



Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

EDUCATIONAL ACTIONS AND ADHERENCE TO AUDIOLOGICAL MONITORING OF NEONATES AND INFANTS

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

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

Adriana Ribeiro de Almeida e Silva¹, Camila Padilha Barbosa², Ana Karollina da Silveira³, Nathália Raphaela Pessoa Vaz Curado⁴, Francisca Márcia Pereira Linhares⁵, Silvana Maria Sobral Griz⁶

RESUMO

Objetivo: verificar relação educação em saúde auditiva e adesão ao acompanhamento audiológico. **Método:** trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e longitudinal prospectiva, com 188 mães de neonatos e lactentes atendidos no Programa de Saúde Auditiva Infantil, nascidos no período de junho a novembro de 2011 e encaminhados para acompanhamento audiológico. **Resultados:** pôde-se observar que 29,8% (n=56) das mães estudadas aderiram ao acompanhamento audiológico, com 62,0% (n=31) destas relatando ter recebido ao menos uma orientação sobre saúde auditiva. A ação educativa esteve associada significativamente à adesão. Dentre os aspectos socioeconômicos e demográficos, a 'região de moradia' apresentou associação significativa em relação à adesão. **Conclusão:** a presença de indicadores de risco e o resultado 'falha' na triagem não influenciaram a adesão. A ação educativa mostrou-se efetiva para melhorar a adesão das mães ao acompanhamento audiológico. **Descritores:** Educação em Saúde; Audição; Triagem Neonatal; Neonato; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to verify ratio between hearing health education and adherence to audiological monitoring. **Method:** this is an observational, analytical and longitudinal prospective study with 188 mothers of newborns and infants treated at the Children's Hearing Health Programme, born in the period from June to November 2011 and referred for audiological monitoring. **Results:** it was observed that 29.8% (n = 56) of the mothers joined the audiological monitoring, with 62.0% (n = 31) of those reporting having received at least one guidance on hearing health. Educational actions were significantly associated with adherence. Among the socioeconomic and demographic indicators, the 'place of residence' showed significant association in relation to adherence. **Conclusion:** the presence of risk factors and the outcome 'failed' on screening did not affect the adherence. Educational actions were proven effective for improving mothers' adherence to audiological monitoring. **Descriptors:** Health Education; Hearing; Neonatal Screening; Newborn; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación la educación sanitaria y la vigilancia del cumplimiento de audiología audiencia. **Método:** se trata de una investigación observacional, analítico y prospectivo longitudinal con 188 madres de los recién nacidos y los lactantes atendidos en el Programa de Salud para Niños Audiencia, nacida en el período de junio a noviembre de 2011 y remitido para audiológica. **Resultados:** se observó que el 29,8% (n = 56) de las madres se unieron al audiológica, con 62,0% (n = 31) de los que reportaron haber recibido al menos una orientación sobre la salud auditiva. La actividad educativa se asoció significativamente con la adherencia. Entre los indicadores socioeconómicos y demográficos, el «lugar de residencia» mostraron asociación significativa con relación a la adherencia. **Conclusión:** la presencia de factores de riesgo y de resultado "no" selección no afecta a la adherencia. La actividad educativa se ha demostrado su eficacia para mejorar la adherencia a las madres audiológicos. **Descriptores:** Educación en Salud; Audición; Tamizaje Neonatal; Recién Nacido; Enfermería.

¹Fonoaudióloga, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: adriaribeiroas@hotmail.com; ²Fonoaudióloga, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: milapad@gmail.com; ³Fonoaudióloga, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: karollinasilveira@hotmail.com; ⁴Fonoaudióloga, Mestranda, Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana, Universidade Federal de Pernambuco/PPGSCH/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: nathalia.raphaela@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Curso de Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/ UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: marciapl27@gmail.com; ⁶Fonoaudióloga, Professora Doutora, Curso de Fonoaudiologia/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: silvana.griz@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da audição se inicia desde a vida intra-uterina e se constitui a partir de etapas graduais de complexidade. Deste modo, uma criança deve ser capaz de detectar sons, localizá-los, discriminá-los, memorizá-los, reconhecê-los e compreendê-los para que adquira linguagem e desenvolva fala. A interrupção de quaisquer dessas etapas pode acarretar prejuízos funcionais importantes no desenvolvimento da criança. Logo, medidas devem ser tomadas para que as dificuldades decorrentes de uma privação sensorial possam se minimizadas o mais brevemente possível. Para tanto, é necessário que se identifique a perda auditiva em um neonato no primeiro mês de vida, mesmo que este não apresente em seu histórico indicadores de risco que potencializem a probabilidade desse agravo ocorrer.¹

Os primeiros seis meses de vida do lactente são decisivos para o seu desenvolvimento futuro, e é por essas razões que fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas e pediatras têm se preocupado com a promoção de campanhas de conscientização da população e dos profissionais da saúde sobre a importância da identificação e diagnóstico precoce da deficiência auditiva, seguido imediatamente de medidas de intervenção médica e fonoaudiológica¹. Acredita-se ser importante, quando se fala em conscientização de profissionais da saúde, que se considere todos os profissionais de saúde envolvidos com o cuidado do neonato e do lactente, especialmente os profissionais de Enfermagem, por ter grande proximidade com a população e apresentar sua prática baseada no cuidado.²

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva³ permite o atendimento integral a pessoas com deficiência auditiva por meio de ações que envolvem desde a atenção básica (ações de promoção à saúde, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos), os serviços de média complexidade (triagem e monitoramento auditivo) e de alta complexidade (diagnóstico e terapêutica especializada), com o fornecimento de prótese auditiva e terapia fonoaudiológica.³

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

risco para perda auditiva, qualquer um dos métodos é considerado apropriado. Já na população com risco, se o PEATE for utilizado, além das perdas auditivas cocleares, é possível a identificação de distúrbios auditivos neurais, como o espectro da neuropatia auditiva. Este comitê ainda comenta o fato de alguns serviços utilizarem o registro das EOAE para a triagem inicial e, no caso de falha, o PEATE é utilizado no segundo estágio, o que diminui os índices de falso-positivos, e a necessidade de acompanhamento audiológico.⁴

O acompanhamento às famílias dos lactentes que não passam na primeira avaliação e a conscientização destas sobre a relevância da detecção precoce da perda auditiva e suas consequências podem contribuir para o aumento da taxa de adesão na segunda etapa da avaliação auditiva.⁵

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

MÉTODO

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

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

No ambulatório de Otorrinolaringologia, são

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS

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

Dentre os dados da Tabela 1, pode ser observada a caracterização socioeconômica e

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

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

Variáveis	n	%	Adesão ao acompanhamento		p-valor
			Sim	Não	
Região onde mora					
Região Metropolitana do Recife	135	71,8	49 (36,3%)	86 (63,7%)	0,002 ¹
Interior	53	28,2	7 (13,2%)	46 (86,8%)	
Idade					
Até 19 anos	46	24,5	16 (34,8%)	30 (65,2%)	0,667 ¹
20 a 34 anos	126	67,0	35 (27,8%)	91 (72,2%)	
35 anos ou mais	16	8,5	5 (31,2%)	11 (68,8%)	
Número de filhos					
1 a 3 filhos	169	90,4	53 (31,4%)	116 (68,6%)	0,510 ²
4 a 6 filhos	15	8,0	3 (20,0%)	12 (80,0%)	
7 ou mais filhos	3	1,6	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
Ocupação					
Trabalha	63	34,6	21 (33,3%)	42 (66,7%)	0,161 ¹
Estuda	17	9,3	8 (47,1%)	9 (52,9%)	
Não trabalha e não estuda	102	56,0	26 (25,5%)	76 (74,5%)	
Estado civil					
União informal	76	40,4	19 (25,0%)	57 (75,0%)	0,095 ²
Solteira	60	31,9	16 (26,7%)	44 (73,3%)	
Casada	48	25,5	20 (41,7%)	28 (58,3%)	
Separada	3	1,6	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
Viúva	1	0,5	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Renda pessoal					
Não possui renda pessoal	102	55,4	30 (29,4%)	72 (70,6%)	0,651 ¹
Menos de 1 salário mínimo	43	23,4	15 (34,9%)	28 (65,1%)	
De 1 a 3 salários mínimos	39	21,2	10 (25,6%)	29 (74,4%)	
Renda familiar					
Menos de 1 salário mínimo	44	24,3	9 (20,5%)	35 (79,5%)	0,235 ¹
De 1 a 3 salários mínimos	123	68,0	42 (34,1%)	81 (65,9%)	
Mais de 3 salários mínimos	14	7,7	4 (28,6%)	10 (71,4%)	
Nível de instrução					
Analfabeta	4	2,1	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0,439 ²
Nível fundamental	60	31,9	15 (25,0%)	45 (75,0%)	
Nível médio	118	62,8	39 (33,1%)	79 (66,9%)	
Nível superior	6	3,2	2 (33,3%)	4 (66,7%)	
Tem indicador de risco					
Sim	88	46,8	24 (27,3%)	64 (72,7%)	0,479 ¹
Não	100	53,2	32 (32,0%)	68 (68,0%)	
Resultado da triagem					
Passa com indicador de risco	9	4,8	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,129 ²
Falha	179	95,2	51 (28,5%)	128 (71,5%)	

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

Na Figura 1, encontram-se os resultados referentes à adesão das mães ao acompanhamento audiológico, onde pode-se

observar que apenas 29,8% (n=56) destas aderiram ao acompanhamento.

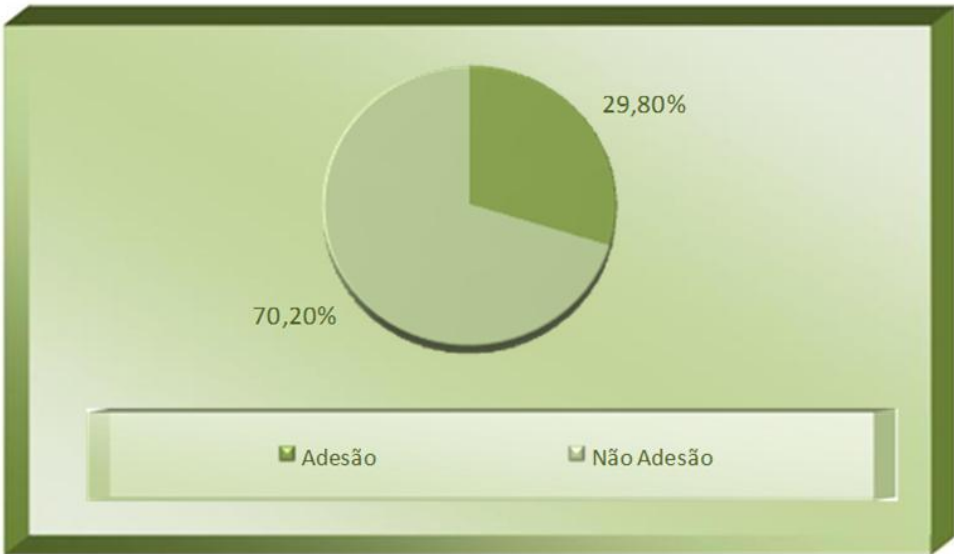


Figura 1. Adesão das mães de neonatos e lactentes ao acompanhamento audiológico. Recife, 2011.

A Tabela 2 refere-se à associação entre a adesão ao acompanhamento audiológico e a presença de ações educativas em saúde auditiva. Dentre outros fatores, observa-se que, até o momento do retorno para acompanhamento audiológico, 26,6% (n=50)

das mães haviam recebido ao menos uma orientação. Observa-se também que a prática da ação educativa é um fator signifiicante para a adesão ao acompanhamento (p-valor < 0,001). Ainda, a razão de prevalência da adesão entre o grupo que sofreu ação

educativa e não sofreu a ação foi igual a 3,4 (62,0/18,1), indicando que as mães que passaram pela ação aderem ao acompanhamento 3,4 vezes mais que as mães que não sofreram a ação educativa.

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

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

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

Na Tabela 3, encontram-se os resultados dos profissionais que foram relatados como tendo realizado as ações educativas. Observa-se que o profissional mais citado foi o enfermeiro, referido por 33,3% (n=18) das mães, seguido de outros profissionais, como o médico, referido por 31,5% (n=17), o

fonoaudiólogo por 11,1% (n=6), o agente comunitário de saúde (ACS) por 3,7% (n=2), enquanto que as demais (3,7%; n=2) não sabiam ou lembravam o profissional que havia realizado a ação e 16,7% (n=9) foram orientadas por outros meios.

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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

Em um projeto desenvolvido na comunidade⁸, foi observada adesão ao acompanhamento audiológico em 40,61% das famílias. Já em outra pesquisa⁶, foi observado que 19,4% das famílias foram solicitadas a retornar ao serviço para realização da avaliação auditiva, entretanto apenas 58,8% delas aderiram a este acompanhamento.

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

Determinado estudo⁹ com famílias de lactentes que foram encaminhadas para o acompanhamento audiológico, apontou que 98% das famílias relataram ser este acompanhamento importante, porém a adesão ao acompanhamento foi baixa. Os referidos autores observaram, então, incoerência entre

o conhecimento e a adesão ao acompanhamento audiológico, uma vez que as famílias não compareceram para a realização do exame, mesmo sabendo de sua importância.

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

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

Quando são seguidas as recomendações supracitadas, o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, bem como o relacionamento social e o desempenho acadêmico da criança com perda auditiva, podem ser compatíveis com os de crianças ouvintes da mesma faixa etária.⁷

Embora os programas de saúde auditiva infantil tentem seguir as recomendações e atingir os índices de adesão adequados, tem-se evidenciado o enfrentamento de grande dificuldade nesta questão nos serviços de saúde. Sendo assim, o alcance das taxas

adequadas de adesão das famílias para o acompanhamento audiológico se constitui em um desafio permanente.^{9,10}

Apesar do alto índice de ausência no acompanhamento audiológico ser apontado como o principal problema na efetividade dos programas de triagem auditiva neonatal, pouco se sabe sobre os motivos do não comparecimento, pois são escassos os estudos com esta finalidade, especialmente em países em desenvolvimento.⁶

A busca por outros fatores que possam contribuir para o não comparecimento da família à consulta de retorno (acompanhamento audiológico) podem resultar em recomendações e ações a ser implementadas, com o intuito de promover a adesão necessária e completar todas as etapas de um programa de saúde auditiva infantil⁶. Nesta busca, destacam-se as seguintes categorias: (1) falta de conhecimento sobre a triagem auditiva, (2) dificuldades financeiras, (3) dificuldade em conciliar o agendamento com a rotina familiar, (3) desinteresse, (4) ausência de agendamento, (5) fatores emocionais, (6) falta de orientação às famílias, por parte dos profissionais de saúde, sobre a importância da audição e os aspectos envolvidos com a saúde auditiva infantil.⁹

Alguns autores⁶ analisaram qualitativamente os motivos pelos quais algumas mães não compareceram ao acompanhamento audiológico. Foram referidos aspectos como esquecimento do dia do retorno, falta de orientação por parte dos profissionais de saúde sobre a importância de realizar avaliação auditiva, falta de interesse do profissional de saúde sobre as questões relacionadas à saúde auditiva, dificuldade no deslocamento entre a cidade de residência e a cidade de realização do acompanhamento audiológico. Com base nos resultados descritos⁶, entende-se que os profissionais de saúde tem importante papel na adesão ao acompanhamento audiológico, pois sua postura e recomendações frente à necessidade de avaliação auditiva parecem ter influenciado positiva ou negativamente o retorno da mãe-lactente de alguns programas.

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

envolvimento e participação dos familiares durante todo o processo que envolve um programa de saúde auditiva infantil.¹⁰

A participação familiar é necessária tanto para que o lactente seja levado até o local onde serão realizados os testes, como para que, nos casos de detecção de perda auditiva, a família possa ser orientada e integrada aos programas de reabilitação. Contudo, o envolvimento da família é considerado insatisfatório devido à falta de orientação dos profissionais que lidam com esta população.¹⁰

Este papel de orientação pode se estender especialmente aos profissionais de enfermagem, uma vez que são eles os profissionais de saúde que estão em contato direto com a população, seja nos centros de saúde, como hospitais e postos de saúde, seja nos programas de saúde da família.²

Dessa forma, é importante: (a) orientar as famílias desde o período gestacional, quanto à importância da realização da triagem auditiva antes do primeiro mês de vida do bebê, (b) orientar às famílias através de entrega materiais educativos impressos, ainda na maternidade, (c) conciliar o agendamento do acompanhamento audiológico com retornos para outros exames, e, (d) capacitar os profissionais de saúde para que incluam nas orientações de rotina a importância da realização da avaliação auditiva.

Além das ações descritas, a atuação de agentes comunitários de saúde também pode representar uma opção importante para minimizar a evasão ao acompanhamento audiológico. Entretanto, para que esta atuação seja efetiva, o sistema de saúde deve estar alerta para realização de ações de educação permanente a todos os profissionais envolvidos com a assistência dada à população infantil. Esse tipo de atuação tem sido descrita como promissora no resgate das famílias que não comparecem aos agendamentos propostos.⁹

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

criança e as possibilidades de identificação, diagnóstico e intervenção.²

A realização destas ações educativas voltadas para a promoção da saúde auditiva infantil, desde a prevenção até a identificação dos problemas auditivos o mais cedo possível, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar podem ser realizadas dentro da realidade dos Programas de Saúde Auditiva Infantil em países em desenvolvimento.⁶

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

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

O enfermeiro já tem, como cerne de sua profissão, o cuidado ao ser humano¹², seja no âmbito individual, familiar ou na comunidade, para o incremento de ações de promoção da saúde, prevenção de patologias, e de recuperação e reabilitação da saúde.¹³

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

Em 2007, foi estudada e constatada estudou e constatou a influência da orientação do médico ou do enfermeiro, sobre a necessidade de exames audiológicos, na motivação das mães em buscarem o serviço de

avaliação auditiva, ainda que estas não soubessem bem qual exame seria realizado e qual a sua funcionalidade.¹⁵

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

Em estudo⁹ em que foram abordadas⁹ as ações de educação em saúde, observou-se que o enfermeiro, o fonoaudiólogo e o médico foram, respectivamente, os profissionais que mais explicaram às famílias sobre a avaliação auditiva. Os resultados também indicaram que foram os profissionais de enfermagem os mais citados como tendo orientado estas famílias. Esse estudo vem reforçar a ideia de que são os profissionais de enfermagem que possuem maior contato com as famílias e são eles que têm a oportunidade de orientar sobre a saúde auditiva, dentre as informações que abordam em sua atuação profissional. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de tais profissionais passarem por ações de educação permanente que envolvam a saúde auditiva infantil⁹, para que possam incluir em sua rotina as ações de educação em saúde auditiva.

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

Este dado corrobora com as afirmações de uma pesquisa¹⁰ que refere que, em alguns casos, observa-se que a falta de audição não se constitui em um problema que necessitaria de preocupação ou de investigação junto a

profissionais especializados. Para as mães, parece suficiente a sua capacidade de avaliar a audição, por seus meios empíricos, e acreditar que a criança ouve dentro dos padrões avaliados por elas como normais. Sugere-se, então, que a educação e a informação sejam bases de um planejamento estratégico que objetive não somente transcender a resistência dos indivíduos, mas incentivar a participação ativa dos usuários nas ações de saúde.¹⁰

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

Dessa forma, pode-se sugerir que o sistema de saúde interfere no processo de adesão ao acompanhamento audiológico, uma vez que os serviços que realizam a avaliação auditiva se concentram nas capitais e nos serviços privados, o que dificulta o acesso da população de baixa renda aos programas.⁶

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

Uma pesquisa⁶ realizada na mesma região que o presente estudo, aponta para a presença dos indicadores de risco para perda auditiva como um dos fatores que parecem influenciar a adesão das famílias para o retorno para acompanhamento audiológico. Aponta ainda o nível de escolaridade da mãe e a quantidade de filhos, como fatores que podem estar associados a esta adesão.

É sabido que a introdução de Programas de Saúde Auditiva Infantil em países em desenvolvimento ainda é considerada pouco acessível, por uma série de razões, dentre elas, os custos associados à triagem auditiva e aos serviços de acompanhamento audiológico⁵. Portanto, a oferta ainda escassa dos procedimentos de triagem auditiva, no Sistema Único de Saúde, dificulta o acesso da população a esta triagem e ao

acompanhamento audiológico⁶, mesmo diante da Lei nº 12.303 sancionada, que dispõe sobre a obrigatoriedade da realização do exame de EOAE, em neonatos e lactentes nascidos nas dependências de hospitais e maternidades públicas.¹⁷

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

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

CONCLUSÃO

A adesão ao acompanhamento audiológico representa um importante indicador de efetividade dos Programas de Saúde Auditiva Infantil. Nesta pesquisa, a adesão das mães ao acompanhamento audiológico dos neonatos e lactentes esteve aquém do descrito na literatura nacional e internacional.

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

Entre os fatores investigados que podem influenciar na adesão ao acompanhamento audiológico estão os aspectos socioeconômicos e demográficos da população. O fato de residir na região metropolitana em que está inserido o programa estudado influenciou, positivamente, a adesão. A presença de indicadores de risco e o resultado 'falha' na triagem auditiva não se mostraram influenciadores do comportamento das mães. No entanto, independente destes fatores no presente estudo as mães que receberam ação educativa aderiram ao acompanhamento

audiológico com mais frequência do que as mães que não participaram. Estes resultados inferem que as ações de educação em saúde representam potenciais modificadores de conduta da população em relação à saúde auditiva de neonatos e lactentes.

REFERÊNCIAS

1. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva - COMUSA. Braz J Otorhinolaryngol [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 15];76(1):121-8. Available from: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/copy_of_treinaspres/apresentacoes-do-ii-seminario-de-saude-auditiva-sus-mg/Comite%20multiprofissional%20em%20saude%20auditiv.pdf
2. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blasca WQ, Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. Pró-fono (Online) [Internet]. 2008 [cited 2010 Dec 10];20(3):171-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v20n3/06.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2073 de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. [cited 2010 June 11]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>.
4. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. Pediatrics [Internet]. 2007 [cited 2008 July 15];120(4):898-921. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/898.full.pdf+html>
5. Françoze MFC, Masson GA, Lima MCMP, Santos MFC. Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. Saúde Soc [Internet]. 2010 [cited 2009 June 10];19(4):910-18. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29713/31588>
6. Rangel SB, Ferrite S, Begrow DV. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a triagem auditiva neonatal. Rev baiana saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2010 Dec 11];35(4):948-65. Available from: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/265/pdf_78
7. Yoshinaga-Itano C. Levels of evidence: universal newborn hearing screening (UNHS) and early hearing detection and intervention systems (EHDI). J Multiling Commun Disord [Internet]. 2004 [cited 2010 Jan 11]; 37: 451-

65. Available from: <http://lsl.usu.edu/files/Yoshinaga-levelsofconfidence.pdf>
8. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Melo TM, Lopes AC, Moret ALM. Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* [Internet]. 2011 [cited 2011 Dec 10];16(1):49-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n1/10.pdf>
9. Alvarenga KF, Gadret JM, Araújo ES, Bevilacqua MC. Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 10];17(3):241-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v17n3/02.pdf>
10. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. *Ciê n saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2011 Feb 12];15(2):353-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a10.pdf>
11. Gopal R, Hugo SR, Louw B. Identification and follow-up of children with hearing loss in Mauritius. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2001 [cited 2011 Jan 15];57(2):99-113. Available from: <http://www.alldissertations.com/full.php?id=92676>
12. Schoeller SD, Leopardi MT, Ramos FS. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. *Rev enferm UFSM* [Internet]. 2011 [cited 2011 Jan 15];1(1):88-96. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2013/1515>
13. Rangel RF, Fugali MM, Backes DS, Gehlen MH, Souza MHT. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. *Cogitare enferm* [Internet]. 2011 [cited 2011 Jan 15];16(3):498-504. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24223/16236>
14. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev bras enferm* [Internet]. 2010 [cited 2011 Jan 15];63(1):132-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a22.pdf>
15. Munhoz SRM. Um programa de triagem auditiva neonatal: efetividade e ações educativas [dissertation on the internet]. Piracicaba (SP): Universidade Metodista de Piracicaba, Programa de Pós-Graduação em

Educação. 2007 [cited 2011 Jan 15]. Available from:

<https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/2006/PSIRUTVHVGJL.pdf>

16. Hilú MRPB, Zeigelboim BS. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. *Rev CEFAC* [Internet]. 2007 [cited 2010 Feb 11];9(4):563-70. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v9n4/15.pdf>

17. Brasil. Lei 12.303, de 02 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília, [Internet]. 2010 [cited 2012 Aug 04]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/09/09

Last received: 2012/11/16

Accepted: 2012/11/17

Publishing: 2012/12/01

Corresponding Address

Adriana Ribeiro de Almeida e Silva
Rua Conselheiro Nabuco, 115A - Casa Amarela
CEP: 52070-010 – Recife (PE), Brasil