

Artigos originais

Validação de uma matriz de indicadores para avaliação do Programa de Triagem Auditiva Neonatal

*Validation of an indicator matrix for the assessment of the Neonatal Hearing Screening Program*Marcella de Carvalho Ramos Pimentel¹<https://orcid.org/0000-0003-4277-6205>Nilcema Figueiredo¹<https://orcid.org/0000-0001-6181-8728>Maria Luíza Lopes Timóteo de Lima¹<https://orcid.org/0000-0001-8600-0017>

¹ Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - código de financiamento 001.

Conflito de interesses: Inexistente



Recebido em: 21/08/2020
Aceito em: 23/09/2020

Endereço para correspondência:
Marcella de Carvalho Ramos Pimentel
E-mail: marcellapimentel15@gmail.com

RESUMO

Objetivo: validar uma matriz de indicadores para avaliação do Programa de Triagem Auditiva Neonatal (PTAN).

Métodos: pesquisa de desenvolvimento metodológico. Participaram do processo de validação 13 fonoaudiólogos com especialização em audiolgia e/ou experiência em triagem auditiva neonatal por um período igual ou superior a 3 anos. Foram coletados dados quantitativos e qualitativos para elaboração da matriz de indicadores que, em seguida, foi submetida ao processo de validação. Os resultados da avaliação dos especialistas, nesta etapa, foram analisados quantitativamente por meio do Índice de Validação de Conteúdo por Item (I-IVC) e do Índice de Validação de Conteúdo por Escala (S-IVC).

Resultados: quanto aos indicadores classificados como bastante ou totalmente adequados, a média do I-IVC foi igual a do S-IVC (0,95), o que evidenciou a excelência na validade de seu conteúdo. Em relação às Pontuações classificadas como bastante ou totalmente adequadas, a média do I-IVC também foi idêntica a do S-IVC (0,83), tendo sido considerada a obtenção do consenso.

Conclusão: um conjunto de 33 indicadores foram validados no aspecto do conteúdo com a obtenção do consenso, cuja utilização poderá contribuir consistentemente para a avaliação dos serviços de TAN existentes no Brasil.

Descritores: Estudos de Validação; Triagem Neonatal; Audição

ABSTRACT

Purpose: to validate an indicator matrix to assess the Neonatal Hearing Screening Program (NHSP).

Methods: methodology development research. A total of 13 speech-language-hearing therapists with a specialization in audiology and/or at least three-year experience in neonatal hearing screening participated in the validation process. Quantitative and qualitative data were collected to develop the indicator matrix, which was then submitted to the validation process. The results of the specialists' evaluation, in this stage, were quantitatively analyzed with the item content validation index (I-CVI) and scale content validation index (S-CVI).

Results: regarding the indicators classified as quite or fully adequate, the mean I-CVI was the same as the mean S-CVI (0.95), evidencing excellence in their content validity. Concerning the scores classified as quite or fully adequate, the I-CVI mean was also identical to that of S-CVI (0.83), thus, reaching a consensus.

Conclusion: this matrix with 33 indicators that had their content validated with consensus, will consistently contribute to assessing NHS services in Brazil.

Keywords: Validation Studies; Neonatal Screening; Hearing

INTRODUÇÃO

No campo da avaliação em saúde, as matrizes de indicadores são ferramentas que facilitam a organização, o desenho e a análise dos programas. Elas são compostas por critérios e indicadores que auxiliarão a análise e a interpretação das informações, além de facilitarem a organização e o planejamento da coleta de dados, a elaboração de instrumentos avaliativos, as técnicas de análise e a apresentação dos resultados¹.

O Programa de Triagem Auditiva Neonatal (PTAN) tem por finalidade a detecção oportuna da deficiência auditiva (DA) nos bebês, a partir das primeiras 24 horas de vida até os 3 meses de idade. Faz parte de um conjunto de ações que devem ser realizadas para a atenção integral à saúde auditiva na infância: triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, diagnóstico e (re) habilitação².

O PTAN deve estar integrado à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, às ações de acompanhamento materno-infantil e articulado com a atenção básica para garantir o monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, e para a adesão aos encaminhamentos para serviços especializados^{2,3}.

Por meio de um instrumento validado torna-se possível conhecer melhor as evidências da contribuição da TAN para o diagnóstico e a intervenção auditiva oportuna, além das dificuldades para o atendimento fonoaudiológico a nível local, visando futuras negociações governamentais para a reorganização e melhoria do PTAN, por meio da articulação das ações em rede, permeadas pela flexibilidade na organização dos serviços, respeito ao usuário e trabalho interprofissional⁴.

Na literatura, estão disponíveis vários artigos que relatam os resultados obtidos pelo PTAN em serviços de triagem localizados em diversos países⁵⁻⁹, no Brasil, porém, foram encontradas apenas publicações que demonstram tais resultados a nível local, não denotam a realidade nacional¹⁰⁻¹³.

Desta forma, a matriz de indicadores poderá tornar-se um instrumento de pesquisa, particularmente,

um instrumento de avaliação. Para que isto aconteça, os indicadores contidos na matriz devem ser validados por um grupo de especialistas¹³.

É por meio do processo de validação que este instrumento será capaz de gerar resultados válidos e confiáveis, podendo ser utilizado amplamente na clínica e na pesquisa na área da saúde coletiva, além de servir para outras áreas, inclusive para a avaliação de serviços em fonoaudiologia¹⁴.

Este trabalho teve como objetivo elaborar e validar a Matriz de Indicadores do Programa de Triagem Auditiva Neonatal (PTAN) na rede de saúde auditiva.

MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco / Centro de Ciências da Saúde – UFPE, PE, Brasil, sob o parecer de número: 2.695.541.

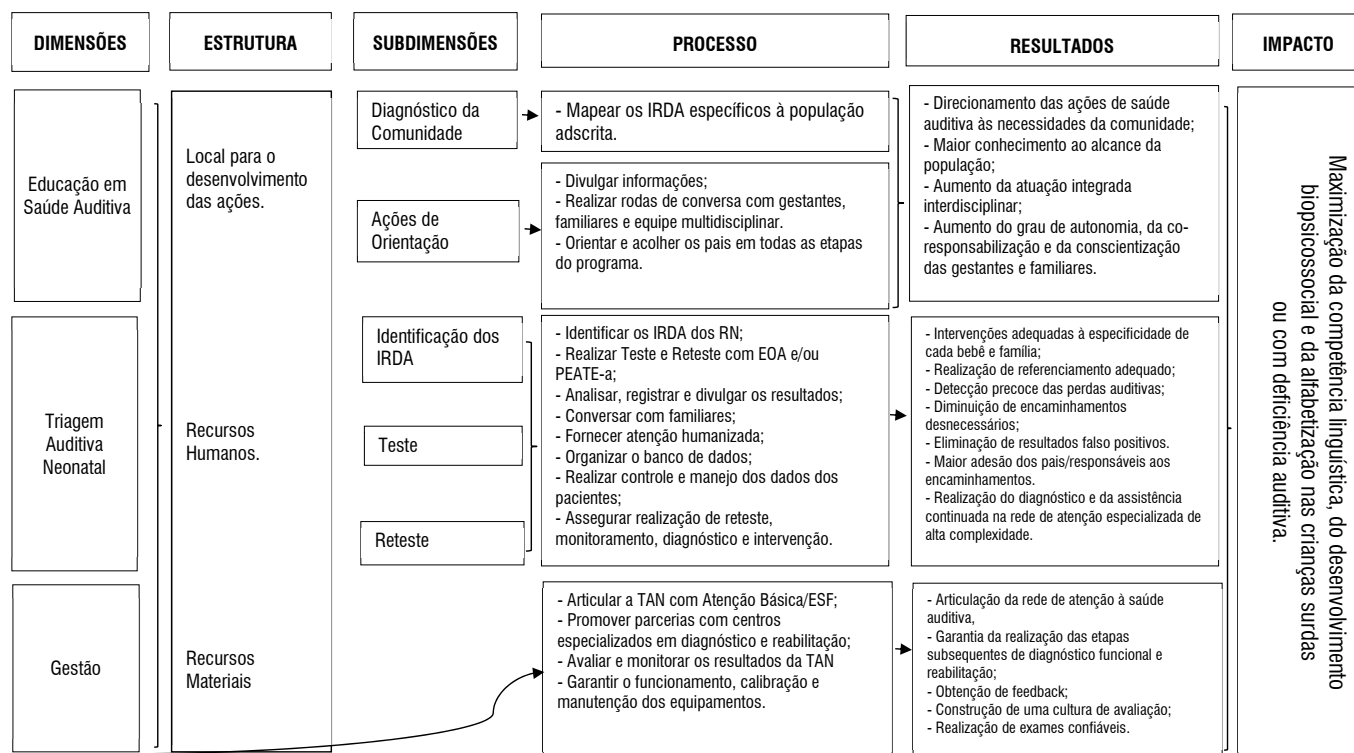
Este estudo foi do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico com vistas ao desenvolvimento de um instrumento para avaliação o Programa de Triagem Auditiva Neonatal.

A população do estudo foi composta pelo universo de 13 fonoaudiólogos que contribuíram ao grupo de consenso para validação da matriz de indicadores. Foram selecionados os especialistas com base no seguinte critério: serem fonoaudiólogos ou otorrinolaringologistas com especialização em audiolgia e/ou experiência na coordenação/ execução da triagem auditiva neonatal por um período igual ou superior a 3 anos.

Foram coletados dados quantitativos e qualitativos para elaboração da matriz de indicadores.

O estudo foi conduzido em 2 etapas distintas: 1ª) construção da matriz de indicadores do PTAN na rede de saúde auditiva; 2ª) a validação da matriz de indicadores para avaliação do PTAN.

Na primeira etapa, a matriz de indicadores do PTAN foi construída com base no modelo lógico do PTAN que foi proposto e validado por Pimentel, Figueiredo e Lima¹⁵ em estudo anterior. Na Figura 1, observa-se o Modelo Lógico Resumido.



Fonte: Autoras da pesquisa (2019).

Legenda: IRDA: indicadores de risco para a deficiência auditiva; TAN: triagem auditiva neonatal; ESF: estratégia de saúde da família.

Figura 1. Modelo Lógico resumido do Programa de Triagem Auditiva Neonatal

A partir daí, foi desenvolvida a matriz de indicadores que contempla os aspectos estrutura e processos e contém critérios, indicadores, dimensões, subdimensões e a pontuação esperada (Figura 2).

Na segunda etapa da pesquisa, a matriz de indicadores foi avaliada por meio de consulta aos profissionais com experiência na área de Triagem Auditiva Neonatal.

Neste estudo, foram contatados 26 especialistas – por meio da técnica “bola de neve”¹⁶, onde um especialista indica outros com o perfil necessário à pesquisa – que atuam nos estados de Alagoas, Amazonas, Paraíba, Pernambuco, São Paulo, Sergipe e no Distrito Federal, sendo 23 fonoaudiólogos e 3 otorrinolaringologistas, possuidores, no mínimo, de título de especialização/ residência, com experiência na implantação, coordenação e/ou execução da triagem auditiva neonatal¹⁷.

Segundo a literatura¹⁸⁻²⁰, os participantes da pesquisa além de serem peritos ou possuidores de conhecimento sobre o fenômeno, devem ter disponibilidade e motivação para participar das distintas etapas do estudo. Para a seleção dos mesmos, foi efetivado contato telefônico e enviada uma carta-convite com

justificativa da pesquisa e esclarecimentos sobre a importância de sua participação.

Na ocasião do contato telefônico, apenas duas especialistas não confirmaram sua participação, sendo uma otorrinolaringologista e uma fonoaudióloga. Após a manifestação da disposição dos demais profissionais em participar da pesquisa e da confirmação do endereço eletrônico para comunicação durante o processo de coleta de dados, foi-lhes enviado um e-mail contendo a carta convite de apresentação da pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para autorização formal, um formulário online com questionário para uma breve caracterização desses especialistas e uma planilha do Microsoft Excel contendo a matriz de indicadores do PTAN a ser avaliada e preenchida pelos mesmos.

Após o envio dos e-mails com o material citado, 17 especialistas (65,3%) responderam ao formulário online. Desses, quatro responderam apenas ao formulário e, como não devolveram a matriz de indicadores, foram excluídos da pesquisa. Foram 13 especialistas (50% do total de convidados) que participaram efetivamente da pesquisa.

Os formulários preenchidos foram analisados e os dados contidos na matriz de indicadores foram processados segundo os critérios de validação descritos abaixo.

Os especialistas julgaram cada indicador em relação aos aspectos: nomenclatura apropriada, clareza, objetividade e aplicabilidade. Estas opções foram dispostas na matriz de avaliação enviada a cada um deles.

Em seguida foram convidados a, com base nos aspectos selecionados, avaliar se o indicador em questão era adequado ou não para avaliar o Programa de Triagem Auditiva Neonatal.

Para isso, optou-se por adotar a escala de Likert¹⁸⁻²⁰ adaptada, categorizando a avaliação dos indicadores em: (1) Inadequado, quando os quatro aspectos (nomenclatura apropriada, clareza, objetividade e aplicabilidade do indicador) estivessem ausentes; (2) Pouco adequado, quando houvesse apenas um aspecto presente; (3) Bastante adequado, quando dois ou três aspectos estivessem presentes; e (4) Totalmente adequado, quando os quatro aspectos estivessem presentes.

A distribuição da pontuação também foi avaliada pelos especialistas durante o processo de validação e para mensurá-la, foi proposta a sua distribuição entre os aspectos estrutura e processo. A pontuação total atribuída para o aspecto Estrutura foi de 30 pontos e para o aspecto Processo, 70 pontos, totalizando 100 pontos. Este último, subdividido nas dimensões: educação em saúde auditiva (10 pontos), triagem auditiva neonatal (50 pontos) e gestão (10 pontos).

Em princípio, essa pontuação individual para cada indicador foi distribuída igualmente pela pesquisadora e demonstra o grau de importância que cada aspecto (Estrutura e Processo) apresenta dentro do programa de Triagem Auditiva Neonatal. Essa distribuição foi predeterminada pelos especialistas que participaram da validação do Modelo Lógico do PTAN, na primeira etapa da pesquisa.

A pontuação a ser analisada pelos especialistas foi distribuída de maneira uniforme nas dimensões: estrutura física, recursos materiais e recursos humanos (2 pontos/indicador); educação em saúde auditiva (2 pontos/indicador); triagem auditiva neonatal – a esta foi dada uma maior pontuação (5 pontos/indicador); e gestão (2,5 pontos/indicador).

Vale ressaltar que a pesquisadora optou por distribuir igualmente estes pontos para não influenciar positiva ou negativamente, a análise dos juízes.

Solicitou-se que os profissionais avaliassem a pontuação sugerida para cada indicador e classificassem-na como: (1) Inadequada, quando discordasse fortemente; (2) Pouco adequada, quando discordasse; (3) Bastante adequada, quando concordasse; e (4) Totalmente adequada, quando concordasse fortemente.

Os especialistas também foram orientados a sugerir uma nova pontuação para cada indicador, caso não concordassem com a que havia sido proposta pela pesquisadora.

Os resultados da avaliação dos especialistas foram analisados qualitativamente, por meio da análise aos comentários registrados pelos mesmos e, quantitativamente, por meio do Índice de Validação de Conteúdo por Item (I-IVC) e por escala (S-IVC)¹⁸⁻²⁰, conforme descrito logo abaixo:

$$I-IVC = \frac{\text{Número de especialistas com item classificado em 3 ou 4}}{\text{Número total de especialistas}}$$

A validade de conteúdo por item individual representa a proporção de especialistas que classificaram o item de acordo com sua relevância ou adequabilidade¹⁹.

Sendo assim, numa escala onde 1 representa um item inadequado e 4, um item totalmente adequado, o IVC real é a proporção de itens que receberam uma classificação de 3 ou 4 pelos especialistas¹⁸.

A condição exigida para validação de cada item da matriz foi que o valor do I-IVC fosse maior ou igual a 0,80, categorizando-o como adequado. Caso o I-IVC fosse considerado inadequado, ou seja, obtivesse valor menor que 0,80, o item deveria ser eliminado ou, caso algum especialista tivesse sugerido alterações para adequação do item, ele seria mantido, porém, modificado.

Após o cálculo do I-IVC de cada item, foi calculado o Índice de Validação de Conteúdo por nível de escala (S-IVC) de acordo com a fórmula a seguir:

$$S-IVC = \frac{\text{Número de itens classificado em 3 ou 4}}{\text{Número total de indicadores}}$$

O S-IVC deve ser igual ou maior que 0,90 para estabelecer excelência na validade de conteúdo^{19,20}.

Após o parecer dos especialistas as respostas foram tabuladas separando-se por indicadores e as pontuações sugeridas, onde se calculou o I - IVC e posteriormente o S-IVC.

RESULTADOS

A matriz de indicadores resultante do processo de validação encontra-se exposta na Figura 2.

MATRIZ DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL				
ASPECTO	CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	ESPAÇO FÍSICO			
	Local para realizar a TAN	1. Pelo menos uma sala disponível às atividades do PTAN.	2,5	2,5 pontos = se sala para as atividades do PTAN; 0 pontos = se nenhuma sala para atividades do PTAN;
	Espaço para as atividades educativas	2. Pelo menos um espaço físico destinado para atividades educativas na Maternidade ou na Unidade Básica de Saúde	1	1,0 pontos = se espaço para atividades educativas; 0 pontos = se nenhum espaço para atividades educativas;
	RECURSOS MATERIAIS			
	Mesa	3. Existência de mesa para auxiliar no registro da TAN.	1	1,0 pontos = se uma mesa em sala exclusiva do PTAN. 0,5 pontos = se uma mesa compartilhada com outros profissionais de saúde em sala coletiva; 0 pontos = se nenhuma mesa;
	Cadeiras	4. Existência de cadeiras para acomodação dos fonoaudiólogos, mães e acompanhantes.	1	1,0 pontos = se duas ou mais cadeiras; 0,5 pontos = se apenas uma cadeira; 0 pontos = se nenhuma cadeira;
	Armário	5. Existência de armário para armazenar o material e os equipamentos necessários à realização da TAN.	1	1,0 pontos = se um armário; 0 pontos = se nenhum armário;
	Pia	6. Existência de pia/ lavabo no local de realização da TAN.	1	1,0 pontos = se uma pia; 0 pontos = se nenhuma pia;
	Equipamentos para proteção individual e higienização/esterilização das olivas, cubas e outros materiais utilizados na TAN.	7. Existência de pelo menos 5 materiais utilizados para equipamentos de proteção individual e para a higienização/esterilização das olivas, cubas e outros materiais utilizados na TAN: jaleco, luvas, algodão, detergente neutro, álcool a 70%, hipoclorito ou outro material para esterilização.	2,5	2,5 pontos = se possuir os 5 itens ou mais; 1,5 pontos = se possuir pelo menos 3 ou 4 dos itens; 0,5 pontos = se possuir até dois dos itens; 0 pontos = se possuir apenas um ou nenhum dos itens.
	Material informativo	8. Existência de material informativo relacionado a temática (cartaz, banner, cartilhas, folhetos).	1	1,0 pontos = se possuir pelo menos 1 dos itens: cartaz, banner, cartilhas, folhetos; 0 pontos = se não possuir qualquer tipo de material informativo.
	Prontuários	9. Utilização do prontuário do bebê para registro dos resultados da TAN.	1	1,0 pontos = se presença de prontuário; 0 pontos = se nenhum prontuário;
	Caderneta de Saúde da Criança	10. Utilização da Caderneta de Saúde da Criança para registro dos resultados da TAN.	1	1,0 pontos = se presença da Caderneta; 0 pontos = se ausência da Caderneta;
	Equipamentos: Emissor Otoacústico e PEATEa	11. Existência de equipamentos para avaliação fisiológica e eletrofisiológica da audição.	5	5,0 pontos = se possuir os 2 equipamentos: Emissor Otoacústico e PEATEa. 2,5 pontos = se possuir apenas 1 dos equipamentos. 0 pontos = se não possuir nenhum dos equipamentos.
	Computador com internet	12. Computador com internet para uso exclusivo do PTAN.	2	2,0 pontos = se existência de computador com internet para uso do PTAN; 1,0 pontos = se existência de computador sem internet para uso do PTAN; 0 pontos = se nenhum computador.
	Banco de dados informatizado	13. Existência de banco de dados informatizado para registro e acompanhamento dos resultados da TAN.	2,5	2,5 pontos = se existência de banco de dados informatizado. 1,0 pontos = se existência de banco de dados não informatizado. 0 pontos = se nenhum banco de dados.
	RECURSOS HUMANOS			
	Fonoaudiólogos, médicos (neonatalogistas ou otorrinolaringologistas), gestores em saúde.	14. Existência de fonoaudiólogos e/ou médicos (neonatalogistas ou otorrinolaringologistas) que tenham especialização ou experiência comprovada em Audiologia para realizar, coordenar e gerenciar as ações do PTAN.	5	5,0 pontos = se existência de fonoaudiólogos e médicos com especialização ou experiência comprovada em Audiologia. 4,0 pontos = se existência de pelo menos 1 dos profissionais: fonoaudiólogos ou médicos com especialização ou experiência comprovada em Audiologia; 0 pontos = se não existência de fonoaudiólogos e/ou médicos com especialização ou experiência comprovada em Audiologia na equipe do PTAN;
	Equipe de Atenção básica	15. Existência articulação e integração com equipes de atenção básica (médicos, enfermeiros, ACS, NASF) para dar prosseguimento às ações do PTAN na continuidade do cuidado, garantindo o diagnóstico, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem e a adesão aos encaminhamentos para serviços especializados.	2,5	2,5 pontos = se existência de articulação e integração com equipes de atenção básica. 0 pontos = se não existência de articulação e integração com equipes de atenção básica.
TOTAL			30 PONTOS	

ASPECTO	DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	EDUCAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA	SUBDIMENSÃO: DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE			
		Realização de mapeamento dos indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDA) na comunidade em que o PTAN está inserido.	16. Mapeamento dos indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDA) na comunidade em que o PTAN está inserido.	1,5	1,5 pontos = se realiza. 0 pontos = se não realiza.
		SUBDIMENSÃO: AÇÕES DE ORIENTAÇÃO			
		Divulgação de informações sobre a importância da imunização, de manter o acompanhamento pré-natal, IRDA e da realização da TAN para a detecção precoce da deficiência auditiva (DA).	17. Periodicidade de divulgação de informações sobre a importância da imunização, de manter o acompanhamento pré-natal, IRDA e da realização da TAN para a detecção precoce da deficiência auditiva (DA).	2	2,0 pontos = se divulga informações muitas vezes ou regularmente; 1,0 pontos = se divulga informações às vezes ou de forma aleatória. 0,25 pontos = se não sabe ou não lembra da periodicidade, mas já divulgou informações; 0 pontos = se não divulga informações.
		Realização de rodas de conversas com os profissionais de saúde que atuam nas maternidades, ambulatorios, AB, ESF e NASF acerca da importância da TAN.	18. Periodicidade de realização de rodas de conversa com os profissionais da saúde.	2	2,0 pontos = se realiza rodas de conversa muitas vezes ou regularmente; 1,0 pontos = se realiza rodas de conversa às vezes ou de forma aleatória; 0,25 pontos = se não sabe ou não lembra da periodicidade, mas já realizou rodas de conversa com profissionais da saúde. 0 pontos = se não realiza rodas de conversa com profissionais da saúde.
		Realização de rodas de conversa para grupos de pais.	19. Realização de rodas de conversa para grupos de pais.	2	2,0 pontos = se realiza rodas de conversa muitas vezes ou regularmente; 1,0 pontos = se realiza rodas de conversa às vezes ou de forma aleatória; 0 pontos = se não realiza rodas de conversa com grupos de pais.
		Atenção humanizada e realização dos procedimentos adequados, considerando a individualidade de cada bebê e as necessidades específicas de cada família acolhida.	20. Realização de orientação e acolhimento aos pais e familiares em todas as etapas do Programa.	2,5	2,5 pontos = se existência de acolhimento aos pais, explicação sobre a importância da TAN, solicitação assinatura de termo de consentimento para realização do exame, ou um termo de responsabilidade pela recusa da realização do mesmo; 0 pontos = se não existência de acolhimento e orientações aos pais em alguma etapa do Programa
	SUBTOTAL – DIMENSÃO EDUCAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA:			10 PONTOS	
	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	SUBDIMENSÃO: IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS			
		Identificação dos IRDA por meio de anamnese e consulta aos prontuários.	21. Identificação dos RN que apresentam IRDA	5	5,0 pontos = se houver identificação dos RN que apresentam IRDA por meio de anamnese e consulta aos prontuários. 2,5 pontos = se houver identificação dos RN que apresentam IRDA por apenas 1 das fontes: anamnese ou consulta aos prontuários. 0 pontos = se não houver a identificação dos RN com IRDA.
		SUBDIMENSÃO: TESTE			
		Realização do exame das emissões otoacústicas (EOA) nos bebês recém-nascidos após as primeiras 24 horas de vida e antes da alta hospitalar.	22. Identificação dos bebês que realizam a TAN por meio do exame de EOA.	6	6,0 pontos = se propõe realizar exame de EOA em todos os bebês recém-nascidos vivos antes da alta hospitalar; 3,0 pontos = se realiza exame de EOA apenas em RN com IRDA; 0 pontos = se não realiza exame de EOA.
		Realização do exame de PEATE-a.	23. Identificação dos bebês que realizam exame de PEATE-a no PTAN.	6	6,0 pontos = se realiza exame de PEATE-a em todos os bebês recém-nascidos vivos antes da alta hospitalar; 5,0 pontos = se realiza PEATE-a apenas em RN com IRDA; 0 pontos = se não realiza PEATE-a.
		SUBDIMENSÃO: RETESTE			
		Repetição do exame de EOA no período de até 30 dias após o Teste.	24. Periodicidade de realização do Reteste..	6	6,0 pontos = se a realização do Reteste com EOA ocorre no período de até 30 dias após o Teste. 3,0 pontos = se a realização do Reteste com EOA ocorre com mais de 30 dias após o Teste. 0 pontos = se não é realizado o Reteste.
		Realização imediata do PEATE-a nos bebês que apresentarem nova “falha” na etapa de Reteste com EOA.	25. Periodicidade de realização do PEATE-a nos bebês que “falharam” no Reteste.	6	6,0 pontos = se realização imediata de PEATE-a nos bebês que falham no Reteste. 3,0 pontos = se não é realizado o PEATE-a de imediato após a falha no Reteste, mas ocorre realização de encaminhamento para realização do mesmo na rede especializada. 0 pontos = se não é realizado o PEATE-a de imediato após falha no Reteste, nem é realizado o encaminhamento para realização do mesmo na rede especializada.

ASPECTO	DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	Realização de encaminhamento imediato do bebê que necessitará de diagnóstico.	26. Encaminhamento imediato do bebê que não obteve resposta satisfatória com PEATE-a e se encontra em suspeita de perda auditiva para uma avaliação diagnóstica na rede auditiva especializada.	5	5,0 pontos = se realiza orientações aos pais e encaminhamento imediato para diagnóstico na rede especializada. 0 pontos = se não realiza orientações, nem encaminhamento imediato para diagnóstico na rede especializada.
		Realização de encaminhamento para realização de monitoramento auditivo.	27. Realização de orientação aos pais e de encaminhamentos ao monitoramento auditivo para todos os bebês que passaram na TAN, mas que apresentam IRDA e para aqueles que falharam no registro das EOA, mas que apresentaram resultados satisfatórios no PEATE-a.	5	5,0 pontos = se realiza orientações aos pais e encaminhamento imediato para monitoramento dos bebês na rede especializada. 0 pontos = se não realiza orientações aos pais, nem encaminhamento imediato para monitoramento dos bebês na rede especializada.
		Divulgação dos resultados da TAN aos pais/responsáveis, gestores e demais profissionais da saúde.	28. Divulgação dos resultados do Teste e do Reteste por meio de: (1) acolhimento aos pais durante a divulgação oral e impressa do resultado; (2) solicitação da assinatura dos pais no termo de recebimento de encaminhamentos e na folha de resultados e orientações; (3) registro dos resultados no prontuário; (4) registro na Caderneta de Saúde da Criança; (5) registro no banco de dados informatizado; (6) apresentação de relatórios trimestrais e anuais à coordenação do Programa e aos profissionais de saúde.	6	6,0 pontos = se divulga os resultados da TAN por meio dos 6 itens. 5,0 pontos = se divulga os resultados da TAN por pelo menos 5 dos itens; 4,0 pontos = se divulga os resultados da TAN por pelo menos 4 dos itens; 2,0 pontos = se divulga os resultados da TAN por pelo menos 3 dos itens; 1,0 pontos = se divulga os resultados da TAN por meio de apenas 1 ou 2 itens. 0 pontos = se não divulga os resultados da TAN.
		Registro em banco de dados do nome das mães, endereços e telefones daquelas com recém-nascidos e lactentes que falharam no Teste e precisarão realizar o Reteste e daqueles que passaram na TAN, mas apresentam IRDA e necessitarão de monitoramento aditivo na rede especializada.	29. Existência de lista para controle em banco de dados informatizado das mães cujos bebês foram encaminhados para Reteste; daquelas cujos bebês necessitarão de monitoramento auditivo e daquelas cujos bebês precisarão de diagnóstico.	5	5,0 pontos = se existência de lista controle em banco de dados informatizado para rastreamento dos RN encaminhados para Reteste, monitoramento e diagnóstico. 2,5 pontos = se existência de lista controle em banco de dados não informatizado para rastreamento dos RN encaminhados para Reteste, monitoramento e diagnóstico. 0 pontos = se não existência de lista controle.
	SUBTOTAL – DIMENSÃO TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL:			50 PONTOS	
	GESTÃO	Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde auditiva, incluindo parcerias com os centros especializados em diagnóstico e reabilitação.	30. Existência de articulação entre os serviços de saúde, incluindo parcerias com os centros especializados em diagnóstico e reabilitação.	2,5	2,5 pontos = se existência de articulação entre os serviços de saúde, incluindo parcerias com os centros especializados em diagnóstico e reabilitação. 0 pontos = se não existência de articulação entre os serviços.
		Promoção de parcerias com as equipes de assistência social lotadas onde o PTAN está inserido, para garantir o encaminhamento das crianças que forem encaminhadas para reteste e para o diagnóstico nos centros especializados.	31. Existência de parcerias com as equipes de assistência social.	2,5	2,5 pontos = se existência de parcerias com as equipes de assistência social. 0 pontos = se não existência de parcerias com as equipes de assistência social.
		Avaliação e monitoramento dos resultados da TAN em banco de dados informatizado.	32. Acompanhamento dos resultados encontrados mensalmente, e também do rastreamento dos casos que foram perdidos, ou que não concluíram todas as etapas necessárias de reteste ou diagnóstico.	2,5	2,5 pontos = se existência de avaliações periódicas e monitoramento dos resultados da TAN em banco de dados informatizado. 1,0 pontos = se existência de avaliações periódicas e monitoramento dos resultados da TAN em banco de dados não informatizados. 0 pontos = se não existência de avaliações periódicas e monitoramento dos resultados da TAN.
		Garantir o funcionamento, calibração e manutenção dos equipamentos.	33. Realização de calibrações anuais e manutenção preventiva dos equipamentos.	2,5	2,5 pontos = se há realização de calibrações anuais e manutenção preventiva dos equipamentos. 0 pontos = se não há realização de calibrações anuais e manutenção preventiva dos equipamentos.
	SUBTOTAL – DIMENSÃO GESTÃO:			10 PONTOS	
	TOTAL GERAL:			100 PONTOS	

Fonte: Autoras da pesquisa (2019).

Figura 2. Matriz de Indicadores para Avaliação do Programa de Triagem Auditiva Neonatal

Ao todo, participaram do processo de validação da matriz de indicadores: 3 gestores (os quais foram nominados de coordenadores); 4 professores pesquisadores e 6 especialistas. Dentre os gestores, contribuiu para a presente pesquisa uma das fundadoras da TAN no Brasil, que coordenou e participou ativamente da implantação da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) no país.

Dos profissionais que responderam ao formulário online, 12 (92,3%) pertencem ao gênero feminino e 1 (7,7%) ao masculino. A idade dos participantes foi em média de 41 anos (variando entre 34 e 57 anos) e o tempo de graduação dos profissionais variou entre 11 a 34 anos de formação. Dentre os especialistas, 92,3% eram audiologistas que atuam diretamente com a execução da TAN em um ou mais locais de atuação:

maternidades públicas, privadas, unidades básicas de saúde, clínica escola e/ou clínica particular.

Quanto a titulação dos profissionais que responderam ao formulário online, 2 (15,4%) possuíam o título de pós-doutorado; 4 (30,8%) tinham doutorado; 2 (15,4%), mestrado e 5 (38,5%), título de especialização ou residência em Audiologia.

A média de atuação direta com a TAN foi de 9 anos (sendo o tempo menor de experiência de 3 anos e o maior, 28 anos).

Na Tabela 1, têm-se, assinalados por um “X”, os **Indicadores classificados como bastante ou totalmente adequados**, onde a média do I-IVC foi igual a do S-IVC (0,95). Estes valores evidenciaram a excelência na validade de seu conteúdo¹⁹.

Tabela 1. Indicadores classificados como bastante ou totalmente adequados, 2019

Indicadores	Especialistas													Nº de consenso ¹	I-IVC ²
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
2	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	11	0,84
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
8	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	0,92
9	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	12	0,92
10	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	0,92
11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
12	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	X	-	X	10	0,77
13	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
14	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	12	0,92
15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
16	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	-	11	0,84
17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	12	0,92
18	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	12	0,92
19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	12	0,92
21	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
22	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
23	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
24	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	12	0,92
25	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	12	0,92
26	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
27	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
28	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
29	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	12	0,92
30	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
31	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	12	0,92
32	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	12	0,92
33	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
Prop ³	0,97	0,97	1	0,94	0,94	0,97	0,97	0,97	1	0,94	1	0,90	0,85	S-IVC ⁴ 0,95	I-IVC 0,95

Fonte: Autoras da pesquisa (2019). Legenda: ¹ Número de concordância entre os especialistas. ² Índice de Validação de Conteúdo por Item.

³ Proporção considerada adequada. ⁴ Índice de Validação de Conteúdo por nível de Escala.

As sugestões dos especialistas sobre o conteúdo, redação e gramática dos critérios e indicadores foram analisadas e acatadas.

Em relação às **Pontuações classificadas como bastante ou totalmente adequadas**, as médias do I-IVC e do S-IVC também foram equivalentes: 0,83 (Tabela 2), tendo sido considerada a obtenção do consenso.

À análise dos resultados, observou-se que dois indicadores apresentaram a menor taxa de concordância com I-IVC de 0,84 e 0,77, respectivamente. Foram eles o indicador de número 2 e 12 (local para as

atividades educativas e computador com internet para uso do PTAN).

Dezoito (18) indicadores receberam a pontuação máxima no I-IVC (1,0).

Após a análise dos dados, foi observada discordância dos especialistas quanto à distribuição inicial da pontuação em 14 dos 33 indicadores avaliados. Esse dado pode ser verificado na Tabela 2 na análise do I-IVC por item individual, onde estão assinalados por um "X" as pontuações classificadas como bastante ou totalmente adequadas.

Tabela 2. Pontuações classificadas como bastante ou totalmente adequadas, 2019

Indicadores	Especialistas													Nº de consenso ¹	I-IVC ²
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	11	0,84
2	-	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	10	0,77
3	-	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	10	0,77
4	-	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	10	0,77
5	-	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11	0,84
6	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	11	0,84
7	X	X	-	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	12	0,92
8	-	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	10	0,77
9	X	X	-	X	X	X	X	-	X	-	X	X	-	9	0,75
10	-	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	-	X	9	0,66
11	X	X	-	-	X	X	X	-	X	X	X	X	-	9	0,75
12	X	X	-	-	X	X	X	-	X	X	X	-	X	9	0,66
13	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	11	0,84
14	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	11	0,84
15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	12	0,92
16	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	10	0,77
17		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	10	0,77
18		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	10	0,77
19	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	10	0,77
20	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	10	0,77
21	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	0,92
22	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
23	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	0,92
24	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
25	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	12	0,92
26	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	12	0,92
27	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	12	0,92
28	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13	1
29	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	12	0,92
30	-	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	-	X	10	0,77
31	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	-	X	11	0,84
32	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	X	11	0,84
33	-	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	11	0,84
Prop ³	0,60	1	0,63	0,90	0,94	0,94	1	0,75	1	0,97	1	0,54	0,54	S-IVC ⁴ 0,83	I-IVC Total 0,83

Fonte: Autoras da pesquisa (2019). Legenda: ¹ Número de concordância entre os especialistas. ² Índice de Validação de Conteúdo por Item.

³ Proporção considerada adequada. ⁴ Índice de Validação de Conteúdo por nível de Escala.

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, ao analisar o aspecto Estrutura, observou-se que dois indicadores apresentaram a menor taxa de concordância com I-IVC de 0,84 e 0,77: “local para as atividades educativas” e “computador com internet para uso do PTAN”, respectivamente. Embora o “local para as atividades educativas” tenha obtido nota aceitável no I-IVC (0,84) e, por esta razão, não possa ser eliminado, ele foi apontado por 2 especialistas como pouco adequado e inadequado. Algumas justificativas foram apresentadas quanto à classificação fornecida. Uma das especialistas relatou a falta de estrutura das unidades, que comumente não possuem sequer um espaço adequado para a execução da TAN propriamente dita, avaleie apresentar espaço para atividades educativas. Outra, classificou o item como bastante adequado, mas considerou que a realização de rodas de conversa em salas de reunião ou convivência com outros profissionais de saúde e, em salas de espera, com gestantes que vão a unidade para realizar o pré-natal, são estratégias que já vêm sendo adotadas em alguns serviços.

A despeito do indicador “computador com internet para uso do PTAN” ter obtido I-IVC igual a 0,77, ou seja, a menor concordância entre os indicadores do aspecto “Estrutura”, um contraponto que chamou a atenção foi o indicador “existência de banco de dados informatizado para registro e acompanhamento dos resultados da TAN” ter recebido a concordância máxima (1,0), dada a necessidade da existência de um computador para registro em banco de dados informatizado.

Em 2004, Durante et al.²¹ já citavam a importância da utilização de um banco de dados informatizado para permitir o registro dos resultados da TAN. Sugeriu-se à época que no banco de dados fossem inseridas informações que assegurassem a qualidade do programa de TANU, devendo as mesmas serem periodicamente registradas e avaliadas. Uma das justificativas encontradas para a baixa avaliação do item, pode ter sido a apresentação do termo, computador com internet – talvez o uso da internet para a criação de um banco de dados tenha sido considerado irrelevante.

No entanto, a literatura recomenda que os resultados da triagem auditiva sejam registrados em um banco de gerenciamento de dados digital, que permita o controle das informações acerca dos resultados e da qualidade dos programas de TAN implantados²².

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA)²³ também recomenda o registro desses dados que, com o acesso a internet, poderiam ser

inseridos nos sistemas de informações existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecer aos gestores subsídios para o planejamento, a regulação, o controle, a avaliação e a disseminação da informação. Já que ainda não existe um sistema nacional de dados para registrar os resultados da TAN, que possa centralizar as informações dos serviços, o que dificulta o levantamento de dados epidemiológicos, como a incidência das perdas auditivas, cobertura nacional, dentre outras informações²⁴.

No aspecto processo, dimensão educação em saúde auditiva, todos os indicadores foram considerados necessários obtendo grau de concordância aceitável. Como 38,5% dos especialistas eram professores/ pesquisadores universitários, este dado pode estar sinalizando para uma mudança no paradigma da formação profissional do fonoaudiólogo, com a diminuição da valorização da doença e da formação especializada, para elevar a importância das ações educativas e preventivas, constituindo a promoção da Saúde, como o eixo norteador de toda e qualquer prática em saúde, nos diferentes contextos sociais²⁵.

Os demais indicadores da dimensão triagem auditiva neonatal e da dimensão gestão, obtiveram grau de concordância elevado no I-IVC individual que variou de 0,92 a 1,0.

No que se refere às pontuações, foi verificado que todos os 14 indicadores que obtiveram I-IVC menor do que 0,80, receberam sugestões de modificação de pelo menos seis especialistas, com base na maior ou menor relevância que o mesmo possuirá durante um processo avaliativo propriamente dito. Um exemplo disso foi observado no aspecto “Estrutura”, onde especialistas citaram que itens como: “existência de mesa para auxiliar no registro da TAN” e “existência de pia/ lavabo no local de realização da TAN”, mereciam uma pontuação bem menor do que o indicador “existência de equipamentos para avaliação fisiológica e eletrofisiológica da audição”, que é imprescindível para a realização da TAN.

A análise da matriz de indicadores, realizada pelos participantes revelou que a maioria dos indicadores atendia aos objetivos da avaliação, uma vez que não foram sugeridas grandes alterações quanto ao conteúdo dos indicadores da matriz. O I-IVC e o S-IVC totais, obtiveram pontuações maiores do que 0,80, o que garantiu a validade de seu conteúdo.

Espera-se que o surgimento e a validação de um instrumento avaliativo possa impulsionar a criação do Programa Nacional de Triagem Auditiva Neonatal,

o surgimento de novas políticas governamentais e a criação de um banco de dados nacional onde possam ser inseridos e analisados dados epidemiológicos acerca da prevalência das perdas auditivas no país, além de identificar a real contribuição que o PTAN tem fornecido a sociedade de modo geral²⁶.

CONCLUSÃO

O objetivo de elaborar e validar a matriz de indicadores do programa de triagem auditiva neonatal foi alcançado. Sua aplicação nos serviços de TAN contribuirá consistentemente para a realização de avaliações periódicas e para monitorar os resultados do PTAN no país, bem como sua eficácia e a efetividade nos serviços onde o programa está implantado.

REFERÊNCIAS

- Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise de informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (orgs). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89-107.
- Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf. Acesso em: 19 set. de 2016.
- Sabbag JC, Lacerda ABM. Neonatal Hearing Screening in primary health care and family health care. CoDAS. 2017;29(4):e20160102.
- Bezerra TCA, Falcão MLP, Goes PSA, Felisberto E. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. Trab. Educ. Saúde. 2016;14(2):445-72.
- Sedano MC, Martín UAS, Rahal EM. Realidad nacional de los programas de detección auditiva temprana con miras a la cobertura universal. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2018;78(1):9-14.
- Bouillot L, Vercherat M, Durand C. Implementing universal newborn hearing screening in the French Rhône-Alpes region. State of affairs in 2016 and the 1st half of 2017. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019;117:30-6.
- Wenjin W, Xiangrong T, Yun L, Jingrong L, Jianyong C, Xueling W et al. Neonatal hearing screening in remote areas of China: a comparison between rural and urban populations. J Int Med Res. 2018;46(2):637-51.
- Fort M. Newborn Hearing Screening: Making a Difference. NCMJ. 2017; 78(2): 96-100.
- Greczka G, Zych M, Szyfter W, Wróbel M. Analysis of the changes in the Polish Universal Neonatal Hearing Screening Program over 15 years of activity. Otolaryngol Pol. 2018;72(2):13-20.
- Dantas MBS, Anjos CAL, Camboim ED, Pimentel MCR. Resultados de um programa de triagem auditiva neonatal em Maceió. Rev Bras Otorrinolaringol. 2009;75(1):58-63.
- Rodrigues PAL, Carvalho TSF, Lauris JRP, Schochat E. Resultados de um Programa de Triagem Auditiva Neonatal em Cuiabá – Mato Grosso. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011;16(4):454-8.
- Canabarro MS, Machado NM, Fossa V, Weiss MS, Mitre EI. Programa de triagem auditiva neonatal: resultados de um Hospital Universitário de Porto Alegre. Rev HCPA. 2012;32(1):30-4.
- Sgorla JB, Ferreira MIDC. Characterization of newborn hearing screening programs of maternity units located in the city of João Pessoa, PB, Brazil. Distúrb. Comum. 2014;26(3):559-68.
- Almeida MHM, Spínola AWP, Lancman S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. Rev. Ter. Ocup. Univ. 2009;20(1):49-58.
- Pimentel MCR, Figueiredo N, Lima MLLT. Development and validation of the Logical Model of the Neonatal Hearing Screening Program. Rev. CEFAC. 2020;22(4):e14019.
- Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas. 2014;22(44):203-20.
- Azevedo SB, Lima MLLT, Griz SMS, Leal LP. Instrument for evaluating child hearing health services: construction and validity. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03357.
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing research. 1986;35(6):382-6.

19. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67.
20. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
21. Durante AS, Carvalho RMM, Costa MTZ, Cianciarullo MA, Voegels RL, Takahashi GM et al. Newborn Hearing Screening Program: implementing model international. *Int. Arco. Otorhinolaryngol*. [Periódico na Internet]. 2004;8(1). [Acesso em: 28 maio 2018]. Disponível em: http://arquivosdeorl.org.br/additional/acervo_port.asp?id=263.
22. Ribeiro FM, Chapchap MJ, Lewis DR. Indicadores de risco para a deficiência auditiva no contexto atual da TANU. In: Boéchat EM, Menezes PL, Couto CM, Frizzo ACF, Scharlach RC, Anastasio ART (orgs). *Tratado de Audiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2015. 2 ed. p. 381-5.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.073/ 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html Acesso em: 07 out. 2016.
24. Colella-Santos MF, Souza GL, Hein TAD. Triagem Auditiva Neonatal em UTI. In: Boéchat EM, Menezes PL, Couto CM, Frizzo ACF, Scharlach RC, Anastasio ART (orgs). *Tratado de Audiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 2 ed. P.386-94.
25. Zanin LE, Albuquerque IMN, Carneiro MSM, Melo DH. Evaluation of speech-language pathology care in the family health strategy from user perspective. *CoDAS*. 2017;29(6):e20160192.
26. Leite SS, Afio ACE, Carvalho LV, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Rev Bras Enferm* [periódico na internet]. 2018 [acesso em 21 julho 2019];71(4):1635-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf>