

ANÁLISE DOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DE FAMÍLIAS ATENDIDAS EM UM PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL AO LONGO DE TRÊS ANOS

Socioeconomic and demographic aspects of families enrolled in a newborn screening program during its first three years

Silvana Maria Sobral Griz⁽¹⁾, Nathália Raphaela Pessôa Vaz Curado⁽¹⁾, Ana Karollina da Silveira⁽¹⁾,
Camila Padilha Barbosa⁽¹⁾, Adriana Ribeiro de Almeida e Silva⁽¹⁾, Denise Costa Meneses⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: analisar fatores socioeconômicos e demográficos, dos anos de 2007 a 2009, de mães de neonatos e lactentes participantes de um programa de saúde auditiva infantil. **Métodos:** a coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados do programa de Triagem auditiva neonatal, que contém informações retiradas do registro de cada neonato ou lactente. Participaram 2476 mães de neonatos e lactentes atendidos na etapa da Triagem Auditiva Neonatal, entre 2007 a 2009. **Resultados:** entre as variáveis demográficas destaca-se que 65,1% das mães possuíam idades entre 20 e 34 anos e 67,5% eram casadas. Nas variáveis socioeconômicas, destaca-se que 36,2% das mães possuíam o ensino fundamental incompleto e 56,4% eram donas de casa e 96,7% tiveram seus filhos em maternidades públicas. **Conclusão:** apesar dos resultados indicarem um crescimento de melhores condições de vida, durante os três anos de estudo, ainda observa-se, em termos percentuais, que a população estudada encontra-se em condições desfavoráveis para uma boa saúde das mães, e, conseqüentemente para a saúde e desenvolvimento global dos neonatos e lactentes. Esses resultados chamam a atenção para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde na população estudada, devendo, portanto, serem incluídas quando da implementação de um programa de Saúde Auditiva Infantil de uma dada região.

DESCRITORES: Saúde da Criança; Audição; Fatores Socioeconômicos

■ INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas em diferentes setores da sociedade influenciam os padrões de qualidade de vida e de saúde de uma população ¹. Durante a conferência internacional sobre promoção da saúde, realizada em Ottawa 1986, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), oficializou-se o conceito do que modernamente se considera promoção da saúde, por meio de uma

perspectiva social, política, técnica, econômica e médica. A partir deste momento, as mudanças demográficas, socioeconômicas e culturais foram consideradas fatores que interferem na saúde ².

No que diz respeito à saúde auditiva, observa-se uma vasta implantação de programas de saúde auditiva infantil voltados para os neonatos e lactentes, que incluem a triagem auditiva neonatal. Porém, o sucesso destes programas está, muitas vezes, relacionado às condições sociais e econômicas de cada região ^{3,4}.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é o primeiro passo no processo de identificação de alterações auditivas, incluída em um programa de saúde auditiva infantil. Durante uma TAN, podem ser

⁽¹⁾ Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

Fonte de auxílio: CNPq

Conflito de interesses: inexistente

identificadas alterações na audição e iniciados os processos de diagnóstico e intervenção, o mais rápido possível. Todos esses esforços são focados em uma possibilidade de adequação do desenvolvimento da linguagem, independente do tipo de intervenção adotada ⁵.

Idealmente, a TAN deve ser realizada em todos os neonatos antes da alta hospitalar, ou em até um mês de idade. Identificada alguma alteração, o diagnóstico da perda auditiva deve ocorrer até os três meses de idade, para que a intervenção terapêutica seja iniciada antes dos seis meses de idade ^{5,6}.

Contudo, passados quase de 20 anos de recomendação da realização da TAN universal⁶, ou seja, a que é realizada em todos os neonatos, nem todos os programas de saúde auditiva infantil, voltados para os neonatos e lactentes, atendem a toda a população.

Independentemente de realização da TAN universal, os indicadores de risco para perda auditiva são necessários para organizar o fluxo-grama dos programas de saúde auditiva infantil, como uma maneira de abranger a identificação universal da perda auditiva presente em neonatos e lactentes. Dessa forma, a identificação de indicadores de risco para saúde em geral é necessária, especialmente em países em desenvolvimento, onde as condições socioeconômicas e demográficas apresentam índices de saúde desfavoráveis.

Não somente devem ser estudados e englobados os indicadores de risco para perda auditiva, comumente descritos na literatura ^{3,5-7}, mas também indicadores socioeconômicos e demográficos que podem influenciar a saúde geral da gestante e, conseqüentemente, dos neonatos e lactentes ⁸. A partir da análise de tais indicadores, compreendem-se melhor as variáveis envolvidas com a etiologia da perda auditiva, auxiliando no estabelecimento de protocolos de programas de saúde auditiva voltados para os neonatos e lactentes, de forma que estes sejam mais efetivos ^{4,8}.

Dentre as condições socioeconômicas e demográficas abordadas neste estudo estão: a idade, o estado civil, o nível de escolaridade e o tipo de ocupação das mães, a renda pessoal e familiar, o número de filhos e o tipo de moradia da família, que podem estar relacionados à condição de saúde de uma determinada família. Mesmo sabendo que a caracterização desses aspectos socioeconômicos e demográficos das famílias dos neonatos e lactentes deve ser analisada a partir da associação com a presença da perda auditiva, seu conhecimento poderá auxiliar na definição de estratégias de prevenção e promoção da saúde auditiva da população assistida. Dessa forma, o objetivo

desse trabalho foi analisar os fatores socioeconômicos e demográficos, durante os anos de 2007, 2008 e 2009, de mães de neonatos e lactentes que participaram de um programa de Triagem Auditiva Neonatal.

■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e transversal.

Participaram desse estudo 2476 mães de neonatos e lactentes atendidas, nos anos de 2007, 2008 e 2009, no programa de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) da maternidade de um hospital universitário da região Nordeste do Brasil, com vinculação ao Sistema Único de Saúde (SUS). Foram incluídos no estudo todos os neonatos e lactentes que nasceram ou foram encaminhados para realizar a TAN neste hospital.

A coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados do programa de TAN, que contém informações retiradas do registro de cada neonato ou lactente. Este registro é constituído pelos resultados do exame de EOAT (realizado com o equipamento Capella, da marca Madsen) e por um formulário que contém dados referentes a uma entrevista com as mães dos neonatos e lactentes, relacionadas à sua situação demográfica e socioeconômica e informações originadas dos prontuários, relacionadas aos indicadores de risco presentes no período pré, trans e pós-natal.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob nº 0158.0.172.000-07. As mães participantes do programa de TAN assinaram, espontaneamente, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que esclarecia os objetivos do trabalho, bem como autorizaram a utilização dos dados do prontuário

A análise estatística dos dados envolveu a obtenção de distribuições absolutas bivariadas descritivas, e estatística inferencial, por meio da utilização do teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância foi estabelecido em 0,05.

■ RESULTADOS

Dos 2522 neonatos e lactentes que participaram da etapa da TAN, do programa de saúde auditiva infantil de um hospital universitário, 1193 (47,3%) foram atendidos no ano de 2007, 847 (33,6%) no ano de 2008 e 482 (19,1%) em 2009. Desses, serão apresentados os resultados referentes a 2476 mães de neonatos e lactentes, nascidos nos anos de 2007, 2008 e 2009, não sendo possível apresentar

os resultados de 46 mães, uma vez que os formulários que contêm a entrevista realizada com as mesmas não estavam com a situação demográfica e socioeconômica preenchidas completamente.

Os valores totais de cada variável estão com o n diferente do N total (2476), pois as informações nem sempre foram preenchidas adequadamente nos formulários e, conseqüentemente, no banco de dados. A única variável com dados totalmente preenchidos foi 'idade da mãe'.

A Tabela 1 mostra os resultados da caracterização demográfica das mães, na qual se observa

que a maior prevalência da idade das mães variou entre 20 e 34 anos (65,1%, $n=1611$), contudo, pode ser percebida uma porcentagem que merece atenção no que se refere às mães adolescentes (25,1%, $n=621$) ou com mais de 35 anos (9,9%, $n=244$). Entretanto, não houve diferença significativa ao longo dos anos. No que se refere ao estado civil das mães, a maioria (67,5%, $n=1662$) relatou ser casada. Neste aspecto, percebe-se que houve um aumento estatisticamente significativo de mães solteiras, dos anos de 2007 e 2008 para o ano de 2009.

Tabela 1 – Distribuição dos fatores demográficos das mães pesquisadas, de acordo com o ano de nascimento dos neonatos e lactentes

	Ano de nascimento						Grupo Total		Valor de p
	2007		2008		2009		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Idade das mães									
Até 19	293	25,3	210	24,9	118	24,8	621	25,1	$p^{(1)} = 0,606$
20 a 34	743	64,2	549	65,1	319	67,2	1611	65,1	
35 ou mais	122	10,5	84	10,0	38	8,0	244	9,9	
TOTAL	1158	100,0	843	100,0	475	100,0	2476	100,0	
Estado civil das mães									
Solteira	332	28,7	246	29,5	221	47,0	799	32,5	$p^{(1)} < 0,001^*$
Casada	825	71,3	588	70,5	249	53,0	1662	67,5	
TOTAL	1157	100,0	834	100,0	470	100,0	2461	100,0	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 2 mostra os resultados da caracterização socioeconômica, na qual se observa que, a maioria das variáveis apresentou mudança significativa, ao longo do tempo, com exceção das

variáveis número de filhos e acompanhamento pré-natal, que se mantiveram constantes ao longo do tempo.

Tabela 2 – Distribuição dos fatores socioeconômicos das mães pesquisadas, de acordo com o ano de nascimento dos neonatos e lactentes.

	Ano de nascimento						Grupo Total		Valor de p
	2007		2008		2009		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Escolaridade									
Analfabeta	24	2,1	22	2,7	3	0,7	49	2,0	p ⁽¹⁾ = 0,007*
Fundamental incompleto	431	38,3	284	34,5	156	34,2	871	36,2	
Médio incompleto	333	29,6	210	25,5	140	30,7	683	28,4	
Médio completo	301	26,8	271	32,9	136	29,8	708	29,5	
Superior	36	3,2	36	4,4	21	4,6	93	3,9	
TOTAL	1125	100,0	823	100,0	456	100,0	2404	100,0	
Ocupação da mãe									
Dona de casa	664	59,7	367	51,0	249	57,2	1280	56,4	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Doméstica	64	5,8	69	9,6	29	6,7	162	7,1	
Estudante	126	11,3	78	10,8	45	10,3	249	11,0	
Outros Empregos	259	23,3	206	28,6	112	25,7	577	25,4	
TOTAL	1113	100,0	720	100,0	435	100,0	2268	100,0	
Renda pessoal									
Não possui renda	-	-	407	59,9	223	57,5	630	39,8	p ⁽¹⁾ < 0,001*
< 1 salário	260	50,5	107	15,7	66	17,0	433	27,4	
1 salário ou mais	255	49,5	166	24,4	99	25,5	520	32,8	
TOTAL	515	100,0	680	100,0	388	100,0	1583	100,0	
Renda familiar									
Não possui renda	-	-	7	1,0	27	7,3	34	1,6	p ⁽¹⁾ < 0,001*
< 1 salário	257	24,3	196	26,9	109	29,3	562	26,0	
1 salário ou mais	801	75,7	525	72,1	236	63,4	1562	72,4	
TOTAL	1058	100,0	728	100,0	372	100,0	2158	100,0	
Número de filhos									
Até 3	1032	89,7	741	89,4	384	86,9	2157	89,1	p ⁽¹⁾ = 0,262
4 ou mais	119	10,3	88	10,6	58	13,1	265	10,9	
TOTAL	1151	100,0	829	100,0	442	100,0	2422	100,0	
Moradia própria									
Sim	609	53,6	542	65,5	307	67,6	1458	60,3	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Não	527	46,4	285	34,5	147	32,4	958	39,7	
TOTAL	1136	100,0	827	100,0	454	100,0	2417	100,0	
Tipo da maternidade de nascimento									
Público	1047	97,7	788	94,0	451	99,3	2313	96,7	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Particular	25	2,3	50	6,0	3	0,7	78	3,3	
TOTAL	1099	100,0	838	100,0	454	100,0	2391	100,0	
Acompanhamento pré-natal									
Sim	1106	97,4	815	97,4	456	97,9	2377	97,5	p ⁽¹⁾ = 0,833
Não	30	2,6	22	2,6	10	2,1	62	2,5	
TOTAL	1136	100,0	837	100,0	466	100,0	2439	100,0	

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson.

■ DISCUSSÃO

O estudo das condições socioeconômicas e demográficas se justifica pela necessidade de se avaliar as condições de saúde dos indivíduos e para avaliar o panorama dos programas de saúde infantil de uma região, uma vez que seus resultados servem para melhorar/aprimorar programas de saúde, tais como os programas de saúde auditiva infantil, voltados para neonatos e lactentes^{3,8}, ou seja, este conhecimento poderá levar a ações de atenção básica à saúde que visem minimizar possíveis causas das alterações auditivas, incentivando melhores condições de saúde.

Uma vez que existem associações entre os indicadores socioeconômicos e as condições de saúde de uma população, tais como sua classe social, sua renda familiar, a idade materna, o número de filhos que residem numa mesma casa, o estado civil da mãe, os cuidados de saúde durante a gravidez¹, estes foram escolhidos para serem estudados nesta pesquisa, assim como a escolaridade da mãe, por acreditar que também se relaciona com as condições de saúde de uma comunidade⁹.

Do total de mães estudadas, apesar da maioria possuir idade entre 20 e 34 anos, parte da população era composta por adolescentes (25,1%) e mães mais velhas (9,0%). Esses percentuais não variaram de forma significativa ao longo dos três anos de análise. Entretanto, o fato de ser mãe adolescente ou mais velha pode trazer implicações na gravidez⁹⁻¹², pois pode acarretar em maiores índices de baixo peso ao nascer e prematuridade⁹, considerados como indicadores de risco para perda auditiva do neonato e lactente⁶.

Ser mãe na adolescência acaba interferindo na vida da mulher, a qual em muitas situações precisa interromper os estudos, pois existem grandes dificuldades em conciliar os estudos com os cuidados da criança. Esses aspectos acabam por retardar seu ingresso no mercado de trabalho e altera suas perspectivas de vida de ter uma melhor condição financeira¹².

Outros problemas de ordem familiar e social, enfrentados por mães adolescentes têm sido descritos, tais como uma responsabilidade precoce em um período de amadurecimento. Isso resulta em uma adolescente despreparada para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve¹².

Mães em idades mais avançadas também apresentam riscos para a saúde do neonato e lactentes, pois podem ocorrer doenças crônicas, tais como: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, além de maior incidência de aborto de primeiro

trimestre¹³. Em um estudo realizado na cidade do Recife foi observado que a idade materna igual ou superior a 35 anos apresentou-se associada à mortalidade trans-natal¹⁴.

No que se refere ao estado civil, apesar da maioria das mães (67,5%; n=1662) serem casadas, é possível observar que houve um aumento significativo de mães solteiras dos anos de 2007 e 2008 para o ano de 2009 e uma redução percentual de mães casadas ao longo dos três anos estudados. Ou seja, cada vez mais as mães cuidam sozinhas de seus filhos. Além disso, esses resultados podem indicar falta de planejamento familiar e risco maior de seus filhos sofrerem maus tratos⁹.

As relações conjugais instáveis podem contribuir para o acontecimento de prejuízos emocionais, como perturbações de ordem afetiva, que pode ser agravado por um ambiente familiar pouco acolhedor, uma vez que existe um preconceito social em relação a ser mãe solteira^{9,10} ou até mesmo uma tentativa de interromper a gravidez, aumentando o risco ao feto, pois caso este sobreviva, poderá apresentar sequelas, como malformações de cabeça e/ou pescoço, consideradas indicadores de risco para perda auditiva⁷.

Esses são alguns fatores que podem justificar a necessidade da mãe ter um companheiro, pois este pode exercer uma influência positiva na conduta da gestante, fazendo com que haja uma redução de possíveis resultados adversos no decorrer da gestação¹⁰.

Quanto ao grau de escolaridade das mães, observou-se que apesar de existir maior percentual (36,2%; n=871) de mães com ensino fundamental incompleto, esta variável manteve-se estável durante os anos de estudo. É possível perceber, ainda, que houve um aumento estatisticamente significativo do grau de escolaridade das mães durante os anos, tendo apenas aquelas com o ensino médio completo um decréscimo no ano de 2009. Ou seja, o grau de escolaridade das mães tem aumentado ao longo do tempo. Isso pode ser decorrente de políticas públicas que são voltadas para uma melhora na educação do país, como por exemplo, o programa de educação de jovens e adultos¹⁵.

A educação formal é um fator importante para ser levado em conta na atuação com a população, quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a saúde auditiva, pois determina uma melhor condição de vida, um melhor acesso a condições favoráveis de saúde, e melhores perspectivas futuras para a saúde da mãe e de seu filho. Além disso, mães que possuem baixo grau de instrução, apresentam uma dificuldade

maior para acessar os serviços de atendimento pré-natal⁸.

Em estudo realizado em um hospital público, pesquisadores observaram que 36,1% das mães pesquisadas (n=431) tinham menos de oito anos de estudo, em 2010, com apenas o ensino fundamental incompleto. Sendo ainda observado que 25,3% das pesquisadas possuíam o ensino médio completo.⁸

Uma questão social importante é a ocupação da mãe. No presente trabalho, os dados apontam que grande parte das mães (56,4%; n=1280) relatou serem donas de casa. Entretanto, observa-se que houve um aumento estatisticamente significativo de mães economicamente ativas, entre os anos de 2007 e 2009. Esses dados estão refletidos na renda pessoal, que aumentou entre os anos de 2008 e 2009, apesar de ainda ser observado que a maioria das mães não possui renda pessoal.

O fato de existirem mães fora do mercado de trabalho, pode levar a uma condição desfavorável no que se refere aos indicadores de qualidade de vida,¹⁰ uma vez que seu orçamento poderia contribuir com as despesas de sua família e esta apresentaria melhores condições de alimentação, bem como, melhores possibilidades de participar de eventos culturais e educativos, maiores oportunidades de lazer, considerados fatores importantes para uma boa qualidade de vida¹⁶.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE)¹⁷ apresentou os resultados referentes à situação da mulher no mercado de trabalho, entre os anos de 1999 e 2006. Esse documento mostra que a proporção de mulheres na população economicamente ativa além de ser semelhante nas seis regiões do Brasil, aumentou em termos percentuais no município de Recife (45,2% das mulheres são economicamente ativas), no ano de 2006, quando comparado aos anos anteriores.

Embora seja observado um aumento de mães economicamente ativas (entre os anos de 2007 e 2009), observou-se que a renda familiar diminuiu significativamente ao longo do tempo. Agravando essa situação, verificou-se que houve um aumento no número de filhos que, mesmo não sendo estatisticamente significativa, pode refletir na renda *per capita*. Esta, por sua vez, influencia nas condições de moradia, de alimentação, de lazer, e, principalmente, de saúde.

O caráter econômico das famílias pode refletir em ações de políticas públicas, melhorando o padrão de alimentação saudável¹⁸. Uma vez que o estado nutricional materno é diretamente determinante no crescimento intra-uterino, pode haver relação com o peso ao nascimento. A avaliação nutricional da gestante é um dos requisitos mais

importantes para uma boa evolução na gravidez¹⁹. Dessa maneira, a má alimentação de mulheres no período gestacional pode influenciar no possível baixo peso de seu neonato e lactente, condição essa que é considerada de risco, podendo acarretar alguma alteração auditiva.

Os resultados referentes à quantidade de filhos refletem que a maioria (89,1%; n=2157) das mães pesquisadas tinham até três filhos. Esses resultados podem estar associados à taxa de fecundidade, que vem diminuindo²⁰, possivelmente em virtude das transformações sofridas nos sistemas de educação e saúde.

No Brasil, houve uma reorganização importante do sistema de saúde, que ajudou a diminuir o percentual de fecundidade, desde a década de 70, sendo, em 2006, esta taxa de até dois filhos²⁰.

Com relação à moradia, os dados encontrados neste estudo mostram que a maioria (60,3%; n=1458) das mães pesquisadas possuía casa própria, sendo estatisticamente significativa o aumento, entre os anos de 2007 e 2009. Como a moradia é um dos principais determinantes da qualidade de vida da população de um país, pode estar associada às boas condições de vida^{21,22}, envolvidas com as condições de saúde, consideradas de grande importância no estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida de um indivíduo, família e comunidades²¹.

Então, se há uma melhor condição de moradia, é possível que essas famílias estejam com condições de vida e sociais melhores, refletindo-se, por exemplo, na atenção ao consumo de bens e a higiene, tornando-se menos vulneráveis a doenças que estão associadas à provisão deficiente de saneamento básico²².

Quanto ao tipo de maternidade, verificou-se que a grande maioria das parturientes procurou maternidades públicas, chegando a 99,3% no ano de 2009. O tipo de hospital em que o neonato e lactente nasce, revela um pouco o tipo de usuário do serviço²⁰. Apesar de constitucionalmente todas as pessoas poderem ter acesso ao sistema público de saúde, apenas as pessoas com menos poder aquisitivo utilizam mais esse tipo de serviço, uma vez que eles só têm acesso ao SUS, diferentemente de pessoas com o poder aquisitivo melhor, que só se utilizam do SUS, em geral, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos²³.

Com relação ao acompanhamento pré-natal observou-se que a maioria (97,5%; n=2377) das mães fizeram esse acompanhamento. Este percentual foi mantido ao longo do tempo. Esses dados corroboram com o Ministério da Saúde, que preconiza que as mães realizem o acompanhamento

pré-natal, e que iniciem esse acompanhamento no primeiro trimestre de gestação, com um mínimo de seis consultas. O serviço de pré-natal é o local onde se orienta quanto à promoção, prevenção da saúde e do bem-estar, além fazer o diagnóstico e realizar o tratamento de várias complicações que podem afetar a saúde da mulher e de seu filho.

■ CONCLUSÃO

Entre os aspectos socioeconômicos e demográficos, destaca-se que o estado civil demonstrou ser um aspecto que pode por em risco a condição social da mãe e, conseqüentemente, à sua saúde, pois há um aumento na incidência de mães com relações conjugais instáveis.

Esse dado pode indicar a necessidade de programas voltados para essas mães, com o intuito de orientá-las sobre os cuidados com a saúde do neonato e lactente, apesar de ter sido observado

uma melhor perspectiva das condições adversas, quanto ao fato das mesmas serem economicamente ativas.

Apesar dos resultados apontarem para melhoras em alguns aspectos das condições de vida, durante os três anos do estudo, ainda observa-se, em termos percentuais, que as características socioeconômicas e demográficas podem ser potencialmente desfavoráveis para uma boa saúde, especialmente das gestantes, e, conseqüentemente, dos neonatos e lactentes. Isso faz com que sejam necessários maiores investimentos em ações educativas, especialmente no que se refere à saúde auditiva do neonato e lactente.

Conclui-se que maior atenção deve ser dada às condições regionais que podem levar a condições desfavoráveis de saúde das mães e dos neonatos e lactentes, devendo, portanto, serem consideradas na implementação de programas de saúde auditiva infantil voltados para os neonatos e lactentes.

ABSTRACT

Purpose: to analyze the socioeconomic and demographic aspects of the mothers attended to a newborn hearing screening program. **Methods:** the data came from a database of newborn hearing screening program. Participated in this study, 2476 mothers, whose neonates and infants were seen in this program, from an university hospital, during the years of 2007, 2008, and 2009. **Results:** among the analyzed variable, it was observed that 65,1% of the mothers aged between 20 and 34 years-old, and 67,5% were married. From de socioeconomic variables, it is observed that 36,2% mothers did not finished the medium grade, 56,4% were housekeepers and 96,7% had their babies in public maternities. **Conclusion:** from these results, it can be seen that there is some socioeconomic and demographic characteristics considered unfavorable to good health, especially if one talks about newborns and infants. Those conditions can lead to risk indicators for hearing loss, and should be taken in account when implementing a newborn hearing screening program, in developing countries.

KEYWORDS: Child Health; Hearing; Socioeconomic Factors

■ REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde. Políticas nacionais de promoção da saúde. Série B. Textos básicos de saúde. Ed.3, v.7. [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2010 fev 20] 60p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.
2. WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall

e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

3. Fernandes JC, Nozawa MR. Effectiveness study of the universal newborn hearing screening. [serial on the Internet]. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(2): 353-61.
4. Griz S, Mercês G, Menezes D, Lima ML. Newborn hearing screening: An outpatient model. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009;73:1-7.
5. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. Pediatrics. 2007;120(4):898-921.

6. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 1994 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 1995;95:152-6.
7. Amado BCT, Almeida EOC, Berni PS. Prevalência de indicadores de risco para surdez em neonatos em uma maternidade paulista. *Rev CEFAC*. 2009; 11(supl.1):18-23.
8. Griz SMS, Barbosa CP, Silva ARA, Ribeiro MA, Menezes DC. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(2):179-83.
9. Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(3):567-78.
10. Abeche AM, Maurmann CB, Baptista AL, Capp E. Aspectos sócio-econômicos do parceiro da gestante adolescente. *Rev HCPA*. 2007;27(1):12-7.
11. Alencar NG, Gomes LC. Avaliação da assistência ao pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma unidade com Programa de Saúde da Família. *Saúde Coletiva*. 2008;19:13-7.
12. Silva APF, Hirai KN, Silva ME, Hoeria EP. Os fatores emocionais gerados pela gravidez na adolescência. *ConScientia Saúde*. 2009;8(1):91-7.
13. Shupp TR. Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006. 213p.
14. Aquino TA, Guimarães MJB, Sarinho SW, Ferreira LOC. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. *Cad de Saúde Pública*. 2007;23(12):2853-61.
15. Oliveira IB. As interfaces educação popular e EJA: Exigências de formação para prática com esses grupos sociais. *Educação*. Porto Alegre. 2010;33(2):104-10.
16. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. Qualidade de vida – aspectos conceituais. *Rev. Sallus-Guarapuava-PR*. 2007;1(1):13-5.
17. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). As Mulheres e o Salário Mínimo nos mercados de trabalho metropolitanos, ano 3, n. 32. [Internet]. [Citado 2009 mai 28]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/esp/estpesq32mulher_2007.pdf>.
18. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1014-20.
19. Gomes JP, Tomasetti CSC, Souza DN. Estado nutricional de gestantes em diferentes períodos de gestação. *Pleiade*. 2007;1(1): 41-9.
20. Baraldi ACP, Daud ZP, Almeida AM, Gomes FA, Nakano AMS. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*. 2007; 15(n. especial):799-805.
21. Azeredo CMA, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):743-53.
22. Ribeiro MNO, Barbosa LM. Avaliação das condições de vida da população do Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte. In: Encontro nacional de estudos populacionais, 15, 2006. [Internet]. [citado 2009 mai 28]. Caxambu, MG. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_515.pdf
23. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1501-10.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517s123511>

Recebido em: 14/12/2011

Aceito em: 28/08/2012

Endereço para correspondência

Silvana Griz

Rua Frei Jaboatão, 180 Apto 3301 Torre

Recife – PE

CEP: 50710-030

E-mail: silvana.griz@hotmail.com