

**FATORES QUE INFLUENCIAM A NÃO ADESÃO AO RETORNO
PARA A TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL**

Sara Barbosa Rangel^a

Silvia Ferrite^b

Desiree De Vit Begrow^c

Resumo

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é a estratégia recomendada para detectar precocemente a deficiência auditiva. A identificação de um caso potencial exige um re-teste realizado em consulta de retorno. O objetivo deste estudo foi identificar fatores que influenciam a não adesão ao retorno da TAN. Trata-se de estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. Todas as díades mãe-lactente, atendidas entre 2007 e 2009 em um hospital universitário de Salvador, Bahia, que foram solicitadas a retornar (N=102), constituíram a população do estudo. Aquelas que não retornaram foram elegíveis para investigação qualitativa. Das 102, 41,2% não compareceram para o re-teste. O não retorno foi 35% maior quando as mães tinham menor escolaridade, 37% menor quando tinham mais de um filho, e 41% maior quando os lactentes não apresentavam indicador de risco para deficiência auditiva, comparando-se aos grupos referentes. No discurso das mães, foram também identificados fatores que contribuíram para o não retorno: a crença de que seu filho não tem risco de ter a deficiência; o desconhecimento e a conseqüente desvalorização da necessidade do retorno pelos profissionais de saúde; a falta de informações suficientes ao agendar a consulta de retorno; e o difícil acesso à TAN no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Triagem neonatal. Audição. Adesão do paciente.

^a Fonoaudióloga da Força Aérea Brasileira. Graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

^b Fonoaudióloga. Professora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.

^c Fonoaudióloga. Professora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia.

Endereço para correspondência: Rua Cesário Alvim, n.º 37, bloco 1, apart. 104, Humaitá, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. CEP: 22261-030. sarabrangel@gmail.com

Abstract

The Newborn Hearing Screening (NHS) is the recommended strategy for early detection of hearing impairment. The identification of a potential case requires a retest conducted on a scheduled follow-up visit. The aim of this study was to identify factors influencing noncompliance with the NHS follow-up visit. This is a cross-sectional exploratory study, using quantitative and qualitative approaches. All mother-infant dyads were seen between 2007 and 2009 at a university hospital in Salvador, Bahia, who were asked to return to the hospital (N=102) comprised the study population. Those who did not return were eligible for qualitative assessment. Of the 102, 41.2% did not attend the retest. The no-return rate was 35% higher when mothers had less education, 37% lower when they have more than one child, and 41% higher when the infants had no risk factor for hearing impairment, compared to reference groups. Factors that contributed to the no-return were also identified in mothers' speech: the belief that his/her child has no risk of hearing impairment; the lack of knowledge, and subsequent depreciation of the need to return by other health professionals; the level of information when scheduling the follow-up visit; and the lack of access to NHS in the National Health System.

Key words: Neonatal screening. Hearing. Patient compliance.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHESIÓN AL RETORNO PARA EL TRIADO AUDITIVO NEONATAL

Resumen

El Triado Auditivo Neonatal (TAN) es la estrategia recomendada para la detección precoz de la deficiencia auditiva. La identificación de un posible caso requiere una repetición de la prueba realizada en una visita de seguimiento. El objetivo de este estudio fue identificar los factores que influyen en la no adhesión a la segunda visita de la TAN. Es un estudio transversal, de carácter exploratorio con enfoque cuantitativo y cualitativo. Todas las díadas madre-lactante, atendidas entre 2007 y 2009 en un hospital universitario en Salvador, Bahia, que se les pidió regresar (N=102) constituyeron la población del estudio. Los que no regresaron fueron elegibles para la investigación cualitativa. De las 102, 41,2% no

volvieron para la visita de seguimiento. La tasa de no retorno fue del 35% más alto cuando las madres tenían menos educación, 37% más bajo cuando tenían más de un niño, y 41% más alto cuando los niños no presentaban ningún factor de riesgo para la deficiencia auditiva, en comparación con los grupos de referencia. Entre los factores identificados en el discurso de las madres y que contribuyeron para la no adhesión a la segunda visita se encuentran: la creencia de que su niño no tiene riesgo de tener problemas de audición; la falta de conocimiento por los profesionales de la salud, y la consecuente devaluación de la necesidad de volver; la falta de información suficiente al programar la visita de seguimiento; y el difícil acceso a la TAN en el Sistema Único de Salud.

Palabras-clave: Triado neonatal. Audición. Adhesión del paciente.

INTRODUÇÃO

A prevalência de deficiência auditiva congênita no Brasil é estimada em 30 para cada 10.000 nascidos vivos.¹ De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),² em 2000, eram aproximadamente 5,7 milhões de brasileiros com deficiência auditiva, ou seja, indivíduos com perda de audição completa ou parcial, que pode ocorrer em diferentes graus de severidade, em uma ou em ambas as orelhas.³ Os indicadores de risco para deficiência auditiva em crianças, descritos e revistos periodicamente pelo *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)*,⁴ podem apresentar-se no período pré-natal, como as infecções intrauterinas (sífilis, rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus e herpes), peri e pós-natal, a exemplo da permanência em unidade de terapia intensiva por mais de cinco dias, ou da meningite bacteriana, entre outros. Parcela importante dos indicadores de risco associa-se à deficiência auditiva do tipo sensorineural, que decorre de lesão irreversível na cóclea, manifestando-se comumente de forma bilateral, em grau moderado, severo ou profundo, comprometendo a recepção da linguagem oral. Esta limitação pode afetar o potencial para a linguagem expressiva e receptiva, a aprendizagem e o desenvolvimento social e emocional da criança.^{5,6} A detecção precoce da deficiência auditiva possibilita a intervenção em tempo hábil para evitar ou minimizar esses prejuízos.⁶

Atualmente, o programa de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) configura-se como a única estratégia capaz de detectar precocemente as alterações auditivas.⁴ O JCIH recomenda que todos os neonatos tenham acesso à triagem auditiva, até os seis meses de idade, e caso seja detectada alteração, a TAN deverá ser seguida pelo diagnóstico e pela intervenção precoce, no intuito de interferir positivamente na qualidade de vida do indivíduo.⁴

No Sistema Único de Saúde (SUS) ainda há poucos serviços de TAN implementados e acessíveis à população. Segundo os dados fornecidos pelo Grupo de Triagem Auditiva Neonatal Universal (Gatanu),⁷ existem 199 serviços de TAN registrados no Brasil, todos situados em maternidades e clínicas. Dentre esses serviços, sete estão localizados no estado da Bahia, em unidades de origem filantrópica ou privada, sem registro, portanto, de unidade vinculada ao serviço público. Com o advento da Lei n.º 12.303/2010,⁸ que dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (principal procedimento no programa da TAN) em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em sua dependência, é esperado que o serviço de TAN torne-se de fácil acesso para toda a comunidade, com cobertura universal.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, por meio das Portarias GM/MS n.º 2.073/2004, n.º 587/2004 e n.º 589/2004, pretende garantir para o deficiente auditivo um atendimento integral, conforme o princípio doutrinário do SUS de integralidade; portanto, o atendimento deve ser transdisciplinar e compatível com as necessidades individuais e coletivas dos deficientes auditivos, abrangendo ações de promoção, prevenção e reabilitação.⁹ Embora as ações de saúde auditiva venham sendo concentradas nos níveis de média e alta complexidade, a Portaria GM/MS n.º 2.073/2004 prevê, na atenção básica, a realização de ações voltadas para a promoção da saúde auditiva, prevenção e identificação precoce dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar.¹⁰

Especificamente sobre o protocolo de procedimentos da TAN, o critério utilizado é o de passa/falha para o resultado do teste de Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes (EOAET).¹¹ O resultado é considerado “passa” quando as emissões otoacústicas estão presentes, bilateralmente, comparando-se a um padrão esperado, permitindo-se descartar a possibilidade de deficiência auditiva para aquele lactente. Caso contrário, caracteriza-se a “falha”, confirmada por re-teste realizado em consulta de retorno. Assim, diante de um lactente com resultado “passa”, sem fatores de risco para a deficiência auditiva, a equipe do programa fornece orientações à família para a promoção da saúde auditiva. No caso de presença de fatores de risco, é indicado que realize avaliações periódicas da audição.⁷ Diante de um lactente com resultado “falha”, a equipe realizará o re-teste, em data pré-agendada e, confirmando-se a ausência de emissões otoacústicas, o lactente será encaminhado para avaliação audiológica completa.¹¹ O agendamento de retorno ao serviço da TAN pode também ser necessário caso algum motivo tenha inviabilizado a realização do exame naquela ocasião, como, por exemplo, a agitação motora intensa da criança.

O alto índice de ausência no re-teste é apontado como o principal problema na efetividade dos programas de TAN.^{5,12-14} Entretanto, pouco se sabe sobre os motivos do não comparecimento, pois são escassos os estudos no país com esta finalidade.^{14,15} O não retorno ao re-teste da TAN posterga o diagnóstico de deficiência auditiva, comprometendo o início da intervenção em período adequado. Identificando-se os prováveis fatores que contribuem para o não comparecimento à consulta de retorno, recomendações podem ser sugeridas e ações podem ser implementadas para promover a adesão necessária ao programa da TAN. Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar fatores objetivos e subjetivos que influenciam a não adesão ao retorno da TAN.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório. A população do estudo foi constituída por todas as díades mãe-lactente que, atendidas entre abril de 2007 e abril de 2009 no Ambulatório de Triagem Auditiva Neonatal, Serviço de Fonoaudiologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES), da Universidade Federal da Bahia, em Salvador, foram solicitadas a retornar ao ambulatório devido ao resultado do exame do lactente ter sido classificado como “falha” ou inconclusivo. Dentre essas, aquelas cujos lactentes não retornaram constituíram os casos investigados na abordagem qualitativa.

ABORDAGEM QUANTITATIVA

Foram utilizados dados secundários provenientes dos formulários de entrevista padronizada aplicadas aos cuidadores dos lactentes no primeiro dia do atendimento. Foram obtidos dados sociodemográficos, sobre saúde geral e auditiva, além de dados sobre o comparecimento do lactente ao retorno da TAN. Dentre os aspectos sociodemográficos, foram consideradas as variáveis: idade materna, categorizada pela mediana, em (0) 26 anos ou mais, e (1) até 25 anos; escolaridade materna, categorizada em (0) maior que 1º grau completo e (1) 1º grau completo ou menor; prole, categorizada como (0) um filho e (1) mais de um filho; município de residência, categorizada em (0) Salvador e (1) outro local; renda familiar *per capita*, categorizada em (0) mais que ¼ do salário mínimo e (1) menos que ¼ do salário mínimo. A presença de indicadores de risco para deficiência auditiva, dentre os reconhecidos pelo *Joint Committee of Hearing*,⁴ foi categorizada em (0) sem indicadores e (1) um ou mais indicadores. O comparecimento ao retorno da TAN foi categorizado em (0) retorno e (1) não retorno.

Para a análise, foi calculada a proporção de não retorno de acordo com as características sociodemográficas e indicadores de risco para deficiência auditiva. Foram estimadas as razões de proporção (RP), comparando-se as proporções do não retorno entre as categorias dessas variáveis. Para a inferência estatística, foram calculados os intervalos de confiança (IC95%) pelo método de Mantel-Haenszel. Para digitação e análise dos dados, foi utilizado o programa Epi Info 6.04.

ABORDAGEM QUALITATIVA

Foram utilizados dados primários oriundos de entrevistas realizadas por telefone, entre agosto e setembro de 2010, com as mães dos lactentes que não compareceram ao retorno da TAN. As entrevistas foram guiadas por perguntas abertas que compuseram o roteiro previamente elaborado (Apêndice A), e realizadas com a concordância das mães, após ouvir o conteúdo do termo de consentimento livre e esclarecido. Os diálogos, incluindo o consentimento das mães e as entrevistas, foram gravados em áudio e posteriormente transcritos. A principal dimensão de interesse foi o motivo do não comparecimento ao retorno da TAN. Para interpretação, foi considerado como ponto de partida a eleição de categorias, posterior à coleta de dados.

As entrevistas transcritas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo.¹⁶ Independente da oposição quantitativo/qualitativo, o que se pretende, ao utilizar a abordagem qualitativa, é a aproximação entre o sujeito e o objeto, buscando os níveis mais profundos dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que são transmitidos pela linguagem comum e na vida cotidiana. Estudo^{17:246} assim se refere a esta abordagem: “[...] ela ratifica seu caminho, abandona certas vias e pode tomar direções privilegiadas.” Além disso, a abordagem qualitativa pode aprofundar algum problema levantado em estudos quantitativos, assim como levantar questões que sejam analisadas futuramente por dados estatísticos.¹⁷ Portanto, esses diferentes olhares sobre os dados podem ser complementares, a fim de promover uma visão mais ampla do objeto, possibilitando ao investigador conhecê-lo profundamente.

Desta forma, considerando-se a complexidade e importância da temática em investigação, os autores optaram por uma abordagem híbrida, com potencial para identificar os fatores que, em diferentes aspectos, interferem na adesão, sejam estes acessíveis por dados e análise de natureza quantitativa ou qualitativa, compreendendo e respeitando os seus limites. Para favorecer uma visão integral desse contexto, e para evitar a fragmentação na interpretação dos achados, os resultados e a correspondente discussão são apresentados

em conjunto. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (040/2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 526 díades mãe-lactente atendidas no Ambulatório de Triage Auditiva Neonatal do C-HUPES da Universidade Federal da Bahia, entre abril de 2007 e abril de 2009, 102 (19,4%) foram solicitadas a retornar ao serviço para dar continuidade ao protocolo da TAN. As características dessas 102 díades estão apresentadas na **Tabela 1**. A maioria das mães apresentou nível de escolaridade maior que o 1º grau completo (68,6%), residia em Salvador (75,5%), possuía apenas um filho (52,9%) e apresentava renda familiar *per capita* maior que ¼ do salário mínimo (55,9%). Um pouco mais da metade dos lactentes não apresentava indicadores de risco para deficiência auditiva (50,9%).

Tabela 1 – Características da população do estudo de acordo com os aspectos sociodemográficos e indicadores de risco para deficiência auditiva – Salvador – 2007-2009

Variáveis	N=102	%
Idade materna^a		
< 26 anos	47	46,1
≥ 26 anos	55	53,9
Escolaridade da mãe		
< 1º grau completo	32	31,4
≥ 1º grau completo	70	68,6
Renda familiar <i>per capita</i>		
> ¼ do salário mínimo	57	55,9
≤ ¼ do salário mínimo	45	44,1
Local de residência		
Outro	25	24,5
Salvador	77	75,5
Prole		
> 1 filho	48	47,1
1 filho	54	52,9
Indicador de risco para DA		
Ausência de indicador	52	50,9
Pelo menos um indicador	50	49,1

DA = Deficiência Auditiva.

^a Idade da mãe na data do parto.

Das 102 díades mãe-lactente que foram solicitadas a retornar ao serviço, 42 não compareceram, resultando em uma proporção de não adesão de 41,2%. As tentativas

de contato por telefone resultaram em 23 falhas por desativação da linha telefônica, 11 falhas por alteração de telefone sem acesso à informação do novo número, e foram bem-sucedidas em oito casos. Não houve recusas à participação no estudo. Todas as oito mães encontradas foram entrevistadas. Durante as entrevistas, foi comum a necessidade de pequenas intervenções pela entrevistadora, uma vez que a maioria das mães limitava-se a responder às perguntas com frases curtas e de pouco conteúdo. É possível que esse comportamento das mães seja consequência do meio utilizado para a entrevista, o telefone, que geralmente implica em um contato indireto e impessoal. O tempo que decorreu entre a primeira visita ao Ambulatório de Triagem Auditiva Neonatal e o contato para a pesquisa pode também fazer parte da explicação. Contudo, por tratar-se de uma conversa apresentada informalmente pela entrevistadora, havia a expectativa de que as mães pudessem expor com maior liberdade seus sentimentos com relação ao exame e também ao seu filho. Mesmo assim, foi possível caracterizar os possíveis motivos do não comparecimento ao retorno da TAN. Dentre as oito mães entrevistadas, duas referiram ter esquecido do compromisso do retorno, duas não se lembravam de terem sido orientadas a retornar ao serviço, duas relataram que o profissional médico que acompanhava o desenvolvimento do lactente informou que o retorno para conclusão do protocolo da TAN não era necessário, uma mãe justificou a ausência pela mudança para outra cidade, e outra preferiu recorrer a um serviço particular, relatando dificuldade de acesso ao próprio serviço de origem.

Os resultados específicos correspondentes à análise de abordagem qualitativa e quantitativa são apresentados a seguir, partindo-se da estruturação de três categorias: aspectos sociodemográficos; valorização da detecção precoce da perda auditiva; e oferta da TAN no SUS.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Neste estudo, não foi observada diferença na proporção de não comparecimento ao retorno da TAN de acordo com a idade da mãe (**Tabela 2**). Entre as mães com menos de 26 anos, 42,6% não compareceram, e entre aquelas com 26 anos ou mais, 40,0% (RP=1,06 IC95% 0,67-1,69). Ao considerar-se a educação formal da mãe, o não comparecimento foi mais comum entre aquelas com menor nível de escolaridade comparadas àquelas com maior escolaridade, respectivamente, 50,0% e 37,1%. Resultados de estudos prévios apontam o menor nível de escolaridade e a menor idade materna como fatores de relevância para a não adesão a medidas de cuidado em saúde, a exemplo do aleitamento materno, devido à falta de informação e inexperiência sobre suas vantagens.^{18,19}

Verificou-se que as díades mãe-lactente que apresentavam menor renda familiar *per capita* tiveram proporção de não comparecimento (40,0%) semelhante às aquelas com maior rendimento (42,1%). Em contrapartida, sabe-se que as famílias de baixa renda são as que menos procuram os serviços de pré-natal e de assistência ao parto; além disso, apresentam dificuldades de acesso ao atendimento clínico e aos meios de comunicação em geral.^{18,20} Estudo¹⁵ observou que menor frequência das mães às consultas de pré-natal resulta em menor retorno para a segunda avaliação auditiva. Provavelmente, essas mães são menos informadas sobre os cuidados que precisam ter com a saúde do bebê, tanto no período gestacional como no neonatal, sendo este último período essencial para a realização da TAN, o que pode influenciar no não entendimento da mãe sobre a importância de concluir a avaliação auditiva. O fragmento do discurso de uma das mães, transcrito a seguir, demonstra dificuldade do deslocamento de seu novo domicílio até o hospital.

Tabela 2 – Proporção e razão de proporção do não comparecimento ao retorno agendado da Triagem Auditiva Neonatal de acordo com as características sociodemográficas e indicadores de risco para deficiência auditiva – Salvador – 2007-2009

Variáveis	População (N=102)	Casos (n=42)	Proporção de não comparecimento (%)	RP	IC 95%
Idade materna^a					
< 26 anos	47	20	42,6%	1,06	(0,67 – 1,69)
≥ 26 anos	55	22	40,0%	(ref.)	
Escolaridade materna					
< 1º grau completo	32	16	50,0	1,35	(0,85 – 2,14)
≥ 1º grau completo	70	26	37,1	(ref.)	
Renda familiar <i>per capita</i>					
≤ ¼ de salário mínimo	45	18	40,0	0,95	(0,59 – 1,52)
> ¼ de salário mínimo	57	24	42,1	(ref.)	
Local de residência					
Outro	25	10	40,0	0,96	(0,56 – 1,67)
Salvador	77	32	41,6	(ref.)	
Prole					
> 1 filho	48	15	31,3	0,63	(0,38 – 1,03)
1 filho	54	27	50,0	(ref.)	
Indicador de risco para DA					
Ausência de indicador	52	25	48,1	1,41	(0,88 – 2,28)
Pelo menos um indicador	50	17	34,0	(ref.)	

RP = Razão de Proporção; IC = Intervalo de Confiança; DA = Deficiência Auditiva; Ref = categoria de referência.

^a Idade da mãe na data do parto.

“Pelo fato de ele ficar internado em outro hospital; aí ele teve alta, daí, foi para outro lugar e teve que ficar internado; aí, nesse tempo, eu me mudei para outro lugar, para a Ilha [Ilha de Itaparica], aí não deu mais para ele retornar; ficou um pouco difícil de retornar para ele fazer este exame.” (Mãe 2).

Embora na fala não esteja explícita a questão do valor em dinheiro envolvido nesse deslocamento, percebe-se a potencial ausência de outras opções, além do transporte coletivo – que seria o meio acessível, mas pouco seguro para o seu filho – no seu contexto econômico-social.

O local de residência das díades mãe-lactente não se associou a diferenças na proporção de não comparecimento ao retorno da TAN. Foram 41,6% as mães com residência em Salvador que não compareceram ao retorno agendado, e 40,0% as residentes em outros municípios. Embora a localização não seja, aparentemente, um impeditivo para o retorno, o enunciado da mãe 2, apresentado previamente, explicita claramente o deslocamento como motivo principal do seu não comparecimento.

Em relação à prole das mães, para aquelas que possuíam apenas um filho, observou-se maior proporção de não comparecimento (50,0%) em comparação com as mães que possuíam mais filhos (31,3%). É possível que esta diferença relacione-se com a inexperiência das mães. Entretanto, este resultado contrasta com o observado em estudo realizado em Campinas, no estado de São Paulo.¹⁵ 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.

VALORIZAÇÃO DA DETECÇÃO PRECOCE DA PERDA AUDITIVA

A linguagem desempenha papel fundamental na aprendizagem e nas interações sociais ao longo da vida do sujeito. Crianças com deficiência auditiva geralmente possuem atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, que pode resultar em dificuldade de aprendizagem na escola e problemas na socialização.^{3,21} Estudo²² relata que há um período “ótimo” de desenvolvimento da criança, no qual a maturação e plasticidade neural ainda estão em processo de desenvolvimento, que é ideal para a realização do diagnóstico audiológico, ou seja, nos primeiros meses de vida, para que intervenções devidas sejam prontamente realizadas e se obtenham melhores resultados.

Com o reconhecimento da necessidade da detecção precoce da perda auditiva por parte da sociedade civil e do próprio governo, os meios de detectá-la seriam mais

valorizados e conseqüentemente mais divulgados, favorecendo maior adesão a esta medida preventiva de saúde. O conceito de adesão deve ser analisado de maneira multidimensional. Apesar de o paciente constituir o foco central do processo de adesão, não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos que constitui esse processo: a família, o profissional de saúde e o sistema de saúde.²³ Portanto, é necessário que essas três esferas conheçam, valorizem e contribuam para a efetividade do programa da TAN.

Com referência à família, estudo²⁴ relaciona o alto índice de não comparecimento ao retorno da TAN ao fato de as mães acreditarem que seus filhos não têm riscos de apresentarem perda auditiva, além do que, sendo um distúrbio não aparente, a mãe tende a ignorar a possibilidade de sua ocorrência. Também no presente estudo, nos casos em que o bebê não possuía indicadores de risco para deficiência auditiva, o não comparecimento ao retorno mostrou-se mais frequente (48,1%) do que aqueles que apresentavam pelo menos um indicador de risco (34,0%), talvez por seguirem esta mesma lógica de negar a possibilidade do problema (**Tabela 2**). O enunciado a seguir ilustra bem essa situação: “Não quero mais fazer esse exame; meu filho não tem problema.” (Relato da mãe, retirado do prontuário de seu filho).

Em relação aos profissionais de saúde, estudo²⁵ identificou que médicos e enfermeiros apresentam pouco conhecimento sobre a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU). Esses profissionais, assim como todos aqueles envolvidos no atendimento pré e pós-natal, são de extrema importância para que os programas de detecção e intervenção precoces da audição sejam bem-sucedidos, pois esse é um período que se caracteriza, geralmente, por uma boa receptividade da família às sugestões e orientações direcionadas à saúde da criança. Os enunciados transcritos a seguir demonstram a influência negativa de algumas orientações para a adesão ao retorno da TAN.

“Quem encaminhou ele [o lactente] para fazer este exame foi a pediatra. Aí ela disse que o exame tinha que ser feito antes de um ano de idade. Como ele chegou a passar da idade, ela disse que não ia mais ter serventia, aí eu também não levei mais.” (Mãe 1).

“Enfim, quando foi depois, aí eu fui e procurei a otorrino. Aí, no otorrino, eles pegaram e fizeram outro teste e disse que não, que tava tudo certo com a criança. Eles só olharam o ouvido dela aí ela falou que não, que tava ok.” (Mãe 7).

No primeiro relato, observa-se que não ocorreu a orientação adequada, pois não existe uma idade limite para a realização de um procedimento de avaliação da audição. Existem outros métodos de avaliação, que podem ser selecionados considerando-se a idade e outras condições de saúde da criança.

O relato da mãe 7 demonstra que ela não foi orientada pelo médico sobre o procedimento realizado com o seu filho. Logo, possivelmente, acreditou que apenas pelo exame físico, a otoscopia, seria possível avaliar a audição da criança. Deve ter imaginado, portanto, que não seria necessário retornar ao serviço da TAN para realizar outro exame com a mesma finalidade. Assim, cabe ao profissional de saúde orientar a família sobre os procedimentos realizados e a sua finalidade, além de reforçar e monitorar a continuidade do protocolo da TAN, quando necessário.

Observa-se, nesses dois depoimentos, que não foi reforçada ou ratificada pelo médico a necessidade de comparecer ao retorno para dar continuidade à avaliação auditiva. Estudo²⁶ encontrou baixo índice de médicos que encaminham o paciente para a TAN e concluiu que é necessário fornecer maiores informações sobre a importância da detecção precoce, visto que os médicos entrevistados no estudo demonstraram interesse em obter mais conhecimento acerca deste tema. Ressalta-se, porém, que este foi um estudo pontual, realizado em um hospital do interior de Santa Catarina, portanto não é possível afirmar que o estado da Bahia compartilhe dessa mesma realidade.

Veja-se um fragmento do depoimento da Mãe 8: "Ele [examinador] não me explicou se aí [ambulatório da TAN] ia fazer de novo e nem se em outro lugar fazia. Aí não sabia onde fazer de novo." Este depoimento demonstra que, além dos encaminhamentos e orientações dos outros profissionais de saúde, é imprescindível uma orientação esclarecedora e completa pelo próprio fonoaudiólogo no dia da realização do exame. Uma orientação adequada e compreensiva oferecerá à mãe maiores condições de reconhecer a necessidade de dar continuidade à investigação da audição do seu filho, com informações claras e precisas sobre procedimentos e data de retorno, aumentando as chances de adesão. De qualquer forma, é importante frisar que, patologizar excessivamente a questão, a depender da família, pode interferir negativamente nesse processo, ou seja, o profissional deve encontrar um equilíbrio na forma de orientar, informar, esclarecer, sem, contudo, amedrontar ou, ainda, negar, no caso de um diagnóstico provável de deficiência auditiva, as possibilidades de desenvolvimento da criança.

OFERTA DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como visto, o sistema de saúde também interfere no processo de adesão.²³ Ainda são poucos os serviços que realizam a TAN, e estes concentram-se nas capitais e nos serviços privados, o que dificulta o acesso da população ao programa. Os depoimentos das mães apresentados a seguir demonstram a dificuldade, no estado da Bahia, de acesso aos serviços de TAN, a grande demanda e a pouca oferta nos municípios, incluindo a capital, Salvador.

“Não consegui vaga para poder marcar de novo. Eu não vi marcar mais aí não, aí no Hospital das Clínicas.” (Mãe 7).

“Porque... olha, depois de passar 54 dias no Hospital, eu já estava estressada, então eu preferi pagar; depois do que aconteceu, eu preferi pagar pra fazer.” (Mãe 6).

No depoimento da Mãe 2, citado anteriormente, ficou claro que a ausência de um serviço público disponível no seu município inviabilizou a conclusão da avaliação de seu filho.

As dificuldades de acesso à TAN no serviço público, evidenciadas nos depoimentos das mães, estão em desacordo com o previsto na Constituição de 1988, que estabelece a saúde como um direito social de todos, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Assim, o direito à saúde deve ser assegurado pelo Estado, porém ainda há forte resistência do sistema vigente, marcado pelo assistencialismo e clientelismo, no qual os serviços de saúde, muitas vezes, são oferecidos por meio das ações assistencialistas e da contratação de serviços privados. Esta característica prejudica o atendimento das necessidades da população, já que os prestadores de serviços, em geral, definem a oferta a ser paga pelo SUS, privilegiando procedimentos considerados mais lucrativos e selecionando a clientela a ser atendida.²⁷

Uma mudança significativa no aspecto político-administrativo do SUS foi a descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, apontando o município como base do sistema de saúde, pela responsabilidade da prestação direta da maioria dos serviços. Além disso, é responsabilidade dos gestores municipais a garantia do acesso de seus munícipes aos outros níveis de atenção, além da atenção básica, pela integração do sistema municipal à rede regionalizada de atenção à saúde.²⁸ Portanto, pôr em prática os princípios e diretrizes do SUS, principalmente a universalidade, integralidade e descentralização, favoreceriam a efetividade da Política Nacional de Saúde Auditiva e, conseqüentemente, o programa de Triagem Auditiva Neonatal. Mediante atividades

de promoção e prevenção realizadas nos posto de saúde dos bairros seria possível levar informação sobre saúde auditiva para um maior número de pessoas, além de realizar o processo de referência e contrarreferência com as unidades de média e alta complexidade para melhor acompanhar os casos com risco de deficiência auditiva.

Neste estudo, a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa foi essencial para a apresentação e interpretação dos resultados, de forma a contribuir para o conhecimento acerca da adesão em um programa de TAN. Apenas o componente quantitativo seria limitado, por exemplo, para qualificar a realidade da rotina de acesso e demanda nos serviços de saúde, vivenciada por algumas dessas mães. Ademais, a possibilidade de ouvir a argumentação das mães permitiu um olhar qualitativo para o entendimento da subjetividade inerente às respostas dadas e que dizem respeito à postura assumida pelas mães frente ao teste e à própria deficiência auditiva.

Em suma, dentre os fatores que parecem influenciar negativamente a adesão das díades mãe-lactente ao retorno para re-teste, no caso de “falha” na primeira etapa da TAN, destacam-se: menor nível de escolaridade materna, mães com apenas um filho e ausência de indicadores de risco para a deficiência auditiva. Devem também ser considerados aqueles fatores que puderam ser apreendidos dos discursos das mães. Com a crença de que seu filho não tem risco de ter a deficiência, acreditam – ou aceitam – que não é necessário finalizar a avaliação auditiva, já que o exame não apresentará alteração. Os profissionais de saúde, especialmente médicos, têm importante papel na adesão à segunda etapa da TAN, pois sua postura e recomendações frente à necessidade de re-teste podem influenciar positiva ou negativamente o retorno da díade mãe-lactente ao programa. Influência similar podem exercer os próprios profissionais fonoaudiólogos, a depender da forma e da precisão de suas orientações sobre a importância, necessidade e agendamento do re-teste. Por fim, a oferta ainda escassa do procedimento de Emissões Otoacústicas Evocadas no SUS dificulta o acesso da população à TAN, inclusive para o re-teste.

Pode-se apresentar como recomendações para maior efetividade dos programas de TAN: o monitoramento dos casos em que o retorno para re-teste é necessário, com comunicação entre as redes de assistência à saúde; realização de campanhas informativas e motivadoras da detecção precoce da deficiência auditiva, pelo pouco conhecimento tanto da sociedade civil como dos próprios profissionais de saúde; ampliação da oferta da TAN no SUS, nas maternidades, serviços ambulatoriais e possibilidade de inclusão em unidades da atenção básica nas comunidades. A implantação da TAN, em todos os hospitais e maternidades do Brasil, com oferta universal, é o que

estabelece a lei promulgada em 2010.⁸ Assim, a expectativa no país é favorável não apenas à cobertura de todos os nascidos vivos, mas também para a vigilância efetiva da deficiência auditiva no primeiro ano de vida, com geração de informação que poderá subsidiar o planejamento em saúde e a avaliação das políticas e do impacto de ações e programas direcionados à prevenção da deficiência auditiva.

REFERÊNCIAS

1. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância. São Paulo; 1999. Extraído de [http://unifesp.br/dotorrino/orl/graduação/roteiros/surdez_inf.doc], acesso em [22 de novembro de 2010].
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de Imprensa. IBGE e CORDE abrem encontro internacional de estatísticas sobre pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, set. 2005. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=438&id_pagina=1], acesso em [22 de novembro de 2009].
3. Organização Mundial de Saúde. Global Alert and Response. 2006. Extraído de: [<http://www.who.int/em>], acesso em [18 de novembro de 2009].
4. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120:898-921.
5. Isaac ML, Manfredi AKS. Diagnóstico precoce da surdez na infância. *Medicina*. 2005;38:235-44.
6. Ribeiro FG, Mitre E. Avaliação do conhecimento sobre Triagem Auditiva Neonatal de pacientes no pós-parto imediato. *Rev CEFAC*. 2004;6:294-9.
7. Grupo de Apoio a Triagem Auditiva Neonatal. Home Page. 2009. Extraído de [<http://www.gatanu.org>], acesso em [30 de outubro de 2009].
8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília; 2010. Extraído de [<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1024360/lei-12303-10>], acesso em [21 de abril de 2011].
9. Bevilacqua MC, Melo TM, Morettin M, Lopes AC. A avaliação de serviços em Audiologia: concepções e perspectivas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14:42-6.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília; 2004. Extraído de [<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>], acesso em [21 de abril de 2011].

11. Azevedo MF. Triagem auditiva neonatal. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2005. p. 604-16.
12. Garcia MV, Balardin JB, Tochetto TM, Bauer MA. Triagem auditiva neonatal: evasão e resgate dos bebês. Trabalho apresentado na XIII Semana Acadêmica da Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande de Sul; 2004.
13. Berni PS, Almeida EOC, Amado BCT, Almeida FN. Triagem auditiva neonatal universal: índice de efetividade no re-teste de neonatos de um hospital da rede pública de campinas. Rev CEFAC. 2006;12:122-27.
14. Korres S, Balatsouras D, Gkoritsa E, Eliopoulos P, Raliis E, Ferekidis E. Success rate of newborn and follow-up screening of hearing using otoacoustic emissions. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70:1039-43.
15. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. Cienc Saúde Coletiva. 2010;15:353-61.
16. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
17. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993;9:239-62.
18. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Rev Nutr. 2006;19:623-30.
19. Bueno MP, Souza JMP, Souza SB, Paz SMRS, Gimeno SGA, Siqueira AAF. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário, entre 1998 e 1998: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. Cad Saúde Pública. 2003;19:1453-60.
20. Reis AS, Ferrite S. Nível socioeconômico e saúde auditiva em lactentes: indicadores de risco e proporção de falha na triagem auditiva neonatal. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(supp.). Extraído de: [<http://www.sbfa.org.br/portal/anais2010/resumos/4101.pdf>], acesso em [27 de maio de 2011].
21. Pereira PKS, Martins AS, Vieira MS, Azevedo MS. Programa de triagem auditiva neonatal: associação entre perda auditiva e indicadores de risco. Rev Pró-fono. 2007;19:267-78.
22. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early-and later-identified children with hearing loss. Pediatrics. 1998;102:1161-71.
23. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. Rev Latino-am Enfermagem. 2009;17(2):201-6. Extraído de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_10.pdf], acesso em [27 de maio de 2011].

24. Machado MS. Triagem auditiva neonatal universal: projeto piloto no hospital universitário de Santa Maria [Monografia]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2001.
25. Hilú MRPB, Zeigelboim BS. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e intervenção precoce da perda auditiva. *Rev Cefac*. 2007;9(4):563-70.
26. Zocoli AMF, Riechel FC, Zeigelboim BS, Marques JM. Audição: abordagem do pediatra acerca desta temática. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006;72(5):617-23.
27. Solla JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o Pacto de Gestão. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2006;30(2):332-48.
28. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 531-62.

Recebido em 4.6.2012 e aprovado em 29.2.2012.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA POR TELEFONE

1. Identificação da entrevistadora.
2. Apresentação do motivo da ligação telefônica para a mãe, e resgate da memória sobre a visita ao Ambulatório da Triagem Auditiva Neonatal para realização do “Teste da orelhinha”.
3. Apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
4. Perguntas (após consentimento):
 - ✓ Você lembra que, ao final do atendimento, foi solicitado um retorno do seu filho ao ambulatório?
 - ✓ Você lembra por que foi solicitado este retorno?
 - ✓ A data do retorno foi agendada pelo serviço?
 - ✓ Qual foi o motivo do não comparecimento ao retorno?
 - ✓ O teste foi concluído em outro local?
 - ✓ Seu filho fez algum outro exame de audição?
 - ✓ Algo mais?
5. Convite para agendamento de avaliação audiológica infantil, gratuita, para acompanhamento da audição da criança.