetivos:** analisar o índice de adesão ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal, descrever sua importância para o diagnóstico precoce da deficiência auditiva e investigar o motivo da evasão das famílias ao reteste buscando alternativas para influenciar as famílias na adesão ao acompanhamento audiológico. **Metodologia:** a busca foi realizada nas bases de dados Lilacs e PubMed, classificando o estudo como revisão integrativa. A amostra foi composta por 12 estudos. **Resultado:** foi encontrado um baixo índice de adesão ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal. **Conclusão:** O principal fator que interfere no retorno ao reteste é a falta de conhecimento pelas famílias da importância da triagem auditiva e da detecção precoce da deficiência auditiva. É fundamental o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para influenciar as famílias no seguimento da avaliação auditiva.

**Descritores:** Triagem auditiva neonatal. Reteste. Evasão familiar.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To analyze the rate of adherence to retest the Newborn Hearing Screening, describing its importance for early diagnosis of hearing loss and to investigate the reason for the dropout of families, seeking alternatives to influence families in adherence audiological follow. **Methodology:** the search was conducted in PubMed and Lilacs data, classifying the study as integrative review. The sample consisted of 12 studies. **Result:** found a low rate of adherence to retest the Newborn Hearing Screening. **Conclusion:** The main factor which affects the return to retest is the lack of knowledge by the families of the importance of hearing screening and early detection of hearing impairment. It is essential develop strategies education health to influence families to follow hearing evaluation.

**Keywords :** Newborn hearing screening. Retest. Family evasion.



## SUMÁRIO

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>09</b> |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS</b>  | <b>16</b> |
| <b>3</b>   | <b>METODOLOGIA</b>  | <b>17</b> |
| <b>4</b>   | <b>RESULTADOS</b>   | <b>18</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Índice de adesão ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal</b>                         | <b>19</b> |
| <b>4.2</b> | <b>Motivos da evasão das famílias nos programas de Triagem Auditiva Neonatal</b>        | <b>20</b> |
| <b>4.3</b> | <b>Alternativas para influenciar as famílias no seguimento da avaliação audiológica</b> | <b>21</b> |
| <b>5</b>   | <b>DISCUSSÃO</b>  | <b>23</b> |
| <b>6</b>   | <b>CONCLUSÃO</b>  | <b>31</b> |
| <b>7</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>32</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b>  | <b>33</b> |
|            | <b>APENDICE A</b>   | <b>38</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A integridade do sistema auditivo representa um pré-requisito fundamental para a aquisição e desenvolvimento normal de linguagem (SIMÃO, CONTO e FUJINAGA, 2008, p. 24).

Os dois primeiros anos de vida constituem-se no período crítico para a aquisição e o desenvolvimento das habilidades auditivas (HOCHNADEL, 2011, p. 11).

Quanto mais cedo é diagnosticada alguma deficiência e iniciada a intervenção, melhores são os benefícios obtidos, favorecendo desta forma, o desenvolvimento normal da criança (FERNANDES, 2006, p. 41).

De acordo com Fernandes (2006, p. 41) a triagem auditiva neonatal (TAN), inserida em programas de Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), tem sido a forma mais efetiva e recomendada para favorecer a detecção e a intervenção precoce de problemas auditivos no recém-nascido.

No Brasil, a realização gratuita do exame Emissões Otoacústicas Evocadas tornou-se obrigatória pela Lei Federal nº 12.303, de 2 de agosto de 2010 (BRASIL, 2010). O exame é popularmente conhecido como 'Teste da Orelhinha' e todos os hospitais e maternidades do Brasil devem oferecer o teste. Ele também deve ser disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal obrigatoriedade representa um enorme avanço na área de saúde auditiva infantil. Mas, cada dia mais, pesquisas tem comprovado o enfrentamento de grandes dificuldades devido às altas taxas de evasão das famílias nas diferentes fases da Triagem Auditiva Neonatal. Desta forma, surge o dilema: qual o índice de efetividade do reteste da Triagem Auditiva Neonatal, e como pode-se aumentar a adesão das famílias ao retorno?

Dessa forma, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos cujo objetivo é analisar os motivos dessa evasão, obtendo informações para que novas soluções sejam criadas a fim de amenizá-la.

Marone (2010, p. 1) explica que o Sistema Nervoso Central permite o aumento de conexões nervosas quando precocemente estimulado, por causa de sua grande plasticidade.

Segundo Lewis et al. (2010, p. 122) esta estimulação iniciada até os 12 meses de idade, possibilita melhores resultados na reabilitação auditiva e

desenvolvimento de linguagem de crianças acometidas pela deficiência auditiva, salientando que os seis primeiros meses de vida são decisivos para o seu desenvolvimento.

BRASIL (2012, p. 9), enfatiza que para obter melhores resultados no desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, conseqüentemente, para facilitar a inclusão no mercado de trabalho e obter melhor qualidade de vida são necessários o diagnóstico e a intervenção antes dos seis meses de vida da criança, no caso de perda auditiva permanente.

Assim que é realizado o diagnóstico da deficiência auditiva a intervenção pode ser iniciada imediatamente.

Sabe-se que existem alguns fatores que aumentam a chance da criança nascer com deficiência auditiva ou desenvolvê-la durante a infância. Segundo Lewis et al. (2010, p.126) os principais indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDA) são:

- preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem;
- história familiar de deficiência auditiva permanente, com início na infância;
- permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas;
- infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, Sífilis, HIV);
- anomalias craniofaciais envolvendo a orelha e osso temporal;
- síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras);
- distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth);
- infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite;

- traumatismo craniano;
- quimioterapia.

De acordo com Durante et al. (2004, p. 79), nas populações que não possuem programas de detecção precoce da deficiência auditiva, o diagnóstico geralmente é tardio, por volta dos três anos de idade, o que causa um sério impacto no desenvolvimento global da criança, ou seja, no desenvolvimento de linguagem, na socialização e no desenvolvimento cognitivo.

Januário (2012, p. 17) considera que a importância da realização obrigatória do exame de Emissões Otoacústicas se deve à alta incidência da deficiência auditiva, comparado a outras doenças da infância. A deficiência auditiva no neonato é um dos mais prevalentes distúrbios do recém-nascido passíveis de serem detectados precocemente. A estimativa é que a cada 1.000 nascidos vivos, 3 (três) apresentem deficiência auditiva.

A Triagem Auditiva realizada apenas nos neonatos com indicadores de risco para a deficiência auditiva possibilita identificar aproximadamente 50% das crianças com perdas auditivas, por isso, é ideal que a Triagem Auditiva Neonatal seja realizada em caráter universal (LEWIS et al., 2010, p. 122).

De acordo com Januário (2012, p. 26): “Em grande parte dos países desenvolvidos, a triagem auditiva já configura rotina de avaliação dos neonatos”.

Em 1988, a Maternal and Child Health Bureau (MCHB), uma Agência de Saúde Materno-Infantil Americana criou projetos piloto nos estados de Rhode Island, Utah e Havaí, para viabilizar um programa de triagem neonatal universal com abrangência estadual. O objetivo do programa era identificar a perda auditiva antes que o bebê tivesse alta hospitalar (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007, p. 4).

O *National Institute of Health* (1993, p. 3) informa que inicialmente a triagem auditiva infantil era realizada por diferentes métodos, incluindo respostas a estímulos acústicos e verificação do reflexo acústico, logo então foi introduzida a audiometria de tronco cerebral (ABR) e, finalmente, mais recentemente a atenção voltou-se para a medição das emissões otoacústicas evocadas (EOA), como um teste rápido, de baixo custo e não invasivo da função coclear.

Este mesmo instituto por meio do *National Institute on Deafness and Other Communication Disorders* (NIDCD) - Instituto Nacional da Surdez e de Outros

Distúrbios da Comunicação - relata que no período de 1 a 3 de março de 1993 houve uma Conferência sobre a identificação precoce da deficiência auditiva em bebês e crianças pequenas em que os autores concluíram que todas as crianças admitidas na UTIN devem ser avaliadas quanto a audição antes da alta hospitalar e que a triagem universal deve ser aplicada a todos os recém-nascidos nos primeiros meses de vida (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007, P. 4).

O Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva – COMUSA (LEWIS et al., 2010, p. 123) ressalta que na Europa: “[...] a TANU -Triagem Auditiva Neonatal Universal- foi recomendada em 1998, por meio de um consenso assinado por diversos países participantes de um evento científico realizado com esse fim”. Segundo o Joint Committee on Infant Hearing (2007, p. 4) nos Estados Unidos, em meados de 2005, todos os estados haviam implementado o programa de triagem auditiva neonatal, e aproximadamente 95% dos recém-nascidos deste país realizaram a triagem para detecção da perda auditiva antes de receber alta hospitalar.

A implantação de programas de triagem auditiva encontra dificuldades tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, tais como (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007, p. 4):

- deficiências no momento de informar a família de maneira compreensível e culturalmente relevante em todos os estágios dos programas de triagem auditiva;
- deficiências no gerenciamento e rastreamento de informações sobre as triagens;
- falta de ambiente adequado para a realização dos testes;
- escassez de profissionais com especialização e experiência necessárias para acompanhar as crianças encaminhadas por programas de triagem auditiva.

Esta situação dificulta a realização da Triagem Auditiva Neonatal para todos os neonatos, ou seja, em caráter universal e provoca um elevado número de desistências em alguma das etapas dos programas de triagem.

Januário (2012, p. 17) explica que: “Serviços de triagem auditiva neonatal vêm sendo implantados no Brasil, desde a década de 80, objetivando a detecção precoce das deficiências auditivas no neonato”. Esta mesma autora identifica o pouco conhecimento sobre a efetividade dos programas de triagem desenvolvidos pelos serviços do país.

Em Minas Gerais, no ano de 2007 a Secretaria de Estado instituiu o Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal (PETAN) por meio da Resolução SES nº 1321 (MINAS GERAIS, 2007, p. 1). Esta resolução define critérios, normas operacionais e procedimentos para a prestação de serviços de Triagem Auditiva Neonatal.

“A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes” (BRASIL, 2012, p.9). A TAN é composta por teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, objetivando o diagnóstico dessa deficiência e encaminhamento para intervenções adequadas à criança e sua família.

Rio Grande do Sul (2010, P. 3) mencionou que a Triagem Auditiva Neonatal é realizada em caráter universal por meio do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA), que é a resposta da cóclea ao estímulo clique aplicado, e transmitido até o conduto auditivo externo, onde pode ser registrado pelo equipamento. A identificação de um caso potencial exige um reteste realizado em consulta de retorno.

Para o resultado do teste de Emissões Otoacústicas Evocadas o critério utilizado é o de passa/falha, onde o resultado se explica da seguinte maneira:

O resultado de “passa” significa que a cóclea está íntegra e não há alterações na orelha externa e média, mas não descarta a possibilidade de existir um problema nas vias auditivas. Já o resultado “falha” significa que o bebê pode apresentar problema na orelha externa e/ou média ou que possui uma deficiência auditiva de origem coclear. Neste caso, deve-se fazer o encaminhamento para a etapa de conclusão do diagnóstico (RIBEIRO, 2005, p. 26).

Este exame foi selecionado para triagem por ser um procedimento de execução simples e rápido, possibilitando a testagem de um grande número de recém-nascidos. Sugere-se que a TAN seja realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida na maternidade, ou durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames (BRASIL, 2012, p. 10; RIO GRANDE DO SUL, 2010, p. 3).

A American Academy of Pediatrics – AAP recomenda que a Triagem Auditiva Neonatal seja realizada antes da alta hospitalar, entre as primeiras 24 e 48

horas de vida (ERENBERG et al., 1999, p. 528). Caso haja falha no teste, o reteste deverá ser realizado dentro de um mês.

SILVA (2013, p. 16) ressalta que “Caso o resultado do exame de EOAT seja ‘falha’, no re-teste (*sic*), estes são encaminhados para outros procedimentos, como por exemplo, o exame do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE)[...]”. As normas da American Academy of Pediatrics - AAP (ERENBERG, et al., 1999, p. 529) também solicitam que o diagnóstico seja concluído antes dos três meses de vida e a intervenção iniciada antes dos seis.

Diversos programas de triagem auditiva neonatal foram implementados em vários locais necessitando que sejam definidos padrões de qualidade a serem adotados.

A American Academy of Pediatrics - AAP (ERENBERG et al., 1999), o Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva - COMUSA (LEWIS et al., 2010) e o JCIH (2007) identificaram os mesmos indicadores de qualidade para os programas de triagem auditiva:

- índices de triagens realizadas superiores a 95% dos nascidos vivos, tentando-se alcançar 100% de recém-nascidos vivos;
- as triagens devem ser realizadas no máximo no primeiro mês de vida;
- índice inferior a 4% de neonatos encaminhados para diagnóstico;
- os indicadores de qualidade na etapa de diagnóstico referem-se aos índices de comparecimento para diagnóstico após o encaminhamento. Devem ser alcançados 90% dos neonatos encaminhados, com conclusão do diagnóstico até os três meses de vida;
- recomenda-se que 95% dos lactentes confirmados com perdas auditivas bilaterais permanentes iniciem o uso da amplificação sonora no prazo de um mês após o diagnóstico.

Fazito et al. (2008) informa que um programa é considerado efetivo quando no mínimo 95% das crianças são avaliadas.

É comum o índice de comparecimento para a primeira triagem auditiva ser maior do que o índice no reteste.

Silva (2013) explica que entre os recém-nascidos que falharam no teste, no mínimo 90% devem ser submetidos à avaliação audiológica até o terceiro mês de

vida. Porém a literatura tem evidenciado o enfrentamento de grandes dificuldades devido às altas taxas de evasão das famílias nas diferentes fases da Triagem Auditiva Neonatal.

A perda de seguimento no reteste da TAN prejudica o diagnóstico de deficiência auditiva, acarretando prejuízos funcionais no desenvolvimento da criança, decorrentes da privação sensorial (Mello et al. 2013, p. 765).

Onoda, Azevedo e Santos (2011, p. 566) cita os motivos prováveis para o não comparecimento aos retornos recomendados:

- falta de informação dos pais quanto às causas, os sintomas e o impacto da deficiência auditiva sobre o desenvolvimento global da criança;
- a ideia comum entre as mães de que seus filhos não têm riscos de apresentar perda auditiva e a ansiedade desencadeada nas mães pela situação de seu filho estar sendo testado.

Outras características fortemente associadas ao não retorno à segunda avaliação auditiva, com grande relevância estatística são (FERNANDES, 2006, p. 110):

- a baixa frequência às consultas pré-natais (de uma a três consultas);
- a presença de mais de um filho na família;
- a ausência de companheiro.

Considera-se, também, que há um número reduzido de gestantes que têm conhecimento sobre a possibilidade e a importância da realização da Triagem Auditiva Neonatal, favorecendo a ausência ao retorno. Hochnadel (2011, p.12) informa, também que “[...] ainda existe um número elevado de gestantes que não possuem conhecimento sobre prevenção, causas e consequências da perda auditiva, nem dos procedimentos de avaliação auditiva infantil”.

Fernandes (2006) considera importante os dados referentes à escolaridade materna no sentido de que, quanto menor é o número de anos de estudos de uma mãe, menor também será a probabilidade de sua participação ao retorno. A carência econômica das famílias e a falta de retaguarda de apoio social também são fatores que limitam a condição de adesão ao programa.



Tochetto et al. (2008, p. 780) relata que as condições socioeconômicas da população atendida, a dificuldade de acesso à maternidade, a falta de informações para os pais, cuidadores e para os profissionais que lidam com recém-nascidos sobre a importância da triagem, da detecção e intervenção precoces nas deficiências auditivas congênitas e de início tardio ou progressivo poderiam ser alguns dos fatores do elevado índice de evasão na etapa de diagnóstico da deficiência.

O não retorno ao reteste da TAN prejudica o diagnóstico de deficiência auditiva, acarretando prejuízos funcionais no desenvolvimento da criança, decorrentes da privação sensorial. Além disso, julga-se necessário conhecer o índice de efetividade do reteste da Triagem Auditiva Neonatal para apontar práticas e/ou técnicas que amenizem a evasão das famílias ao retorno.

Busca-se com este estudo, traçar critérios que possam contribuir para maior efetividade da Triagem Auditiva Neonatal, identificando as causas da evasão ao reteste, assim, contribuindo para a saúde auditiva infantil.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o índice de adesão ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal baseado em diferentes fontes de pesquisas.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- descrever a importância da Triagem Auditiva Neonatal e do seu seguimento para o diagnóstico precoce da deficiência auditiva;
- descrever o motivo da evasão das famílias nos programas de Triagem Auditiva Neonatal;
- buscar alternativas para influenciar as famílias no seguimento da avaliação audiológica.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A Revisão Integrativa por ser uma abordagem metodologicamente ampla, referente às revisões existentes, permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão do fenômeno analisado (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010 p. 103).

Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 761) identificam seis etapas para a construção da revisão integrativa:

- 1) identificação do tema e seleção da hipótese;
- 2) amostragem ou busca na literatura;
- 3) categorização dos estudos;
- 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- 5) interpretação dos resultados;
- 6) apresentação da revisão.

A amostra foi composta por publicações em bases de dados indexadas na Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS) e National Library of Medicine (PUBMED). Foram consideradas publicações em inglês e português dos últimos 13 anos. Não foram encontrados textos em espanhol relacionados ao tema.

Foram utilizados como descritores controlados: triagem neonatal, perda auditiva e perda de seguimento; e como descritores não controlados: triagem auditiva neonatal, adesão e evasão.

A pesquisa bibliográfica foi estruturada nas seguintes combinações:

1. Triagem neonatal, perda auditiva, perda de seguimento;
2. Triagem auditiva neonatal e adesão;
3. Triagem auditiva neonatal e evasão;
4. Neonatal screening, hearing loss, lost to follow-up.

O Quadro 1 apresenta os resultados encontrados nas bases consultadas, com o número de referências bibliográficas obtidas em cada uma e o número de referências selecionadas, por abrangerem a pergunta norteadora.

Quadro 1 – Estratégia de busca eletrônica na base de dados, outubro de 2013.

| <b>Base de Dados</b> | <b>Palavras Chave</b>                                   | <b>Referências encontradas</b> | <b>Referências selecionadas</b> |
|----------------------|---|--------------------------------|---------------------------------|
| Lilacs               | Triagem neonatal / perda auditiva / perda de seguimento | 3                              | 3                               |
| Lilacs               | Triagem auditiva neonatal / adesão                      | 8                              | 8                               |
| Lilacs               | Triagem auditiva neonatal / evasão                      | 4                              | 0                               |
| Pubmed               | Neonatal screening hearing / loss lost to follow-up     | 34                             | 1                               |
| <b>TOTAL</b>         |   | 49                             | 12                              |

Os critérios de inclusão considerados no estudo foram: artigos com texto na íntegra, período de publicação compreendido entre os anos 2000-2013 e com temática que envolveu a adesão ou evasão ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal.

Fizeram parte dos resultados e discussão do estudo as informações extraídas dos 12 artigos que compuseram a amostra.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados baseado nas variáveis do estudo (APENDICE A).

Após a análise dos títulos e resumos, os artigos foram lidos na íntegra. Foi realizada uma síntese dos dados, contemplando título, autores, objetivo, metodologia, resultados e conclusões. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização das informações extraídas dos estudos selecionados, a partir da identificação de aspectos relevantes de interesse para o foco do estudo, conforme proposto em literatura específica acerca de revisão integrativa de literatura.

#### **4 RESULTADOS**

A amostra desta revisão foi composta por 12 estudos, sendo 11 estudos (91,67%) publicados na língua portuguesa, 01 estudo (8,33%) na língua inglesa. O artigo internacional, publicado em inglês, é originado dos Estados Unidos.

Os estudos analisados são artigos originais, sendo, 04 estudos (33,33%) classificados como estudo prospectivo, 03 estudos (25%) eram pesquisa documental, 01 estudo (8,33%) descritivo e 04 estudos (33,33%) transversais. Dos

estudos transversais 01 estudo (25%) era exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, 01 estudo (25%) era observacional, 01 estudo (25%) de caráter investigativo e 01 estudo (25%) de coorte contemporânea.

Os artigos foram publicados entre os anos de 2003 e 2012, sendo 08 estudos (67,66%) publicados nos últimos cinco anos e 04 estudos (33,33%) publicados entre 2003 e 2008.

A análise de aspectos relevantes de interesse para o foco do estudo nos artigos selecionados permitiu a apresentação de três unidades temáticas apresentadas a seguir.

#### **4.1 Índice de adesão ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal**

Dos 12 estudos da amostra deste trabalho, 06 estudos (50%) realizaram o reteste da Triagem Auditiva Neonatal com o exame de Emissões Otoacústicas e obtiveram índice de efetividade no retorno de: 69,4% (BERNI et al., 2010); 53% (BARREIRA-NIELSEN, NETO e GATTAZ, 2007); 58,6% (FERNANDES e NOZAWA, 2010); 68,2% (MATTOS et al., 2009); 58,8% (RANGEL, FERRITE e BEGROW, 2011) e 87,5% (SCAZIOTTA, ANDRADE e LEWIS, 2012). É importante ressaltar que este último estudo realizou a pesquisa apenas com crianças com indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA), pois neste serviço a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) ainda não havia sido implantada.

No estudo de França et al. (2010) o reteste da triagem foi realizado com o uso do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático (PEATE-A) com uma taxa de efetividade nesta etapa de 79,34%. No estudo de Liu et al. (2008) foi informado que a triagem auditiva poderia ser realizada com uso das EOA, com o uso do PEATE ou uma combinação dos dois exames, podendo ser utilizado qualquer desses dois exames para reteste. Neste estudo 89% das crianças que falharam receberam uma avaliação da audição.

Alvarenga et al. (2011) e Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) calcularam o índice de efetividade apenas para a primeira etapa da triagem auditiva neonatal, sendo que o primeiro encontrou uma taxa de 40,61% e o segundo encontrou taxa de 62,6% antes da implantação de orientações a gestantes e parturientes e 64,3% depois da implantação destas orientações.

Nos estudos de Alvarenga et al. (2012) e Marques, Arteta e Soares (2003) não foi determinado o índice de adesão ao reteste da triagem, mas citaram que muitas crianças não retornaram para um segundo exame quando o primeiro exame falhou.

#### **4.2 Motivos da evasão das famílias nos programas de Triagem Auditiva Neonatal**

Foram relatados diversos motivos de não comparecimento da criança para o seguimento da avaliação auditiva. Alguns dos estudos que compuseram a amostra deste trabalho pesquisaram o motivo da evasão e encontraram as justificativas enumeradas a seguir.

Alvarenga et al. (2012), Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007), Fernandes e Nozawa (2010), Alvarenga et al. (2011), Françaço et al. (2010) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011), relataram a falta de conhecimento sobre a realização da Triagem Auditiva Neonatal e a importância do teste e da detecção precoce da deficiência auditiva como um dos motivos da evasão das famílias.

Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007), Alvarenga et al. (2011), Françaço et al. (2010) e Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) apontaram como dificultadores para a família comparecer no reteste a localização do centro de diagnóstico e a falta de transporte, porém Fernandes e Nozawa (2010) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011) identificaram que este fator não influenciou no retorno.

O aumento da escolaridade materna refletindo em percentuais mais elevados de retorno foi evidenciado por Fernandes e Nozawa (2010), Alvarenga et al. (2011), Françaço et al. (2010), Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e Liu et al. (2008) porém Alvarenga et al. (2012) identificou ausência de associação entre o nível de escolaridade e a evasão da triagem.

Alvarenga et al. (2012), Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007) e Françaço et al. (2010) relataram a ausência de agendamento para o reteste e também a dificuldade ou inadequação no sistema de agendamento.

Fernandes e Nozawa (2010), Alvarenga et al. (2011) e Françaço et al. (2010) mencionaram que quanto maior o número de filhos menor é a frequência ao retorno. Apenas 01 estudo de Rangel, Ferrite e Begrow (2011) observou maior proporção de não comparecimento para aquelas que possuíam apenas um filho.

Segundo Alvarenga et al. (2012), Françoso et al. (2010) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011) um dos motivos da evasão das famílias no retorno se refere a falta de comunicação entre a família e o médico em relação à importância do acompanhamento e ainda, a orientação do pediatra ou médico informando ser desnecessária a realização da triagem.

A falta de dados atualizados para se contatar a família, principalmente a falta de contato telefônico foi relatada pelos trabalhos de Alvarenga et al. (2012), Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007) e Françoso et al. (2010).

A baixa renda influenciando a não adesão foi citada nos estudos de Alvarenga et al. (2012), Alvarenga et al. (2011) e Françoso et al. (2010).

Em 02 trabalhos de Sacziotta, Andrade e Lewis (2012) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011) observou-se que os que tinham menor risco auditivo faltaram à triagem auditiva.

O estado civil materno, ou seja, as mães que vivem sem companheiro não retornaram para o exame, foi citado nas pesquisas de Fernandes e Nozawa (2010) e Liu et al. (2008).

Quanto menor a frequência às consultas pré-natais, menor o retorno, foi identificado por Fernandes e Nozawa (2010) e Sacziotta, Andrade e Lewis (2012).

A restrição de horário de atendimento para a realização da triagem facilitou o não retorno nos trabalhos de Fernandes e Nozawa (2010) e Alvarenga et al. (2011).

Em 02 pesquisas de Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) relatou-se o esquecimento das mães como fator de evasão.

Em 02 trabalhos de Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) e Liu et al. (2008) observou-se que doenças do recém-nascido facilitavam o não retorno.

#### **4.3 Alternativas para influenciar as famílias no seguimento da avaliação audiológica**

Alguns dos estudos da amostra deste trabalho relataram alternativas para influenciar as famílias no retorno da avaliação audiológica. Estas alternativas serão descritas a seguir.

A conscientização da família sobre a audição, os aspectos etiológicos da deficiência auditiva, assim como a importância do diagnóstico e do processo terapêutico precoce foi identificado em 4 estudos, de Alvarenga et al. (2011), Françoso et al. (2010), Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e Liu et al. (2008).

A orientação quanto a importância da triagem auditiva neonatal ainda no período gestacional foi observada nos trabalhos de Alvarenga et al. (2012), Fernandes e Nozawa (2010) e Mattos et al. (2009).

Nas pesquisas de Mattos et al. (2009), Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) considerou-se como fundamental a criação de folhetos explicativos. Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007), Mattos et al. (2009) e Liu et al. (2008) consideraram a divulgação da triagem auditiva por meio de meios de comunicação.

A criação de um sistema de agendamento e monitoramento eletrônico dos seguimentos para diminuição da evasão foi sugerida nos estudos de Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007), Françoso et al. (2010) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011). A atualização do endereço e telefones de contato nos serviços de saúde foi orientada nas pesquisas de Alvarenga et al. (2012) e Liu et al. (2008).

Nos trabalhos de Alvarenga et al. (2012), Fernandes e Nozawa (2010) Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) e Liu et al. (2008) relatou-se ser fundamental o envolvimento e participação dos familiares para a realização de todas as etapas da Triagem Auditiva Neonatal.

A capacitação em saúde auditiva infantil das equipes de saúde foi sugerida em diversos trabalhos enfocando os seguintes profissionais: 2 estudos, de Alvarenga et al. (2012) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011) consideraram a capacitação de enfermeiros, 2 estudos, de Alvarenga et al. (2012) e Berni et al. (2010) solicitaram a capacitação de agentes comunitários de saúde, 2 estudos, de Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011) enfatizaram a capacitação para pediatras e médicos e 2 estudos, de Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007) e Alvarenga et al. (2011) mencionaram a capacitação para toda a equipe. Além disso, 2 pesquisas, de Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007) e Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) incentivaram o comprometimento da equipe toda dos centros de saúde na realização da triagem auditiva neonatal.

No estudo de Rangel, Ferrite e Begrow (2011) salientou-se a importância da oferta de Triagem Auditiva Neonatal no SUS (Sistema Único de Saúde) com fácil acesso à população.

A melhoria no transporte de acesso ao local da triagem foi enfatizado por Liu et al. (2008).

## 5 DISCUSSÃO

De acordo com os indicadores de qualidades definidos pelos organismos internacionais e nacionais em um programa de Triagem Auditiva Neonatal bem sucedido, 95% dos bebês que falharam na triagem auditiva inicial recebem acompanhamento (JCIH, 2007; LEWIS et al., 2010). Este é um fator que preocupa os profissionais que atuam em programas de identificação precoce da deficiência auditiva, pois o baixo índice de retorno ao reteste pode comprometer a efetividade do programa.

Nos estudos analisados, foi identificado o percentual de 65,91% de efetividade no reteste da Triagem Auditiva Neonatal. Nenhum dos artigos que foram utilizados na amostra desta pesquisa chegou ao percentual recomendado. O estudo que mais se aproximou do valor ideal foi o de Massachusetts (LIU et al., 2008), com 89% de percentual de seguimento. Mesmo os estudos que calcularam o índice de efetividade baseado na primeira triagem obtiveram resultados abaixo do esperado.

Resultado semelhante foi identificado pelo JCIH (2007 p.900) que relatou que nos Estados Unidos em 2005, todos os estados tinham implementado o programa de triagem auditiva neonatal, e por volta de 95% dos bebês do país realizaram a triagem para detectar perda auditiva antes da alta hospitalar, porém, quase metade dos bebês que falharam na triagem inicial não recebeu acompanhamento adequado.

No Brasil, Onoda, Azevedo e Santos (2011, p. 777) encontraram em seu estudo um taxa de efetividade no reteste de 86,98% e Januário (2012, p. 53) identificou um índice de efetividade no reteste de 71,9%. Ambos os resultados obtiveram índices acima dos encontrados na amostra deste estudo.

Nos estudos de Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007) e Mattos et al. (2009) os autores relataram estar em fase de implantação de programa de triagem auditiva. É importante relatar que Durante et al. (2004, p.82) citou em sua pesquisa



que o seguimento (follow-up) deve ser de, no mínimo, 95% das crianças que não passaram na Triagem Auditiva Neonatal, e que este índice é considerado o mínimo de 70% para início de programas de triagem auditiva. Mesmo assim, o escore das 2 pesquisas em fase de implantação de Programa de Triagem Auditiva Neonatal deste estudo foi aquém do recomendado.

Esses dados demonstram que é necessária uma intervenção em saúde pública, envolvendo a família no processo de detecção precoce da perda auditiva.

Para solucionar o problema de não comparecimento ao retorno da Triagem Auditiva Neonatal é fundamental entender os motivos da falta de seguimento das crianças na avaliação audiológica.

Neste estudo a falta de conhecimento sobre a realização da Triagem Auditiva Neonatal e sobre a importância do teste e da detecção precoce da deficiência auditiva foi relatada por Alvarenga et al. (2012), Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007), Fernandes e Nozawa (2010), Alvarenga et al. (2011), Françoso et al. (2010) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011), dado compatível com o estudo de Mahl et al. (2013, p. 41) em que 76,64% das mães atendidas durante o período do estudo não sabiam o que era o teste. Esses resultados também podem ser comparados com Simão, Conto e Fujinaga (2008, p. 29) que identificaram que 83% das gestantes entrevistadas por esses autores nunca ouviram falar a respeito da detecção precoce da perda auditiva.

A falta de conhecimento sobre a realização da Triagem Auditiva Neonatal e a importância do teste e da detecção precoce da deficiência auditiva é o motivo mais importante que influencia a não adesão ao retorno. As mães, em suas observações empíricas, acreditam que as reações de seus filhos às falas, sons e ruídos sejam características de um desenvolvimento auditivo saudável. Além disso, há o desconhecimento dos prejuízos causados pelos déficits auditivos ao desenvolvimento global da criança, o que interfere na capacidade de reconhecimento das necessidades de saúde de seus filhos.

Houve divergência dos artigos da amostra deste estudo sobre a localização do centro de diagnóstico e a falta de transporte. Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007), Alvarenga et al. (2011), Françoso et al. (2010) e Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) observaram que estes fatores dificultam a família a comparecer no reteste, assim como Padua et al. (2005, p. 193) relatou em seu estudo que a dificuldade de transporte ao hospital facilita a perda de seguimento.

Mas discordando deste achado, Fernandes e Nozawa (2010) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011), que também fizeram parte da amostra deste estudo identificaram que este fator não influenciou no retorno.

A carência de recursos materiais para o deslocamento até o serviço e a restrição de horário de atendimento afeta o acesso dos usuários.

Também houve divergência quanto a escolaridade materna e, a maioria, identificou que o aumento da escolaridade materna aumenta o índice de retorno. Concordando com o resultado de Fernandes e Nozawa (2010), Alvarenga et al. (2011), França et al. (2010), Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e Liu et al. (2008) e confrontando Alvarenga et al. (2012), o estudo de Griz et al. (2010, p. 181) encontrou que a população com menor escolaridade apresenta baixo índice de retorno às consultas. O menor índice de escolaridade é um fator de relevância para a não adoção de medidas de cuidado em saúde, devido à falta de informação e inexperiência sobre suas vantagens.

Quanto a ausência de agendamento para o reteste e a dificuldade ou inadequação no sistema de agendamento, os resultados de Alvarenga et al. (2012), Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007) e França et al. (2010) concordaram com Silva (2013, p. 66) que relatou a dificuldade em conciliar o agendamento com a rotina familiar contribuindo para o não comparecimento da família na consulta de retorno.

Quanto ao número de filhos, neste estudo foram encontrados dois resultados: Fernandes e Nozawa (2010), Alvarenga et al. (2011) e França et al. (2010) mencionaram que o maior número de filhos possibilitou o não retorno ao reteste e Rangel, Ferrite e Begrow (2011) verificou maior não comparecimento para as mães que possuíam um filho. O resultado das 3 primeiras pesquisas foi condizente com o que encontrou Fernandes (2006, p. 89) em sua pesquisa, pois a autora detectou que a probabilidade de não retorno das mães que possuem mais de um filho é de 1,5 vezes maior em relação às mães primigestas, e, conforme aumenta o número de filhos, maior é o não comparecimento. É possível que no estudo que encontrou menor adesão para mães com apenas um filho, este resultado relacione-se com a inexperiência das mães. Entretanto, a não adesão de mães com mais filhos, em situações similares de cuidado com a saúde, é geralmente relacionada com a dificuldade de gerenciar uma prole maior.

A falta de comunicação entre a família e o médico em relação à importância do acompanhamento e ainda, a orientação do pediatra ou médico informando ser desnecessária a realização da triagem foi encontrada nos trabalhos de Alvarenga et al. (2012), Françoso et al. (2010) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011). Concordando com este aspecto Hilú e Zeigelboim (2007, p. 569) observaram em seu trabalho uma contradição entre as informações dadas pelos profissionais de saúde envolvidos no estudo e as mães entrevistadas. Os profissionais relataram conhecer a detecção precoce da deficiência auditiva e orientar sobre a Triagem Auditiva Neonatal, enquanto que as mães relataram, em sua maioria, não terem tido acesso a nenhum tipo de informação sobre o desenvolvimento auditivo do bebê durante a gestação e em sua permanência na maternidade.

A falta de comunicação entre a família e o médico em relação à importância do acompanhamento é um aspecto relevante, visto que o profissional médico exerce uma influência significativa na atitude das pessoas, porém este profissional ainda apresenta pouco conhecimento sobre a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU). Na falta de uma orientação do profissional médico para o retorno da criança à segunda avaliação auditiva, as mães consideram que este procedimento não é importante para seu filho.

A falta de dados atualizados para se contatar a família, principalmente a falta de contato telefônico foi relatada por Alvarenga et al. (2012), Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007) e Françoso et al. (2010). Resultado semelhante foi encontrado por Padua et al. (2005, p.193) que também informaram em sua pesquisa que a perda de seguimento pode ser atribuída a falta de contato telefônico. A ausência de dados atualizados para se contatar a família é um aspecto fundamental que prejudica o contato com as famílias e o retorno ao reteste. Os serviços de saúde devem manter o endereço e o telefone de contato atualizados. Os programas de Triagem Auditiva também podem procurar o paciente através do posto de saúde de referência do neonato, considerando que ao realizar o teste do pezinho e completar o esquema de vacinação, as mães deixam atualizado seu endereço.

A baixa renda influenciando a não adesão foi citada em Alvarenga et al. (2012), Alvarenga et al. (2011) e Françoso et al. (2010). Concordando com este resultado, Mello et al. (2013, p. 769) relataram que os motivos de falta de dinheiro para o transporte de outra cidade para o local do exame, impossibilidade de levar o bebê acompanhado de outro filho ao retorno e o trabalho impedindo a mãe de levar

o bebê ao reteste refletem em um problema econômico dos pais. Os fatores associados a condição sócio-econômica como dificuldade de acesso a serviços de assistência a saúde podem atrasar o diagnóstico audiológico.

Os bebês que tinham menor risco auditivo faltaram a triagem auditiva foi um resultado encontrado em Sacziotta, Andrade e Lewis (2012) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011), isso deve-se ao fato das mães negarem a possibilidade da deficiência auditiva. Este achado diverge do resultado de Rodrigues et al. (2011, p. 456), que em seu estudo foi percebido expressivos valores encontrados em relação ao índice de evasão ou abandono tanto no grupo de alto risco quanto no grupo de baixo risco para a deficiência auditiva.

O estado civil materno, influenciou o retorno ao reteste da triagem auditiva nos estudos de Fernandes e Nozawa (2010) e Liu et al. (2008), ou seja, as mães que vivem sem companheiro não retornaram para o exame. Aspectos semelhantes foram encontrados por Mahl et al. (2013, p. 40), pois em sua pesquisa foi observado que a maioria (94,4%) das mães relatou estar casada ou possuir união consensual. Informou também que para a Triagem Auditiva Neonatal, o estado civil, assim como o planejamento da gestação, é um dado importante, pois a composição de um núcleo familiar e um relacionamento estável pode muitas vezes motivar a mulher a engravidar e também a dedicar-se à saúde do neonato, sendo esse o período essencial para a realização da avaliação auditiva do bebê.

Quanto menor a frequência às consultas pré-natais, menor o retorno, foi identificado por Fernandes e Nozawa (2010) e Sacziotta, Andrade e Lewis (2012), concordando com os dados de Liberatore (2010, p.5) que informou que ao serem orientadas adequadamente, as gestantes conscientizam-se da importância da triagem auditiva no desenvolvimento global da criança, por isso a adesão à triagem está diretamente ligada ao grau de informações destas mães.

A restrição de horário de atendimento para a realização da triagem facilitou o não retorno nos trabalhos de Fernandes e Nozawa (2010) e Alvarenga et al. (2011), concordando com Januário (2012, p.61) que relacionou em sua pesquisa a restrição de horário de atendimento com fator facilitador ao absenteísmo nas fases do reteste.

O horário de atendimento para a realização da Triagem Auditiva Neonatal pode ser estendido para atendimento nos finais de semana. Outra alternativa seria a

triagem ser realizada enquanto a mãe ainda está na maternidade e de conciliar o reteste com retornos para outros exames.

Nas pesquisas de Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) foi relatado o esquecimento das mães como fator de evasão, dado semelhante ao estudo de Mello et al. (2013, p. 768) que, em sua pesquisa, notou-se que os motivos apresentados pelas mães e/ou responsáveis para a evasão ao retorno agendado envolveram atitudes que puderam apontar menor importância atribuída às questões relacionadas à audição e a Triagem Auditiva Neonatal, pois relataram motivos irrelevantes como o esquecimento do retorno, mãe pensou que o bebê não deixaria ser submetido ao exame e a perda de horário para nova avaliação.

Nos estudos de Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) e Liu et al. (2008) observou-se que doenças do recém-nascido facilitavam o não retorno, este dado também foi encontrado no estudo de Manfredi e Santos (2002, p. 75) que referiram um dos motivos da ausência no primeiro agendamento, no programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo era – RN estava doente. As doenças do recém-nascido facilitam o não retorno ao reteste, pelo fato de as mães considerarem a saúde geral da criança mais importante que a integridade auditiva.

Ao analisar os motivos do não-retorno ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal alguns estudos puderam propor alternativas para influenciar as famílias no seguimento da avaliação audiológica.

A conscientização da família sobre a audição, os aspectos etiológicos da deficiência auditiva, assim como a importância do diagnóstico e do processo terapêutico precoce foi identificado nos estudos de Alvarenga et al. (2011), Françoso et al. (2010), Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e Liu et al. (2008). Concordando com este achado, Silva (2013, p. 73) em sua pesquisa identificou que a adesão das mães ao acompanhamento audiológico dos neonatos encontrou-se aquém do descrito na literatura nacional e internacional, porém este comportamento pode ser alterado quando estas mães participam de ações de educação em saúde auditiva e, essas ações de educação em saúde auditiva devem ser destinadas às famílias de neonatos que precisam ser informadas sobre os riscos e implicações da perda auditiva, sobretudo, no desenvolvimento da linguagem oral.

É fundamental que o próprio fonoaudiólogo, no dia da realização do primeiro exame da Triagem Auditiva, realize uma orientação completa e

esclarecedora à família. Esta orientação favorecerá a maior compreensão da mãe sobre a necessidade de dar continuidade à investigação da audição de seu filho.

A orientação quanto a importância da triagem auditiva neonatal ainda no período gestacional foi observada nos trabalhos de Alvarenga et al. (2012), Fernandes e Nozawa (2010) e Mattos et al. (2009). Somando a este achado, Mello et al. (2013, p. 770), em seu estudo, reforçou a necessidade dos pais receberem maiores esclarecimentos por parte dos profissionais que atuam diretamente com os bebês, pois manifestam desconhecimento sobre a Triagem Auditiva Neonatal e sobre a relevância de acompanhamento do desenvolvimento para prevenção de deficiência auditiva. Mello também informa que as orientações sobre a Triagem Auditiva devem começar no período gestacional, durante as consultas pré-natais realizadas pelos profissionais envolvidos em cuidados com as gestantes.

A orientação, realizada ainda no período gestacional, poderia ampliar a viabilidade da detecção precoce das alterações auditivas e promover o desenvolvimento da autonomia da família a respeito dos cuidados para com sua saúde, considerando que este é um período que as famílias têm boa aceitação às sugestões e orientações direcionadas à saúde da criança.

Nas pesquisas de Mattos et al. (2009), Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) foi informado como fundamental a criação de folhetos explicativos. Concordando com este achado Munhoz (2007, p. 78) salienta que para que estes folhetos tenham alguma efetividade eles precisam ser mais atrativos e conterem informações objetivas e interessantes sobre cuidados com a saúde auditiva da criança desde seu nascimento até a aquisição da fala.

A divulgação da triagem auditiva realizada em meios de comunicação foi evidenciada nos estudos de Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007), Mattos et al. (2009) e Liu et al. (2008), discordando deste achado Munhoz (2007, p. 77) afirma que a população pode e deve ser alertada sobre os cuidados com a saúde auditiva desde o início da vida por meio de comunicações informativas e educativas realizadas na atenção primária à saúde (desde os berçários das maternidades até as Unidades Básicas de Saúde) e também nos equipamentos de bem-estar social e de educação (creches e escolas).

Foi orientada a criação de um sistema de agendamento e monitoramento eletrônico dos seguimentos nos estudos de Barreira-Nielsen, Neto e Gattaz (2007), Françoso et al. (2010) e Rangel, Ferrite e Begrow (2011) e a atualização do

endereço e telefone de contato nos serviços de saúde foi enfatizada por Alvarenga et al. (2012) e Liu et al. (2008). Somando a este resultado outra orientação quanto ao agendamento, realizada por Silva (2013, p.63) é a marcação para realizar a triagem auditiva no mesmo dia de retorno da família para o Teste do Pezinho, fazendo com que a volta da família ao serviço de saúde seja mais proveitosa, uma vez que uma única visita atenderá a dois fins de saúde distintos.

Nos trabalhos de Alvarenga et al. (2012), Fernandes e Nozawa (2010), Franceschi, Lautenschlager e Tochetto (2010) e Liu et al. (2008) enfatizou-se ser fundamental o envolvimento e participação dos familiares para a realização de todas as etapas da triagem auditiva neonatal, resultado semelhante foi encontrado por Mello et al. (2013, p. 770), o qual concluiu em sua pesquisa que há necessidade da participação efetiva dos familiares nos programas de Triagem Auditiva contribuindo para concluir o diagnóstico audiológico em tempo hábil, favorecendo uma melhor qualidade de vida às crianças com deficiência auditiva.

A capacitação em saúde auditiva infantil das equipes de saúde foi sugerida em diversos trabalhos enfocando os seguintes profissionais: enfermeiros (ALVARENGA et al., 2012 e RANGEL, FERRITE e BEGROW, 2011), agentes comunitários de saúde (ALVARENGA et al., 2012 e BERNI et al., 2010), pediatras e médicos (BARREIRA-NIELSEN, NETO e GATTAZ, 2007 e RANGEL, FERRITE e BEGROW, 2011) e capacitação para toda a equipe (BARREIRA-NIELSEN, NETO e GATTAZ, 2007 e ALVARENGA et al., 2011). Outro achado semelhante foi encontrado por Melo e Alvarenga (2009, p. 284), que após a análise de seu estudo, identificaram que a capacitação de profissionais de saúde para atuarem em saúde auditiva leva a um impacto positivo, encontrado na mudança de comportamento do profissional e gestores públicos, tanto no conhecimento sobre o tema, quanto no acesso dos deficientes auditivos aos serviços de audiologia.

A capacitação em saúde auditiva infantil das equipes de saúde do SUS auxiliará na conscientização da comunidade sobre a importância de todas as etapas do processo de identificação e tratamento da deficiência auditiva e no resgate dos pacientes faltosos aos serviços de referência.

As enfermeiras, que mantêm um contato muito próximo com as mães podem transmitir informações importantes sobre a audição. Os agentes comunitários de saúde auxiliam no resgate das famílias que perderam o seguimento nos

programas de Triagem Auditiva e no acompanhamento do desenvolvimento de linguagem oral e da função auditiva das crianças.

A capacitação para médicos obstetras é fundamental para que ele possa transmitir às gestantes, no pré-natal, as informações sobre a audição e a detecção precoce das deficiências auditivas e o pediatra deve ser capacitado por ser um profissional que acompanha o desenvolvimento infantil.

O comprometimento de toda a equipe dos centros de saúde na realização da Triagem Auditiva Neonatal favorece um índice maior de adesão ao programa de triagem auditiva, pois facilita a troca de informações sobre o bebê e possibilita maior orientação à família.

Rangel, Ferrite e Begrow (2011) salientaram a importância da oferta de triagem auditiva neonatal no SUS com fácil acesso à população. Porém esta ainda não é a realidade no país. Pacheco, em 05 de agosto de 2013, publicou na internet informações acerca da Triagem Auditiva Neonatal no estado de Minas Gerais. Ela informou que apesar da lei federal nº 12.303, de 2 de agosto de 2010 tornando obrigatória a realização do Teste da Orelhinha para todos os recém-nascidos, o Programa de Triagem Auditiva Neonatal tem crescido a passos lentos. Em 2012, apenas 20% dos nascidos vivos no estado realizaram o exame, porém são dados coletados somente dos testes realizados nas 43 maternidades credenciadas pelo estado que oferecem o serviço, excluindo os exames realizados por municípios que implantaram o serviço de maneira independente e os realizados pela rede privada.

A melhoria no transporte de acesso ao local da triagem foi enfatizado por Liu et al. (2008), concordando com o que diz Silva (2013, p. 63) que enfocou que alguns programas possuem uma boa articulação entre o Programa de Triagem Auditiva Neonatal e os serviços de assistência social dos hospitais de algumas regiões, que ofertam auxílio para o transporte da família de sua residência ao serviço que disponibiliza o exame.

## **6 CONCLUSÃO**

Atualmente, no Brasil, a deficiência auditiva infantil vem sendo discutida no contexto da saúde pública com o objetivo de definir e programar ações em audição que permitam prevenir, identificar, diagnosticar e proporcionar a intervenção imediata em crianças com deficiência auditiva.



Diante do enfrentamento de grandes dificuldades devido às altas taxas de evasão das famílias nas diferentes etapas da Triagem Auditiva Neonatal, surge o dilema: qual o índice de efetividade do reteste da Triagem Auditiva Neonatal, e como pode-se aumentar a adesão das famílias ao retorno?

Através deste estudo, foi possível demonstrar que a hipótese formulada no início da pesquisa foi confirmada através dos dados coletados, pois percebe-se que o alto índice de ausência no reteste é apontado como o principal problema na efetividade dos programas de Triagem Auditiva Neonatal.

Este resultado deve-se a diferentes fatores, dentre eles, o que mais interfere negativamente ao não retorno ao exame, é a falta de conhecimento pelas famílias da importância da Triagem Auditiva Neonatal, bem como, a importância da detecção precoce da deficiência auditiva.

Baseando-se nas reflexões propostas por este estudo, pode-se afirmar que a Triagem Auditiva Neonatal permite o diagnóstico precoce da deficiência auditiva, possibilitando melhores resultados na reabilitação e desenvolvimento de linguagem de crianças acometidas pela deficiência auditiva.

O não retorno ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal retarda o diagnóstico de deficiência auditiva, comprometendo o início da intervenção em período adequado.

Portanto, conclui-se que a adesão ao reteste da Triagem Auditiva Neonatal é a única estratégia capaz de detectar precocemente as alterações auditivas, permitindo assim, uma intervenção que possibilite o desenvolvimento de linguagem, cognitivo e social da criança no tempo hábil.

Torna-se relevante desenvolver estratégias de educação em saúde para influenciar as famílias no seguimento da avaliação da audição, possibilitando, assim, o acompanhamento imediato de sua criança por profissionais qualificados.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A fim de aumentar a adesão das famílias nos programas de Triagem Auditiva Neonatal é necessário um trabalho de educação em saúde envolvendo o fonoaudiólogo e os profissionais que atuam diretamente com a gestante e o neonato, principalmente os enfermeiros, que possuem contato direto e por mais

tempo com o bebê e sua família, podendo auxiliar nas orientações sobre saúde auditiva infantil.

A orientação aos profissionais envolvidos com a gestante e neonato deve incluir a forma de abordar o assunto pelo especialista. Ao utilizar uma linguagem simples, nomeando “Teste da Orelhinha” ao contrário de Triagem Auditiva Neonatal o profissional pode facilitar o entendimento da família, favorecendo a adesão nas diferentes etapas da Triagem Auditiva.

É fundamental, ainda, que o profissional fonoaudiólogo atue efetivamente nas ações de promoção e prevenção de saúde, com enfoque na divulgação do “Teste da Orelhinha” em programas de pré-natal, favorecendo a prevenção e detecção precoce da deficiência auditiva.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, K. F. et al. Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.** v.16, n.1, São Paulo, jan./mar. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-0342011000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0342011000100010)>. Acesso em: 28 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Triagem Auditiva Neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.** v. 17, n. 3, São Paulo, p. 241-247, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-0342012000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0342012000300002)>. Acesso em: 28 out. 2013.

BARREIRA- NIELSEN, C.; NETO, H. A. F.; GATTAZ, G. Processo de implantação de Programa de Saúde Auditiva em duas maternidades públicas. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.** v.12, n. 2, São Paulo, abr./jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-0342007000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0342007000200006)>. Acesso em: 28 out. 2013.

BERNI, P. S. et al. Triagem auditiva neonatal universal: índice de efetividade no reteste de neonatos de um hospital da rede pública de Campinas. **Rev. CEFAC.** v. 12, n.1, São Paulo, jan./fev. 2010. Epub July 31, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-8462010000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-8462010000100016)>. Acesso em: 28 out. 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2010/lei-12303-2-agosto-2010-607594-publicacaooriginal-128606-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2010/lei-12303-2-agosto-2010-607594-publicacaooriginal-128606-pl.html)>. Acesso em: 13 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. 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: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_triagem\\_auditiva\\_neonatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2013.

DURANTE, A. S. et. al. A implementação de programa de triagem auditiva neonatal universal em um hospital universitário brasileiro. **Pediatria** (São Paulo) 26(2):78-84, 2004.

ERENBERG, A. et al. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention. American Academy of Pediatrics. Task Force on Newborn and Infant Hearing, 1998-1999. **Pediatrics**, v. 103, n. 2, 527-30, 1999. Disponível em: <[http://www.spitjudms.ro/\\_files/protocoale\\_terapeutice/orl/detectia%20si%20interventia%20in%20hipoacuzie.pdf](http://www.spitjudms.ro/_files/protocoale_terapeutice/orl/detectia%20si%20interventia%20in%20hipoacuzie.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2013.

FAZITO, L. T. et al. Triagem auditiva neonatal e o diagnóstico precoce das deficiências auditivas na criança. **Rev. Med Minas Gerais**, v. 18, n. 4, supl. 3, 61-66, 2008.

FERNANDES, J. C. **Estudo da efetividade de um programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal**. 2005. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2005.

FERNANDES, J. C.; NOZAWA, M. R. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 2, p. 353-361, mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1232010000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232010000200010)>. Acesso em: 28 out. 2013.

FRANCESCHI, C. M.; LAUTENSCHLAGER, L.; TOCHETTO, T. M. Aceitação da triagem auditiva neonatal. **Pediatr. Mod**, v. 46, n. 4, jul./ago. 2010. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4390](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4390)>. Acesso em: 28 out. 2013.

FRANÇOZO, M. F. C. et al. Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. **Saúde soc.**, v.19, n. 4, São Paulo, out./dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400017)>. Acesso em: 28 out. 2013.

GRIZ, S. M. S. et al. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. 15(2): 179-83; 2010.

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

HOCHNADEL, D. B. **Conhecimento das gestantes sobre a Triagem Auditiva Neonatal**. 2011. 37 f. Monografia (Especialização em Fonoaudiologia – Ênfase na Infância) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, 2011. Disponível em: <[www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37925/00823860.pdf?sequence=1](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37925/00823860.pdf?sequence=1)>. Acesso em 13 mar. 2013.

JANUÁRIO, G. C. **Percursos assistenciais das crianças avaliadas pelo serviço de referência de triagem auditiva neonatal do Hospital Sofia Feldman no período de 2010 a 2011**. 2012. 88 f.: il. Dissertação (mestrado). Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina - Belo Horizonte, 2012.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING (JCIH). Year 2000 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. **Am J Audiol.**, v. 9, n. 1, p. 9-29, 2000. Disponível em: <<http://www.jcih.org/jcih2000.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. **Pediatrics**, 120; p. 898-921, 2007. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/898.full.html>>. Acesso em: 01 dez. 2013.

LEWIS, D. R., et al. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva - COMUSA. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 1, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjor/v76n1/v76n1a20.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2013.

LIBERATORE, J. G. M. **O Impacto das orientações às gestantes na triagem auditiva neonatal**. 2010, 24f. Trabalho de conclusão de curso (graduação). Curso de graduação em Fonoaudiologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina – Belo Horizonte, 2010.

LIU, C. L. et al. Evaluating Loss to Follow-up in Newborn Hearing Screening in Massachusetts. **Pediatrics**, v. 121, n. 2, p. 335-43. doi: 10.1542/peds.2006-3540. Epub 2008, jan. 10. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/e335.long>>. Acesso em: 28 out. 2013.

MAHL, F. D. et al. Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal. **O mundo da saúde**. São Paulo. 37 (1):35-43, 2013.

MANFREDI, A. K. S.; SANTOS, C. B. Intervenção Fonoaudiológica junto às mães ou responsáveis por recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, precocemente detectada. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 70-77, mar. 2002. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/797/809>>. Acesso em: 22 Jan. 2014.

MARONE, S. A. M. Triagem Auditiva Neonatal. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 1, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjor/v76n1/v76n1a01.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

MARQUES, V. C.; ARTETA, L. M. C.; SOARES, E. Avaliação da onda V da audiometria de tronco cerebral de crianças reprovadas na triagem auditiva neonatal. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.69, n. 6, nov./dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-2992003000600010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-2992003000600010)>. Acesso em: 28 out. 2013.

MATTOS, W. M. et al. Análise da implantação de programa de triagem auditiva neonatal em um hospital universitário. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 75, n. 2, mar./abr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-2992009000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-2992009000200013)>. Acesso em: 28 out. 2013.

MELLO, J. M. et al. Índice de Retorno ao Reteste em um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. **Rev. CEFAC**. 15(4):764-772; Jul-Ago; 2013.

MELO, T. M. ; ALVARENGA, K. F. Capacitação de profissionais da saúde na área de saúde auditiva: revisão sistemática. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** 2009;14(2):280-6

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. de C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-64, out./dez. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1321 de 18 de outubro de 2007. Institui o Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal, define critérios, normas operacionais e procedimentos para a prestação de serviços. **Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais**; 2007. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao%20SES-MG%20no%201321,%20de%2018-10-2007.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

MUNHOZ, S. R. M. **Um programa de triagem auditiva neonatal: efetividade e ações educativas.** 2007. 100f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Educação da UNIMEP – Universidade Metodista de Piracicaba. Piracicaba, 2007.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Early Identification of Hearing Impairment in Infants and Young Children. **NIH Consensus Statement**, v. 11, n. 1, p. 1-24, mar.1993 Disponível em: <<http://consensus.nih.gov/1993/1993hearinginfantschildren092html.htm>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

ONODA, R. M.; AZEVEDO, M. F.; SANTOS, A. M. N. Neonatal Hearing Screening: failures, hearing loss and risk indicators. **Braz. J. Otorhinolaryngol.** V. 77, n. 6, p. 75-83, 2011.

PACHECO, G. Teste da orelhinha ainda precisa ser universalizado. **Saúde Plena.** Disponível em: <[http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2013/08/05/noticia\\_saudeplena,144212/teste-da-orelhinha-ainda-precisa-ser-universalizado.shtm](http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2013/08/05/noticia_saudeplena,144212/teste-da-orelhinha-ainda-precisa-ser-universalizado.shtm)>. Acesso em 23/01/2014.

PADUA, F. G. M. et al. Triagem Auditiva Neonatal: Um Desafio para sua Implantação. **Arq. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.9, n.3, p. 190-194, 2005.

RANGEL, S. B.; FERRITE, S.; BEGROW, D. D. V. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a Triagem Auditiva Neonatal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 35, n. 4, p. 948-965, out./dez. 2011. Disponível em <[inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewfile/265/pdf\\_78](inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewfile/265/pdf_78)>. Acesso em: 13 mar. 2013.

RIBEIRO, F. G. **Da Triagem Auditiva Neonatal ao diagnóstico: os pais diante da suspeita de deficiência auditiva no filho.** 2005. 59f. Tese (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Saúde da Pessoa com Deficiência. **Triagem Auditiva Neonatal**. abril, 2010. Disponível em: <[www.saude.rs.gov.br/upload/1340906332\\_Triagem.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340906332_Triagem.pdf)>. Acesso em 14 mar. 2013.

RODRIGUES, P. A. L. et al. Resultados de um programa de triagem auditiva neonatal em Cuiabá – Mato Grosso. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. 16(4):454-8; 2011.

SCAZIOTTA, M. A. C. M.; ANDRADE, I. F. C.; LEWIS, D. R. Programa de triagem auditiva seletiva em crianças de risco em um serviço de saúde auditiva de São Paulo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.14, n. 2, mar./abr. 2012 Epub June 10, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462012000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000200006)>. Acesso em: 28 out. 2013.

SILVA, A. R. A. **Ações educativas e a adesão ao acompanhamento audiológico de neonatos e lactentes**. 2013. 100 f.: il. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SIMÃO, R.; CONTO, J; FUJINAGA, C. Concepções de gestantes sobre a perda auditiva. **Revista Salus-Guarapuava-PR**. 2 (1), Jan./Jun. 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão Integrativa**: o que é e como fazer. Einstein. 8: 102-6, 2010.

TOCHETTO, T. M. et al. Sentimentos manifestados por mães frente à triagem auditiva neonatal. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.10, n.4, p. 566-571, out./dez., 2008.

## APÊNDICE A

### Instrumento de Coleta de Dados

1) Dados de identificação do artigo:

Título do artigo:

Periódico:

Autores:

Ano:

País de Publicação:

Idioma:

2) Caracterização do estudo:

Objetivos:

Tipo de estudo:

Procedimentos metodológicos:

Resultados:

Conclusões: