

TAXA DE EVASÃO NO RETESTE DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: a relevância do Termo de Responsabilidade

EVASION RATE IN SCREENING OF HEARING NEWBORN RETEST: The Relevance of the Disclaimer

Bianca Bertuol¹, Ândrea de Melo², Bruna Machado Corrêa³, Eliara Pinto Vieira Biaggio⁴

RESUMO

Objetivo: verificar se houve diminuição da taxa de evasão no reteste da Triagem Auditiva Neonatal, após implementação de um procedimento de assinatura de um termo de responsabilidade. Metodologia: foram avaliados 90 prontuários de neonatos com necessidade de reteste, pois falharam na Triagem Auditiva Neonatal, em um Hospital Universitário. Os prontuários foram divididos em grupo estudo (49), os quais os responsáveis assinaram o termo de responsabilidade, assim se comprometiam com o retorno para conclusão diagnóstica e grupo controle (41) sem a assinatura do referido termo. Analisou-se a taxa de evasão nos dois grupos, considerando a presença no reteste. Resultados: o grupo estudo apresentou uma taxa de evasão de 29% no reteste, já o grupo controle evidenciou taxa de 42%, mostrando diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Conclusão: Foi encontrada diminuição da taxa da evasão dos bebês no reteste da Triagem Auditiva Neonatal, após implementação do procedimento de assinatura de um termo de responsabilidade.

Descritores: Triagem Neonatal; Indicador de Risco; Recém-nascido; Audição.

ABSTRACT

Purpose: To verify the correlation between decreased dropout rate in the retest of the newborn hearing screening before and after the implementation of a liability waiver. Methodology: after the development of a liability wainer for mothers and/or guardians, 90 records of newborn in need of a retest, from the newborn hearing screening of a university hospital, were evaluated. The records were divided into experimental group (49), in which the liability waiver was signed, and control group (41), in which it was not. The retest dropout rate was analyzed in both groups. Results: The experimental group showed a retest dropout rate of 29%, while the control group showed a rate of 42%, exhibiting a significant difference between groups. Conclusion: After the implementation of a liability waiver, a decrease in the dropout rate of the newborn hearing screening retest was found.

Descriptors: Neonatal Screening; Risk Index; Newborn; Hearing.

¹ Fonoaudióloga graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

A partir da 20ª semana gestacional, o sistema auditivo já se encontra formado e bem constituído, permitindo à criança ouvir e reagir aos primeiros sons, ainda dentro do ventre materno¹. Essa troca de experiências sonoras, que se inicia na vida intrauterina, desempenha papel de suma relevância para a constituição psicossocial do sujeito futuramente, sendo fundamental a integridade anatomofisiológica do sistema auditivo para que ocorra todo esse processo².

A deficiência auditiva (DA) acarreta riscos e comprometimentos ao desenvolvimento da linguagem, do sistema cognitivo, do aprendizado e da inclusão social da criança, o que justifica a inserção das crianças com DA em programa de intervenção precocemente³. A DA representa a principal causa dos distúrbios da comunicação na infância, pois altera o curso do desenvolvimento típico da linguagem e da fala⁴.

Para que a intervenção ocorra o mais breve possível é necessário o diagnóstico precoce da DA, sendo assim faz-se necessária a realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que tem por objetivo identificar crianças com suspeita de DA ainda na maternidade⁵.

Mesmo diante da relevância da intervenção precoce apontada em diversos estudos^{6,7,8}, o diagnóstico deste déficit sensorial é tardio no Brasil, acontecendo por volta dos três a quatro anos de idade e leva até dois anos para ser concluído⁸. Tal fato pode estar relacionado a não adesão das famílias aos programas de TAN⁹.

Outra situação que também é evidenciada, é o não comparecimento ao reteste da TAN em casos de “falha” na primeira etapa do programa de TAN e, por consequência, a não conclusão da avaliação auditiva da criança⁴.

Como referido anteriormente, os programas de identificação precoce da DA buscam o diagnóstico e a intervenção em um período determinante para a aquisição da linguagem, porém para que tais objetivos sejam alcançados é essencial que haja adesão das famílias em todas as fases desse processo¹⁰. Esta não adesão aos programas de TAN é apontada em diversos estudos e as principais causas da elevada taxa de evasão destacadas são de cunho socioeconômico-culturais, tais como, falta de conhecimento sobre o tema, desinteresse, dificuldades financeiras, dificuldade em conciliar o agendamento e o não comparecimento, além da dificuldade em se contatar uma enorme quantidade de famílias^{10,11,12}.

Quando os neonatos falham na TAN os pais devem ser orientados sobre a necessidade e relevância de realizar o reteste, no mesmo serviço que realizou o primeiro teste, no período de no máximo 30 dias após a alta hospitalar^{4,5,12}. Nestes casos de falha, uma orientação acerca da relevância da realização do reteste da TAN, com a mãe ainda no leito antes da alta hospitalar, deve ser realizada¹⁰.

Todo paciente e sua família têm o direito de serem informados adequadamente, de forma clara e acessível, sobre todos os riscos e resultados dos procedimentos realizados, qual o tratamento recomendado, se existem opções viáveis de tratamento, os benefícios, limitações associadas a estas escolhas de tratamento e as consequências. Entretanto possuem o dever de comparecimento para exames complementares, caso necessário. No local onde esta pesquisa foi desenvolvida, considerou-se a hipótese que um possível meio de minimizar a evasão no reteste da TAN seria a utilização de um Termo de Responsabilidade. Esse termo é um documento informativo que tem como finalidade a ciência expressa por parte dos pais e/ou responsáveis pelo neonato avaliado, com o objetivo de comunicá-los sobre o resultado de falha na TAN e da data para realizar o reteste, tornando-os responsáveis pelo retorno e novo agendamento em caso da impossibilidade na data marcada.

O referido termo funciona como um consentimento informado, que é descrito como uma forma de comunicação e diálogo entre o profissional da área da saúde e o paciente ou os responsáveis por este. O processo dialógico apresenta várias fases independentes como a informação, o esclarecimento, o consentimento, a intervenção e a convalescença; o consentimento se dá como um ato de autorização autônoma. A utilização do Termo de Responsabilidade, como um consentimento informado, na prática clínica diária faz com que os princípios éticos sejam respeitados, assegura a relação de confiança entre profissional e paciente e tende a elevar o nível de qualidade do tratamento proposto, uma vez que maximiza a adesão ao tratamento proposto e/ou retornos para conclusão diagnóstica¹³.

O presente estudo tem como objetivo verificar se houve diminuição da taxa de evasão no reteste da TAN, após implementação de um procedimento de assinatura de um termo de responsabilidade.

Metodologia

Estudo do tipo quantitativo com delineamento descritivo e retrospectivo, que visou investigar se a utilização de um procedimento de controle da taxa de evasão foi eficiente por meio de análise dos prontuários dos pacientes atendidos em um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul, durante o período de abril a maio do ano de 2014. Tal estudo está vinculado ao Projeto de Pesquisa: “Deficiência Auditiva Infantil: do diagnóstico à intervenção”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior, sob o número 14804714.2.0000.5346 e pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do referido hospital sob o número 610.506. Para tanto, foi realizado um levantamento no banco de dados do Programa de TAN do hospital de referência.

Em relação aos procedimentos de TAN adotados no referido serviço, segue-se recomendações internacionais e nacionais^{4,5}, sendo que se tem o seguinte protocolo: Tria-se os bebês sem Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) com o procedimento de pesquisa de Emissões Otoacústicas Transientes (EOAT) e os bebês que apresentam IRDA são triados com o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático (PEATE-a). Em caso de falha na TAN, o reteste é agendado pela fonoaudióloga, no mesmo serviço, no prazo máximo de 15 dias e o procedimento adotado é a pesquisa do PEATE-a. Acontecendo uma recidiva do resultado falha, no reteste, com integridade de orelha média (garantida pela realização da imitanciometria de altas frequências e avaliação otorrinolaringológica), o bebê é encaminhado para um Serviço de Alta Complexidade para conclusão diagnóstica e início da intervenção. Realiza-se também o monitoramento da função auditiva nos bebês com IRDA, independente do resultado da TAN.

No mês de abril de 2014 foi desenvolvido um termo de responsabilidade para mães e/ou responsáveis, no qual ficou evidenciada a necessidade de retorno para reteste e a respectiva ciência, por meio da assinatura de tal documento. O termo (apresentado abaixo) foi utilizado quando o bebê apresentou falha na TAN e necessitou de uma nova triagem (reteste).



TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ responsável por _____, avaliado (a) na Triagem Auditiva Neonatal tendo como resultado FALHA:

orelha direita orelha esquerda ambas as orelhas

Fui informado sobre a necessidade da realização do reteste no Teste da Orelhinha e deverei retornar para nova avaliação no dia ____/____/____ às ____:____ no Hospital Universitário de Santa Maria, Ambulatório de Audiologia - Triagem Auditiva Neonatal, Ala E – Térreo. Sou ciente que o não comparecimento para tal avaliação é de minha inteira responsabilidade.

Santa Maria, ____/____/____

Responsável

Fonoaudióloga

*Caso não possa comparecer ligue para remarcar! 3220-8505

Para a realização do estudo foram localizados 90 prontuários de bebês que apresentaram resultado de falha na TAN, com indicação para o reteste, no período de abril a maio do ano de 2014. Tais prontuários foram divididos em dois grupos: Grupo Estudo: com 49 prontuários de bebês, os quais os responsáveis assinaram o termo de responsabilidade; Grupo Controle: com 41 prontuários de bebês sem a assinatura do referido termo.

Cabe ressaltar que o grupo controle foi formado por prontuários de pacientes atendidos antes da implementação de assinatura do termo.

Analisou-se a taxa de evasão nos dois grupos, considerando a presença no reteste. Foi realizada análise descritiva, com números absolutos e frequências das variáveis. A análise comparativa foi realizada por meio do teste estatístico de aderência do Qui-quadrado, no programa *Statística*. Para o teste de hipótese foi fixado nível de significância de $p < 0,05$ (5%) e intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho de 95%.

Resultados e Discussão

Na análise da taxa de comparecimento ao reteste da TAN, considerando a conduta de assinatura do termo responsabilidade, observou-se que o Grupo Estudo apresentou uma taxa de evasão de 29% no reteste. Já o Grupo Controle apresentou taxa de 42% (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos prontuários conforme a variável assinatura do termo de responsabilidade

GRUPO ESTUDO	Retornou TAN		Não retornou TAN		Total	p-valor
	N	%	N	%	N	
	35	71	14	29	49	0,006*
GRUPO CONTROLE	21	58	20	42	41	

* Valor estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$) - Teste do Qui-quadrado.

Legenda: N= números de sujeitos; %= porcentagem referente ao número de sujeitos.

A partir dos achados ficou evidenciado que a utilização do Termo de Responsabilidade influenciou diretamente na diminuição da taxa de evasão do reteste, uma vez que, houve uma diferença estatisticamente significativa entre o Grupo Estudo e Controle ($p=0,006$). Os referidos achados do estudo cumprem o objetivo do consentimento informado, que foi elaborado baseado na aplicação do Termo de Responsabilidade, que tem como objetivo aperfeiçoar o serviço e o atendimento ao paciente¹³ e melhorar o padrão de competência e efetividade nos programas e a qualidade das avaliações audiológicas¹⁴.

É importante salientar que no Grupo Estudo, quando estes não puderam comparecer ao reteste, os responsáveis ligaram para o serviço para reagendar nova data, mostrando comprometimento e sendo isto ocorrido pela primeira vez com tanta frequência no serviço. Fato este que diminuiu significativamente a taxa de evasão no reteste e permitiu um maior controle da situação destes neonatos.

Este panorama de evasão nos retestes na TAN é tema de diversos estudos^{10,11,15,16,18,19,21} como alguns podem ser visualizados no Quadro 1. Em um estudo¹⁵ encontrou-se um grande índice de famílias que não aderiram ao reteste da TAN, isto é, uma taxa de evasão de 71,5%, bem acima da taxa de evasão do Grupo Estudo do presente trabalho, mesmo o referido estudo utilizando estratégias de ação educativa. Cabe ressaltar que tal estudo foi realizado em hospital público (Hospital Universitário de Pernambuco – HU/UFPE) vinculado à rede SUS (Sistema Único de Saúde), assim como o presente trabalho.

Quadro 1 – Resumo dos principais estudos sobre taxa de evasão em Programas de Triagem Auditiva Neonatal.

Estudo/ano	Tipo do Hospital	n (falhas na 1ª TAN)	Taxa de Evasão
Dantas, 2009	Privado	93	7,2%
Berni et al, 2010	Público	271	25,46%
Françoza et al, 2010	Público	92	20,66%
Silva, 2012	Público	179	71,5%
Alvarenga, 2012	Público	83	60,9%
Friderichs et al, 2012	Público	191	14,9%

Legenda: n = número de sujeitos; % = porcentagem referente ao número de sujeitos.

Ainda no Brasil, em estudo realizado em outro serviço público¹⁰, os autores observaram também uma taxa de evasão mais elevada do que no presente estudo, em que 60,9% das crianças que falharam na TAN não retornaram ao reteste.

Os dados de um estudo desenvolvido em um serviço privado de Maceió/AL mostram que a taxa de evasão foi de 7,2%, muito abaixo das demais taxas encontradas em estudos realizados em serviços públicos. Outro ainda apresenta 20,66% de evasão na segunda avaliação auditiva¹⁴. Um motivo importante para estes achados foi descrito em estudo realizado em hospital público, em que referiu que a população estudada, encontra-se em condições consideradas desfavoráveis para o desenvolvimento dos neonatos e sua saúde, pois as gestantes pertencem a uma categoria de risco. Os autores ressaltam que os resultados encontrados servem de alerta para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde dessa população²⁰. Em serviços fora do país, têm-se uma evasão média de 12,95% em serviços públicos, o que é um índice baixo em relação aos serviços públicos no Brasil^{18,19}.

Alguns estudos afirmam que a falta de conhecimento por parte dos pais e responsáveis usuários do SUS, questões socioeconômicas, demográficas e o desinteresse perante as questões de saúde auditiva dos filhos são aspectos que influenciam na adesão ao acompanhamento audiológico^{17,10}.

Em relação ao acompanhamento audiológico, no estudo realizado no hospital universitário da UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE), pôde-se observar que 29,8% das mães usuárias aderiram ao acompanhamento audiológico, com a maioria dessas, relatando ter recebido orientação sobre saúde auditiva de algum profissional de saúde. Sendo assim, o estudo reforça que a prática da ação educativa é um fator significativo para a adesão ao acompanhamento audiológico. O termo implementado no presente estudo teve o objetivo de uma ação educativa, pois se visualizou a necessidade de informação para as mães e pôde-se também observar um fator significativo na adesão das famílias ao acompanhamento audiológico¹⁴.

Um estudo recente sobre a adesão a um programa de TAN apresenta outra forma de ação educativa, em que mães e/ou responsáveis dos bebês participam de um grupo de orientação sobre a TAN e sobre a saúde auditiva, realizada por fonoaudiólogo e assistentes sociais. Além disso, em caso de 'falha' na triagem, a mãe e/ou responsável é orientada sobre os próximos procedimentos em vista da preocupação com o resultado anterior²¹. O Serviço Social, em alguns casos, disponibiliza passagens de ônibus para o retorno para o reteste, verifica também outras possibilidades para facilitar e resolver qualquer impedimento para o retorno da mãe com o bebê. Se o responsável não retorna na data agendada para o reteste, o Assistente Social responsável entra em contato para verificar os motivos da ausência no acompanhamento e dá continuidade as orientações sobre a relevância do reteste.

Visualiza-se que a ação educativa (Termo de Responsabilidade) implantada pelo serviço em questão, trouxe benefícios na adesão ao acompanhamento audiológico e trouxe melhora no atendimento do Programa de TAN do referido hospital. Tais achados corroboram os achados do presente estudo, que mostrou diminuição de evasão do programa de TAN após o uso do termo de responsabilidade.

Considerações Finais

Foi encontrada diminuição da taxa da evasão dos bebês no reteste da TAN, após implementação do procedimento de assinatura de um termo de responsabilidade, uma vez que a taxa de evasão passou de 42% para 29%.

O índice encontrado ainda está acima do recomendado, mas evidenciando que tal termo pode ser considerado uma ferramenta efetiva na diminuição de evasão de um programa de triagem auditiva e seu uso deve ser consolidado, associado a outras ações educativas.

Referências

1. Correa-Gillieron EM. Embriologia e Histologia em Fonoaudiologia. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 196
2. Soares AD, Goulart BNG, Chiari BM. Narrative competence among hearing-impaired and normal-hearing children: analytical cross-sectional study. São Paulo Med. J. 2010; 128(5): 284
3. JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2007;120(4):898-921.

4. ACADEMY OF AUDIOLOGY. Audiologic guidelines for the assessment of hearing in infants and young children. [internet] 2014 cited [2012 08] Available From: http://www.audiology.org/resources/documentlibrary/Documents/201208_AudGuideAssessHear_youth.pdf
5. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA). Braz. Jor. Otorhinolaryngol, 2010; 76(1) 121-128.
6. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early and later identified children with hearing loss. Pediatrics. 1998; 102:1161-71.
7. Pinto MM, Raimundo JC, Samelli AG, Carvalho ACM, Matas CG, Ferrari GMS, et al. Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. Arq. Int. Otorrinolaringologia, 2012; 16(1): 44-9.
8. Miguel JHS, Novaes BCAC. Reabilitação auditiva na criança: adesão ao tratamento e ao uso do aparelho de amplificação sonora individual. ACR. 2013; 18:171-78.
9. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. Ciência & Saúde Coletiva, 2010;15(2): 353-361.
10. Alvarenga KF, Gadret JM, Araújo ES, Bevilacqua MC. Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(3):241-7.
11. Berni PS, Almeida EO, Amado BC, Almeida Filho N. Triagem auditiva neonatal universal: índice de efetividade no reteste de neonatos de um hospital da rede pública de Campinas. Rev CEFAC. 2010;12(1):122-7
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Política Nacional de Atenção Primária. Portaria nº 148, de 31 janeiro 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Borges AM, Consentimento Informado e Autonomia na Relação Médico-Paciente. Revista Jurídica Cesumar, (2010).
14. Silva ARA, Silveira AKDA, Curado NRPV, Muniz LF, Griz SMS. Acompanhamento em programas de saúde auditiva infantil: Uma revisão integrativa. Rev. CEFAC. 2014; 16(3):1003-1003.
15. Silva ARA, Barbosa CP, Silveira AK, Curado NRPV, Linhares FMP, Griz SMS. Ações educativas e a adesão ao acompanhamento audiológico de neonatos e lactentes. Rev enferm UFPE on line. 2012;6(12):2998-3008.
16. Dantas MBS, Anjos CAL, Camboim ED, Pimentel MCR Resultados de um programa de triagem auditiva neonatal em Maceió Rev Bras Otorrinolaringol 2009;75(1):58-63.
17. 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.
18. Friderichs N, Swanepoel D, Hall JW. Efficacy of a community-based infant hearing screening program utilizing existing clinic personnel in Western Cape, South Africa. Department of Communication Pathology, University of Pretoria, South Africa. Int J Pediatr Otorhinolaryngol; 2012; 76(4):552-9 Apr.
19. Liu CL, Farrell J, MacNeil JR, Stone S, Barfield Evaluating Loss to Follow-up in Newborn Hearing Screening in Massachusetts. PEDIATRICS. 2008; 121(2): 335-343.
20. Griz SMS, Barbosa CP, Silva AR de A, 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):179-183.
21. Françoço MFC, Masson GA, Rossi TRF, Lima MCMP, Santos MFC Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal Saúde Soc. São Paulo. 2010;19(4): 910-918.

Bianca Bertuol

Endereço para correspondência – Rua: General Neto, n° 504, ap 1108,
Bairro: Centro, CEP: 97240-050, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: bianca.bertuol@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4872550918654910>

Ândrea de Melo – andrea.de.melo@hotmail.com

Bruna Machado Corrêa – brucorreafo@yaho.com.br

Eliara Pinto Vieira Biaggio – eliarapv@yaho.com.br

Enviado em 11 de setembro de 2015.

Aceito em 18 de maio de 2016.