



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

revista@aborlccf.org.br

Associação Brasileira de
Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-
Facial
Brasil

Padilha Barbosa, Camila; Barbosa Aires, Juliana; dos Santos Farias, Isabela Yasmin; Pereira
Linhares, Francisca Márcia; Sobral Griz, Silvana Maria

Newborn and infant hearing health education for nursing professionals

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 79, núm. 2, marzo-abril, 2013, pp. 226-232

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

São Paulo, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437927016>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

Newborn and infant hearing health education for nursing professionals

Educação em saúde auditiva do neonato e lactente para profissionais de enfermagem

Camila Padilha Barbosa¹, Juliana Barbosa Aires², Isabela Yasmin dos Santos Farias²,
Francisca Márcia Pereira Linhares³, Silvana Maria Sobral Griz⁴

Keywords:

health education;
hearing;
nursing.

Abstract

Hearing loss is a sensory deprivation, which can bring several consequences, among them: language development delay, emotional and social problems, and school difficulties. In such settings, we stress the role of nursing professional, who can expand their knowledge about children's hearing health, all the way from pre-natal care. **Objective:** To check the knowledge of nursing professional after the educational actions on pediatric hearing. **Method:** A quasi-experimental design with time-series outline. We had 82 nursing professional participating (nurses, technicians and assistants) working in a university hospital between March and September of 2011. All of the interviewees answered a semi-structured questionnaire before and after the educational actions. **Results:** We observed a significant change in the knowledge of the nursing professionals after the educational activity in most of the variables; such as: ideal age to perform the newborn hearing screening; ideal age to diagnose hearing loss; ideal age to start intervention against hearing loss and risk indicators for hearing loss. **Conclusion:** It is believed that the methodology used in educational activities, based on problems found in professional practice, education may have contributed greatly to increase knowledge about hearing health, especially concerning neonates and infants.

Palavras-chave:

audição;
educação em saúde;
enfermagem.

Resumo

A perda auditiva é uma privação sensorial e, entre suas consequências, pode-se citar: atraso no desenvolvimento de linguagem, problemas socioemocionais e escolar. Neste cenário, destacam-se os profissionais de enfermagem, que podem multiplicar os conhecimentos sobre saúde auditiva infantil, desde o pré-natal. **Objetivo:** Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após ações educativas em saúde auditiva infantil. **Método:** Estudo quase-experimental com delineamento tempo-série. Participaram 82 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que trabalhavam em um hospital universitário, no período entre março e setembro de 2011. Todos responderam a um questionário semiestruturado, antes e depois das ações educativas desenvolvidas. **Resultados:** Pôde-se observar mudança significativa de conhecimento dos profissionais de enfermagem após ação educativa na maioria das variáveis analisadas, a exemplo, idade ideal para realizar a Triagem Auditiva Neonatal; idade ideal para realizar o diagnóstico da perda auditiva; idade ideal para iniciar a intervenção ante a perda auditiva e os indicadores de risco para perda auditiva. **Conclusão:** Acredita-se que a metodologia utilizada nas ações educativas, baseadas na problematização da prática profissional, pode ter contribuído sobremaneira para o aumento do conhecimento sobre saúde auditiva, especialmente da população neonatal e lactente.

¹ Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (Fonoaudióloga).

² Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (Estudante).

³ Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (Docente do departamento de Enfermagem UFPE).

⁴ Doutora em psicologia cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana).

Endereço para correspondência: Camila Padilha Barbosa. Rua Cônego Luiz Gonzaga do Monte, nº 88. Iputinga. Recife - PE. Brasil. CEP: 50670-620.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) do BJORL em 21 de agosto de 2012. cod. 10404.

Artigo aceito em 1 de dezembro de 2012.

INTRODUÇÃO

A audição caracteriza-se como condição fundamental para o desenvolvimento da linguagem oral. Por isso, está intimamente relacionada à comunicação humana¹. A perda auditiva é uma privação sensorial e, entre suas consequências, pode-se citar: atraso no desenvolvimento de linguagem, problemas cognitivos, socioemocionais e escolares². Isso faz com que a perda auditiva seja considerada um problema de saúde pública, necessitando maior atenção da sociedade, do governo e dos profissionais de saúde¹, pois o diagnóstico tardio pode trazer danos que interferem no desenvolvimento global da criança³.

A promoção da saúde auditiva é o primeiro passo de um Programa de Saúde Auditiva Infantil (PSAI) que deve ser iniciado ainda no pré-natal. Uma importante etapa desses programas é a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que permite a detecção de possíveis alterações auditivas em neonatos e lactentes⁴. Não menos importantes, são as ações educativas em saúde, que podem ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde e usuários sobre o tema. Tais ações visam contribuir para a identificação de alterações auditivas o mais cedo possível, bem como para a intervenção no período ideal, ou seja, até o sexto mês de vida^{4,5}.

Neste cenário, destacam-se os profissionais de enfermagem, que podem atuar como multiplicadores dos conhecimentos sobre saúde auditiva infantil, a fim de esclarecer possíveis dúvidas dos pais, contribuindo para a autonomia do cuidado⁶. Para tal, estes profissionais devem vivenciar processos contínuos de aprendizado e estar preparados para assistir e oferecer à população suporte integral à saúde, por meio de ações de educação em saúde⁷.

A metodologia de Paulo Freire propõe a conceitualização de ações educativas a partir de sua prática⁸, a fim de transformá-la, melhorando-a, corrigindo algum equívoco ou até mudando completamente determinadas práticas⁹. Nessas ações, são propostas atividades que envolvem o processo continuo de educação, permitindo ao educando perceber sua realidade e modificá-la, dada sua relação com o meio¹⁰.

Pelo fato de haver necessidade de maior divulgação sobre saúde auditiva infantil e poder trabalhar o tema, a partir da problematização de Paulo Freire, esse estudo teve, como objetivo, verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após ações educativas em saúde auditiva infantil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quase-experimental com delineamento tempo-série. Participaram 82 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) de um hospital universitário, que atuavam nos ambulatório de puericultura, pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo

Neonatal (UTIN), maternidade e centro obstétrico, entre março e setembro de 2011. O critério de inclusão para participação da pesquisa foi frequentar no mínimo três encontros propostos para a realização das ações educativas.

A coleta de dados foi realizada em três momentos: (1) Aplicação inicial do Questionário - nesta etapa, os profissionais de Enfermagem responderam ao questionário semiestruturado; (2) Ações Educativas - com base nas informações coletadas no questionário, foram desenvolvidas as temáticas abordadas nas ações educativas baseadas nos preceitos da metodologia de Paulo Freire, cujo cerne refere-se à problematização como ponto de partida¹¹. Foram realizados quatro encontros para discussão do tema saúde auditiva infantil, focando o neonato e lactente, conduzidos por uma fonoaudióloga. Estes encontros tinham duração em média de uma hora, intercalados por 30 dias, em média. Os conteúdos foram apresentados em forma de projeção de *slides*, apresentação de vídeos, dinâmica de grupo e rodas de conversa, abordados na forma de problemas, analisados e interpretados, resultando na criação/recriação do conhecimento, numa relação dialógica entre a pesquisadora e os profissionais de enfermagem. Com base no que foi abordado nos encontros 1, 2 e 3, foi elaborado um *folder* educativo, distribuído aos participantes no último encontro, sendo material de apoio para este, além de permitir aos profissionais de enfermagem utilizá-lo em sua prática e (3) Reaplicação do Questionário - esta etapa foi realizada ao final do quarto encontro, quando foi reaplicado o mesmo questionário semiestruturado.

Os dados foram digitados em um banco de dados, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. Na análise dos dados, foram calculadas as frequências percentuais, para as variáveis estudadas e, ainda, construídas as tabelas de contingência de interesse. Para avaliar a associação de vários fatores estudados, foi utilizado o teste Qui-quadrado para independência. Nas tabelas em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, foi utilizado o teste Exato de Fisher. Para avaliar o conhecimento dos profissionais antes e após as ações educativas, foi utilizado o teste Qui-quadrado, para Homogeneidade. Ainda, foi utilizado o teste Qui-quadrado para proporção na comparação dos percentuais das distribuições de frequência simples. Em todas as conclusões, foi considerado o nível de significância igual a valor de $p \leq 0,05$. Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número 0130.0.172.000-10.

RESULTADOS

Entre os profissionais de enfermagem que participaram deste estudo ($n = 82$), 80 eram do gênero feminino e dois do gênero masculino, com idades entre 21 e 63 anos (média de 41,6 anos). Quanto à escolaridade, 52,4%

(n = 43) possuíam nível superior, com tempo de formação e atuação profissional inferior a 20 anos - 58,5% (n = 48) e 56,1% (n = 46), respectivamente. A maioria dos profissionais de enfermagem (84,1%, n = 69) afirmou não ter recebido informações sobre saúde auditiva durante sua formação profissional.

Destaca-se que: (a) 35,4% (n = 29) exerciam a função de enfermeiro, (b) 26,8% (n = 22) dos profissionais de enfermagem atuavam na UTIN e (c) 97,6% (n = 80) trabalhavam apenas em hospital público (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização demográfica dos profissionais de enfermagem. Recife, 2011.

Variáveis demográficas	n	%
Função no hospital		
Enfermeiro	29	35,4
Técnico de enfermagem	28	34,1
Auxiliar de enfermagem	25	30,5
Setor do hospital		
UTIN	22	26,8
Centro obstétrico	19	23,2
Pediatria	18	22,6
Alojamento conjunto	17	20,7
Residentes	6	7,3
Local de trabalho		
Apenas hospital público	80	97,6
Hospital público e privado	2	2,4
Total	82	100,0

Pode-se observar mudança de conhecimento dos profissionais de enfermagem após a ação educativa em diversas variáveis. No que se refere ao conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto à necessidade de avaliar a audição de neonatos e lactentes com/sem indicador de risco para perda auditiva (IRPA) e quanto ao conhecimento sobre quais hospitais da região realizam a TAN, observou-se que não houve mudança significativa após a ação educativa. Não foi possível realizar teste estatístico de significância para análise da mudança no conhecimento dos enfermeiros sobre a necessidade de avaliar audição dos neonatos e lactentes com IRPA, pois todos referiram ser relevante investigar a audição desta população, antes e depois a ação educativa (Tabela 2).

A maioria dos profissionais de enfermagem relatou ser o primeiro mês de vida a idade ideal para realizar a TAN, antes (76,8%, n = 63) e depois (96,3%, n = 79) a ação educativa (Tabela 3).

Na Tabela 4, observou-se aumento significativo das respostas referentes aos testes que avaliam a audição: emissões otoacústicas transientes (EOAT) de 59,8% (n = 49) para 96,3% (n = 79); audiometria de 46,3% (n = 38) para

86,6% (n = 71); potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) de 3,7% (n = 3) para 64,6% (n = 53) e imitanciometria de 1,2% (n = 1) para 26,8% (n = 22).

Em relação à conduta de tais profissionais diante de neonatos e lactentes com risco para a perda auditiva, houve diferença nas respostas referentes à: necessidade de encaminhar de neonatos ou lactentes para a TAN de 28,0% (n = 23) para 35,4% (n = 29); encaminhar para um especialista de 20,7% (n = 17) para 14,6% (n = 12); não saber qual conduta tomar (17,1%, n = 14) para orientar aos pais a realizar a TAN (29,3%, n = 24).

DISCUSSÃO

As atitudes e influência dos profissionais de enfermagem sobre uma determinada população é marcante¹². Isso faz com que estes precisem apropriar-se sobre temas específicos, via ações educativas, que problematizem sua prática. Tal ação empodera-os de conhecimentos oriundos de outras áreas, como a saúde auditiva¹³.

Neste estudo, a população caracterizou-se como predominantemente feminina. Esta é uma característica da profissão que revela aspectos sociohistóricos¹⁴, uma vez que a enfermagem surgiu simultaneamente ao cuidado doméstico às crianças, doentes e velhos, associada à figura da mulher-mãe que desempenhava o papel de curandeira, possuidora de uma sabedoria informal de práticas de saúde, transmitida de mulher para mulher. Enfermeiros do gênero masculino assumem mais postos administrativos e políticos que assistenciais¹⁵ e, quando atuam na assistência, preferem as áreas de emergência ou terapia intensiva, locais onde prevalecem avanços tecnológicos e a valorização da equipe multiprofissional.

Apesar de 52,4% dos participantes desse estudo possuir nível superior, 64,6% atuavam em funções de nível médio, como técnicos ou auxiliares de enfermagem. É comum os profissionais de enfermagem iniciarem sua vida profissional em cursos de nível médio, mesmo com a perspectiva de ingressarem no nível superior¹⁶. O crescimento de cursos universitários em enfermagem¹⁷ também contribui para isso.

Assim, o tema saúde auditiva infantil deve ser inserido na formação do enfermeiro ao considerarmos atitudes e influência dos profissionais de enfermagem sobre a sua clientela¹². Estes profissionais podem contribuir para o desenvolvimento dos programas de TAN. Entretanto, a maioria dos participantes (84,1%) relatou não ter recebido informações sobre saúde auditiva em sua formação, mesmo 58,5% tendo concluído sua formação nos últimos 20 anos, período a partir do qual as recomendações sobre saúde auditiva infantil, especialmente do neonato e lactente, se intensificaram^{4,18}.

Apesar da necessidade de todos os profissionais de enfermagem que lidam com gestantes, parturientes,

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais de enfermagem antes e após a ação educativa. Recife, 2011.

Conhecimento sobre	Antes da ação educativa		Após a ação educativa		Total		Valor de <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Avaliação da audição na ausência de IRPA							
Sim	78	95,1	80	97,6	158	96,3	0,681 ²
Não	4	4,9	2	2,4	6	3,7	
Avaliação da audição na presença de IRPA							
Sim	82	100,0	82	100,0	164	100,0	-
Não	0	-	0	-	0	-	
Idade ideal para realizar da TAN							
Sim	63	76,8	79	96,3	142	86,6	< 0,001 ^{1,*}
Não	19	23,2	3	3,7	22	13,4	
Idade ideal para diagnosticar a perda auditiva							
Sim	18	22,0	57	69,5	75	45,7	< 0,001 ^{1,*}
Não	64	78,0	25	30,5	89	54,2	
Idade ideal para iniciar a intervenção							
Sim	15	18,3	59	71,9	74	45,1	< 0,001 ^{1,*}
Não	67	81,7	23	28,1	90	54,8	
Consequências da perda auditiva							
Sim	72	87,8	81	98,8	153	93,3	0,004 ¹
Não	10	12,2	1	1,2	11	6,7	
Prevalência da perda auditiva							
Sim	0	-	60	73,2	60	36,6	< 0,001 ^{1,*}
Não	82	100,0	22	26,8	104	63,4	
Tipos de perda auditiva							
Sim	1	1,2	74	90,2	75	45,7	< 0,001 ^{1,*}
Não	81	98,8	8	9,8	89	54,3	
Graus de perda auditiva							
Sim	4	4,9	71	86,6	75	45,7	< 0,001 ^{1,*}
Não	78	95,1	11	13,4	89	54,2	
Indicadores de risco para perda auditiva							
Sim	53	64,6	81	98,8	134	81,7	< 0,001 ^{1,*}
Não	29	35,4	1	1,2	30	18,2	
Fatores socioeconômicos e demográficos							
Sim	71	86,6	80	97,6	151	92,1	0,009 ¹
Não	11	13,4	2	2,4	13	7,9	
Testes que avaliam a audição							
Sim	69	84,1	82	100,0	151	92,1	< 0,001 ^{1,*}
Não	13	15,9	0	-	13	7,9	
Profissionais que realizam a TAN							
Sim	70	85,4	82	100,0	152	92,7	< 0,001 ^{1,*}
Não	12	14,6	0	0,0	12	7,3	
Hospitais que realizam a TAN							
Sim	78	95,1	82	100,0	160	97,5	0,120 ¹
Não	4	4,9	0	0,0	4	2,4	
Total		82	100,0	82	100,0	164	100,0
¹ Valor de <i>p</i> do teste Qui-quadrado para Homogeneidade. ² Valor de <i>p</i> do teste exato de Fisher. * Valores estatisticamente significantes (<i>p</i> ≤ 0,05).							

¹ Valor de *p* do teste Qui-quadrado para Homogeneidade. ² Valor de *p* do teste exato de Fisher. * Valores estatisticamente significantes (*p* ≤ 0,05).

Tabela 3. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre: idade ideal para realizar a Triagem Auditiva Neonatal, diagnóstico e intervenção na perda auditiva, antes e após a ação educativa. Recife, 2011.

Conhecimento	Antes da ação educativa		Após a ação educativa		Total		Valor de <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Idade ideal para realizar a Triagem Auditiva Neonatal							
Até o primeiro mês	64	78,1	79	96,3	143	87,2	
Até o terceiro mês	12	14,6	3	3,7	15	9,2	
Até o sexto mês	4	4,9	0	-	4	2,4	0,001 ¹
A partir de 1 ano	1	1,2	0	-	1	0,6	
Não sabe	1	1,2	0	-	1	0,6	
Idade ideal para diagnosticar a perda auditiva							
Até o primeiro mês	27	32,9	17	20,7	44	26,9	
Até o terceiro mês	18	22,0	57	69,5	75	45,7	
Até o sexto mês	17	20,7	6	7,3	23	14,0	< 0,001 ¹
A partir de 1 ano	19	23,7	2	2,4	21	12,8	
Não sabe	1	1,2	0	-	1	0,6	
Idade ideal para iniciar a intervenção							
Até o primeiro mês	14	17,1	4	4,9	18	11,0	
Até o terceiro mês	7	8,5	9	11,0	16	9,8	
Até o sexto mês	15	18,3	68	82,9	83	50,6	< 0,001 ¹
A partir de 1 ano	43	52,4	1	1,2	44	26,8	
Não sabe	3	3,7	0	-	3	1,8	
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0	

¹ Valores estatisticamente significantes (*p* ≤ 0,05) - Teste exato de Fisher.

Tabela 4. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os testes que auxiliam na avaliação da audição, antes e após a ação educativa. Recife, 2011.

Conhecimento	Antes da ação educativa		Após a ação educativa		Total		Valor de <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Triagem Auditiva Neonatal							
Sim	49	59,8	79	96,3	128	78,0	
Não	20	24,4	3	3,7	23	14,0	< 0,001 ¹
Não conhece	13	15,8	0	-	13	8,0	
Audiometria							
Sim	38	46,3	71	86,6	109	66,5	
Não	31	37,8	11	13,4	42	25,6	< 0,001 ¹
Não conhece	13	15,8	0	-	13	8,0	
PEATE							
Sim	3	3,7	53	64,6	56	34,1	
Não	66	80,5	29	35,4	95	57,9	< 0,001 ¹
Não conhece	13	15,8	0	-	13	8,0	
Imitanciometria							
Sim	1	1,2	22	26,8	23	14,0	
Não	68	82,9	60	73,2	128	78,0	< 0,001 ¹
Não conhece	13	15,8	0	-	13	8,0	
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0	

¹ Valores estatisticamente significantes (*p* ≤ 0,05) - Teste Qui-quadrado para Homogeneidade.

neonatos e lactentes terem conhecimento sobre saúde auditiva infantil¹⁹, destaca-se a participação dos que atuavam na UTIN, devido à elevada incidência de perda auditiva em neonatos oriundos de passagem na UTIN¹.

Dentre os aspectos relevantes sobre a saúde auditiva infantil, sabe-se que a TANU é recomendada desde 1994¹⁸, sendo este o primeiro passo para a avaliação, diagnóstico e intervenção frente a uma perda auditiva. Recomenda-se que, idealmente, a TAN seja realizada até o primeiro mês de vida, o diagnóstico até o terceiro mês de vida e a intervenção deve ser iniciada até o sexto mês de vida^{4,5}.

Os resultados desse estudo demonstram que as ações educativas foram positivas no sentido de modificar o conhecimento dos profissionais. Quanto à realização da TAN, a maioria dos participantes (78,1%) relatou ser ideal até o primeiro mês de vida, mesmo antes das ações educativas. Esse conhecimento expandiu-se após a participação nos encontros educativos (96,3%). A parceria entre os profissionais de enfermagem e o serviço de TAN pode favorecer a efetividade destes programas, uma vez que a enfermagem é uma profissão *habitue* em outros tipos de triagens neonatal, favorecendo a elevação da cobertura e o número de exames²⁰. Destaca-se que a atuação do setor de enfermagem, em geral, é mais próxima das mães e neonatos, em sua estadia no hospital, podendo garantir a informação aos pais quanto aos procedimentos para a realização da TAN²¹.

Quanto à idade ideal para realização do diagnóstico audiológico e a idade ideal para o início da intervenção, constatou-se que, inicialmente, os entrevistados desconheciam o período ideal. Esse desconhecimento pode levar ao diagnóstico tardio da perda auditiva e, consequentemente, à intervenção tardia. Assim, não há o que ser questionado quanto à necessidade de informações. Até porque, mesmo antes das ações educativas, a maioria referiu conhecer as consequências da perda auditiva.

Estima-se que a prevalência da perda auditiva neonatal seja de aproximadamente 1 a 6:1.000 nascimentos, sendo maior entre os recém-nascidos provenientes de UTIN¹. Apesar deste fato, observou-se, antes da ação educativa, que 100% dos profissionais que atuavam na UTIN afirmaram desconhecer este dado. Resultado modificado ao final das ações educativas, em que 73,2% dos profissionais de enfermagem estavam cientes da prevalência da perda auditiva na população geral e na população que apresentava IRPA. Este conhecimento poderá ampliar, cuidar e modificar condutas com o neonato, como abordado em outro estudo²².

O conhecimento sobre o tipo e grau da perda auditiva também é conveniente a fim de associar tais fatores às etiologias da perda auditiva e suas consequências. Apesar de este conhecimento ser específico dos profissionais que lidam com a audição, este aspecto possibilita

ao profissional de saúde um olhar diferenciado sobre as crianças que apresentem determinadas etiologias associadas a perdas auditivas com tipos e graus específicos. Como resultado, espera-se minimizar os prejuízos no desenvolvimento da linguagem oral²³.

A falta de informação sobre saúde auditiva infantil na formação dos profissionais de enfermagem e a separação entre o ensino e prática pode favorecer o desconhecimento dos IRPA¹⁹. Neste estudo, foi observado que mais de 60% (64,6%) da equipe de enfermagem conhecia algum IRPA. Após a ação educativa, este conhecimento foi ampliado, sendo citado por 98,8% dos participantes. Porém, mesmo antes da ação educativa, a maioria (95,1%) concordava que era relevante investigar a audição independente da presença de indicadores de risco, sendo este conhecimento modificado para 97,6% após ação educativa.

Outros indicadores de risco que podem influenciar as condições de saúde são os socioeconômicos e demográficos. Como a definição de saúde é ampla²⁴, considerar tais aspectos torna-se fundamental para avaliação dos riscos que uma população está exposta²⁵. Antes da ação educativa, os profissionais de enfermagem possuíam essa visão ampla de saúde, citando alguns aspectos socioeconômicos e demográficos como influentes nas condições de saúde. Assim, maior atenção deve ser dada a estas questões relacionadas aos resultados da TAN²⁶.

A TAN envolve o exame de EOAT e/ou o PEATE²⁷. Outros testes fazem parte da bateria dos exames necessários ao diagnóstico audiológico. Neste estudo, inicialmente 95,1% dos profissionais afirmaram conhecer a TAN, mas não o referiram como um dos testes da bateria de exames audiológicos. Após as ações educativas, todos os participantes conheciam pelo menos um dos testes utilizados no diagnóstico. Essa mudança no conhecimento pode fazer com que o profissional de enfermagem atue em parceria com outros da equipe de um PSAI, especialmente o fonoaudiólogo, no que se refere ao protocolo ideal para uma dada população²⁸. Além de conhecer os exames específicos para a detecção e diagnóstico auditivo, também é importante que os profissionais saibam quais são os serviços especializados e para qual profissional deve encaminhar as famílias²³.

Ao final deste estudo, todos os profissionais que participaram das ações poderiam orientar adequadamente as famílias, fortalecendo o trabalho multidisciplinar e favorecendo que todas as etapas recomendadas para a identificação e intervenção nos primeiros meses de vida sejam cumpridas²⁹. Daí, a importância de ações educativas ou de educação continuada, a fim de fomentar melhores prognósticos para a saúde auditiva infantil.

Este estudo poderá nortear ações de educação continuada entre profissionais de saúde sobre saúde auditiva de neonatos e lactentes, visando à intervenção, iniciada o mais cedo possível, minimizando, assim, as

consequências da perda auditiva na vida do indivíduo, de seus familiares e do Estado.

Em tempo, sugere-se estudo futuro com a reaplicação do questionário após seis meses do término das ações educativas para verificar o conhecimento assimilado e incorporado à prática. A criação de um serviço de aconselhamento às famílias também pode ser uma ação interessante, oferecendo esclarecimentos e orientações, apoiando-se no fonoaudiólogo, já que ele é o profissional capacitado para esta atuação global junto aos casos de identificação o mais cedo possível da perda auditiva.

CONCLUSÃO

As ações educativas sobre saúde auditiva do neonato e lactente modificaram significativamente o conhecimento dos profissionais de enfermagem. A metodologia utilizada nas ações educativas, baseadas na problematização do cotidiano, pode ter contribuído para o aumento do conhecimento sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Joint Committee on Infant Hearing; American Academy of Audiology; American Academy of Pediatrics; American Speech-Language-Hearing Association; Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. Year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Joint Committee on Infant Hearing, American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, and Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. *Pediatrics*. 2000;106(4):798-817.
2. Dimatos OC, Ikino CMY, Philippi PA, Dimatos SC, Birck MS, Freitas PF, et al. Profile of Patients of the Auditory Health of the State of Santa Catarina Served at HU-UFGSC. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*. 2011;15(1):59-66.
3. Gatto CI, Tochetto TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Rev CEFAC*. 2007;9(1):110-5.
4. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120(4):898-921.
5. Soares CP, Marques LR, Flores NGC. Triagem auditiva neonatal: aplicabilidade clínica na rotina dos médicos pediatras neonatologistas. *Rev CEFAC*. 2008;10(1):110-6.
6. Andreatta CS, Kurz JC, Cardoso EAM, Moreira AGE. A importância da conscientização de puérperas sobre os primeiros cuidados prestados ao neonato em maternidades de SJC. In: XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica [online]; 2011. São José dos Campos Anais eletrônicos [citado 2011 dez]. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011_futuro/anais/arquivos/0017_0445_01.pdf
7. Carvalho SM, Luciano R, Eller MEIS, Souza KS, Savoldi NAM. Práticas educativas na promoção da amamentação e valorização da cultura: uma análise de experiência. *Rev Pesq Cuid Fundam*. online. 2010;2(Supl):793-96.
8. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 50^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011. p.184.
9. Hartmann HR. Movimentos do pensamento educacional de Paulo Freire. *Rev Prof Docente*. 2002;2(5):27-47.
10. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(4):631-5.
11. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Rev Cienc Saúde*. 2008;1(1):9-23.
12. Beck CLC, Gonzales RMB, Denardin JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto - Enferm*. 2007;16(3):503-10.
13. Coriolano MWL. Repercussões de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas. [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco;2010.
14. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad Pagu*. 2005;24:105-25.
15. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4^a ed. São Paulo: Guanabara Koogan;2001. p.330.
16. Bagnato MHS, Bassinello GAH, Lacaz CPC, Missio L. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):279-86.
17. Barbosa TSC, Baptista SS. Movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região centro-oeste do Brasil: uma perspectiva histórica. *Rev Eletr Enfermagem*. 2008;10(4):945-56.
18. Joint Committee on Infant Hearing 1994 Position Statement. American Academy of Pediatrics Joint Committee on Infant Hearing. *Pediatrics*. 1995;95(1):152-6.
19. Hilú MRPB, Zeigelboim BS. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. *Rev CEFAC*. 2007;9(4):563-70.
20. Dámaso Ortíz B. Participación del personal de enfermería en la toma de tamiz neonatal para la detección de hipotiroidismo congénito. *Bol Méd Hosp Infant Méx*. 2001;58(11):755-61.
21. Munhoz SEM. Um programa de triagem auditiva neonatal: efetividade e ações educativas [Dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba;2007.
22. Weich TM, Ourique AC, Tochetto TM, Franceschi CM. Eficácia de um programa para redução de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(3):327-34.
23. Melo TM, Alvarenga KF. Capacitação de profissionais da saúde na área de saúde auditiva: revisão sistemática. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(2):280-6.
24. Degani GC, Camelo SHH. Percepções dos enfermeiros de unidades de saúde da família sobre o processo saúde-doença. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009;8(2):213-9.
25. Lima MLT, Assis ABR, Mercês GB, Barros PF, Griz SMS. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. *Rev CEFAC*. 2008;10(2):254-60.
26. Griz SMS, Barbosa CP, Silva ARA, Ribeiro MA, Menezes DC. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(2):179-83.
27. Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância - CBPAI. Recomendação 01/99. Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia. Brasília: CBPAI. 2000;(5):3-7.
28. Muniz L, Caldas Neto SS, Gouveia MCL, Albuquerque M, Aragão A, Mercês G, et al. The knowledge of gynecologists and pediatricians from Recife public hospitals about high risk factors for deafness. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(4):510-6.
29. 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*. 2011;16(1):49-53.