



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**



DAMILLY SIMPLICIO DANTAS

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA AÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO FAMILIAR
AO PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL (TAN) DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**JOÃO PESSOA - PB
2022**

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA AÇÃO EDUCATIVA NA ADESÃO FAMILIAR AO PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL (TAN) DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVALUATION OF THE IMPACT OF AN EDUCATIONAL ACTION ON FAMILY ADHERENCE TO THE NEWBORN HEARING SCREENING PROGRAM (NHSP) AT A UNIVERSITY HOSPITAL

Damilly Simplicio Dantas

Luciana Pimentel Fernandes de Melo

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto de uma ação educativa em saúde auditiva infantil na adesão familiar ao programa de triagem auditiva neonatal realizado em um hospital universitário. **Método:** Tratou-se de um estudo avaliativo e experimental realizado no período de agosto a outubro de 2022 com mães atendidas na maternidade de um hospital universitário, cujos recém-nascidos falharam na triagem auditiva neonatal e foram encaminhados para reteste. Participaram da coleta 24 mães divididas em dois grupos: um grupo experimental constituído por 12 mães que no período da coleta participaram de uma ação educativa promovida pela equipe de pesquisa e um grupo controle constituído por 12 mães que não participaram da ação, recebendo apenas orientações de rotina do serviço. A coleta de dados ocorreu através de acompanhamento dos índices de retorno dos bebês para o reteste. **Resultados:** O índice de comparecimento ao reteste do GC foi de 66,6% em contraposição a 75% do GE. A variável escolaridade não influenciou o índice de comparecimento das participantes de ambos os grupos. Ao analisar a taxa de não comparecimento e as variáveis apresentadas em ambos os grupos, observou-se que as mães que não retornaram para o reteste do GC residem na região metropolitana (40%), têm ocupação informal (40%) e renda inferior a 1 salário mínimo (36,3%). No GE, as mães que não retornaram também são aquelas que possuem ocupação informal (27,2%) e renda inferior a 1 salário mínimo (30%). **Conclusão:** Não é possível afirmar que ação educativa proposta influenciou a adesão das participantes à etapa do reteste, embora o índice de comparecimento encontrado em ambos os grupos foi considerado satisfatório quando comparado com outros estudos. No que se refere aos índices de comparecimento à etapa do reteste, também não houve influência do local onde as mães residem. Ambos os grupos apresentaram índices de

comparecimento considerados satisfatórios. O baixo índice de não comparecimento observado em ambos os grupos parece estar associado à ocupação e renda pessoal das mães. Os resultados de “falha” apresentados pelos bebês pode ser considerado como fator determinante à boa adesão familiar à etapa de reteste, corroborando com evidências apresentadas na literatura.

DESCRITORES

Triagem Auditiva Neonatal (TAN); Deficiência Auditiva; Recém-nascido; Mães; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the impact of an educational action on children's hearing health on family adherence to the neonatal hearing screening program carried out at a university hospital. **Methods:** This was an evaluative and experimental study carried out from August to October 2022 with mothers attended at the maternity ward of a university hospital, whose newborns failed the neonatal hearing screening and were referred for retesting. 24 mothers divided into two groups participated in the collection: an experimental group consisting of 12 mothers who during the collection period participated in an educational educational action by the research team and a control group consisting of 12 mothers who did not participate in the action, receiving only guidance from service routine. Data collection occurred by monitoring the rates of return of babies for the retest. **Results:** The comparison index to the retest for the CG was 66.6% as opposed to 75% for the EG. The schooling variable did not influence the comparison index of participants in both groups. When analyzing the non-comparison rate and the controlled variables in both groups, it was observed that mothers who did not return for the CG retest reside in the metropolitan region (40%), have informal occupation (40%) and income less than 1 minimum wage (36.6%). In the EG, the mothers who did not return are also those who have informal employment (27.2%) and income less than 1 minimum wage (30%). **Conclusion:** It is not possible to state that the proposed educational action influenced the participants' adherence to the retest stage, although the comparison index found in both groups was considered directed when compared to other studies. With regard to the comparison indices at the retest stage, there was also no influence on where the mothers live. Both groups adopted respected comparison indexes. The low non-comparison rate observed in both groups seems to be associated with mothers' occupation and personal income. The "failure" results presented by the babies can be considered as a determining factor for good family adherence to the retest stage, corroborating evidence presented in the literature.

Keywords

Newborn Hearing Screening (NHS); Hearing deficiency; Newborn; Mothers, Health Education.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
MÉTODO	10
RESULTADOS.....	12
TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO AOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ESCOLARIDADE E ÍNDICE DE COMPARECIMENTO AO RETESTE – GRUPO CONTROLE	12
TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO AOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ESCOLARIDADE E ÍNDICE DE COMPARECIMENTO AO RETESTE – GRUPO EXPERIMENTAL	13
TABELA 3 – RESULTADO DA TAN ÍNDICE DE COMPARECIMENTO AO RETESTE – GRUPO CONTROLE E GRUPO EXPERIMENTAL.....	14
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS	19

INTRODUÇÃO

A audição é um dos sentidos fundamentais para a comunicação do indivíduo e seu relacionamento social. Quando este sentido apresenta alterações, independente do grau de severidade, a aquisição da linguagem oral pode ser comprometida.

No mundo, a prevalência de perda auditiva em neonatos saudáveis é entre 1 a 3 neonatos a cada 1000 nascimentos⁽¹⁾. Diante desta realidade e do crescente número de problemas auditivos na infância, o Brasil dispõe desde o ano de 2010 da Lei Federal Brasileira nº 12.303 que torna obrigatória a realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) através da realização do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) em todos os hospitais e maternidades públicas⁽²⁾. Esta importante lei, garante a possibilidade de identificação ainda nos primeiros meses de vida de uma perda auditiva em neonatos nascidos em hospitais públicos do país.

Programas como o da TAN foram propostos visando à redução da idade no diagnóstico da perda auditiva e início da intervenção. A TAN, popularmente conhecida como “teste da orelhinha”, deve ser realizada nas primeiras 48 horas de vida da criança e a combinação do exame de EOA com o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático (PEATE-A) é considerado padrão de excelência e garante uma identificação precoce de alterações auditivas (cocleares e retrococleares) em recém-nascidos.

Na maternidade, o exame de EOAE-T é recomendado quando as crianças não possuem Indicadores de Risco para a Deficiência Auditiva (IRDA). Já o PEATE-A, outro teste presente na TAN, é um procedimento mais amplo e recomenda-se sua realização em crianças com indicadores de risco, em especial aquelas que permaneceram na UTI neonatal por mais de 5 dias⁽³⁾.

Os IRDA, como o próprio nome já sugere, indicam os principais riscos ou fatores que podem causar uma D.A. De acordo com o JCIH⁽⁴⁾, muitos são os indicadores de risco para perda auditiva na infância, tais como: histórico familiar de perda auditiva progressiva ou de início tardio na infância; permanência dos neonatos na UTI neonatal por mais de 5 dias; administração de aminoglicosídeos por mais de 5 dias; encefalopatia hipóxico isquêmica (EIH); oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO); infecções no útero como herpes, rubéola, sífilis e toxoplasmose; infecção no útero com citomegalovírus; mãe com diagnóstico de zika

vírus e bebê sem evidências laboratoriais; malformações craniofaciais como microtia/atresia; microcefalia congênita; infecções associadas à perda auditiva como meningite ou encefalite bacteriana e viral; entre outros.

O teste de EOA-T é caracterizado como um procedimento rápido e indolor, devendo ser efetuado em bebês com ou sem indicadores de risco, preferencialmente antes da alta hospitalar do recém-nascido. A recomendação dos protocolos de programas de TAN é que, o teste seja realizado ainda na maternidade e, em casos de falhas do bebê no procedimento, um novo teste (denominado reteste) deve ser realizado com intervalo de até um mês. Se a falha permanecer no segundo teste, o bebê deve ser encaminhado para avaliação otorrinolaringológica e audiológica complementar⁽⁵⁾.

Outros exames devem ser realizados e concluídos até os três meses de idade, em casos de respostas ausentes após realização do reteste. Esta etapa é considerada a etapa do diagnóstico. Uma vez confirmada a existência de surdez, é necessário que a intervenção fonoaudiológica seja iniciada imediatamente, podendo ser realizada até no máximo aos seis meses de idade. Uma intervenção tardia, pode desencadear prejuízos irreversíveis ao desenvolvimento da criança e a sua relação com a família⁽⁶⁾. Portanto, quanto mais rápidas forem as etapas de identificação da deficiência auditiva, diagnóstico e início da intervenção, impulsionadas pela realização da TAN, maiores serão as condições de desenvolvimento da linguagem oral da criança, proporcionando melhores condições de aprendizagem e desenvolvimento geral.

A relação existente entre a audição e o desenvolvimento da linguagem no ser humano torna o diagnóstico da deficiência auditiva de extrema importância⁽⁷⁾. Dessa forma, o diagnóstico precoce desempenha um papel imprescindível em prol do desenvolvimento da linguagem oral, das habilidades da criança e na minimização dos prejuízos resultantes da perda auditiva.

Não obstante, para que o programa de TAN seja efetivo, é necessário, entre outros requisitos, haver o envolvimento e a participação dos familiares durante todo o processo, visto que são os responsáveis por garantirem que a criança seja direcionada ao local de realização do teste⁽⁸⁾. Nesse contexto, a participação familiar configura-se como um importante fator para a adesão ao programa de TAN. Entende-se por adesão, o comparecimento das mães para realização de todo o

processo da triagem que envolve o teste, o reteste e o monitoramento audiológico (reavaliação periódica do RN dos 24 até os 30 meses na presença de indicadores de risco relacionados às perdas auditivas de início tardio⁽⁹⁾).

Em se tratando da saúde de neonatos e lactantes, um estudo relata a importância das ações educativas serem direcionadas preferencialmente às mães, que necessitam ser informadas sobre os riscos e implicações da perda auditiva, sobre os resultados da TAN e para que recebam informações e acompanhamento adequado^(9,10). De acordo com o JCIH, hospitais e maternidades são considerados locais estratégicos para garantir o compartilhamento de informações junto às mães⁽⁹⁾.

Ainda em relação à adesão familiar às etapas da TAN, durante o percurso muitas famílias acabam não retornando para realizar o reteste e monitoramento audiológico. Algumas razões podem justificar a falta da adesão, entre elas: o nível de escolaridade materna, a ausência de indicadores de risco para a deficiência auditiva, dificuldades financeiras em retornar para avaliação, dificuldades de transporte até o serviço de saúde auditiva, desconhecimento das mães em relação ao direito a triagem e à importância do acompanhamento para a detecção precoce de perdas auditivas, confusão entre as datas de agendamentos, sistema de marcação inadequado e dificuldades em estabelecer contato telefônico que acaba gerando falta de comunicação com a família^(8,11,12,13,).

Ante o exposto, a promoção de orientações direcionadas às genitoras pode ser considerada imprescindível para garantir a adesão desse público ao programa de TAN em todas as suas etapas. Acredita-se que quanto maior o conhecimento das mães acerca da saúde auditiva infantil, bem como dos aspectos relacionados ao processo de triagem e diagnóstico, mais efetiva será a adesão materna ao programa de TAN⁽⁷⁾.

Por conseguinte, ações de promoção de saúde auditiva infantil direcionadas às mães tem sido tema de diversos estudos na literatura. Um estudo realizado aponta a necessidade da realização de orientação familiar sobre a audição, aos aspectos etiológicos da deficiência auditiva, a importância do diagnóstico e o início do processo terapêutico precoce⁽¹⁰⁾. Essa estratégia de atuação, segundo os autores, pode contribuir para o favorecimento do diagnóstico em tempo hábil da D.A. e para o início da intervenção rápida e adequada ao paciente.

Além disso, na hora da realização da triagem ou do teste da orelhinha é comum as mães de neonatos relatarem sentimentos como apreensão, estresse, medo e ansiedade para sua realização. Em estudo realizado, uma grande parcela das entrevistadas não possuía base precedente sobre a TAN, configurando necessidade de direcionamento de informações voltadas às gestantes, para que ocorra a redução da ansiedade e do estresse produzidos pelos falsos-positivos provenientes da realização do teste⁽¹⁴⁾.

O trabalho de orientação realizado desde a gestação tem desempenhado um papel importante na obtenção de segurança das mães para a realização da TAN. Em estudo realizado, a diminuição do nível de preocupação das mães ao realizarem a triagem auditiva está associada às orientações recebidas por elas de que a falha não necessariamente signifique uma perda auditiva⁽¹⁴⁾.

Ao verificar a adesão das mães à triagem auditiva, um estudo pontua estratégias que podem ter corroborado com a maior adesão desse público ao procedimento da TAN. São elas: o acolhimento das mães após o resultado de 'falha' da primeira avaliação; o acompanhamento até o retorno da família, buscando junto aos que faltavam recursos para minimizar as dificuldades para o retorno da criança a avaliação, tais como dificuldades como o custo do transporte, o horário e os dias agendados, dentre outras, são algumas das estratégias apontadas⁽¹¹⁾.

A falta de recursos e sua relação com a adesão é mencionada em diversos estudos, visto que, a escassez pode se configurar um importante empecilho para a adesão dessas famílias à triagem. Em estudo realizado com puérperas e gestantes, verificou-se que muitas delas apresentavam condições vulneráveis, este resultado pode estar relacionado, segundo o autor, à evasão ao programa de triagem. Assim como, foi verificado também um possível impedimento de retorno desse público, em virtude dos custos necessários para o deslocamento até o âmbito ambulatorial⁽⁵⁾.

Assim sendo, constituiu-se objetivo do presente estudo avaliar se a participação de mães em ação educativa sobre saúde auditiva infantil influenciou ou não a adesão à etapa de reteste de um programa de TAN realizado na maternidade de um hospital universitário.

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde/CCS-UFPB através do protocolo nº 5.292.809. As participantes da pesquisa foram informadas sobre o objetivo do estudo, riscos e benefícios e consentiram sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tratou-se de um estudo avaliativo e experimental, realizado na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa-PB que possui um Serviço de Triagem Auditiva Neonatal (TAN). Neste serviço inicia-se o Programa de Saúde Auditiva Infantil do HULW/UFPB com a realização do exame de EOAT e o preenchimento de um formulário contendo 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 presentes; e (d) resultados dos exames realizados.

A população alvo do estudo foram mães cujos bebês realizaram o teste da orelhinha antes da alta hospitalar no período de setembro a outubro de 2022 e apresentaram falha em uma ou ambas as orelhas, sem registro de indicadores de risco para perda auditiva, tendo retorno agendado para realizar o reteste no período de 15 a 30 dias após o teste, a fim de confirmar o resultado. Todas as participantes receberam orientações consideradas de rotina sobre a TAN que incluem informações sobre a realização do teste, o resultado obtido e as informações sobre o local e a data agendada para realização do reteste. Sendo assim, atenderam aos critérios de inclusão propostos um total de 24 (vinte e quatro) mães.

Essas mães foram distribuídas em dois grupos: um grupo experimental (GE) constituído por 12 mães que, após receberem o resultado de falha no teste de EOA de seus filhos, participaram de uma ação educativa; e um grupo controle (GC) também constituído por 12 mães que não participaram da ação, recebendo apenas as orientações de rotina do serviço de TAN do hospital.

A ação educativa, realizada junto às mães do GE, foi realizada no formato de conversa dirigida, através do diálogo entre as mães e a pesquisadora e teve duração média de 20 minutos, sendo realizada de forma individual. Foram abordados nas

orientações fornecidas os seguintes conteúdos: a importância da audição para o desenvolvimento infantil; as prováveis causas de uma perda auditiva na primeira infância; como cuidar da saúde auditiva do bebê e ficar atento para o desenvolvimento da audição e da linguagem na primeira infância; como é realizado o teste da orelhinha, o significado dos resultados de 'passa' e de 'falha', a importância de retornar para o reteste e monitoramento audiológico; a importância de diagnosticar em tempo hábil qualquer problema auditivo e quais os exames que podem ser realizados no bebê; e, no caso de confirmação diagnóstica, o que pode ser realizado em termos de tratamento. Todas as informações foram primeiras transmitidas oralmente e, em seguida, foram oferecidas no formato escrito, sendo entregue um folder impresso para que pudessem acessar as informações prestadas sempre que necessário.

Em ambos os grupos (GE e GC) foram registradas as datas agendadas para o retorno das participantes para realização dos retestes de seus filhos. O comparecimento ou não das mães foi registrado em prontuário próprio do setor de TAN do hospital, gerando o índice de comparecimento. A partir daí, foi analisada se a participação das mães na ação educativa proposta aumentou ou não a adesão ao programa de TAN. Além disso, a fim de complementar a análise, buscou-se investigar a influência dos dados relacionados ao perfil sociodemográfico e à escolaridade das mães no índice de comparecimento ao reteste apresentado.

Os dados obtidos durante a coleta foram registrados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel 2010®. Foi realizada análise descritiva em virtude do número de participantes ser limitado.

RESULTADOS

Nas Tabelas 1 e 2 constam as informações que caracterizam as participantes do estudo quanto aos dados sociodemográficos e de escolaridade e apresentam o índice de comparecimento ao reteste, sendo a Tabela 1 referente aos dados das mães do GC e a Tabela 2 do GE.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO AOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ESCOLARIDADE E ÍNDICE DE COMPARECIMENTO AO RETESTE – GRUPO CONTROLE

GC – GRUPO CONTROLE		Índice de comparecimento ao RETESTE		
Variáveis	N	%	SIM	NÃO
Local de residência				
João Pessoa	10	83,3	6 (60%)	4 (40%)
Interior	2	16,6	2 (100%)	-
Ocupação				
Formal	2	16,6	2 (100%)	-
Informal	10	83,3	6 (60%)	4 (40%)
Renda pessoal				
Até 1 salário mínimo	11	91,6	7 (63,6%)	4 (36,3%)
Até 2 salários	1	8,3	1 (100%)	-
Renda familiar				
Até 1 salário mínimo	7	58,3	4 (57,1%)	3 (42,8%)
Até 2 salários mínimos	4	33,3	3 (75%)	1 (25%)
3 ou mais salários	1	8,3	1 (100%)	-
Escolaridade				
1º grau incompleto	3	25	1 (33,3%)	2 (66,6%)
2º grau completo	6	50	5 (83,3%)	1 (16,6%)
2º grau incompleto	3	25	2 (66,6%)	1 (33,3%)

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO AOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ESCOLARIDADE E ÍNDICE DE COMPARECIMENTO AO RETESTE – GRUPO EXPERIMENTAL

GE– GRUPO EXPERIMENTAL		Índice de comparecimento ao RETESTE		
Variáveis	N	%	SIM	NÃO
Região onde mora				
João Pessoa	11	91,6	9 (81,8%)	2 (18,1%)
Interior	1	8,3	-	1 (100%)
Ocupação				
Formal	1	8,3	1 (100%)	-
Informal	11	91,6	8 (72,7%)	3 (27,2%)
Renda pessoal				
Até 1 salário mínimo	10	83,3	7 (70%)	3 (30%)
Até 2 salários	2	16,6	2 (100%)	-
Renda familiar				
Até 1 salário mínimo	7	58,3	5 (71,4%)	2 (28,5%)
Até 2 salários mínimos	4	33,3	3 (75%)	1 (25%)
3 ou mais salários	1	8,3	1 (100%)	-
Escolaridade				
1º grau completo	1	8,3	1 (100%)	-
2º grau completo	6	50	4 (66,6%)	2 (33,3%)
2º grau incompleto	3	25	2 (66,6%)	1 (33,3%)
Graduação completa	2	16,6	2 (100%)	-

No que diz respeito ao GC, 83,3% das mães residem na região metropolitana de João Pessoa (cidade em que se localiza o hospital em que ocorreu a coleta) e 83,3% exerce trabalho informal. Neste grupo, 91,6% possuem renda pessoal de até 1 salário mínimo, e, em relação à renda familiar, 58,3% depende única e exclusivamente de 1 salário mínimo para o sustento familiar, 25% possuem 1º grau incompleto, 50% possuem 2º grau completo e 25% possuem 2º grau incompleto. Não foram apresentados dados para outros níveis de escolaridade.

Em relação às mães do GE, observa-se que 91,6% residem na região metropolitana de João pessoa e 91,6% exerce apenas trabalho informal. Neste grupo, 83,3% das mães possuem renda pessoal de até 1 salário mínimo e 58,3% possuem renda para o sustento familiar de até 1 salário mínimo, 8,3% possuem 1º grau completo, 50% possuem 2º grau completo, 25% possuem 2º grau incompleto,

16,6% possuem graduação completa. Não foram apresentados dados para os outros níveis de escolaridade.

O índice de comparecimento ao reteste do GC foi de 66,6% em contraposição ao do GE que foi de 75%. A variável escolaridade não influenciou o retorno das mães de ambos os grupos.

Ao analisar a taxa de não comparecimento e as variáveis apresentadas nos dois grupos, observou-se uma similaridade. Todas as mães que não retornaram para o reteste do GC, residem na região metropolitana (40%), têm ocupação informal (40%) e renda inferior a 1 salário mínimo (36,6%). No GE, as mães que não retornaram também são aquelas que possuem ocupação informal (27,2%) e renda inferior a 1 salário mínimo (30%).

A Tabela 3 apresenta os resultados apresentados pelos bebês no teste da orelhinha, também considerando os dois grupos investigados.

TABELA 3 – RESULTADO DA TAN ÍNDICE DE COMPARECIMENTO AO RETESTE – GRUPO CONTROLE E GRUPO EXPERIMENTAL

GC – GRUPO CONTROLE		Índice de comparecimento ao RETESTE		
Variáveis	N	%	SIM	NÃO
Resultado da TAN				
Falhou em OD ou OE	6	50	5 (83,3%)	1 (16,6%)
Falhou em ambas	6	50	3 (50%)	3 (50%)

GE– GRUPO EXPERIMENTAL		Índice de comparecimento ao RETESTE		
Variáveis	N	%	SIM	NÃO
Resultado da TAN				
Falhou em OD ou OE	8	66,6	8 (100%)	-
Falhou em ambas	4	33,3	1 (25%)	3 (75%)

Em relação às falhas apresentadas pelos bebês na realização do teste da orelhinha, o GE apresentou uma predominância de falha em apenas uma das orelhas (66,6%). Não obstante, independente do bebê ter falhado em uma ou duas orelhas, o índice de comparecimento ao reteste foi semelhante em ambos os grupos.

DISCUSSÃO

O objetivo estudo foi avaliar o impacto de uma ação educativa em saúde auditiva infantil na adesão familiar ao programa de triagem auditiva neonatal realizado em um hospital universitário.

Ao analisar os dados do presente estudo, o índice de comparecimento ao reteste das mães que participaram de uma ação educativa quando comparado com o índice apresentado pelas mães que não participaram, pode-se afirmar que não houve diferença significativa entre os índices dos grupos investigados, não permitindo afirmar que ação educativa proposta influenciou a adesão das participantes à etapa do reteste.

Em relação ao índice de comparecimento encontrado em ambos os grupos, é importante discutir que o índice observado é semelhante ao encontrado em estudos que também analisaram a adesão das mães à etapa de reteste, mostrando que o índice foi considerado satisfatório de acordo com a literatura.

Em estudo realizado que considerando 92 lactantes cujos bebês não passaram no teste da orelhinha, 79,34% aderiram ao programa de triagem auditiva, retornando para a etapa de reteste⁽¹¹⁾.

Em outro estudo realizado em um Hospital de Sobradinho, foi identificado que, dos 1.519 RN triados sem IRDA, 1.454 (95,7%) apresentaram resultado de “passa” e 65 (4,3%) “falharam”. Dos neonatos sem IRDA que falharam, 56 retornaram para o reteste, totalizando uma taxa de adesão de 86%⁽¹⁵⁾.

Uma vez não encontrando relação direta entre a participação na ação proposta e a adesão, partiu-se para investigar se os dados relacionados ao perfil sociodemográfico das mães influenciaram no índice de comparecimento ao reteste observado.

No que se refere aos índices de comparecimento, que neste estudo caracteriza a adesão à etapa de reteste ao PTAN, vale ressaltar que oito mães que compõem o GC e nove do GE compareceram ao reteste. Duas mães do GC, embora não residam na mesma cidade onde fica o ambulatório que realiza o reteste, retornaram para a etapa de reteste.

A literatura costuma apontar a influência do local onde residem as mães no comparecimento para o reteste, ratificando a baixa adesão das mães que moram em locais distantes ao local de avaliação. Em estudo realizado, a razão de prevalência da adesão das participantes que moram na região metropolitana entre aquelas que moram em outras localidades foi maior, indicando que as mães que estão na Região Metropolitana aderem 2,75 vezes mais que as mães que moram em locais distantes⁽¹⁶⁾. Um outro autor afirma que o custo com o deslocamento para o serviço de audiologia pode ser considerado um impeditivo para o retorno, uma vez que muitas das mães são moradoras de cidades localizadas distantes⁽⁵⁾. Portanto, os dados obtidos nesse estudo contrariam os achados presentes na literatura, visto que em ambos os grupos o fato das mães morarem em outras cidades não foi impeditivo para a realização do reteste.

Por outro lado, ao analisar o índice de não comparecimento observado em ambos os grupos, ainda que considerados baixos, nota-se que parecem estar associados a fatores socioeconômicos como ocupação e renda pessoal, uma vez que as mães de ambos os grupos que não compareceram trabalham em atividades informais e possuem renda pessoal de até um salário mínimo.

Estudos apontam que os fatores socioeconômicos podem interferir na adesão à TAN. A falta de recursos e sua relação com a adesão é mencionada em diversos estudos, configurando-se como um importante empecilho para a adesão dessas famílias à triagem. Um estudo realizado em 2013, aponta o alto índice de ausência no acompanhamento audiológico como o principal problema na efetividade dos programas de PTAN, relatando que pouco se sabe sobre os motivos do não comparecimento⁽¹⁶⁾. Em um outro estudo realizado em 2016, foi verificado que muitas das mães que não aderiram ao PTAN apresentavam condições de vulnerabilidade social, podendo este fato estar relacionado, segundo o autor, à evasão ao programa de triagem⁽⁵⁾. Dessa forma, pressupõe que a falta de recursos e outras condições sociodemográficas apresentadas pelas mães de ambos os grupos podem justificar o não comparecimento à etapa do reteste.

Em relação aos resultados de “falha” apresentados pelos bebês nesse estudo, pode-se dizer que este sim parece se configurar como maior motivação para o retorno das mães ao reteste. Neste estudo, a preocupação com os resultados obtidos na TAN parece ter sido fator determinante à adesão familiar à etapa de

reteste, corroborando com evidências apresentadas na literatura. Um estudo identificou que, entre as crianças que precisaram realizar o reteste, o resultado da ‘falha’ despertou nas mães preocupação em relação à audição da criança o que pode ter motivado o retorno delas ao reteste⁽¹¹⁾.

Por fim, embora as ações educativas não tenham sido o fator determinante para a adesão das mães ao reteste neste estudo, é importante citar que a influência da promoção de saúde auditiva na adesão familiar aos programas de TAN é amplamente evidenciada na literatura.

Estudo evidencia a importância de orientar as famílias como estratégia capaz de favorecer o diagnóstico em tempo hábil da D.A. e dar início de forma rápida e adequada a intervenção⁽¹⁰⁾.

Outro estudo defende que os hospitais e maternidades são considerados locais estratégicos para garantir compartilhamento de informações para as mães. Autores referem que essas instituições são responsáveis por garantir que os pais recebam e compreendam os resultados da triagem auditiva neonatal e que recebam informações e acompanhamento adequado⁽⁹⁾.

Tendo em vista que o conhecimento da população perpassa pelo que foi orientado⁽¹⁶⁾ e com base em estudos^(9,14), ressalta-se a importância da atuação dos profissionais, em especial o fonoaudiólogo, que integram as equipes materno-infantil em hospitais e maternidades na divulgação de orientações, assegurando eficácia na propagação de informações relacionadas à saúde materno-infantil e, em especial, à saúde auditiva infantil.

CONCLUSÃO

Não foi possível afirmar que a ação educativa proposta influenciou a adesão das participantes à etapa do reteste, embora o índice de comparecimento encontrado em ambos os grupos tenha sido considerado satisfatório quando comparado com outros estudos. No que se refere aos índices de comparecimento à etapa do reteste, também não houve influência do local onde as mães residem. Ambos os grupos apresentaram índices de comparecimento considerados satisfatórios. O baixo índice de não comparecimento observado em ambos os grupos parece estar associado à ocupação e renda pessoal das mães. Os resultados de “falha” apresentados pelos bebês pode ser considerado como fator determinante à boa adesão familiar à etapa de reteste, corroborando com evidências apresentadas na literatura.

É importante considerar que durante a coleta de dados foram vivenciadas algumas dificuldades que impediram a realização da investigação considerando uma amostra significativa. Dentre as dificuldades encontradas para baixo número de participantes estão o tempo reduzido para a coleta (restrito aos meses de setembro e outubro) e ausência por 30 dias da fonoaudióloga responsável pela triagem do hospital que realizava os retestes (por motivo de férias profissionais no mês de novembro). Portanto, sugere-se que seja dada continuidade ao estudo, com fins de ampliação do número de participantes e do período da coleta para atender, de fato, aos objetivos de pesquisa com maior rigor científico.

REFERÊNCIAS

1. ASHA: American Speech-Language-Hearing Association. Guidelines for Audiologic Screening [Internet]. Rockville: ASHA; 1997 [citado em 2020 Abr 22]. Disponível em: www.asha.org.
2. Brasil. Lei nº 12.303, 02 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Diário Oficial da União [Internet]; Brasília; Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm>. Acesso em: 25 novembro 2022.
3. Comitê Multiprofissional em Saúde. Nota técnica - Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva. 2020. Disponível em: <https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/cvd19-nota-tecnica-comusa.pdf>. Acesso em: 26 Novembro 2022.
4. The Joint Committee on Infant Hearing. Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. The Journal of Early Hearing Detection and Intervention. 2019;4(2): “p. 1-44”. <https://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1104&context=jehdi>
5. Marchand DLP, Rech RS, Benvenutti SK, Soldera CLC, Machado LS. Orientação e incentivo ao teste da orelhinha em hospital filantrópico. Rev Ciênc Ext. 2016; v.12 (2): 70-78.
6. Cúnico SD, Oliveira CT, Krueel CS, Tochetto TM. Percepções e Sentimentos Maternos Frente à Triagem Auditiva Neonatal do Filho. Pensando família. 2013; 17(2): 84-95.
7. Monteiro CFS, Caldas JMS, Leão NCMA, Soares MR. Suspeita da perda auditiva por familiares. Revista CEFAC [online]. 2009; v. 11(3): 486-493.

8. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010; v. 2(15): 353- 361.
9. Joint Committee of Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*. 2007;120(4):898-921.
10. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Melo TM, Lopes AC, Moret ALM. Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia* [online]. 2011; v. 16(1): 49-53.
11. Françoze MFC, Masson GA, Rossi TRF, Lima MCMP, Santos MFC. Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. *Saúde e Sociedade*, 2010; v.19(4): 910-918.
12. Pádua FGC, Marone S, Bento RF, Carvalho RMM, Durante AS, Soares JC et al. Triagem Auditiva Neonatal: um desafio para sua implantação. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 2005; v. 9(3): 190-194.
13. Rodrigues GRI, Barreiro CML, Pereira T, Pomília MCA. A triagem auditiva neonatal antecipa o diagnóstico e a intervenção em crianças com perda auditiva?. *Audiol Commun Res*, 2015; v. 20(3): 246-540.
14. Freitas TVD, Lewis DR, Nóbrega GB. Processo de triagem auditiva neonatal e impacto dos resultados. *Distúrbios Comun*. 2014; v. 26(4): 725-733.
15. Marinho ACA, Pereira ECS, Torres KKC, Miranda AM, Ledesma ALL. Avaliação de um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. *Revista de Saúde Pública*, 2020; 54-44.
16. Silva ARA, Barbosa CP, Silveira AK, Curado NRPV, Muniz LF, Linhares FMP, Griz SMS. Ações educativas e a adesão ao acompanhamento Audiológico de neonatos e lactentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013.