

Monitoramento da audição e da linguagem na atenção primária à saúde: projeto piloto

Monitoring of hearing and language in primary health care: project pilot

Julianne Wagner ¹
Andrea Wander Bonamigo ¹
Fabiana de Oliveira ¹
Márcia Salgado Machado ¹

Abstract *This article analyzes the feasibility of implementing a program that monitors the hearing and language development in the first year of life. It is a prospective longitudinal study, in which 41 community health workers were invited to monitor, on a monthly basis, by means of a questionnaire validated earlier, the hearing and language of children born in their micro areas of expertise. Thirty-nine community health workers agreed to participate, with only two refusals. Five gave up participating. Twenty-six (66.66%) did not perform monitoring, seven (17.94%) monitored improperly and only six (15.38%) monitored properly. Just one child failed the quiz, who was forwarded to the hospital that conducted the auditory screening for retesting. These professionals' high activity demand was considered the main reason for the difficulties encountered in this project. In addition, there is the difficulty to have contact with the Family Health Strategy teams, as well as the impossibility of permanent face-to-face discussions and the influence of the community health agents' supervisors.*

Key words *Hearing, Monitoring, Community Health Workers, Family Health Strategy*

Resumo *Este artigo analisa a viabilidade da implantação de um programa de monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, no qual quarenta e um agentes comunitários de saúde foram convidados a monitorar mensalmente, por meio de um questionário já validado, a audição e a linguagem de crianças nascidas nas suas microáreas de atuação. Trinta e nove agentes comunitários de saúde aceitaram participar, havendo apenas duas recusas. Cinco desistiram da participação. Vinte e seis (66,66%) não realizaram o monitoramento, sete (17,94%) monitoraram de forma inadequada e apenas seis (15,38%) monitoraram adequadamente. Apenas uma criança falhou no questionário, a qual foi encaminhada ao hospital em que realizou a triagem auditiva para reteste. Acredita-se que a elevada demanda de atividades destes profissionais foi o principal motivo para as dificuldades observadas neste projeto. Além disso, destaca-se a dificuldade no contato com as equipes de Estratégia Saúde da Família, bem como a inviabilidade de discussões presenciais permanentes e a influência dos supervisores dos agentes comunitários de saúde.*

Palavras-chave *Audição, Monitoramento, Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família*

¹ Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. R. Sarmiento Leite 245. 90050-170 Porto Alegre RS Brasil. fono.julianne.wagner@gmail.com

Introdução

A triagem auditiva neonatal (TAN) é a forma mais efetiva para a detecção precoce de deficiência auditiva infantil¹. No entanto, devido à existência de perdas auditivas adquiridas ou de manifestação tardia^{2,3}, faz-se necessário realizar o monitoramento do desenvolvimento da audição e da linguagem das crianças que passam na TAN².

Para a execução deste controle, existe a possibilidade já comprovada de um questionário validado por Alvarenga et al.⁴, destinado ao monitoramento mensal do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida. Este questionário, aplicado aos pais ou responsáveis das crianças pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi criado a partir da necessidade de novas estratégias para a identificação precoce da deficiência auditiva, especialmente quando a detecção de perdas não é possível por meio da TAN⁴.

O ACS é considerado o vínculo entre a comunidade e a equipe da ESF^{5,6}, atuando na Atenção Primária por meio de atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, em ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, na estimulação de práticas de promoção da vida em coletividade e no desenvolvimento de interações sociais⁷. Desta forma, o monitoramento da audição e da linguagem pode ser intermediado pelos ACS, durante as visitas domiciliares. Assim, estes profissionais podem ser fundamentais na identificação e encaminhamento – se necessário – de sujeitos com perdas auditivas manifestadas após a realização da TAN, possibilitando uma adequada intervenção na deficiência auditiva no período crítico de desenvolvimento da criança³.

Deste modo, os encaminhamentos para diagnóstico devem ocorrer por meio da atenção básica, em qualquer momento que os pais suspeitarem de deficiência auditiva⁸, visto que eles são os primeiros a desconfiar⁹. Logo, o monitoramento mensal pode identificar crianças com o desenvolvimento aquém do esperado e favorecer uma suspeita pelos pais de alteração auditiva, principalmente em casos de perdas bilaterais.

O Ministério da Saúde⁸ recomenda o acompanhamento mensal da audição e linguagem de crianças de até um ano de vida e sugere a utilização, como referência, dos marcos do desenvolvimento de audição e linguagem (OMS, 2006). Existe também a orientação da Academia Americana de Pediatria¹⁰, que propõe a utilização de questionários aplicados aos pais em triagens de identificação de alterações de desenvolvimento,

junto à observação clínica do pediatra, para posterior encaminhamento a avaliações especializadas.

Apesar das recomendações citadas, no Rio Grande do Sul não foram encontradas publicações a respeito de ações na atenção primária, referentes ao monitoramento da audição e da linguagem de crianças. Diante disto, o objetivo da pesquisa foi analisar a viabilidade da implantação de um programa de monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida em crianças da região Norte/Eixo Baltazar de Porto Alegre, RS.

Métodos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e autorizado pela Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo-Baltazar de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, no qual foi realizado o monitoramento da audição e da linguagem de crianças que não apresentaram alteração auditiva na TAN. Este monitoramento foi realizado pelos ACS por meio do questionário proposto por Alvarenga et al.⁴.

Quarenta e um ACS foram convidados a participar do estudo. O convite foi realizado presencialmente em cinco Unidades Básicas de Saúde do Eixo Norte/Baltazar de Porto Alegre/RS, compostas por equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo quatro delas administradas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e uma pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). No momento do convite, houve uma reunião presencial em cada UBS, em que todos aqueles ACS que aceitaram participar foram devidamente capacitados por meio de instruções orais e receberam material impresso sobre o desenvolvimento normal da audição e da linguagem, com os comportamentos esperados até os 12 meses e instruções sobre a aplicação do questionário.

As cinco UBS participantes foram escolhidas por terem o maior número de ACS inscritos no Programa de extensão “Educação Permanente para Equipes de Saúde da Família” da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Os inscritos no programa realizaram uma capacitação presencial em saúde auditiva materno-infantil, ministrada pelos pesquisadores deste estudo e por bolsistas do programa de extensão, com carga horária de quatro horas. A palestra, realizada de forma expositiva e dinâmica, promoveu discussões sobre os assuntos abordados.

Dentre eles, fatores de risco para a deficiência auditiva, prevenção, classificação e reabilitação de perdas auditivas. As informações obtidas na capacitação foram compartilhadas com os demais ACS de cada UBS.

Cada ACS ficou responsável por monitorar mensalmente, por meio do questionário descrito, a audição e a linguagem das crianças nascidas na sua microárea de atuação, durante as visitas domiciliares de rotina.

O questionário é dividido por faixa etária, de zero a 12 meses e contém até três perguntas para cada idade sobre o desenvolvimento da audição e da linguagem, tais como “Seu filho ouve bem?”, com duas possibilidades de resposta, “sim” e “não”. Em casos de “sim”, as crianças foram consideradas com desenvolvimento adequado para a idade e nos de “não”, foram consideradas “de risco para alteração auditiva” e as famílias orientadas pela UBS a procurarem o local onde foi realizado a TAN para efetuar o reteste.

Na primeira visita para a aplicação do questionário, os responsáveis pelas crianças foram devidamente esclarecidos em relação à pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Na ocasião, os ACS verificaram na carteira da criança se foi realizada a TAN e qual o resultado, e questionaram sobre os indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA), conforme recomendação do *JCIH*²

Os critérios de inclusão das crianças da amostra foram: ter realizado a TAN com resultado de “passa” em ambas as orelhas com o registro do resultado na carteira da criança, residir na região de cobertura do ACS participante da pesquisa e ter até um mês de idade. Foram excluídas da amostra as crianças que não realizaram a TAN ou que tiveram resultado “falha” no teste em uma ou ambas as orelhas. Nestes casos, os ACS foram instruídos a incentivar os responsáveis em relação à realização do reteste no local onde foi realizada a triagem auditiva.

Foram incluídas na pesquisa as crianças identificadas pelos ACS no período de março a agosto/2015, sendo cada uma acompanhada pelo período de até seis meses.

Para avaliar a adesão dos ACS ao programa, foi elaborada uma planilha de gerenciamento em relação à participação dos mesmos ao longo do programa proposto com as seguintes informações: participação mensal no projeto, registro adequado dos resultados dos questionários, número de neonatos monitorados mensalmente, número de acompanhamentos finalizados. Neste estudo foram analisados os primeiros seis meses

de monitoramento, o qual terá continuidade até os doze meses.

Os dados referentes aos nascimentos mensais vinculados a cada UBS foram registrados e os resultados dos questionários e dos IRDA identificados pelos ACS foram recolhidos mensalmente pelos alunos pertencentes ao projeto nas Unidades Básicas de Saúde. As respostas foram registradas numa tabela de Excel® para posterior análise estatística adequada.

O teste do Qui Quadrado foi utilizado para a associação do resultado da triagem auditiva neonatal com cada IRDA. Após, foi utilizada a regressão logística para uma análise multifatorial. Os dados qualitativos foram analisados de forma descritiva.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a aceitação dos ACS ao convite para participação nesta pesquisa. A evasão dos ACS aconteceu em três casos por motivo de as crianças não terem realizado a TAN, uma das desistências foi devido à demanda de atividades do ACS na UBS ter aumentado e a outra foi por dificuldade de localização da família.

A Tabela 2 demonstra a abrangência do projeto por UBS.

A Tabela 3 apresenta a efetividade do monitoramento das crianças pelos ACS. As dificuldades relatadas pelos ACS que não iniciaram o monitoramento ou falharam em um ou mais meses foram: ausência de recém-nascidos nas suas microáreas; não poderem incluir crianças que não haviam realizado a TAN, localização das famílias no período de inclusão na pesquisa (até os 31 dias de vida da criança), grande demanda de atividades que realizam na UBS, esquecimento, famílias que se mudaram e saíram da área de responsabilidade do ACS e dificuldade de encontrar as famílias em casa durante as visitas domiciliares.

Na Figura 1, observa-se o número de crianças nascidas e monitoradas mensalmente por UBS.

Uma das crianças monitoradas foi identificada com IRDA (Figura 2) por ter permanecido na UTI Neonatal por mais de cinco dias ao nascimento. Esta criança teve resposta “sim” a todos os questionamentos durante os meses em que foi monitorado.

Em outro caso, a família da criança respondeu “não” a um dos questionamentos. Diante disto, a criança, sem IRDA, foi encaminhada pela UBS ao hospital em que realizou a TAN para que o reteste fosse efetuado.

Tabela 1. Participação dos ACS no projeto.

	ACS convidados	ACS que aceitaram participar n (%)	Índice de evasão dos ACS n (%)
UBS 1	6	6 (100%)	1 (16,66%)
UBS 2	5	5 (100%)	0 (0%)
UBS 3	15	13 (86,66%)	0 (0%)
UBS 4	7	7 (100%)	4 (57,14%)
UBS 5	8	8 (100%)	0 (0%)
Total	41	39 (95,12%)	5 (12,82%)

UBS: Unidade Básica de Saúde. ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 2. Abrangência do monitoramento por UBS.

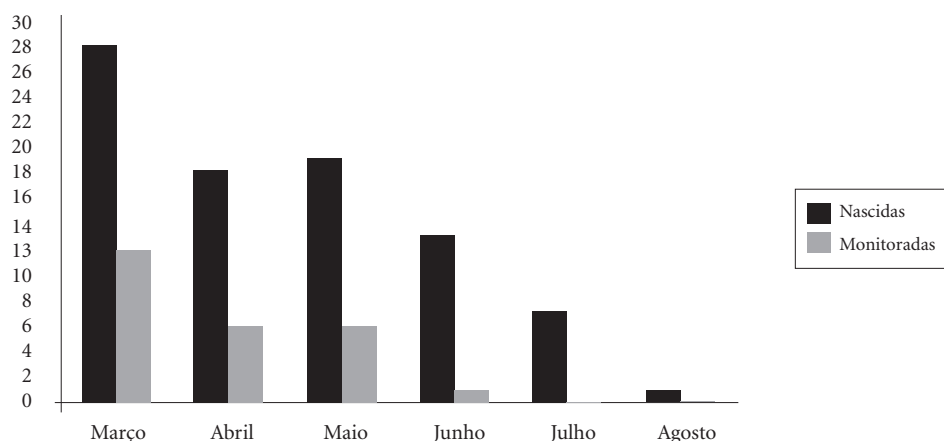
	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	Total
Nº de nascidos vivos nas áreas dos ACS	15	9	34	10	18	86
Nº de crianças monitoradas	5	5	13	1	1	25
% de abrangência por UBS	33,33%	55,55%	38,23%	10%	5,55%	29,06%

UBS: Unidade Básica de Saúde. ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 3. Efetividade do monitoramento pelos ACS.

	ACS que monitoraram adequadamente	ACS que monitoraram inadequadamente	ACS que não monitoraram	Total de ACS participantes
	n (%)	n (%)	n (%)	
UBS 1	0 (0%)	4 (66,66%)	2 (33,33%)	6
UBS 2	0 (0%)	2 (40%)	3 (60%)	5
UBS 3	5 (38,46%)	0 (0%)	8 (61,54%)	13
UBS 4	0 (0%)	1 (14,29%)	6 (85,71%)	7
UBS 5	1 (12,5%)	0 (0%)	7 (87,5%)	8
Total	6 (15,38%)	7 (17,94%)	26 (66,66%)	39

UBS: Unidade Básica de Saúde. ACS: Agente Comunitário de Saúde.

**Figura 1.** Número total de crianças nascidas e monitoradas mensalmente.

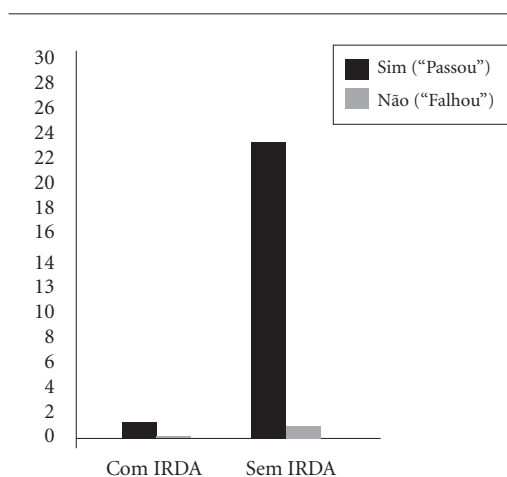


Figura 2. Relação dos resultados do questionário com os IRDA (Indicadores de risco para deficiência auditiva).

Discussão

Por meio da análise dos resultados, verificou-se que a aceitação dos ACS ao convite para participação do projeto foi satisfatória, tendo apenas duas recusas. Apesar de não ter esclarecido sobre o índice de aceitação ao convite, a pesquisa de validação do questionário para monitoramento auditivo e de linguagem teve a participação de 76 ACS⁴. Um estudo realizado com o objetivo de conhecer o cotidiano dos ACS no PSF em Porto Alegre contou com 114 deles, não havendo recusas de participação¹¹.

Ao longo do monitoramento proposto, cinco ACS desistiram de participar do projeto. A principal justificativa para a desistência, citada por três deles, foi não encontrar crianças que estivessem de acordo com os critérios de inclusão na pesquisa. Isto ocorreu porque, visando uma melhor organização do estudo, decidiu-se excluir da pesquisa crianças que não realizaram a TAN. A falta de esclarecimento e conscientização da população, assim como dos profissionais da área da saúde sobre a necessidade e a importância da detecção precoce da deficiência auditiva representam possíveis motivos para a não realização da TAN¹². Outro fator considerável é a não realização do teste antes da alta da maternidade¹³. Para estudos futuros, pode-se pensar em realizar o monitoramento com todas as crianças, independente de terem realizado ou não a TAN, pois considera-se que todas podem ser beneficiadas com o monitoramento da audição e da linguagem⁴.

Outro motivo de evasão, citado por um ACS no momento da coleta mensal dos resultados, foi o aumento da demanda de atividades. Um estudo refere que a falta de clareza sobre quais atribuições competem ao ACS pode provocar sobrecarga de funções, ocasionando uma responsabilização excessiva em torno deste profissional¹⁴. Este fator foi citado por apenas um ACS, entretanto pode ter colaborado com a desmotivação de outros ACS que desistiram de participar do projeto.

Mais um motivo relatado por um dos ACS que desistiu de participar do projeto foi a dificuldade para encontrar a família no momento da visita domiciliar. Ele relatou que muitas famílias mudam-se e não informam à UBS, e que outras não são localizadas por trabalharem no período de realização das visitas domiciliares.

Quando comparado o número de crianças nascidas em cada microárea com o número de acompanhadas pelos ACS, verifica-se que apenas 29% foram incluídos no monitoramento. Observa-se que apenas uma UBS (UBS 2) teve abrangência maior do que 50%. Nesta UBS, a enfermeira coordenadora mostrou-se receptiva e interessada no projeto. Além disso, a equipe pareceu ser unida e motivada. Sabe-se que uma boa liderança é fundamental para o funcionamento da UBS, uma vez que facilita o trabalho em equipe e promove a organização necessária para as ações em saúde¹⁵. Com isso, acredita-se que a sensibilização dos coordenadores seja um ponto fundamental no processo de adesão a projetos desenvolvidos na atenção primária.

Entre os ACS que concordaram em participar da pesquisa, 66,66% não iniciaram o monitoramento com as crianças nascidas em suas microáreas e 17,94% não realizou o monitoramento da forma adequada, mensalmente, conforme a proposta.

A grande demanda de atividades exercidas pelos ACS, já comentada anteriormente, foi referida também como um dos impeditivos para o início do monitoramento e pela falha na aplicação mensal do questionário. Em um estudo que investigou a satisfação e a limitação no cotidiano de trabalho do ACS, os depoimentos dos ACS deixam clara a insatisfação com a alta demanda de tarefas que exercem, refletindo negativamente na satisfação e saúde do trabalhador¹⁶.

Outro fator relatado pelos ACS foi o esquecimento, que possivelmente está ligado ao estresse e/ou desmotivação, gerados, talvez, pela sobrecarga de trabalho e/ou falta de liderança do coordenador da equipe. Mais uma vez, verifica-se a elevada demanda de atividades destes profis-

sionais, bem como a necessidade de liderança e engajamento do coordenador para desenvolver estratégias de ação e incentivar a equipe na implementação e direcionamento das ações¹⁵.

Há outras hipóteses para a desmotivação destes profissionais, como baixos salários, desvalorização, condições de trabalho e relações de trabalho difíceis, os quais corroboram os achados da literatura^{14,17-20}.

Uma questão observada nas duas UBS com menor percentual de efetividade no monitoramento (UBS 4 e UBS 5) foi a rotatividade do coordenador da equipe, que ocorreu mais de uma vez durante os seis meses de desenvolvimento do projeto. A rotatividade deste profissional, segundo um estudo que analisou suas causas entre médicos e enfermeiros de equipes da ESF, é altamente prejudicial para a efetividade dos resultados esperados. As causas da rotatividade são diversas, vão desde o vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento entre profissional e gestor à falta de estrutura e más condições de trabalho, dentre outros²¹.

Ao conversar com alguns ACS pertencentes à UBS com maior taxa de ACS que monitoraram as crianças adequadamente (UBS 3), notou-se um sentimento de orgulho da sua função e motivação na realização de uma atividade que possa favorecer a comunidade. Em um estudo que visou descrever as percepções e as motivações dos ACS em relação ao seu trabalho, foram observados relatos de satisfação destes em realizar um trabalho para o bem da comunidade. O estudo ainda ressalta a importância de valorizar este profissional para que sintam-se motivados no trabalho¹⁹.

Em relação à escala do total de crianças nascidas e monitoradas mensalmente, nota-se um decréscimo dos dois dados. Durante o período da pesquisa, não foi possível um espaço de conversa conjunta para esclarecimentos, discussões e sensibilização dos ACS ao longo do monitoramento. Acredita-se que essas ações presenciais são fundamentais para a implantação de qualquer programa na atenção primária. No entanto, a elevada demanda de atividades diárias destes profissionais e a inviabilidade de encontros para orientações pode ser um dos principais fatores relacionado aos dados encontrados.

Das 25 crianças monitoradas, a única com IRDA identificada nesta pesquisa apresentou todas as respostas “sim” ao questionário, o que significa que o seu desenvolvimento auditivo e de linguagem pode ser considerado como normal até o momento. No entanto, esta criança necessita de acompanhamento, pois crianças com IRDA

devem ter a audição e a linguagem monitorados durante todo o primeiro ano de vida, conforme recomendação do Ministério da Saúde⁸ e JCIH².

Uma das crianças sem IRDA apresentou a resposta “não” a um dos questionamentos, sendo então, considerado “de risco para perda auditiva”. O número é pequeno para qualquer hipótese, porém, sabe-se da importância do acompanhamento da audição de todas as crianças, devido a aproximadamente 50% das perdas auditivas serem idiopáticas²². Ressalta-se que o projeto terá continuidade e acompanhará todas as crianças participantes até completarem 12 meses.

Em um estudo em que o mesmo questionário foi aplicado, por meio de contato telefônico com os pais/responsáveis das crianças, verificou-se a incapacidade do monitoramento, geralmente por mudança ou número de telefone desconhecido. Os autores atentaram para a necessidade de viabilizar e implementar estratégias para o monitoramento, bem como destacaram a atuação dos ACS como uma opção viável²³. Acredita-se que esta opção seja possível, visto que os ACS são a principal ligação da atenção primária com a comunidade, podendo contribuir com ações em saúde auditiva infantil. Todavia, alguns resultados não foram satisfatórios e, portanto, devem ser observados para o planejamento de outros estudos.

O estudo de Alvarenga et al.⁴ também incentiva a inclusão deste questionário na rotina dos ACS, pois refere que a aplicação mensal aumenta a possibilidade de identificação de perdas auditivas sem aumentar o custo do procedimento. Vale ressaltar que o monitoramento por meio do questionário pode identificar perdas auditivas bilaterais de maior severidade, não detectando perdas leves ou unilaterais⁴.

Um dos desafios na realização deste projeto foi o contato, principalmente telefônico e eletrônico, com os ACS e seus coordenadores, para agendamento do recolhimento dos resultados mensais, sendo muitas vezes sem sucesso. Além desta dificuldade, o recolhimento dos resultados e o esclarecimento de dúvidas ocorreu de forma individual e de acordo com a disponibilidade de cada ACS. Caso tivesse ocorrido de forma mais sistemática e em grupo, acredita-se que o engajamento dos ACS teria sido maior.

De uma forma geral, os aspectos que prejudicaram o bom resultado do projeto, além dos citados no parágrafo anterior, foram: falta de capacitação a todos os ACS; baixa motivação dos participantes; rotatividade/falta de liderança dos coordenadores e falta de um espaço para sensibi-

lização dos ACS e coordenadores envolvidos nas UBS.

O estudo foi positivo pelo fato de proporcionar conhecimento em relação à audição aos pais das crianças, tornando-os mais atentos ao comportamento auditivo e de linguagem dos seus filhos. Da mesma forma, também proporcionou aos ACS maior conhecimento sobre a saúde auditiva materno-infantil, fato que certamente repercutirá positivamente na comunidade. Outros pontos positivos que devem ser comentados são: simplicidade e facilidade de aplicação do questionário, ocupando pouco tempo durante a visita domiciliar do ACS e oportunidade de troca de experiências com os ACS.

Conclusão

Analisando o desfecho deste estudo, percebe-se que para melhores resultados deve-se investir em capacitação adequada e permanente aos ACS e

gestores da equipe, uma vez que apenas alguns ACS tiveram a oportunidade de participar da capacitação integral ofertada. Dessa maneira, o profissional apropria-se da sua função, o que pode gerar maior motivação na participação de ações em saúde auditiva infantil. Também é importante que ocorra um contato mais frequente com as equipes, para esclarecimento de dúvidas e sensibilização dos ACS e supervisores. Além disto, ressalta-se a importância da elaboração de estratégias de valorização e motivação para o exercício do trabalho do ACS.

A implantação do monitoramento da audição e da linguagem no período de seis meses foi considerada insatisfatória, no formato em que foi realizada. Cabe destacar que, apesar das dificuldades observadas, acredita-se que os ACS são os profissionais ideais para a implantação de programas de monitoramento da saúde auditiva materno-infantil na atenção primária. Sugere-se mais estudos, com algumas modificações no formato das estratégias, a fim de que a proposta seja viável.

Colaboradores

J Wagner trabalhou na concepção, na coleta de dados, na análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. AW Bonamigo e F Oliveira participaram na idealização do projeto, na correção e na revisão crítica. MS Machado participou na idealização do projeto, na análise dos dados, na correção e revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva: COMUSA. *Braz. J. Otorrinolaryngol.* 2010; 76(1): 121-128.
2. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics* 2007; 120(4):898-921.
3. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MA, Melo TM, Blasca WQ, Taga MF. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. *Pró-Fono* 2008; 20(3):171-176.
4. Alvarenga KF, Araújo ES, Melo TM, Martinez MA, Bevilacqua MC. Questionário para monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida. *CoDAS* 2013; 25(1):16-21.
5. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 35(2):144-149.
6. Carli R, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Welcoming and bonding in the conceptions and practices of community health workers. *Texto contexto-enferm* 2014; 23(3):626-632.
7. Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trab. Educ. Saúde.* 2004; 2(2):353-366.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal.* Brasília: MS; 2012. [acessado 2016 maio 21]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf
9. Tiensoi LO, Goulart LMHF, Resende LM, Colosimo EA. Triagem auditiva em hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: deficiência auditiva e seus fatores de risco em neonatos e lactentes. *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1431-1441.
10. Council on Children with Disabilities. Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006; 118(1):405-420.
11. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciê Saude Colet* 2005; 10(2):347-355.
12. Gatto CL, Tochetto TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Rev. CEFAC* 2007; 9(1):110-115.
13. Mattos WM, Cardoso LF, Bissani C, Pinheiro MMC, Viveiros CM, Carreirão FW. Análise da implantação de programa de triagem auditiva neonatal em um hospital universitário. *Rev. Bras. Otorrinolaringol* 2009; 75(2):237-244.
14. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc* 2012; 21(1):141-152.
15. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *Rev. Bras. Enferm* 2013; 66(4):557-563.
16. Oliveira AR, Chaves AEP, Nogueira JA, Sá LD, Collet N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(1):28-36.
17. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa de Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc* 2009; 18(4):744-755.
18. Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Rev. Enferm UERJ* 2009; 17(4):563-568.
19. Costa EM, Ferreira DLA. Percepções e Motivações de Agentes Comunitários de Saúde sobre processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trab. Educ. Saúde* 2011; 9(3):461-478
20. Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev. bras. saúde ocup.* 2010; 35(122):327-339.
21. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel GCI, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):1521-1531.
22. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva: COMUSA. *Braz J Otorrinolaryngol* 2010; 76(1): 121-128.
23. Araújo ES, Lima FS, Alvarenga KF. Monitoramento de crianças com indicadores de risco para a deficiência auditiva. *Rev. CEFAC* 2013; 15(2):305-313.

Artigo apresentado em 21/07/2016

Aprovado em 16/12/2016

Versão final apresentada em 18/12/2016