

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**AVALIAÇÃO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL NO SUS: ESTUDO DA ETAPA DO
RETESTE EM UM GRUPO HOSPITALAR DE PORTO ALEGRE E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES
PARA A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

PORTO ALEGRE, SETEMBRO DE 2014

MÁRCIA FALCÃO FABRÍCIO

**AVALIAÇÃO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL NO SUS: ESTUDO DA ETAPA DO
RETESTE EM UM GRUPO HOSPITALAR DE PORTO ALEGRE E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES
PARA A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
para obtenção parcial do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira

PORTO ALEGRE, SETEMBRO DE 2014

CIP - Catalogação na Publicação

Márcia Falcão, Fabrício
AVALIAÇÃO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL NO SUS:
ESTUDO DA ETAPA DO RETESTE EM UM GRUPO HOSPITALAR DE
PORTO ALEGRE E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DO
SISTEMA DE SAÚDE / Fabrício Márcia Falcão. -- 2014.
60 f.

Orientador: Paulo Antônio Barros Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2014.

1. Triagem Auditiva Neonatal. 2. Deficiência
Auditiva. 3. Reteste. 4. Gestão Pública. I.
Oliveira, Paulo Antônio Barros, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Prof. Dr. Márcio Pezzini França

Prof. Dra. Vera Lúcia Ferreira Mendes

*Para minha filha Laura,
com todo o meu amor.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais (in memoriam), que quando criança me estimularam a estudar.

À amiga-mestre Fga. Maristela França (doutoranda) pela ajuda incondicional na realização deste trabalho, sem a qual não seria possível realizá-lo, bem como por estar comigo em várias apostas e sonhos ao longo de minha trajetória profissional.

Às queridas amigas-irmãs alegretenses Maria do Horto, Maria Judete e Maria de Fátima com quem aprendi a construir política pública de saúde e saúde mental, ainda nos meados dos anos 90, em Alegrete.

Ao Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim por ter instigado em mim a alegria de retornar ao mestrado.

Ao Prof. Dr. Paulo Oliveira, meu orientador, por ter viabilizado que meu desejo norteasse esta pesquisa na escolha do tema.

À querida fonoaudióloga Dra. Beatriz Raymann, precursora do trabalho com surdez, pelo incentivo na implementação da triagem auditiva neonatal no nosso estado.

À querida equipe da Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual da Saúde do RS, pelo apoio, compreensão e generosidade na realização deste trabalho e no caminho trilhado no SUS.

À querida equipe da Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do RS, pela compreensão e cuidado que tiveram comigo neste período final na construção deste estudo.

À Sandra Maria Sales Fagundes, pelo apoio permanente ao longo da minha vida no SUS e por compartilhar conosco sua liderança intelectual.

À amiga que fiz durante o mestrado Liése Gomes Serpa.

À colega Bruna Mauer Lopes, pela ajuda na qualificação, e que refletiu na composição da dissertação.

À amiga e colega Fabiana Oliveira pela habilidade na correção do texto e sugestões de leitura.

À amiga e colega Cristiane Schuller pelo apoio diário e “força” nas tabelas.

Aos professores do PPG Saúde Coletiva pelo aprendizado e real sentido que as aulas significaram para mim. Foi um processo intenso e desafiador.

Ao Cajinho, pelo apoio familiar.

À bolsista Susana Kunsler pelo empenho e dedicação junto ao banco de dados.

À querida amiga Maria Lectícia Pelegrini agradeço pelo auxílio na composição e estruturação dos tópicos.

Aos professores da Banca de Defesa por estarem comigo neste momento desafiador da minha vida profissional.

Às amigas-irmãs da minha vida porto-alegrense Ana Laura e Malu. Nossas conversas aliviaram algumas angústias ao longo do caminho.

Ao apoio de todos os amigos que me cercam.

RESUMO

Objetivo: Analisar a etapa do reteste da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) a partir dos dados encontrados em um hospital de Porto Alegre, bem como analisar os motivos da falta ao reteste, dos bebês que falharam no teste neste mesmo hospital e sugerir possíveis intervenções na gestão. **Método:** Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, descritivo e transversal, desenhado a partir da análise dos dados da fase do reteste da TAN. Para analisar os motivos da falta ao reteste dos bebês que falharam na TAN, foram realizadas entrevistas por telefone, a fim de, obter informações que apontassem as causas das faltas. **Resultados:** o total de casos analisados foi de 1.202 bebês. Na indicação para o reteste foram identificados 165 (13.8%). Quanto aos faltosos - na etapa do reteste - foram encontrados 38 bebês (23%), cabe ressaltar que o número de faltosos foram calculados sobre o número dos indicados para o reteste. Das 38 famílias contatadas, 32 responderam ao contato telefônico. Os diagnosticados com surdez foram 24 (2%), ficaram em monitoramento 301 (25.2%) e tiveram alta 651 (54.5%) bebês. Quanto ao motivo mais prevalente do não comparecimento à etapa do reteste, foi esquecimento. Para reverter esse cenário, a sugestão é articulação com políticas públicas existentes, como Atenção Básica e Primeira Infância Melhor, com busca ativa dos bebês e reforço no processo de informação das mães e familiares.

Palavras-chave: triagem auditiva neonatal, reteste, deficiência auditiva, política pública, atenção básica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the stage of retest of Newborn Hearing Screening (NHS) from data found in a hospital in Porto Alegre, analyze the reasons for the absence to the retest of infants who failed the test in this hospital and suggest possible interventions in management. **Method:** This is a quantitative-qualitative, descriptive and cross-sectional study drawn from the data analysis phase of the NHS retest. To analyze the reasons for the absence to the retest of babies who failed the NHS, interviews were conducted by telephone so as to obtain information that pointed out the causes of absences. **Results:** The total number of analyzed cases was 1.202 babies. In the indication for retesting 165 (13.8%) were identified. As for absences – in the retest step - 38 infants (23%) were found. It is worth noting that the number of absences was calculated from the number of indications for retest. From the 38 telephone calls made to families, 32 replied to contact. Cases diagnosed with deafness were 24 (2%). Other 301 (25.2%) cases remained in monitoring and 651(54.5%) infants were discharged. The most common reason for not attending the retest step was forgetfulness. In order to reverse this scenario, the suggestion is the articulation in conjunction with existing public policies, such as Primary Care and Better Early Childhood Development Program and an active search for infants and the strengthening of the information process of mothers and family.

Keywords: neonatal hearing screening, retesting, hearing loss, public policy, primary care.

SUMÁRIO:

1 – INTRODUÇÃO	15
2 - OBJETIVO GERAL	18
3 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4 - METODOLOGIA	20
4.1 – Caracterização da amostra	21
4.2 – Procedimentos	21
4.3 – Análise Estatística	22
5 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	23
5.1 – Caracterização dos neonatos internados no período	24
5.2 – Protocolo de triagem utilizado na instituição	24
6- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
7 - SOBRE A REDE ATUAL	31
7.1 – Triagem Auditiva Neonatal	31
7.2 - Rede de Atenção à Saúde Auditiva	34
7.3 – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	36
7.4 - Cobertura Triagem Auditiva Neonatal	37
8 - RESULTADOS	47
9 - DISCUSSÃO	50
10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

LISTA DE SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- BPA** - Boletim de Procedimento Ambulatorial
- CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- CIR** – Comissão Intergestores Regional
- COMUSA** - Comitê Multiprofissional de Saúde Auditiva
- CRS** - Coordenadoria Regional de Saúde
- DAHA** – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DAS** – Departamento de Atenção à Saúde
- EOA** - Emissões Otoacústicas Evocadas
- EOAT** - Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- FUNDEF** – Fundação de reabilitação das deformidades craniofaciais
- GHC** – Grupo Hospitalar Conceição
- HCC** - Hospital da Criança Conceição
- HCPA** – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- HF** – Hospital Fêmeina
- HMIPV** – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
- HNSC** – Hospital Nossa Senhora da Conceição
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IRDA** – Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva
- JCIH** - Joint Committee Infant Hearing
- MS** – Ministério da Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PEATE** - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
- PEATE-A** - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático
- PIM** – Primeira Infância Melhor
- PLATBR** – Plataforma Brasil
- PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica

PUC – Pontifícia Universidade Católica

RS – Rio Grande do Sul

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SES - Secretaria Estadual da Saúde

SPD – Saúde da Pessoa com Deficiência

SUS - Sistema Único de Saúde

TAN - Triagem Auditiva Neonatal

ULBRA – Universidade Luterana do Brasil

UCI- Unidade de Cuidados Intermediários

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Travessia

*"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas
que já tem a forma do nosso corpo;*

E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares.

É o tempo da travessia...

E se não ousarmos fazê-la,

Teremos ficado, para sempre,

à margem de nós mesmos." Fernando Pessoa

APRESENTAÇÃO

Este trabalho reflete o desejo de avaliar o processo de implementação da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) no Sistema Único de Saúde (SUS) do RS. A implementação da TAN era um sonho antigo que se realizou, após muita luta e sensibilização dos gestores da SES, a partir da constatação que a chegada dos usuários no SUS que necessitavam de prótese auditiva, se dava somente na fase adulta ou na de idosos. Diante desse cenário, fui tomada pela inquietação e desassossego: Onde estão as crianças com surdez? E os bebês? Eu tinha o desejo de “atravessar” novos caminhos e qualificar meu trabalho no SUS. Me perguntava: e se implementasse a TAN no nosso estado? Fazia projetos, mostrava os dados epidemiológicos, conversava com as chefias e nada... foram negados muitos projetos até a implementação tomar corpo, ou seriam ouvidos? Explico: por muitas vezes a proposta não foi escutada, não foi ouvida, inclusive foi dito que “surdez não mata”, em meio aos muitos “nãos” que ouvi. Mas eu visualizava uma potência nessa proposta, um caminho possível no direito das famílias com filhos surdos, que optam pela protetização e oralização precocemente, a acessarem o SUS e protetizarem seus bebês. Por fim, deu-se a implementação em dezembro de 2009, fato que traz orgulho e responsabilidade, por ter sido um dos primeiros estados do Brasil a realizá-la.

A partir do meu ingresso no mestrado, foram surgindo muitas perguntas ao longo da trajetória: qual a questão mais importante a ser abordada na pesquisa? O que vai ajudar a qualificar a gestão da TAN? Quais os “nós críticos” que se apresentam atualmente? Enfim... o objetivo foi ficando mais claro com o convívio com os colegas do mestrado, dos professores, do orientador, com os colegas de profissão entre eles, a Maristela França, a Cristiane Schuller, e os colegas da SES. Me aproximo da pergunta: “Quantos bebês retornam para o reteste da TAN?” E ainda “o porquê que muitos não retornam?” ... ficava interrogação do meu próprio trabalho cotidiano e, ao mesmo tempo, engendrando em mim apostas e abrindo caminhos de pensar e viabilizar a pesquisa.

Meu desafio neste trabalho é fazer o entrelaçamento dos números encontrados na pesquisa, etapa do reteste com a gestão pública da TAN que é meu objeto de trabalho diário, no qual encontro algumas fragilidades como por exemplo, o sistema de informação, em que ainda encontramos sub notificações por parte de municípios do estado, bem como não há o código de reteste da TAN na tabela do SUS, fator limitador para uma pesquisa no DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Para além das questões de sistemas de informação, há o desafio constante (que não é pequeno), de alinhar com a Atenção Básica e Programa Primeira Infância Melhor (PIM) a importância da realização da TAN em todos os bebês que nascem no nosso estado. A articulação com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, onde os usuários SUS em qualquer faixa etária, são protetizados, é o eixo que move o trabalho em rede, para que a linha de cuidado à pessoa com deficiência auditiva no RS, realmente seja efetiva. A meta é continuar protetizando bebês com menos de 01 ano de idade por diversos motivos, que serão discutidos neste trabalho.

Esses são alguns dos fatores que me levaram a pesquisar a etapa do reteste da TAN, ingressando dentro de uma instituição hospitalar, uma vez que, somente no sistema de informação DATASUS, não seria possível obter tais dados e até mesmo ter a possibilidade de pensar em articular os achados com as políticas públicas vigentes.

1. INTRODUÇÃO:

A audição é fundamental para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem verbal e para a integração social. A surdez é o déficit sensorial mais comum nos seres humanos, conforme afirma Teixeira (2007), cujo diagnóstico é feito tardiamente, por volta dos 3 anos. A prevalência da deficiência auditiva é de 1 a 3 em cada 1.000 recém-nascidos, para crianças sem risco, e de 2 a 4 para cada 100 crianças internadas em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) apresentam surdez, conforme o *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)* (2007) e Comitê Multiprofissional de Saúde Auditiva (COMUSA), (2009). A perda auditiva ao nascimento é muito mais frequente do que a fenilcetonúria, que é de 1 caso a cada 10.000 recém-nascidos; o hipotireoidismo, 2,5 a cada 10.000 recém-nascidos; a anemia falciforme, 2 a cada 10.000 recém-nascidos, doenças para os quais a triagem é realizada na rotina dos berçários, Johnson et al., (1993).

A audição é o principal meio para a criança adquirir a linguagem verbal, por isso, mesmo perdas auditivas mínimas podem representar risco ao desenvolvimento de linguagem. As crianças que apresentam perda de audição significativa são, portanto, candidatas ao uso de amplificação, devendo ser adaptadas ao aparelho auditivo o mais precocemente possível, tão logo o diagnóstico de deficiência auditiva tenha sido efetuado, conforme nos diz Almeida (2005). De acordo com as recomendações do *Joint Committee on Infant Hearing*, os diagnósticos médico e audiológico das perdas de audição deveriam ser realizados antes dos três meses de vida e a intervenção antes dos seis meses, de acordo com Iorio e Menegotto (2004), a fim de manter íntegras as pistas acústicas tão importantes nessa fase de aquisição da linguagem.

Segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE- (2010), as pessoas com perda auditiva no Brasil representam 5,1% da população, totalizando 9.717.318 de indivíduos. Desses, 1,2% relatam ter deficiência auditiva severa e 0,9% apresentam grande dificuldade de ouvir. No Rio Grande do Sul, o percentual de deficiência auditiva, em 2010, era de 5,8% da população. O Censo Demográfico de 2000, no Brasil, estimou que 5.750.809 pessoas possuíam deficiência auditiva. O aumento em números absolutos de casos de deficiência auditiva se deve

tanto ao crescimento da população em geral quanto à ampliação da expectativa de vida, nos diz Teixeira (2007).

No que se refere à prevalência da surdez, no estudo realizado no Brasil, por Béria et al. (2003), no município de Canoas, estado do Rio Grande do Sul, em que foram avaliados 3.243 sujeitos, foi encontrada a prevalência de perdas auditivas incapacitantes de 6.8% (IC 95%: 5.5 a 8.1), sendo a prevalência para perdas moderadas de 5.4% (IC 95%: 4.4 a 5.4); para severa de 1.2% (IC 95% 0.7: a 1.7); para profunda, de 0.2% (IC 95%: 0.03 a 0.33); para leves, de 19.3%.

O processo de triagem neonatal na criança é o primeiro passo do processo de atenção à sua saúde auditiva, sendo fundamental para que ela receba o atendimento necessário à patologia apresentada, no tempo oportuno de seu desenvolvimento biopsicossocial, minimizando-se os demais prováveis problemas daí decorrentes.

A triagem auditiva neonatal, em caráter universal, deve ser efetuada preferencialmente até o primeiro mês de vida, através do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA), conhecido como “Teste da Orelhinha”, que é a resposta da cóclea ao estímulo sonoro apresentado, que se propaga pela orelha média, até atingir o conduto auditivo externo, sendo captada pelo equipamento. Kemp(1978), define as EOA como a liberação de energia sonora na cóclea, que se propaga na orelha média até alcançar o meato acústico externo.

A implementação da triagem auditiva neonatal pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES) ocorreu em dezembro do ano de 2009. Até então, alguns poucos municípios ofertavam a triagem auditiva neonatal (TAN), sendo esta realizada de forma incipiente, sem organização do fluxo regional, com encaminhamento tardio de crianças deficientes auditivas para protetização. A lei federal 12.303 de 2 de agosto de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado ‘Emissões Otoacústicas Evocadas’, foi aprovada após a implementação da TAN no estado do Rio Grande do Sul. Portanto, o gestor estadual foi sensibilizado da importância deste procedimento antes mesmo da obrigatoriedade advinda da lei nacional. A tarefa da equipe técnica é avaliar e

qualificar sua implementação a partir da análise da consolidação dessa política, de sua área de abrangência, da cobertura e dos indicadores.

Uma questão importante que ainda persiste, é o código na Tabela SUS, pois o bebê que apresenta o teste alterado e retorna à unidade para realizar o reteste, é usado o mesmo o código da Tabela SUS adotado para o teste, fato que atrapalha a análise epidemiológica e o acompanhamento dos dados. Devido à implementação, em 2010, no RS, da triagem auditiva neonatal (TAN) pela Secretaria Estadual da Saúde (SES), para 40 municípios, faz-se necessário pesquisar o desenvolvimento dessa etapa, pois, a partir do número de bebês faltosos no reteste, será possível traçar alternativas de reversão desse quadro, por exemplo através do fortalecimento das ações de atenção básica.

2. OBJETIVO GERAL:

O objetivo geral do trabalho foi analisar a etapa do reteste no processo da TAN, e os motivos da falta dos bebês ao reteste, a partir dos dados encontrados em um hospital em Porto Alegre.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) avaliar os motivos pelos quais os bebês faltaram ao reteste;
- b) verificar a frequência dos indicadores de risco para perda auditiva, recomendados pelo Ministério da Saúde (MS), na unidade avaliada;
- c) constatar a prevalência de perda auditiva na unidade avaliada;
- d) utilizar os achados para iniciar uma avaliação da implementação da TAN no estado do RS, como política pública vinculada ao Setor Saúde da Pessoa com Deficiência (SPD) da Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES/RS).

4. METODOLOGIA:

Para analisar o processo da TAN foi realizado um recorte no estudo, em duas etapas complementares entre si. No primeiro momento, a partir do banco de dados do Hospital da Criança Conceição, em Porto Alegre, RS, foram identificados os bebês que faltaram na fase do reteste da TAN, através de estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenhado a partir dos dados da fase do reteste da TAN. O segundo momento investigou os motivos da falta ao reteste, através de uma análise de conteúdo da entrevista por telefone, realizada com familiares dos bebês faltosos. Desta forma, as duas etapas de análise, podem subsidiar elementos, no sentido de apontar caminhos nas causas e possíveis estratégias de intervenção para a qualificação do sistema de saúde.

4.1. Caracterização da amostra:

Foi utilizado o banco de dados do Hospital da Criança Conceição de Porto Alegre, para identificar os bebês internados no período de 2011, 2012 e 2013 (até maio), que realizaram a TAN e tiveram indicação da etapa do reteste, sendo que o tamanho da amostra é de 1.202 bebês. No ano de 2013, os dados foram colhidos até o mês de maio, pois os bebês que necessitassem retornar e realizar outras avaliações, não teriam tempo suficiente para confirmar sua posição como faltosos ou para definir o desfecho da sua condição auditiva. A partir da análise descritiva do banco, foram identificados os bebês que faltaram à etapa do reteste e a frequência dos indicadores de risco. Para tanto, foi utilizado a análise estatística com variáveis da prevalência dos indicadores na população estudada, prevalência da surdez, número de faltosos, dos que necessitam de monitoramento e os que obtiveram alta. Na etapa qualitativa foram selecionados os 38 bebês que tiveram indicação para o reteste e não compareceram. Essa informação foi colhida no prontuário eletrônico, quando indicado na conduta e confirmada a ausência no atendimento do Hospital da Criança Conceição (HCC) da cidade de Porto Alegre. Foram contatadas 38 famílias por telefone, das quais 32 responderam às questões sobre a falta ao reteste. As demais estariam indisponíveis ou havia sido trocado o número do telefone.

4.2. Procedimentos:

Foi revisado o Boletim de Procedimento Ambulatorial (BPA) dos bebês nascidos no período de 2011, 2012 e 2013 (até maio), no Hospital da Criança Conceição, juntamente com os registros (banco de dados) existentes no setor de realização da TAN da referida instituição, para identificação dos bebês que tinham indicação para a etapa do reteste e não compareceram.

4.3. Análise estatística:

Os dados foram extraídos do sistema de informatizado do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), transpostos para uma tabela Excel para análise, com objetivo de avaliar a necessidade de categorização e ajustes. Logo após, foi realizada análise descritiva com números absolutos e frequência. Foi utilizado o software SPSS versão 19. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob no número 13-158, na data de 10 de novembro de 2013.

5. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

O Hospital da Criança Conceição (HCC) vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição, é um Hospital Geral Pediátrico atende pacientes de zero até menores de 14 anos e que tem por finalidade promover assistência, ensino, pesquisa e afins. É o único hospital geral pediátrico 100% SUS do Rio Grande do Sul. Com 203 leitos, distribuídos nas clínicas pediátricas com 132 leitos, UTIs (Neonatal e Pediátrica) com 71 leitos, é responsável pela maioria das internações hospitalares do Estado na faixa de 0 a 14 anos. Funciona em prédio anexo ao Hospital Conceição, prestando assistência ambulatorial e de emergência, além da internação. Localiza-se em Porto Alegre, capital do estado do RS. Conforme o IBGE (2010), o estado do RS possui 10.639.929 habitantes, com população estimada para o ano de 2013, segundo o IBGE, de 11.164.043 .

O hospital qualificou ainda mais os seus serviços graças à inauguração da nova emergência e do ambulatório que realizam mais de 190 mil consultas por ano. Dispõe de internação comum, UTI neonatal e pediátrica, referências em nível estadual, com a característica de a mãe poder acompanhar o filho dentro do hospital, dando suporte emocional ao tratamento. É destaque também nas cirurgias pediátricas, com plantão 24 horas. A partir de 2008, o HCC integrou-se ao Programa de Atenção Domiciliar Infantil (Padi), com duas equipes que fazem entre 25 e 30 internações domiciliares por mês.

5.1. Caracterização dos neonatos internados no período:

No ano de 2011, foram internados na UTI do Hospital da Criança Conceição, 549 bebês (45.7%), 2012 464 (38.6%) e até maio de 2013, 189 (15.7%).

Tabela 1: Distribuição dos neonatos internados na UTI, que foram submetidos a TAN, por ano, Hospital da Criança Conceição, Porto Alegre, RS, 2011 a maio de 2013.

Ano	Internados	%
2011	549	45.7
2012	464	38.6
2013 até maio	189	15.7
TOTAL	1.202	100

Fonte: Banco de Dados do Hospital da Criança Conceição, 2014

5.2. Protocolo de triagem utilizado na instituição:

EOA - OTOPORT Emissões Otoacústicas, portátil, triagem, marca Otoport lite - EOA Transiente.

PEATE AUTOMÁTICO – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico - marca Accuscreen Otometrics Intensidade Bera autom: 35 dB. É autocalibrado, dependendo do volume do conduto de cada paciente. Tanto um teste, quanto o outro, é utilizado o critério passa/falha.

Em 2011 foi utilizado técnica combinada: EOA e PEATE automático, conforme patologia, pois não havia equipamento no HCC para fazer somente PEATE automático.

A partir de 2012 somente PEATE automático foi realizado.

6. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

A audição é o principal meio de a criança adquirir a linguagem verbal, por isso, mesmo perdas auditivas mínimas podem representar um risco ao desenvolvimento de linguagem, Almeida (2005).

A importância da intervenção precoce tem sido mostrada em vários estudos. Yoshinaga (2003) estudou um grupo de crianças com graus diferentes de deficiência auditiva, correlacionando a época da intervenção com o desenvolvimento da linguagem. Foi observado que as crianças com intervenção antes dos 06 meses de idade, independente do grau da perda auditiva, apresentavam melhor desempenho na linguagem expressiva e receptiva e nas habilidades pessoais e sociais. O coeficiente de linguagem obtido nas crianças com intervenção antes dos 06 meses foi de 80%, ao passo que o obtido após 06 meses foi de 60%.

A autora refere, que os primeiros 06 meses de vida representam um período particularmente sensível no desenvolvimento precoce da linguagem, uma janela de oportunidade para iniciação do trabalho de intervenção. O acesso à linguagem, durante este período, constitui uma oportunidade para crianças com perda auditiva significativa desenvolverem as habilidades da linguagem que nelas são ligeiramente deprimidas em relação à média de crianças com audição normal (média baixa), mas dentro do *continuum* de desenvolvimento normal.

O funcionamento do córtex auditivo é associado a atividades como analisar sons complexos, inibir respostas inapropriadas, identificar sons detectados (discriminação), atenção interaural – cada hemisfério seleciona o estímulo vindo do lado oposto - , ajustar o estímulo auditivo no contexto e prolongar estímulos curtos (tempo), percepção do espaço auditivo (localização), formação de conceitos auditivos em geral (compreensão). Para que esses comportamentos sejam desenvolvidos, há necessidade de integridade e neuromaturação das várias estruturas do sistema nervoso que lidam com a informação recebida pelo sentido da audição, conforme afirma Pereira (2010).

O estudo de Tochetto e Aurélio (2010, p.360) “Triagem Auditiva Neonatal: Experiências de Diferentes Países” relata que:

Programas de TAN vêm sendo realizados em aproximadamente 55 países com bastante eficácia e sucesso, tendo como principal procedimento a análise de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAEs.) São crescentes os esforços para a melhoria dos mesmos de acordo com as normas estipuladas pela *American Academy of Pediatrics* (1999) e pelo *JCIH* (2007) e ainda para a diminuição dos obstáculos encontrados e elaboração de legislação específica.

Alguns autores, entre eles Castaño (2002), têm dito que a implementação de programas de TAN, tanto em países industrialmente desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento industrial, esbarra em obstáculos tais como: falta de ambiente adequado para a realização dos testes, escassez de profissionais que realizem a TAN nos finais de semana, carência de serviços para seguimento e controle e, principalmente, pouca informação acerca dos benefícios proporcionados à criança surda.

O estudo “Triagem Auditiva Neonatal Universal: índice de efetividade no reteste de neonatos de um hospital da rede pública de Campinas” Berni, P. *et al.*, (2010), teve como objetivo conhecer o índice de bebês avaliados na Triagem Auditiva Neonatal Universal de um hospital da rede pública de Campinas, São Paulo, que concluíram o processo diagnóstico, tendo falhado no teste de Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes (EOAETs). A amostra foi composta por 1.146 protocolos de bebês avaliados no Programa de Triagem Auditiva Neonatal Universal desse hospital, no período de julho de 2007 a abril de 2008. Como resultados, o estudo mostrou a Triagem Auditiva Neonatal Universal com efetividade de 69,4%, porém, a partir do reteste dos bebês que falharam, o índice de sucesso no seguimento caiu acentuadamente. Do total da amostra, 11 bebês apresentaram suspeita de perda auditiva, dos quais 04 apresentaram alteração. Os autores concluíram que os dados sugerem a necessidade de aperfeiçoamento do programa.

A questão da evasão nos programas de triagem auditiva tem sido abordada em alguns estudos, entre eles o de Alvarenga, K. *et al.*, (2012), teve como objetivo analisar os motivos da evasão familiar no programa de triagem auditiva neonatal, realizado em um hospital público, e correlacioná-los com a distribuição demográfica das famílias e as características do programa. Participaram 132 famílias, de um total de 739 contatadas, cujos filhos nasceram em uma maternidade no interior

do estado de São Paulo, de outubro/2003 a dezembro/2005, e que não haviam comparecido para a realização do teste ou reteste da triagem auditiva neonatal. Realizou-se a aplicação do questionário com 132 famílias (17,86%); as demais não responderam. Deste total, 82 haviam faltado na primeira etapa da triagem auditiva (teste) e 50 não haviam retornado para realização do reteste. Os motivos mais frequentes para justificar a evasão foram o desinteresse e a dificuldade em conciliar o agendamento com a rotina familiar. Não houve associação entre os motivos da evasão e o nível de escolaridade e a ocupação dos pais, nem com o profissional que realizou a orientação acerca da triagem auditiva. Não foi referido nenhum caso de alteração auditiva, nem de atraso significativo no desenvolvimento da linguagem. Concluiu-se que os motivos da evasão familiar independem de variáveis voltadas à família e à dinâmica do programa de triagem auditiva.

Em recente estudo, dissertação realizada por Nunes, C., (2013), teve como objetivo levantar um diagnóstico situacional da implantação da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) nos hospitais/maternidades, públicas e privadas, que realizam partos no Brasil, e listadas no DATASUS. O método utilizado foi um levantamento de dados por meio de um questionário enviado de forma digital, contendo questões que possibilitaram caracterizar as instituições participantes e colher todas as informações necessárias para o desenvolvimento do estudo, como informação dos hospitais, da triagem auditiva na instituição, abordagem, técnicas e protocolos para, posteriormente, realizar a tabulação e análise das informações colhidas. Como resultados, apresentou que no Brasil segundo o DATASUS, há 3.571 maternidades distribuídas nas cinco regiões geográficas. Em um total de 3.571 maternidades, foram enviados 1.987 correios eletrônicos totalizando 55,6% das maternidades, sendo que 1.584 maternidades, 44,4% não constavam um endereço eletrônico para contato. Foi observado pela autora, que as regiões sudeste e sul, estão com a rede de comunicação DATASUS mais organizada do que as outras regiões. Dos 966 hospitais que confirmaram o recebimento da mensagem, apenas 69 (7,1%) responderam o questionário. Destes 69 hospitais que responderam o questionário, 22 (31,9%) são da rede Cegonha. Todos os hospitais que não realizam a TAN disseram que gostariam de realizá-la, exceto um hospital público municipal da região Sul, que alegou que o

hospital é pequeno e não consegue realizar o serviço. O estudo concluiu que houve baixa adesão das instituições no preenchimento do questionário eletrônico enviado a visando caracterizar a Triagem Auditiva Neonatal no país. A autora analisa, que em um momento político de estabelecimento de diretrizes e regulamentação da implantação da TAN no país, parece que há muito a ser feito e parcerias serão necessárias para a implantação, avaliação e formação de rede de acompanhamento dos bebês identificados. Dentre os respondentes, 7,1% do total de questionários enviados, quase metade (45%) dos hospitais não realizam a TAN, mesmo com a determinação da lei federal nº 12.303 de 2 de agosto de 2010. No entanto, tiveram interesse em responder ao questionário e explicar seus motivos.

A questão dos protocolos e as relações de custo x efetividade foram abordados no estudo de Monteiro & Lewis (2008). O objetivo da pesquisa realizada foi descrever as relações de custo x efetividade para cinco protocolos de Triagem Auditiva Neonatal (TAN), no ano de sua implementação em uma maternidade de São Paulo. Método: Durante o período de nove meses, nasceram 2060 neonatos, os quais realizaram um protocolo padrão de TAN com uso de Emissões Otoacústicas por Estímulo Transiente (EOAT) e Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático (PEATE-A). Este protocolo propiciou o estudo de cinco protocolos para análise de custo e efetividade. Protocolo 1: TANU com o uso de EOAT em duas etapas; Protocolo 2: TANU com uso de EOAT na primeira etapa, PEATE-A na segunda etapa, ainda antes da alta.; Protocolo 3: TANU - neonatos sem Indicador de Risco para Perda Auditiva foi utilizada a EOAT na primeira etapa e PEATE-A ainda antes da alta para os que falharam. Para os neonatos com indicadores de risco foi utilizado o PEATE-A em duas etapas; Protocolo 4: TAN Seletiva (TANS) - com o uso de EOAT e PEATE-A combinados em duas etapas; Protocolo 5: TANS - com o uso de PEATE-A em duas etapas. Todos os neonatos que falharam no retorno foram encaminhados para diagnóstico. A efetividade dos protocolos foi avaliada pelos indicadores de qualidade do Joint Committee on Infant Hearing (2007) e o custo foi estimado por meio da proposta do National Center of Hearing Assessment and Management (2003). Os resultados apresentados, foram em relação à porcentagem de neonatos triados, neonatos encaminhados para diagnóstico e respectivo custo por neonato triado, com

os seguintes resultados: protocolo 1: 92% de neonatos triados, 2,1% de neonatos encaminhados para diagnóstico e custo de R\$13,56; protocolo 2: 88% de neonatos triados, 0,5% de neonatos encaminhados para diagnóstico e custo de R\$ 16; protocolo 3: 86% de neonatos triados, 0,6% de neonatos encaminhados para diagnóstico e custo de R\$16,43; protocolo 4: 71% de neonatos triados, 7,3% de neonatos encaminhados para diagnóstico e custo de R\$110; protocolo 5: 71% de neonatos triados, 2% de neonatos encaminhados para diagnóstico e custo de R\$101. Conclusões: Concluiu-se que o melhor protocolo na relação custo x efetividade foi o Protocolo 3, com utilização de EOAT para neonatos sem indicadores de risco, PEATE-A no caso de falha antes da alta hospitalar, e apenas o PEATE-A para crianças com indicadores de risco, na TANU.

No que se refere ao acompanhamento e ao monitoramento dos bebês triados, o Ministério da Saúde, através das Diretrizes da Triagem Auditiva Neonatal publicadas em dezembro de 2012, (p. 21 e 22), recomenda que:

A atenção básica deverá encaminhar para diagnóstico, qualquer criança que apresentar desenvolvimento aquém do esperado e em qualquer momento que os pais tenham uma suspeita de deficiência auditiva. Sugere-se perguntar nas consultas e visitas à família se a criança ouve bem.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no anexo A, disposições gerais (p. 19 e 20), define:

A atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

O desafio da articulação das redes de cuidados com a atenção básica (AB), segundo alguns autores, reside no entendimento equivocado sobre a real função da AB. Segundo Mendes, V. L. F. (2010 p. 616), “na proposta de rede de cuidados progressivos à saúde a atenção básica tem papel de polo irradiador das ações e da comunicação nas redes de cuidado”. A autora afirma ainda, que a resolubilidade

da maioria dos problemas de saúde, organização dos fluxos e contrafluxos dos sujeitos e questões como acolhimento, vínculo e responsabilização pela saúde da população, é função estratégica da atenção básica dentro do sistema.

Campos, G. W. (2007 p. 8), explicita:

Articular a Atenção Básica à Saúde em uma rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde. A Atenção Básica à Saúde, necessita de uma ligação dinâmica e de apoio com outras redes, a saber, de urgência, hospitalar, de centros especializados, de saúde coletiva, de desenvolvimento social, etc.

A partir das colocações dos autores, é fundamental fazer a reflexão de que a atuação junto à AB apresenta um leque de possibilidades de intervenção em saúde, pela condição de operar em distintas dimensões das necessidades da população. No que se refere à TAN, são várias as ações e composições que podem ser operacionalizadas no território, mas num primeiro momento, nos parece que a construção regional, de uma intersecção com a AB, seria um passo importante a fim de promover saúde auditiva e da composição da rede, como por exemplo ações com os agentes comunitários de saúde (ACS) que estão interagindo direto com os usuários e que poderão ser grandes aliados no que se refere a aumento de cobertura, bem como várias outras composições que poderão nascer, a partir dessa ação compartilhada.

7. SOBRE A REDE ATUAL :

Os bebês que falham na TAN, são encaminhados à Rede de Atenção à Saúde Auditiva, para avaliação completa da audição, que está descrita no item 7.2.

7.1. TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL:

Com os equipamentos adquiridos pela SES realiza-se a EMISSÃO OTOACÚSTICA EVOCADAS (EOA) PARA TRIAGEM AUDITIVA, código tabela SUS 211070149, conhecida como 'teste da orelhinha'. Este é um procedimento simples, rápido e de baixo custo, que visa identificar aqueles bebês com maior probabilidade de ter algum distúrbio na função testada. Os bebês que mostram alteração na TAN, devem ser encaminhados para avaliação completa da audição em instituições consideradas de alta complexidade em saúde auditiva, conforme habilitação ministerial (Portaria Secretaria de Assistência à Saúde nº 587/2004, Ministério da Saúde).

A decisão da SES na aquisição de 40 equipamentos da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) para doação a 40 municípios foi consequência de uma proposta do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), setor Saúde da Pessoa com Deficiência (SPD), em ação inter-setorial com o Departamento de Atenção à Saúde (DAS), setor da Saúde da Criança e do Adolescente da SES. Os critérios de escolha dos municípios foram:

- ◆ maior número de nascidos vivos;
- ◆ municípios que possuem UTI neonatal;
- ◆ contemplar todas as CRSs em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Referências Microrregionais

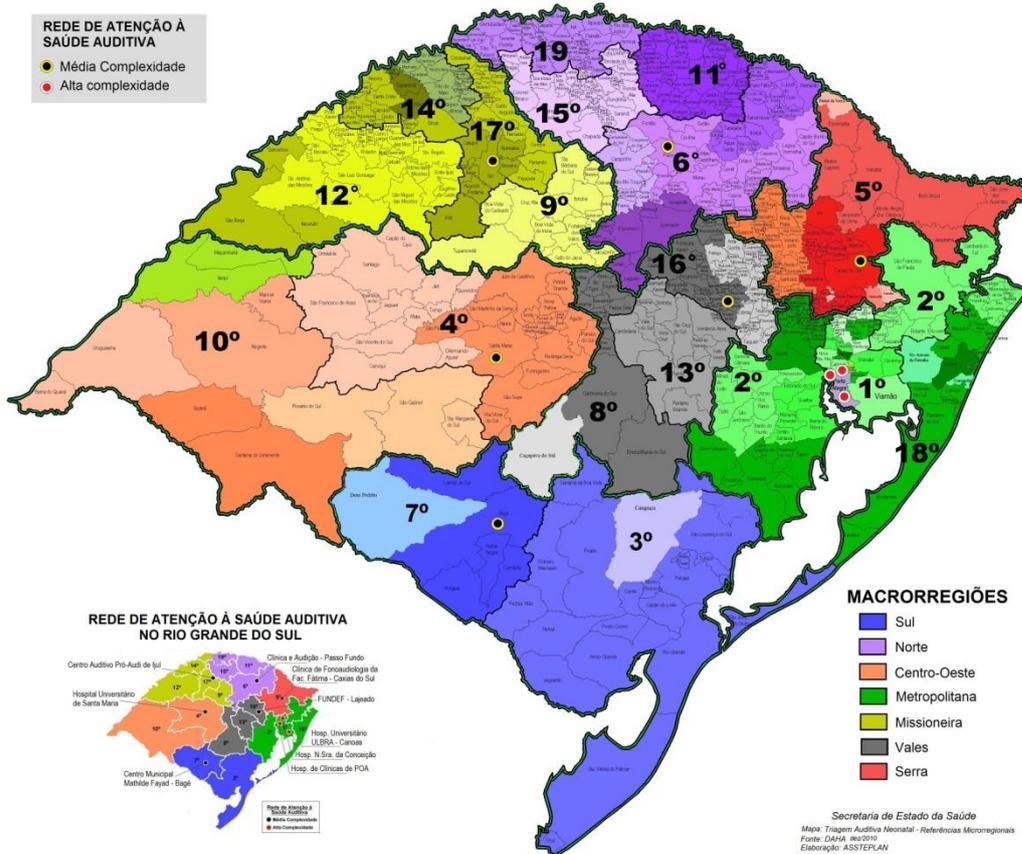


Figura 1: Mapa do Estado do Rio Grande do Sul, com a distribuição dos municípios por macrorregião e microrregião de saúde. Fonte: SES/RS

Os municípios referenciados aos municípios pólo para realizar a TAN, foram acordados na CIR (Comissão Intergestores Regional), a fim de atender as necessidades geográficas e os pactos regionais de acesso, ressaltando-se que todos os municípios do estado possuem referência para realização do teste. Na Figura 1, a partir da 7 macrorregiões do RS, estão demarcadas no mesmo tom base da macrorregião, as referências microrregionais acordadas na CIR, portanto cada tom mais forte ou mais claro em cada macrorregião é uma referência microrregional.

O fluxo do atendimento no estado é demonstrado na Figura 2. Está organizado da seguinte forma: o neonato realiza o teste no município pólo. Havendo teste alterado, realiza um reteste em 30 dias. Se alterado é encaminhado ao médico otorrinolaringologista ou pediatra para verificação de patologia de orelha média. Caso seja descartada essa possibilidade, é encaminhado ao serviço de média complexidade

macrorregional em saúde auditiva onde realiza o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), um teste mais completo que a TAN. Caso apresente alteração, é encaminhado a serviço de alta complexidade em saúde auditiva para avaliação completa da audição e posterior protetização auditiva ou implante coclear, conforme decisão de equipe especializada em saúde auditiva. Foi pactuado com as equipes dos municípios e das unidades de saúde auditiva, a priorização da protetização na faixa etária de 6 a 8 meses de idade.

O monitoramento do desenvolvimento da linguagem e da audição para casos com IRDA (Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva), acordado com as equipes municipais que realizam a TAN, é realizado pelo Serviço de Fonoaudiologia Municipal onde o bebê realizou a TAN, de 6 em 6 meses até completar 3 anos de idade.

FLUXO:

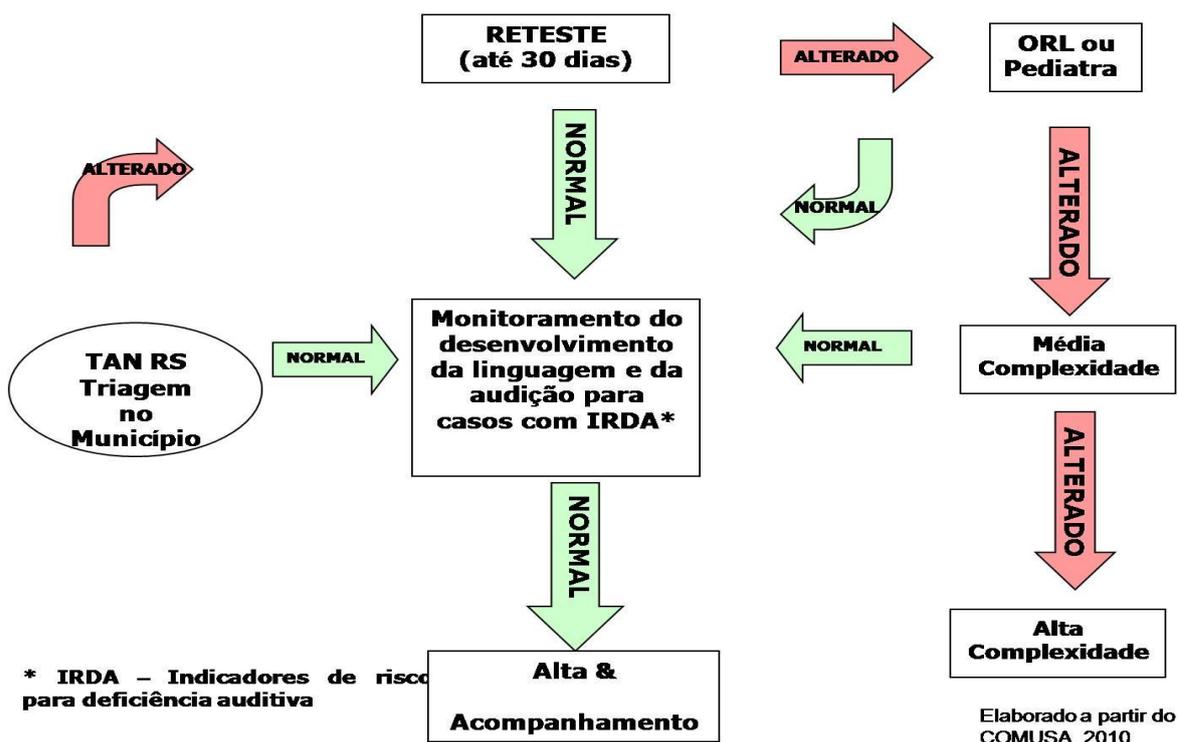


Figura 2 - Diagrama do fluxo elaborado pela SES com referência no Comitê Multiprofissional de Saúde Auditiva (COMUSA), 2010.

Segundo as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, do Ministério da Saúde, publicadas em 2012, são considerados neonatos ou lactentes

com IRDA aqueles que apresentam os seguintes fatores em suas histórias clínicas JCIH, 2007; LEWIS *et al.*, (2010):

- preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem;
- antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos neste item;
- permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas;
- infecções congênicas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV);
- anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal;
- síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras);
- distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth);
- infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite;
- traumatismo craniano;
- quimioterapia.

7.2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA SUS/RS:

A Rede de Atenção à Saúde Auditiva é composta pelas unidades que irão garantir o acolhimento imediato do bebê que necessitar de protetização auditiva, ou seja, apresentaram a TAN alterada. O atendimento é realizado nos serviços

habilitados, de acordo com o Plano Estadual de Prevenção, Tratamento e Reabilitação Auditiva, implantado em 2005, e que contempla os pressupostos da Portaria Gabinete do Ministro Nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004, e Portaria Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) 587 de outubro de 2004. As vagas mensais são reguladas pelas CRSs, garantindo o acesso no atendimento e cumprimento ao fluxo estabelecido conforme mostra a Figura 2.

A seguir estão elencadas as unidades de média e alta complexidade habilitadas em saúde auditiva (Figura 3), distribuídas nas macrorregiões, o que mostra e que cada macrorregião está contemplada com unidades de protetização, e que a alta complexidade está concentrada na macrorregião metropolitana.

Alta Complexidade – atende pacientes a partir de 0 ano:

- ◆ Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Macrorregião Metropolitana
- ◆ Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre – Macrorregião Metropolitana
- ◆ Hospital Universitário Ulbra Mãe de Deus – Canoas - Macrorregião Metropolitana

Média Complexidade – atende pacientes a partir de 03 anos:

- ◆ Centro Mathilde Fayad – Bagé – Macrorregião Sul
- ◆ Centro auditivo PróAudi – Ijuí – Macrorregião Missioneira
- ◆ Fundef – Lajeado – Macrorregião Vales
- ◆ Centro Auditivo Passo Fundo – Passo Fundo – Macrorregião Norte
- ◆ Faculdade de Fátima – Caxias do Sul – Macrorregião Serra
- ◆ Hospital Universitário Santa Maria – Santa Maria – Macrorregião Centro Oeste

A distribuição das unidades habilitadas na modalidade auditiva no RS está identificada na Figura 3, demonstrando que todas as macrorregiões do estado, são contempladas com unidades habilitadas pelo SUS.

SERVIÇOS HABILITADOS PORTARIA 587/2004

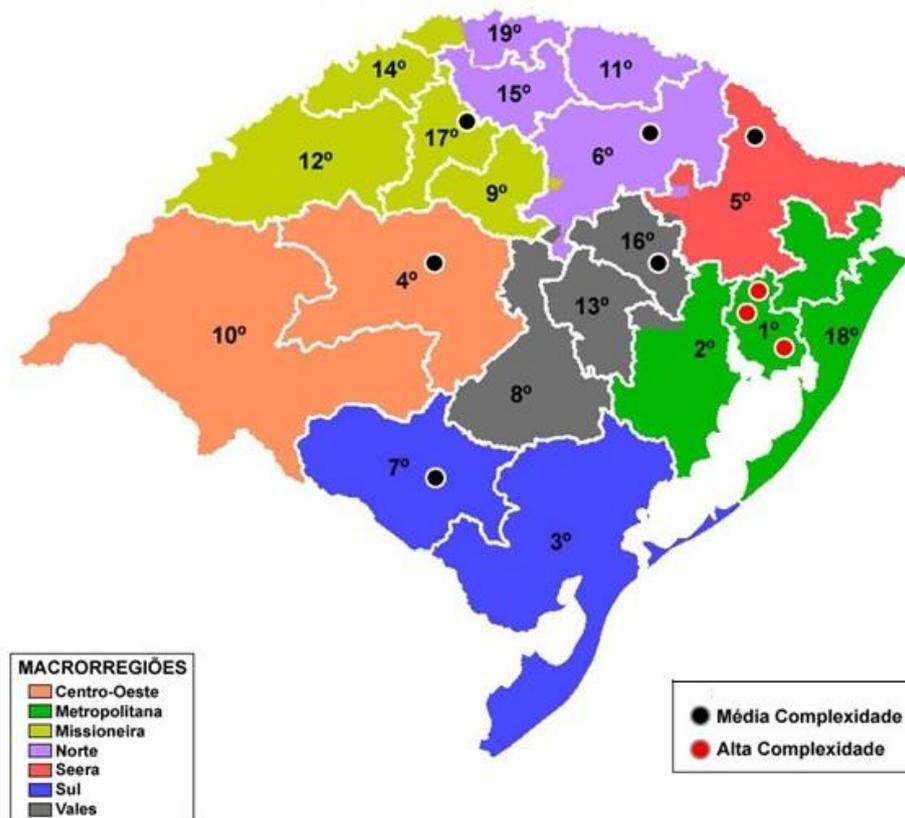


Fig. 03: Distribuição das unidades habilitadas na modalidade auditiva no Rio Grande do Sul, por Macrorregião de Saúde, 2014, Fonte: SES/RS

7.3. REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

O Ministério da Saúde publicou no ano de 2012, a Portaria Gabinete do Ministro, nº 793 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. A SES/RS construiu um Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a partir de planos macrorregionais elaborados pelas 7 macrorregiões do estado, com a participação das 19 CRSs. Tal Plano Estadual foi aprovado pelo Ministério da Saúde e está sendo implementado em etapas. Irá contar com novas unidades nas áreas de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, na qual as unidades são chamadas de Centros Especializados de Reabilitação (CER). No ano de 2014, foram inaugurados 02 CERs no RS, nas áreas da deficiência física, visual, intelectual, portanto, necessariamente todas as redes de atenção (nomeadas até pouco tempo dessa forma), estarão migrando para

uma nova configuração, chamada Rede de Cuidados, denotando o conceito ampliado de saúde que a nova legislação está trazendo.

O bebê que necessitar de avaliação completa da audição, a partir do encaminhamento da TAN de cada região de saúde, estará vinculado ao CER num futuro próximo, e o RS ficará com uma rede mista. Portanto, da nomenclatura “Rede de Atenção” usada até pouco tempo, está se configurando como “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”. O setor Saúde da Pessoa com Deficiência na SES/RS, está trabalhando para incorporar essa nova lógica no trabalho cotidiano, inclusive no que se refere ao desenho regional, pois desafio até o ano de 2015, será construir essa nova configuração da rede nas 30 regiões de saúde do estado. No elenco dos desafios do setor, está a fonoterapia no município de origem dos bebês que são diagnosticados com surdez. No universo de 497 municípios, em setembro de 2014, apenas 33 municípios registram procedimentos de fonoterapia no DATASUS, o que mostra que é necessário sensibilização dos gestores municipais com o objetivo de acolher essas famílias no retorno ao território que residem. A aposta é o fortalecimento das equipes da CRSs, para que na CIR seja alavancada e amadurecida essa discussão.

7.4. COBERTURA

A fim de realizar análise de cobertura da TAN e da protetização, a partir da ferramenta Tabwin, fez-se a busca da produção das unidades tanto do teste realizado, quanto dos aparelhos auditivos concedidos. Foi utilizado o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) como fonte do número de nascidos vivos. Foi realizada análise de crianças de até 01 ano de idade que foram protetizadas com aparelho auditivo, no período de 2008 a junho de 2013.

Na tabela 2 que vem a seguir, é demonstrado a distribuição dos neonatos nascidos geral no RS, por ano, comparando com os nascidos pelo SUS, o número de triados, percentual de cobertura e os protetizados até 01 ano de idade.

Tabela 02 – Distribuição do total de neonatos nascidos por ano, nascidos geral, nascidos SUS, triados SUS, percentual de cobertura TAN e protetizados até 01 ano de idade, Rio Grande do Sul, período 2008 a junho de 2013.

Ano	Nascidos Geral	Nascidos SUS (75% nascidos)	Triados SUS	Percentual Cobertura TAN SUS	Protetizados SUS
2008	135.137	101.353	12.154	11,9%	38
2009	131.128	98.346	16.783	17%	25
2010	133.143	99.856	42.668	43%	51
2011	137.605	103.203	64.051	62%	81
2012	138.756	104.067	71.377	68,58%	74
2013* Até junho	60.932	45.699	33.968	74.32%	42

*os dados são apresentados pelo Sinasc até essa data.

Fonte: Tabwin SES/SINASC acesso julho de 2014

A partir da tabela 2, pode-se concluir que houve aumento significativo ano a ano da concessão de aparelhos auditivos em crianças com até 01 ano de idade, e que a TAN está contribuindo para o diagnóstico precoce da surdez - até o 6º mês de vida do bebê, com intervenção imediata através do uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) ou implante coclear, terapia fonoaudiológica e apoio à família, sendo potencialmente benéfico no desenvolvimento da linguagem, na inclusão social, na escolarização, ou seja, na vida das crianças. É relevante a observação de que, nos anos de 2008 e 2009, quando houve menor cobertura da TAN, número de bebês protetizados até 01 ano de idade foi menor. A partir do ano 2010, observa-se aumento na protetização auditiva de bebês nessa faixa etária.

A proporção dos neonatos triados aos bebês protetizados até 01 ano de idade e os nascidos no RS, está especificado no quadro abaixo:

2008 – 12.154 triados para 38 protetizados _____	0,31 a cada 1.000
2009 – 16.783 triados para 25 protetizados _____	0,14 a cada 1.000
2010 – 42.668 triados para 51 protetizados _____	1,19 a cada 1.000
2011 – 64.051 triados para 81 protetizados _____	1,26 a cada 1.000
2012 – 71.377 triados para 74 protetizados _____	1,03 a cada 1.000
*2013 – 33.968 triados para 42 protetizados _____	1,23 a cada 1.000

***até junho, pois, os dados são apresentados pelo Sinasc até a essa data.**

Fonte: Tabwin SES/SINASC acesso julho de 2014

O trabalho da equipe da SES/RS, busca avançar no processo de controle e avaliação da TAN no estado, devido a isso, a relevância de cruzar os dados dos nascidos vivos com a produção da TAN e com os bebês protetizados, a fim de que se possa intervir com a protetização auditiva cada vez mais precocemente, principalmente nas macrorregiões com baixa cobertura. Importante que as Secretarias Estaduais acompanhem os dados de seu território, em consonância com o Ministério da Saúde, através das Diretrizes da Triagem Auditiva Neonatal do Ministério da Saúde (2012, p.7), que afirmam que:

Segundo dados de diferentes estudos epidemiológicos, a prevalência da deficiência auditiva varia de um a seis neonatos para cada mil nascidos vivos, e de um a quatro para cada cem recém-nascidos provenientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A meta de cobertura na TAN é 95% para os nascidos com atendimento pelo SUS, o que mostra um imenso desafio, uma vez que há 'vazios' regionais de cobertura, mostrados abaixo, apesar de os locais do teste estarem documentados através da CIR, com suas referências municipais e regionais, ainda há municípios que não cumprem as referências pactuadas, na instância regional.

A distribuição dos neonatos nascidos geral no RS, os neonatos nascidos pelo SUS, os triados, o percentual de cobertura TAN por macrorregião e por ano, são apresentados nas tabelas 3, 4 e 5 a seguir.

Tabela 3 – Distribuição dos neonatos nascidos, número total, por nascidos SUS, triados SUS, e percentual de cobertura TAN por macrorregião, Estado do Rio Grande do Sul, ano 2011.

ANO 2011 Dados por Macrorregião	Nascidos Geral por macrorregião	Nascidos SUS (75% nascidos) por macrorregião	Triados SUS por macrorregião	Percentual cobertura TAN SUS por macrorregião
Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS)	12.583	9.437	7.434	78.77%
Metropolitana (1ª, 2ª e 18ª CRS)	63.433	47.574	30.187	63.45%
Missioneira (9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS)	10.313	7.734	5.419	70.06%
Norte (6ª, 11ª, 15ª e 19ª CRS)	14.353	10.764	5.986	55.61%
Serra (5ª CRS)	13.891	10.418	5.773	55.41%
Sul (3ª e 7ª CRS)	12.782	9.586	4.763	49.68%
Vales (8ª, 13ª e 16ª CRS)	10.250	7.687	4.489	58.39%
TOTAL	137.605	103.200	64.051	62.06%

Fonte: Tabwin SES/RS e SINASC, acesso em julho de 2014

O impacto financeiro da TAN no ano de 2011, no estado do RS, foi de R\$ 865.329,00 (oitocentos e sessenta e cinco mil, trezentos e vinte e nove reais).

Tabela 4 - Distribuição dos neonatos nascidos, número total, por nascidos SUS, triados SUS, e percentual de cobertura TAN por macrorregião, Estado do Rio Grande do Sul, ano 2012.

ANO 2012 * Dados por Macrorregião * parciais	Nascidos Geral por macrorregião	Nascidos SUS (75% nascidos) por macrorregião	Triados SUS por macrorregião	Percentual cobertura TAN SUS por macrorregião
Metropolitana (1ª, 2ª e 18ª CRS)	64.968	48.726	34.691	71.19%
Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS)	12.402	9.301	7.208	77.49%
Missioneira (9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS)	10.384	7.788	5.129	65.85%
Norte (6ª, 11ª, 15ª e 19ª CRS)	14.162	10.621	6.383	60.09 %
Serra (5ª CRS)	14.180	10.635	5.805	54.58%
Sul (3ª e 7ª CRS)	12.537	9.402	6.260	66.58%
Vales (8ª, 13ª e 16ª CRS)	10.153	7.614	5.901	77.50%
TOTAL	138.786	104.087	71.377	68.57%

Fonte: Tabwin SES/RS e SINASC, acesso em julho de 2014

O impacto financeiro da TAN no ano de 2012, no estado do RS, foi de R\$ 964.303,27 (novecentos e sessenta e quatro mil, trezentos e três reais e vinte e sete centavos).

Tabela 5 - Distribuição dos neonatos nascidos, número total, por nascidos SUS, triados SUS, e percentual de cobertura TAN por macrorregião, Estado do Rio Grande do Sul, de janeiro a junho de 2013.

ANO 2013 * Dados por Macrorregião * parciais até junho de 2013	Nascidos Geral por macrorregião	Nascidos SUS (75% nascidos) por macrorregião	Triados SUS por macrorregião	Percentual cobertura TAN SUS por macrorregião
Metropolitana (1ª, 2ª e 18ª CRS)	28.712	21.534	16.087	74.70 %
Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS)	5.387	4.040	3.861	95.56%
Missioneira (9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS)	4.770	3.577	2.922	81.68%
Norte (6ª, 11ª, 15ª e 19ª CRS)	5.960	4.470	2.477	55.41%
Serra (5ª CRS)	6.144	4.608	2.822	61.24%
Sul (3ª e 7ª CRS)	5.546	4.159	2.441	58.69%
Vales (8ª, 13ª e 16ª CRS)	4.413	3.309	3.358	100%
TOTAL	60.932	45.699	33.968	74.32%

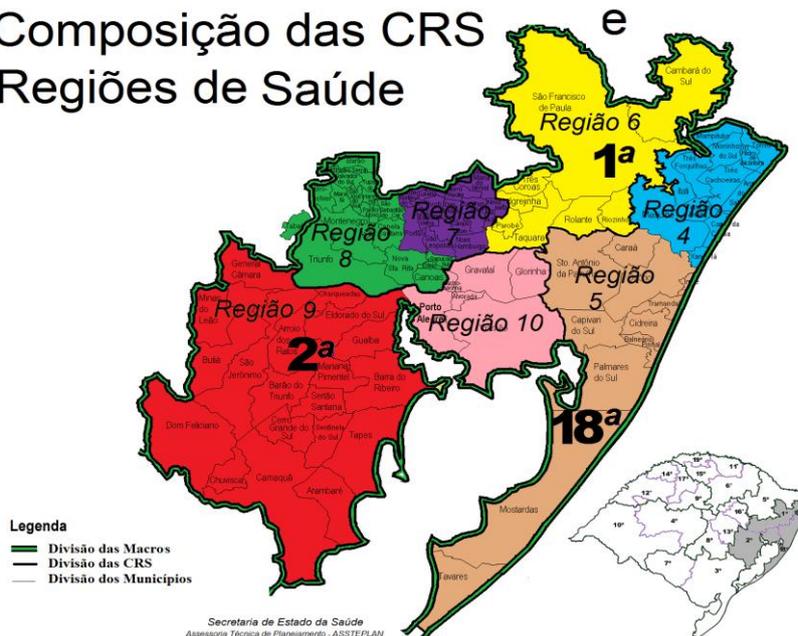
*os dados são apresentados pelo Sinasc até a essa data.

Fonte: Tabwin SES/RS e SINASC, acesso em julho de 2014

O impacto financeiro da TAN de janeiro a junho de 2013, no estado do RS, foi de R\$ 458.907,68 (quatrocentos e cinquenta e oito mil, novecentos e sete reais e sessenta e oito centavos).

A cobertura TAN por macrorregião do RS e seus percentuais por ano, de 2011 a 2013, é apresentada abaixo nas figuras de 4 a 10, a seguir:

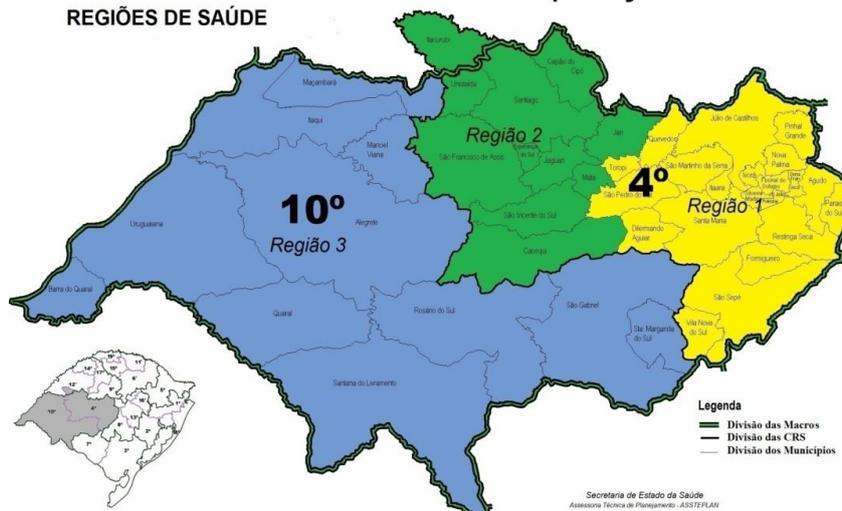
Macrorregião Metropolitana Composição das CRS Regiões de Saúde



COBERTURA TAN MACRORREGIÃO METROPOLITANA:
2011- 63.45% 2012 - 71.22% 2013 – 74.70%

Figura 4: Cobertura da TAN, Macro Região Metropolitana, percentual por ano, 2011 a 2013

MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE Composição das CRS REGIÕES DE SAÚDE

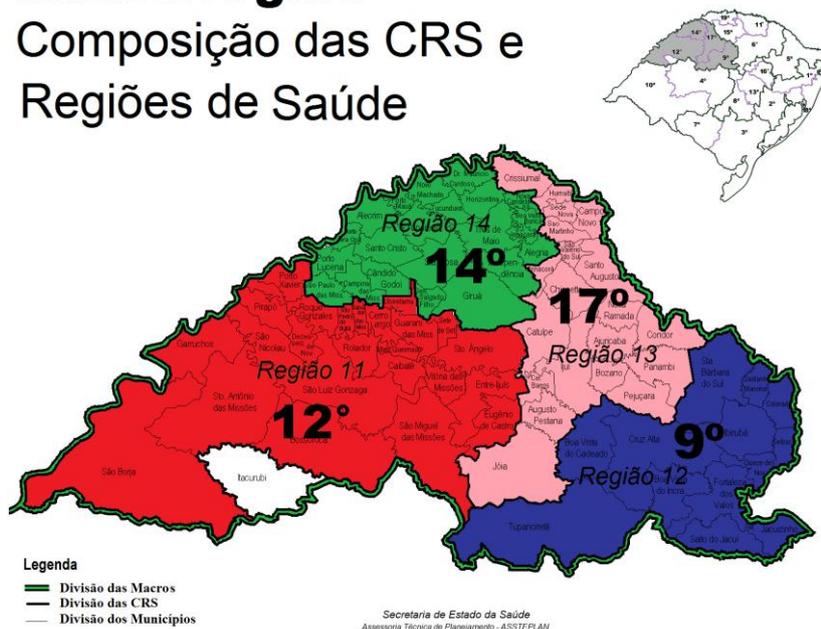


COBERTURA TAN MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE:
2011 – 78.77% 2012 - 77.48% 2013 – 95.56%

Figura 5: Cobertura do Teste TAN, Macro Região Centro-oeste percentual por ano, 2011 a 2013

Macrorregião Missioneira

Composição das CRS e
Regiões de Saúde

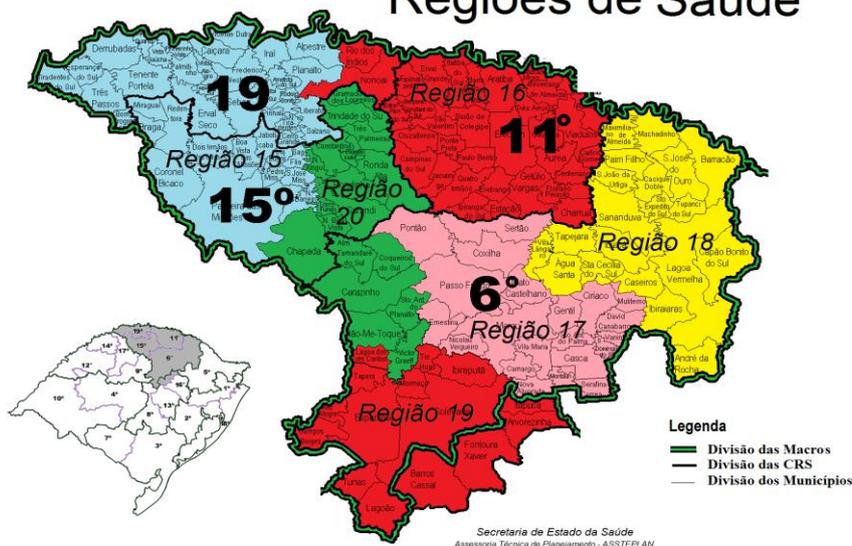


COBERTURA TAN MACRORREGIÃO MISSIONEIRA:
2011 – 70.06% 2012 - 65.87% 2013 – 81.68%

Figura 6: Cobertura TAN, Macro Região Metropolitana, percentual por ano, 2011 a 2013

Macrorregião Norte

Composição das CRS e
Regiões de Saúde

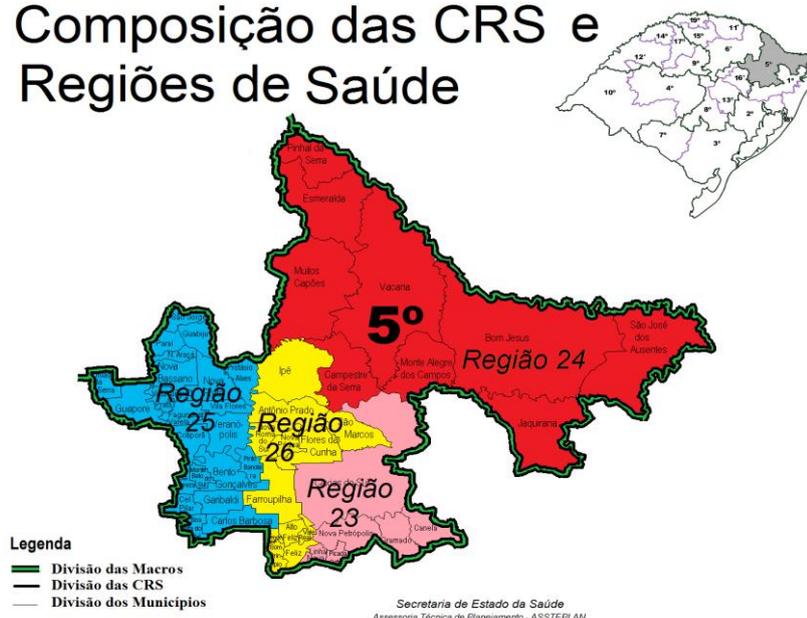


COBERTURA TAN MACRORREGIÃO NORTE:
2011 – 55.61% 2012 - 60.10% 2013 – 55.41%

Figura 7: Cobertura TAN, Macro Região Norte, percentual por ano, 2011 a 2013

Macrorregião Serra

Composição das CRS e Regiões de Saúde

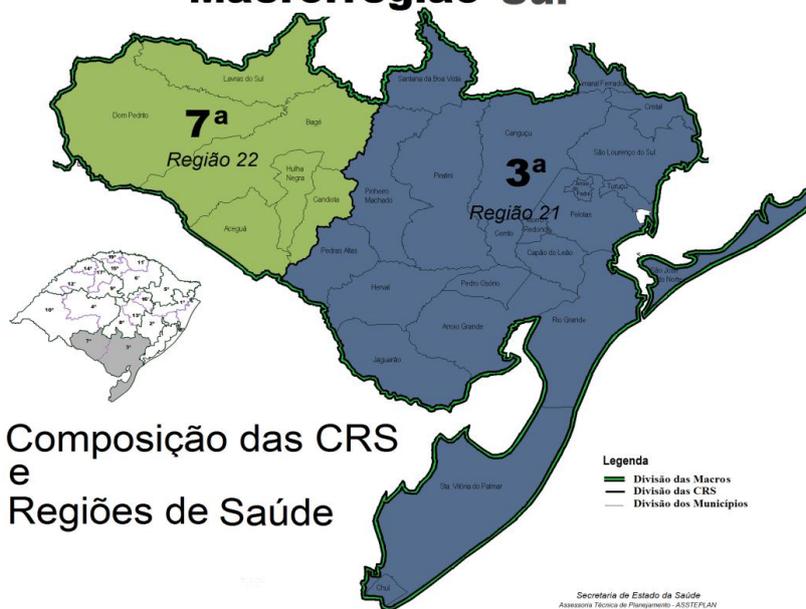


COBERTURA TAN MACRORREGIÃO SERRA:

2011 – 55.41% 2012 - 54.58% 2013 – 61.24%

Figura 8: Cobertura TAN, Macro Região Serra, percentual por ano, 2011 a 2013

Macrorregião Sul



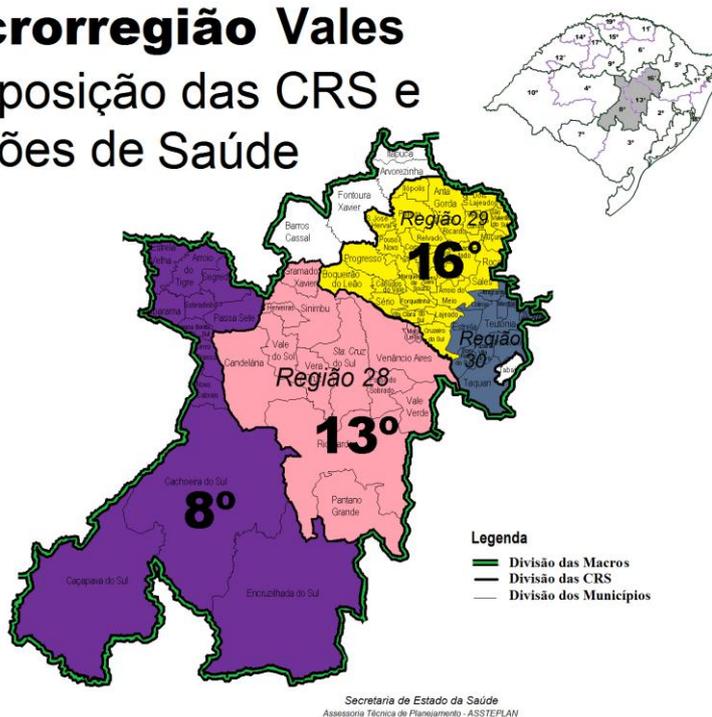
COBERTURA TAN MACRORREGIÃO SUL:

2011 – 49.68% 2012 - 66.58% 2013 – 58.69%

Figura 9: Cobertura do Teste TAN, Macro Região Sul, percentual por ano, 2011 a 2013

Macrorregião Vales

Composição das CRS e Regiões de Saúde



COBERTURA TAN MACRORREGIÃO VALES:
2011 – 58.30% 2012 - 77.50% 2013 – 100%

Figura 10: Cobertura do Teste TAN, Macro Região Vales, percentual por ano, 2011 a 2013

8. RESULTADOS:

Na análise quantitativa, foi verificado o percentual dos fatores de risco para deficiência auditiva (tabela 5), e o resultado prevalente no estudo foi: bebês que permaneceram na UTI por 5 dias ou mais: 89%, ototóxico prolongado: 82.9% seguido por SEPSE: 47.5% e hiperbilirrubinemia: 33.9%. Como o estudo foi realizado dentro de hospital com UTI, a condição clínica dos bebês que aí chegam, inspiram maiores cuidados. A partir disso, é esperado que alguns fatores de risco apresentem alta prevalência na população analisada.

Tabela 5- Frequência relativa dos fatores de risco na população analisada, período 2011, 2012 e 2013 (até maio).

Fatores de risco	Frequência Relativa na População Analisada (%)
Anóxia Neonatal	5.8%
Citomegalovírus	0.4%
Consanguinidade	0.1%
Displasia Bronco Pulmonar	1.7%
Distúrbios Neurovegetativos	0.1%
Diuréticos de alça	2.9%
Encefalopatia	0,6%
Herpes	0.3%
Hiperbilirrubinemia	33.9%
Hiperbilirrubinemia Exasanguíneo	0.8%
Transfusão	
Hist. Familiar Perda Audit. Permanente na Infância	1.0%
Hemorragia Intraventricular	3.9%
Grau Hemorragia	3.5%
Hipertensão Pulmonar Persistente	1.5%
Hérnia Diafragmática	0.5%
Meningite	2.1%
Má formação crânio facial	1.6%
Ototóxico Prolongado	82.9%
UTI por 5 dias ou mais	89.7%
SEPSE	47.5%
Sífilis	3.5%
Síndromes Associadas a Perda Auditiva	2.0%
Toxoplasmose	0.5%
Ventilação Mecânica Prolongada	17.5%
Rubéola	0%

Na tabela 6, visualiza-se o total de bebês que participaram do estudo (N= 1.202), separados por sexo, 516 (42.9%) foram do sexo feminino. Do total de participantes, 165 (13.8%) foram indicados para o reteste. Nesta segunda etapa, 38 bebês (23%) foram considerados faltosos, considerando o número dos indicados para o reteste. Tiveram diagnóstico de surdez 24 bebês (2%), ficaram em monitoramento 301 (25.2%) e tiveram alta 651 (54.5%) da população em estudo.

Tabela 6 – Frequência absoluta e relativa dos desfechos da população participante da triagem auditiva neonatal, período de 2011 a 2013 (até maio).

	2011 (N=559)	2012 (N=464)	2013 (N=189)	TOTAL (N=1202)
Sexo				
F	227 41.3%	203 43.8%	86 45.5%	516 42.9%
M	322 58.7%	261 56.3%	103 54.5%	686 57%
Desfechos				
Alta	313 57%	240 51,7%	98 53,8%	651 54.5%
Monitoramento	108 19.7%	130 28%	63 34.6%	301 25.2%
Indicação para o reteste	90 16.4%	61 13%	14 7.7%	165 13.8%
Diagnóst. de surdez	12 2.1%	6 1.3%	6 3.1%	24 2%
Etapa do Reteste				
Realizaram o reteste	72 80%	47 77%	8 57%	127 77%
Faltosos	18 20%	14 23%	6 43%	38 23%

Na análise qualitativa buscou-se investigar os motivos pelos quais as famílias não compareciam à etapa do reteste, através de contato telefônico. Algumas questões foram pensadas como possíveis causas, por exemplo a questão do deslocamento. Seria este uma barreira para a família comparecer ao reteste? A possível falta de informação seria uma dificuldade? Também foi importante ouvir as respostas espontâneas com os motivos apresentados para justificar o não comparecimento à TAN. As respostas espontâneas obtidas foram agrupadas em seis categorias: logística, informação, esquecimento, fatores sociais, fatores de saúde, óbito, definidas de acordo com a citação que mais mobilizou as famílias a não comparecerem ao reteste, segundo seus próprios relatos.

Das 32 famílias que responderam ao contato telefônico (6 famílias estavam indisponíveis ou trocaram o número de telefone), 13 não deram prosseguimento por esquecimento da mãe ou responsável. Nos fatores sociais 6 famílias alegaram migração para plano de saúde, adoção, conflitos familiares, como motivos para não levar ao reteste na resposta espontânea. Na categoria fatores de saúde 5 famílias alegaram internação hospitalar e otites e 4 famílias pela questão logística (distância, mudança de residência). Quanto à categoria informação, 2 famílias responderam que não sabiam tinham que voltar e 2 alegaram óbito da mãe ou do bebê. A informação mais frequente obtida foi esquecimento, que esteve presente em 13 das 32, seguida da categoria fatores sociais presente em 6 das pessoas contatadas e fatores de saúde que apareceram em 5 das respostas espontâneas (tabela 7).

Tabela 7: Distribuição das respostas espontâneas dos entrevistados, por categoria de análise, Porto Alegre, 2014

Categorias	Resposta espontânea
De análise	
Esquecimento	“esqueci da consulta” “não lembrava do exame”
Fatores sociais	“adoção”, “migração para plano de saúde” “conflitos familiares” “perda de documentos por enchente”
Fatores de saúde	“internação hospitalar”, “otites”
Logística	“distância”, “mudança de residência”
Informação	“não sabia que tinha que voltar”
Óbito	“bebê ou mãe faleceram”

9. DISCUSSÃO:

A meta de cobertura da TAN de 95% é um desafio, pois reporta a pensar o quanto ainda é preciso sensibilizar a sociedade gaúcha, gestores municipais e usuários SUS sobre a importância da ampliação da oferta do teste pelos municípios. A qualificação do protocolo existente com seus fluxos e necessidades deve ser permanentemente avaliado e discutido com a equipe técnica executora da TAN dos municípios, das CRSs e do nível central da SES, a fim de acrescentar ou retirar etapas, conforme mais locais ofertantes do teste forem se inserindo nessa proposta.

Por outro lado, já ocorreram avanços importantes como a expansão, em curto período de tempo, dos municípios que ofertam a TAN. Esta é uma resposta positiva de que a perspectiva do trabalho em rede é o caminho para o avanço da proposta aqui defendida: a protetização auditiva precoce, a partir da TAN.

Para além dos resultados encontrados neste estudo, é fundamental discutir alguns aspectos relativos à gestão no que se refere à TAN, a fim de contextualizar a realidade encontrada pelos usuários do sistema e obstáculos vivenciados no cotidiano da gestão, bem como os desafios a serem superados. Como exemplo, a estratificação da demanda, pois, nesse momento ainda não é possível visualizar no sistema de informação no DATASUS, o número de neonatos com a TAN alterada que são de alto risco; o número de neonatos que não retornam para o reteste e outras variáveis importantes para aprofundar a análise e que se mostraram limitadores dos resultados da pesquisa, do ponto de vista de sistema de informação no DATASUS. Outra questão importante, que deve-se sugerir, é a criação do código do reteste da TAN pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de que a pesquisa no sistema de informação seja visualizada e estratificada, pois, atualmente, o código do teste e do reteste é o mesmo, o que dificulta sua diferenciação na análise dos resultados.

É também relevante a discussão sobre o percentual de bebês triados pelo SUS. Atualmente, o cálculo de cobertura é feito sobre o número total de crianças nascidas com atendimento do SUS, e não sobre o total geral de nascidos no estado. Sabe-se que em torno de 25% da população utiliza convênios ou atendimento privado, sendo importante o planejamento da política da TAN com caráter universal,

como previsto na Constituição de 1988, visto que o princípio da universalidade é vinculado à saúde como direito e não pode ser reduzido devido à restrição orçamentária. Igualmente se faz necessária a discussão da capacidade regulatória do Estado sobre os prestadores de saúde tanto privados como operadoras de saúde. Urge a ampliação do debate quanto à fiscalização do sistema público sobre os procedimentos privados, uma vez que as regras dos convênios privados não são fiscalizadas (ou são de maneira incipiente) e os procedimentos mais caros que deveriam ser por eles realizados ficam a cargo do SUS. Tal situação restringe a cobertura ao cidadão que paga o convênio privado, bem como prejudica os usuários do SUS, uma vez que inflaciona o sistema. Como afirma Cohn (2012, p. 241 e 242), com propriedade:

Um dos principais desafios atuais do Estado para enfrentar as distorções próprias do mercado (imperfeito) na área da saúde consiste em regular as regras de funcionamento desse setor de modo que não só prejudique o consumidor (porque é um mercado imperfeito) como não prejudique os cidadãos em seu conjunto, tomando medidas que sobrecarreguem os serviços públicos do SUS por restringir a cobertura do seguro privado a determinados procedimentos médicos onerosos e que envolvem alta concentração de uso de tecnologia.

Uma proposta permeada por várias discussões e debates com colegas da SES, vivências em seminários, leituras e tantas estratégias de avançar na gestão, leva a pensar no trabalho desenvolvido com a Atenção Básica (AB) como questão relevante. No ano de 2012, o setor SPD organizou o fluxo de informar à AB os bebês que possuem indicação do PEATE triagem e não comparecem no horário agendado. O agente comunitário de saúde visita o domicílio, sendo disponibilizado outro horário para realização do PEATE triagem. Dentro da mesma lógica, o 'Primeira Infância Melhor' (PIM), programa ligado à Atenção Básica, e que opera com visitantes à domicílio, está igualmente envolvido no acompanhamento dos bebês faltosos. O objetivo do PIM é orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade, fato que vem a agregar valor na proposta de conclusão e acompanhamento da saúde auditiva dos bebês nascidos pelo SUS no estado. Os processos são lentos, e nem todas as regiões têm abrangência. De qualquer forma, é uma meta até 2015.

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) integra a política de governo do Estado do Rio Grande do Sul, sob a coordenação da Secretaria da Saúde e apoio das Secretarias da Educação, Cultura, Trabalho e Desenvolvimento Social. Desenvolvido desde 2003, tornou-se [Lei Estadual n.º 912.544](#) em 03 de julho de 2006. É um programa institucional de ação socio-educativa voltado às famílias com crianças de zero até seis anos e gestantes, que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Tem como referência a metodologia do Projeto cubano “Educa a tu Hijo” do Centro de Referencia Latinoamerica para La Educación Preescolar (CELEP), de quem recebeu apoio para seu desenvolvimento. Fundamenta-se teoricamente nos pressupostos de Vygotsky, Piaget, Bowlby, Winnicot e Brunner, além dos recentes estudos da Neurociência. Está voltado para o desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano, tendo como eixo de sustentação a Comunidade, a Família e a Intersetorialidade. O PIM está presente em 267 municípios do RS.

No contexto de articulação com as redes de cuidado, vale ressaltar a rede Cegonha, instituída no SUS através da Portaria Gabinete do Ministro nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que consiste numa rede de cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Um dos objetivos da rede Cegonha, é fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. A rede Cegonha está presente em 466 municípios do RS no componente Atenção Básica, em 88 municípios no componente parto e nascimento. No que se refere ao nosso estado, 04 maternidades foram contempladas com equipamentos para realizar a TAN, através da rede Cegonha, sendo que estas já operavam com o teste, pois também estavam nos critérios de doação da SES. A rede Cegonha está representada no Grupo Condutor Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência, instituído pela SES e sob sua coordenação desde 2013, conforme a Portaria 793/2012, citada na pg. 36 do presente trabalho.

Este estudo, busca evidenciar as possibilidades que se apresentam para reverter o quadro de dificuldade de aumento de cobertura, número de bebês faltosos na TAN, não comparecimento no reteste, e tantos outros motivos que impedem de avançar como política pública. Minayo *et al.*(1996, p.17), nos diz: “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. Espera-se que num futuro breve, as questões/dificuldades que envolvam a TAN, possam ser explicitadas na CIR, nas consultas com o pediatra, com o obstetra e nos espaços de controle social, com o objetivo de aumentar a discussão sobre autonomia do usuário com surdez, situação social e eficácia dos serviços. A aposta é que o diálogo da TAN com a AB e demais políticas públicas, possa nos trazer o avanço tão esperado no aumento da cobertura, com valorização das questões que envolvem a surdez pelos gestores municipais, em todas as regiões do estado, pois nesse momento somente em algumas regiões os processos têm avançado de forma potente. Carvalho e Cunha (2012, p. 845), ao abordarem modelo de atenção na saúde e clínica ampliada, falam que:

Para isso, o serviço teve que buscar aliados, a começar pelo sujeito doente e todas as suas redes. A história da atenção à aids no Brasil, a luta antimanicomial, a atenção aos portadores de necessidades especiais, etc., demonstram bem esta possibilidade de parceria com usuários, movimentos sociais e movimentos sensíveis. Além é claro, de ativarem a intersectorialidade dentro do setor público.

A partir da composição e intersecção comentada acima, é desafiador discutir os dados coletados neste estudo. Encontramos 23% de bebês que não retornam ao reteste, e estamos falando de um espaço de UTI, onde os bebês de alguma forma, apresentam fragilidade clínica. Retomando os motivos da falta ao reteste, a resposta espontânea foi elencada como norteadora na fala das famílias que responderam o roteiro ao telefone. Observa-se que na manifestação da mãe ou familiar que relata esquecimento, por exemplo, em seguida aparece uma questão social ou familiar “bebê tinha várias consultas, essa eu esqueci” , ou outra mãe que relata que não levou o bebê, pois “tenho 7 filhos e não tenho com quem deixar”. Portanto, não é um fato simples, agrupar as respostas em categorias e analisá-las, e é fundamental o cuidado de não ser incipiente ou até mesmo reducionista. Ao analisar o relato das famílias, percebe-se na justificativa expressa de forma mais direta, a associação de outros

fatores como social, de saúde, familiar, entre outros, que ultrapassam as categorias de análise elencadas, parecendo por algum momento, que essas categorias se misturam ou se associam, formando uma composição de motivos em que é desafiador agrupá-los de forma independente.

A multiplicidade de conteúdos, pode vir a compor a riqueza e a problematizar o trabalho com as famílias, com as equipes de saúde, com a instância social e política. Minayo (2004, p.13), discorrendo sobre as questões qualitativas no campo da saúde, fala com propriedade:

A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, a administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da Saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.

Carvalho e Cunha (2012, p.841) abordando as questões de saúde/doença e modelos de atenção na saúde, abordam:

Serviços de saúde centrados nas doenças têm grandes dificuldades de lidar com a complexidade dos sujeitos individuais e coletivos, com a chamada falta de adesão aos tratamentos, com os efeitos culturais das ações de saúde, com os pacientes que porventura não se encaixam nos diagnósticos (chamados poliqueixosos), com problemas chamados sociais e com questões subjetivas ou relacionais.

Trazendo a discussão para o campo da TAN, pode-se pensar o quão potente pode ser a atuação no território onde a mesma é realizada, se for reconhecido que os fatores sociais, e os processos de saúde e doença, apesar de complexos, poderão ser propulsores de “ invenções” na forma como vai se dar o avanço no aumento de cobertura, intersecção com a Atenção Básica e as várias políticas públicas já citadas. Vejamos duas experiências que podem contribuir com a discussão: um serviço municipal da TAN no RS, pactuou com todos os pediatras da rede SUS que a primeira consulta do bebê só seria agendada após a realização da TAN, fato que resultou na cobertura do teste de 100% dos bebês nascidos pelo SUS. A equipe da TAN

em outro município, realiza grupo de gestantes com a equipe da Saúde da Mulher, onde são trabalhadas várias questões relativas à gravidez e ao bebê que vai nascer e, nesse caso a cobertura da TAN já está em 95%. São exemplos que ilustram situações visualizadas pelas equipes no território como possibilidades de avançar a cobertura, e tais possibilidades são resultados de determinantes diversos e que as equipes perceberam, com sabedoria, o momento oportuno de aplicar.

Nessa perspectiva, vislumbra-se o horizonte, com serviços da TAN permeados pela escuta e diálogo das necessidades do território, com possibilidades de indagação sobre sua atuação, reinventando o cotidiano dos serviços. Drumond Jr. (2003, p. 197), diz “que ‘dar vida’ aos indicadores significa comprometê-los com a intervenção e seu resultado”, a partir disso pensa-se o SUS com grau de autonomia e dinâmica de intervenção, e o desafio de mudar a realidade alicerçada no compromisso de aliar a técnica à vida das pessoas, neste caso, à vida dos bebês.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Sem a pretensão de esgotar o assunto, importante fazer a reflexão de que a estratégia na intersecção da TAN, Atenção Básica e PIM é o fio condutor para qualificação dessa implementação. Importante pontuar a possibilidade, cada vez maior, de que as usuárias SUS (mães dos bebês), tenham um sentimento de pertença ao território e possam através da política de saúde fazer valer o direito do seu bebê realizar a TAN, protetização auditiva precoce, se for o caso e façam uso desse direito e vários outros, já nomeados na legislação. Ainda dentro das questões que se passam no território, vale ressaltar a importância do controle social, que é um espaço possível de discussão micropolítica com várias esferas: governamental, prestadores e usuários, onde espera-se que seja fundado um lugar democrático, de diálogo, ideias e decisões regionais que venham ao encontro do que é necessário para a população.

Neste trabalho, o fato de 23% dos bebês (atendidos em UTI), não comparecerem à etapa do reteste, e as categorias que se apresentaram como causas prevalentes foram o esquecimento e fatores sociais, os achados convocam a todos a investir dentro e fora das instituições em que atua-se profissionalmente, sejam elas prefeituras municipais, secretaria estadual, universidades, etc. Tal investimento talvez seja da ordem do entrelaçamento com vários segmentos sociais, a fim de que a população tenha acesso à informação sobre a TAN e, a partir daí, acredite que seja relevante realizá-la nos bebês e dar continuidade ao processo de diagnóstico e tratamento, para os casos indicados.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- ALVARENGA, Kátia de Freitas; BEVILACQUA, Maria Cecília; GADRET, Juliana Maria; ARAÚJO, Eliene Silva. Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(3):241-7, 2012.
- 2- BÉRIA, Jorge Umberto ; RAYMANN, B. C. W. ; GIGANTE, Luciana Petrucci ; FIGUEIREDO, Andréia Leal ; JOTZ, Geraldo Pereira ; ROITHMANN, Renato ; COSTA, Sady Selaimen da ; GARCEZ, Vera Regina; SCHERER, Caroline Raymann ; SMITH, Andrew W . Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública /Pan American Journal of Public Health*, v. 21, p. 381-387, 2007.
- 3- BERNI, Paloma Savioli, ALMEIDA, Elisabeth Oliveira Crepaldi de, AMADO, Bárbara Carolina Teixeira, FILHO, Nelson de Almeida. Triagem Auditiva Neonatal Universal: índice de efetividade no reteste de neonatos de um hospital da rede pública de Campinas. *Revista CEFAC*; 12(1):122-127. Jan-Fev 2010.
- 4- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica- Diretrizes. *Cadernos ABEM*, Volume 3, Outubro 2007, p. 6-10. Disponível:http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/papel_rede_atencao_basica.pdf acesso em 22 de agosto de 2013.
- 5- CASTAÑO, R. Tamizaje universal auditivo neonatal: una utopía para países en desarrollo. *Acta Otorrinolaringol Cir. Cabeza Cuello*, 2002, 30:19-25
- 6- CARVALHO, G. In: *Universalidade Limitada ou Integralidade Regulada?* Disponível: http://www.idisa.org.br/site/documento_3400_0_universalidade-limitada-ou-integralidade-regulada-.html acesso em 21 de agosto de 2013.
- 7- CARVALHO, Sergio Rezende, CUNHA, Gustavo Tenório. A Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos, G. W. Et al (Orgs.) In: *Tratado de Saúde Coletiva*, Ed. Hucitec, São Paulo, pg. 837-868, 2012.
- 8- COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos, G. W. Et al (Orgs.) In: *Tratado de Saúde Coletiva*, Ed. Hucitec, São Paulo, pg. 219-246, 2012.

- 9- COMUSA Comitê Multiprofissional de Saúde Auditiva http://www.audiologiabrasil.org.br/pdf/COMUSA_final_17_mai2009.pdf acesso em 20 de julho de 2013.
- 10- Diretrizes da Triagem Auditiva Neonatal do Ministério da Saúde, 2012. Disponível: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf acesso em 8 de julho de 2014.
- 11- DRUMOND JR. Marcos. *Epidemiologia nos municípios muito além das normas*. São Paulo, Ed. Hucitec, p. 197, 2003.
- 12- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados gerais da amostra – Rio de Janeiro, p.1-239, 2010. Disponível: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/resultados_gerais_amostra.pdf acesso em 10 julho 2013.
- 13- IORIO, Maria Cecília Martinelli; MENEGOTTO, Isabela Hoffmeister. Seleção e Adaptação de Próteses Auditivas em Crianças. In: FERREIRA, Lésle Piccolotto; BEFILOPES, Debora M.; LIMONGI, Suelly Cecília Olivan. In: *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, p. 680-693, 2004.
- 14- Joint Committee on Infant Hearing. Disponível: <http://www.jcih.org/posstatemts.htm> acesso em 10 de julho de 2013.
- 15- JOHNSON, M. J.; MAXON, B.; WHITE, K. R.; VOHR, B. R. Operating a hospital based universal newborn hearing screenig program using transient evoked otoacoustic emissions. *Sem.Hear.*, v. 14, p. 46-55, 1993.
- 16- KEMP, D. T. Stimulated acoustic emissions from within the human auditory system. *J. Acoust. Soc. Am.*, v.64, p. 1386-1391, 1978.
- 17- Lei Federal 12.3013 de 02 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm acesso em 5 de agosto de 2013.
- 18- LEWIS, Dóris Ruthy; MARONE, Silvio Antônio; MENDES, Beatriz C. A.; CRUZ. Oswaldo Laércio; NÓBREGA, Manoel. Comitê multiprofissional em saúde auditiva COMUSA. *Braz. J Otorhinolaryngol.* 2010; 76 (1): 121 – 8. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n1/v76n1a20.pdf> . Acesso em 23 de julho de 2013.

- 19- MENDES, Vera Lúcia Ferreira. Fonoaudiologia, Atenção Básica e Saúde da Família. In: *Tratado de Fonoaudiologia*, Segunda Edição. São Paulo: Roca, p. 612-617, 2010.
- 20- MINAYO, Maria Cecília de Souza(Org.). In: *Pesquisa Social – Teoria Método e Criatividade*, Quinta Edição. Petrópolis: Vozes, p.17, 1996.
- 21- MINAYO, Maria Cecília, O Desafio do Conhecimento, Oitava Edição, Editora Hucitec, São Paulo, p. 13, 2004.
- 22- MONTEIRO, Patricia de Carvalho; LEWIS, Dóris Ruthy. Triagem Auditiva Neonatal: o custo x efetividade de cinco protocolos protocolos em uma maternidade de São Paulo, 2008. *La Referencia – Red Federada de Repositorios Institucionales de Publicaciones Científicas*. Disponível: http://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_6872f7e8d0b98ad5a526d4629a980e2b Acesso em 19 de maio de 2014.
- 23- NUNES, Cristiane Cervelli, CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE AUDITIVA NO BRASIL. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013. Disponível: http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=16311 Acesso em 20 de maio de 2014.
- 24- PEREIRA, Liliane Desgualdo. Sistema Auditivo e Desenvolvimento das Habilidades Auditivas. In: *Tratado de Fonoaudiologia*, Segunda Edição. São Paulo: Roca, p. 03-08, 2010.
- 25- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 2012, p. 19 e 20.
- 26- PORTARIA Nº 587, Secretaria da Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 2004. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-587.htm> Acesso em 10 julho de 2014.
- 27- PORTARIA Nº 2073, Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 2004. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm> Acesso em 10 de julho de 2014.
- 28- PORTARIA Nº 793, Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 2012. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html Acesso 8 de julho de 2013.
- 29- PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR. Disponível: http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/pagina-QuemSomos.php. Acesso em 7 de junho de 2014.

- 30- REDE CEGONHA, Portaria Gabinete do Ministro nº 1.459, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 2011. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 10 de julho de 2014.
- 31- TEIXEIRA, Cleide Fernandes. Estudo Avaliativo da Política de Atenção à Saúde Auditiva: Estudo de caso em Pernambuco. 2007. 159 f. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007. Disponível: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007teixeira-cf.pdf> . Acesso em 24 julho 2012.
- 32- TOCHETTO, Tania Maria; AURÉLIO, Fernanda Soares. Triagem Auditiva Neonatal: Experiências de Diferentes Países. *Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo - Brasil, v.14, n.3, p. 355-363, Jul/Ago/Setembro - 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/aio/v14n3/v14n3a14.pdf> . Acesso em 18 de agosto de 2013.
- 33- Yoshinaga-Itano, C. From Screening to Early Identification and Intervention: Discovering Predictors to Successful Outcomes for Children with Significant Hearing Loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 8:1 Winter 2003. Disponível: <http://jdsde.oxfordjournals.org/content/8/1/11.full.pdf+html> . Acesso em 2 de agosto de 2013.

ANEXO 1

MUNICÍPIOS/PONTOS DE OFERTA TAN/RS:

Macro	Município	Região de Saúde	CRS	Abrangência
M E T R O P O L I T A	1-PortoAlegre HCPA	10	2ª	Todos os nascidos SUS
	2-Porto Alegre HMIPV	10	2ª	Todos os nascidos no HMIPV
	3-Porto Alegre HNSC	10	2ª	Todos os nascidos no HNSC
	4-Porto Alegre HCC	10	2ª	Todos os nascidos no HCC
	5-Porto Alegre HF	10	2ª	Todos os nascidos no HF
	6-Porto Alegre PUC	10	2ª	Todos os nascidos SUS
	7-Porto Alegre Sta. Casa	10	2ª	Todos os nascidos SUS
	8-Canoas	8	1ª	Canoas e Nova Sta. Rita
	9-Gravataí	10	2ª	Gravataí e Glorinha
	10- Viamão	10	2ª	Viamão
	11-Alvorada	10	2ª	Alvorada
	12-São Leopoldo	7	1ª	São Leopoldo e Portão
	13-Novo Hamburgo	7	1ª	Novo Hamburgo, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Presidente Lucena, Morro Reuter, Santa Maria do Herval.
	14-Cachoeirinha	10	2ª	Cachoeirinha
	15-Campo Bom	7	1ª	Campo Bom
	16-Esteio	8	1ª	Esteio

17-Sapucaia do Sul	8	1ª	Sapucaia do Sul	
18- Saporanga	7	1ª	Saporanga	
19-Guaíba	9	2ª	Guaíba, Eldorado do Sul, Barra do Ribeiro, Mariana Pimentel, Sertão Santana, Arroio dos Ratos, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo, Charqueadas, Barão do Triunfo, Butiá.	
20-Camaquã	9	2ª	Camaquã, Tapes, Dom Feliciano, Chuvisca, Arambaré, Cerro Grande do Sul, Sentinela do Sul.	
21-Montenegro	8	1ª	Montenegro, São Sebastião do Caí, Harmonia, Barão, Maratá, São Pedro da Serra, São José do Sul, Tupandi, São José do Hortêncio, Capela de Santana, Salvador do Sul, Brochier, Pareci Novo, Triunfo.	
22-Taquara	6	1ª	Taquara, Riozinho, Rolante, Parobé, Igrejinha, Três Coroas, São Francisco de Paula, Cambará do Sul.	
23-Capão da Canoa	4	18ª	Capão da Canoa, Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé Itati, Maquiné, Mostardas, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Terra de Areia e Xangri-lá.	
24-Osório	5	18ª	Osório	
25-Tramandaí	5	18ª	Tramandaí	
26-Torres	4	18ª	Torres, Mampituba, Morrinhos do Sul, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara.	
27-Santo Antônio da Patrulha	5	18ª	Santo Antônio da Patrulha.	

S U L	28-Pelotas	21	3ª	Pelotas, Cerrito, Arroio do Padre, Turuçu, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório
	29-Canguçu	21	3ª	Canguçu
	30-Rio Grande	21	3ª	Rio Grande e demais municípios da 3ª CRS
	31-Bagé	22	7ª	Bagé, Hulha Negra, Candiota, Aceguá, Lavras do Sul.
	32-Dom Pedrito	22	7ª	Dom Pedrito
C E N T R O - O E S T E	33- Santiago	2	4ª	Santiago, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Jaguarí, Jari, Mata, Nova Esperança do Sul, Quevedos, São Vicente do Sul, Toropi, Unistalda, São Francisco de Assis.
	34-Santa Maria	1	4ª	Santa Maria, Agudo, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Restinga Seca, Santa Maria, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul.
	35-São Sepé	1	4ª	São Sepé
	36-Itaqui	3	10ª	Itaqui
	37-Uruguaiana	3	10ª	Uruguaiana e Maçambará
	38-Santana do Livramento	3	10ª	Santana do Livramento e Quaraí
	39-Alegrete	3	10ª	Alegrete e Manoel Viana
	40-São Gabriel	3	10ª	São Gabriel, Santa Margarida, Rosário do Sul.
	41-Caxias do Sul	23	5ª	Caxias do Sul, Alto Feliz, Antônio Prado, Bom Princípio, Canela, Caxiasdo Sul, Farroupilha, Feliz,

S E R R A				Flores da Cunha, Gramado, Ipê, Linha Nova, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Roma do Sul, Picada Café, São Marcos, São Vendelino, Vale Real.
	42-Vacaria	24	5ª	Vacaria, Campestre da Serra, Bom Jesus, Esmeralda, Jaquirana, Monte Alegre dos Campos, Muitos Capões, Pinhal da Serra, São José dos Ausentes.
	43-Bento Gonçalves	25	5ª	Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Paraí, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata.
	44-Gramado	23	5ª	Gramado
	45-Pinhal da Serra	24	5ª	Pinhal da Serra
	46-Vale Real	26	5ª	Vale Real
	47-Canela	23	5ª	Canela
N O	48-Soledade	19	6ª	Soledade, Ibirapuitã, Fontoura Xavier, Alto Alegre, Espumoso, Barros Cassal, Tunas, Lagoão, Mormaço e Campos Borges.
	49-Passo Fundo	17	6ª	Passo Fundo, André da Rocha, Camargo, Capão Bonito do Sul, Casca, Caseiros, Ciríaco, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Marau Ibiraiaras, Lagoa Vermelha, Mato Castelhano, Montauri, Muliterno, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Pontão, Santo Antônio do Palma, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Tio Hugo,

R
T
E

			e Vila Maria.
50-Carazinho	20	6ª	Carazinho, Almirante Tamandaré, Coqueiros do Sul, Lagoa dos Três Cantos, Não me Toque, Santo Antônio do Planalto, Tapera, Victor Graeff.
51-Tapejara	18	6ª	Tapejara, Ibiaçá, Santa Cecília do Sul, Água Santa, Vila Lângaro, Sananduva, Cacique Doble, São José do Ouro, Machadinho, São João da Urtiga, Tupanci do Sul, Santo Expedito do Sul, Maximiliano de Almeida, Barracão e Paim Filho.
52-Erechim	16	11ª	Todos os municípios de abrangência da 11ª CRS.
53- Palmeira das Missões	15	15ª	Palmeira das Missões, Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguá, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Redentora, São José das Missões, Sagrada Família, Sarandi.
54-Trindade do Sul	20	15ª	Trindade do Sul, Constantina, Engenho Velho, Rondinha, Ronda Alta, Liberato Salzano, Gramado dos Loureiros, Entre Rios, Três Palmeiras.
55- Frederico Westphalen	15	19ª	Frederico Westphalen, Iraí, Vicente Dutra, Vista Gaúcha, Derrubadas, Esperança do Sul, Tiradentes, Três Passos, Bom Progresso, Tenente Portela, Erval Seco, Seberi, Cristal do Sul, Liberato Salzano, Taquaraí do Sul, Palmitinho, Pinheirinho do Vale, Novo Tiradentes, Ametista do Sul, Barra da Guarita.

	56- Nonoai	16	11ª	Nonoai, Planalto, Alpestre e Rio dos Índios.
V A L E S	57- Cachoeira do Sul	27	8ª	Todos os municípios de abrangência da 8ª CRS, com exceção de Caçapava do Sul.
	58- Caçapava do Sul	27	8ª	Caçapava do Sul.
	59- Venâncio Aires	28	13ª	Venâncio Aires, Vale Verde, Passo do Sobrado, Mato Leitão.
	60- Santa Cruz do Sul	28	13ª	Santa Cruz do Sul, Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Pantano Grande, Rio Pardo, Sinimbu, Vale do Sol e Vera Cruz..
	61- Lajeado	29	16ª	Lajeado, Arroio do Meio, Arvorezinha, Barros Cassal, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Cruzeiro do Sul, Fontoura Xavier, Forquetinha, Itapuca, Ilópolis, Marques de Souza Pouso Novo, Progresso, São José do Herval, Sério, Travesseiro
62- Estrela	30	16ª	Estrela, Anta Gorda, Bom Retiro do Sul, Colinas, Coqueiro Baixo, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Muçum, Nova Bréscia, Paverama, Poço das Antas, Putinga, Relvado, Roca Sales, São Valentim do Sul, Tabaí, Taquari, Teutônia, Vespasiano Correa, Westfália.	
	63- Cruz Alta	12	9ª	Todos os municípios de abrangência da 9ª CRS.
	64- São Borja	11	12ª	São Borja, Itacurubi e Garruchos.
	65- Santo Ângelo	11	12ª	Santo Ângelo, Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Entre ijuís, Eugênio de Castro, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier,

M
I
S
S
I
O
N
E
I
R
A

			Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Antônio das Missões, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões.
66- Santa Rosa	14	14ª	Santa Rosa, Tuparendi e Porto Mauá.
67- Três de Maio	14	14ª	Três de Maio, Tucunduva, São José do Inhacorá, Novo Machado, Nova Candelária, Independência, Horizontina, Doutor Maurício Cardoso, Boa Vista do Buricá.
68- Giruá	14	14ª	Giruá, Salgado Filho, Cândido Godoi, Campina das Missões, São Paulo das Missões, Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Santo Cristo, Alecrim.
69- Ijuí	13	17ª	Ijuí, Coronel Barros, Jóia, Catuipe, Bozano, Ajuricaba e Augusto Pestana.
70- Panambi	13	17ª	Panambi, Crissiumal, Humaitá, Sede Nova, São Martinho, São Valério do Sul, Santo Augusto, Prejuçara, Condor, Campo Novo, Chiapeta, Nova Ramada e Inhacorá.

APÊNDICE 1
INSTRUMENTO DE COLETA NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

- 1) número do registro _____
- 2) DN _____
- 3) sexo _____ () M () F
- 4) ocupação da mãe _____
- 5) procedência (cidade) _____

INTERNAÇÃO (Data: ___/___/___)

Data Alta da UTI	() Não se aplica
Data Alta da UCI	() Não se aplica
Peso ao nascimento	
Idade gestacional	
Apgar 1 min	
Apgar 5 min	

TAN (Data: ___/___/___)

EOAT OD	() P () A () R () IT
EOAT OE	() P () A () R () IT
EOA PD OD	() P () A () R () IT
EOA PD OE	() P () A () R () IT

PEATEa OD	() P () A () R () IT
PEATEa OE	() P () A () R () IT
Conduta1	() A () R () MA () D

RETESTE 1 (Data ___/___/_____) ou () Não se aplica

IDADE NO RETESTE1	
RETESTE1 EOA OD	() P () A () R () IT
RETESTE1 EOA OE	() P () A () R () IT
RETESTE PEATE a OD	() P () A () R () IT
RETESTE PEATE a OE	() P () A () R () IT
Conduta2	() A () R () MA () D

RETESTE 2 (Data ___/___/_____) ou () Não se aplica

IDADE NO RETESTE2	
RETESTE1 EOA OD	() P () A () R () IT
RETESTE1 EOA OE	() P () A () R () IT
RETESTE PEATE a OD	() P () A () R () IT
RETESTE PEATE a OE	() P () A () R () IT
Conduta3	() A () R () MA () D

INSTRUMENTO DE COLETA (continuação)

RETESTE 3 (Data ____/____/____) ou () Não se aplica

IDADE NO RETESTE3	
RETESTE1 EOA OD	() P () A () R () IT
RETESTE1 EOA OE	() P () A () R () IT
RETESTE PEATE a OD	() P () A () R () IT
RETESTE PEATE a OE	() P () A () R () IT
Conduta4	() A () R () MA () D

DIAGNÓSTICO (Data ____/____/____)

IDADE DO PEATE DIAG	
PEATE DIAG OD	
PEATE DIAG OE	
GRAU DE PERDA OD	
GRAU DE PERDA OE	
TIPO DE PERDA OE	
TIPO DE PERDA OD	

INDICADORES DE RISCO

() Anóxia neonatal	() Grau da Hemorragia _____
() Citomegalovírus	() Hipertensão pulmonar persistente
() Consanguinidade	() Hérnia diafragmática
() DBP (displasia brocopulmonar)	() Meningite
() Distúrbios neurodegenerativos	() Má formação crânio-facial
() Diuréticos de alça	() Ototóxico prolongado
() Encefalopatia	() UTI por 5 dias ou mais
() Herpes	() Sepsis
() Hiperbilirrubinemia	() Sfilis congênita
() Hiperbilirrubinemia exasanguíneo transfusão	() Síndromes associadas PA
() História familiar de PA permanente na infância	() Toxoplasmose
() Hemorragia Intraventricular	() Ventilação mecânica prolongada

Nome do Coletador

_____/_____/_____
Data

APÊNDICE 2

ROTEIRO ENTREVISTA - DADO QUALITATIVO SOBRE O MOTIVO DE FALTA NO RETESTE TAN:

- Nome:
- Sexo:
- Grau de parentesco: - Idade (anos):
- Nome da criança:
- Idade (em meses até 2 anos incompletos)
- Sexo
- Data da Entrevista:

1- Qual motivo da falta no reteste?

A. Resposta espontânea

B. Dificuldades com transporte sim () não ()

C. Esperava contato da instituição sim () não ()

D. Outros

2. Você considera importante ter realizado a TAN (teste da orelhinha):

A. Sim ()

B. Não ()

3. Você acredita que seu filho deve concluir a avaliação auditiva?

A. Sim ()

B. Não ()

5. Como você percebe a audição do seu filho?

A. Boa/normal

B. Dificuldade para escutar