

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXX

Capítulo 21

DIRETRIZ BRASILEIRA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: MUDANÇAS NOS INDICADORES DE RISCO (2012-2025)

KALIANDRA PILLA RIBEIRO¹
BEATRIZ BATISTA CONZATTI²
BIANCA NASCIMENTO NAIMAYER³
RAÍSSA ROCHA MARCOS³
LAURA CORTEZI ROTTOLI⁴
FERNANDA LAGES ALVES EBERHARDT²
EDUARDA RAFAELA MACHADO PACHECO³
IZABELLE SILVA LOBO⁴
FERNANDA FONSECA RODRIGUES³
CAROLINA AFONSO RAMOS²
AMANDA RAMOS DOS SANTOS²
NICOLE KUNRATH DOS SANTOS¹
LUIZA WILLE WEHRMEIER¹
NATHÁLIA MAZZOCHI SIMÕES¹
NATHALIA ALVES SILVA⁴

¹Discente - Fonoaudiologia da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

²Discente - Fisioterapia da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

³Discente - Enfermagem da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

⁴Discente - Medicina da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Palavras-chave: Triagem Neonatal; Perda Auditiva; Diretrizes para o Planejamento em Saúde.

DOI

10.59290/2037799201

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A audição constitui um dos pilares fundamentais do desenvolvimento humano nos primeiros anos de vida. É por meio dela que a criança inicia o processo de aquisição da linguagem oral, desenvolve habilidades comunicativas e estabelece vínculos afetivos e sociais essenciais para o seu desenvolvimento cognitivo (JCIH, 2007). Alterações auditivas presentes ao nascimento ou manifestadas nos primeiros meses de vida, quando não identificadas e tratadas oportunamente, podem comprometer significativamente esse processo, produzindo repercussões sobre o desempenho escolar, a inclusão social e a qualidade de vida da criança e de sua família. Diante disso, a identificação precoce da deficiência auditiva é reconhecida como uma das estratégias mais efetivas para minimizar esses impactos e favorecer o desenvolvimento infantil (JCIH, 2007).

Nesse sentido, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), popularmente conhecida como teste da orelhinha, representa a principal estratégia para a detecção precoce da deficiência auditiva na infância (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; BRASIL, 2025). Seu objetivo é identificar recém-nascidos com suspeita de perda auditiva antes do aparecimento de manifestações clínicas evidentes, possibilitando o encaminhamento apropriado para diagnóstico e intervenção. No Brasil, a TAN passou a ser obrigatória com a promulgação da Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010, que determinou a realização do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) em todos os hospitais e maternidades. Desde então, o Ministério da Saúde publicou duas diretrizes nacionais para orientar essa prática: as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, de 2012, e sua atualização, o Guia para Realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Seguimento Assistencial, publicado em 2025.

A relevância dessa política é reforçada por dados epidemiológicos que apontam prevalência de perda auditiva entre um e seis casos para cada mil nascidos vivos, podendo alcançar entre um a quatro casos a cada cem recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal. Em escala global, a Organização Mundial da Saúde estima que mais de 1,5 bilhão de pessoas convivem atualmente com algum grau de perda auditiva, com projeção de crescimento expressivo desse número nas próximas décadas.

Mais do que atualizar pontualmente as recomendações de 2012, o novo guia reorienta a organização da assistência à saúde auditiva neonatal, ampliando o enfoque da TAN para uma linha de cuidado integral e contínua. Nessa perspectiva, a triagem deixa de ser compreendida como um procedimento isolado e passa a integrar um processo assistencial que envolve a identificação precoce da deficiência auditiva, o diagnóstico oportuno, a intervenção em tempo adequado e o acompanhamento longitudinal dos recém-nascidos e lactentes. Entre as principais atualizações, destacam-se a reclassificação dos indicadores de risco para deficiência auditiva, o reforço à investigação do citomegalovírus congênito em situações específicas e a maior integração entre maternidades, Atenção Primária à Saúde e serviços especializados, em consonância com as evidências científicas e as políticas públicas mais recentes voltadas à atenção materno-infantil e à saúde da pessoa com deficiência.

Diante dessas transformações, o presente capítulo tem como objetivo analisar comparativamente as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, publicadas em 2012, e o Guia para Realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Seguimento Assistencial, publicado em 2025, destacando as principais mudanças introduzidas na atualização, com ênfase na reorganização dos indicadores de

risco para deficiência auditiva e nas repercussões dessas modificações para os protocolos de triagem, o seguimento assistencial e a prática clínica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

O presente capítulo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, desenvolvida a partir da análise comparativa das diretrizes brasileiras de Triagem Auditiva Neonatal de 2012 e 2025. Para isso, foram analisadas as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2012, e do Guia para Realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Seguimento Assistencial, publicado em 2025, buscando atualizações e mudanças de protocolos em comparação com a versão anterior, com o objetivo de identificar as principais alterações introduzidas. A revisão narrativa foi escolhida como estratégia metodológica por permitir uma abordagem ampla e interpretativa de documentos técnico-normativos, favorecendo a identificação de mudanças conceituais, estruturais e operacionais entre versões sucessivas de uma mesma diretriz, sem a necessidade de critérios sistemáticos de busca em múltiplas bases de dados, próprios de revisões sistemáticas ou integrativas.

Para a condução da análise, foi realizada a leitura na íntegra dos dois documentos, com especial atenção às seções referentes aos indicadores de risco para deficiência auditiva, aos protocolos de exame recomendados, aos prazos assistenciais estabelecidos para as etapas de teste e reteste, e aos fluxos de encaminhamento e seguimento assistencial. As informações extraídas de cada documento foram organizadas de forma descritiva, respeitando a cronologia de publicação, e posteriormente confrontadas de maneira comparativa, possibilitando o mapeamento sistemático das principais alterações in-

troduzidas pela atualização de 2025 em relação à versão de 2012, bem como a identificação de elementos de continuidade entre as duas diretrizes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diretriz de 2012

As Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), publicadas pelo Ministério da Saúde em 2012, foram um importante marco para a organização da atenção à saúde auditiva neonatal. O antigo documento estabeleceu orientações para a realização da triagem, acompanhamento dos recém-nascidos e a articulação entre as etapas de triagem, diagnóstico e intervenção, para intensificar a identificação precoce das perdas auditivas e a intervenção em tempo oportuno. A diretriz estabeleceu que a Triagem Auditiva Neonatal deveria ser realizada de forma universal, abrangendo todos os recém-nascidos, e não apenas aqueles considerados de risco para deficiência auditiva. A recomendação fundamentava-se no fato de que perdas auditivas poderiam ocorrer tanto em crianças com indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA) quanto naquelas sem fatores de risco identificáveis. Idealmente, a TAN deveria ser realizada ainda na maternidade, antes da alta hospitalar, entre 24 e 48 horas de vida, e quando isso não fosse possível, a realização deveria ser assegurada até o primeiro mês de vida, com atenção às particularidades de recém-nascidos prematuros ou aqueles que permanecessem hospitalizados por períodos prolongados.

A escolha do procedimento de triagem estava relacionada à presença ou ausência de indicadores de risco para deficiência auditiva. Para recém-nascidos sem indicadores de risco, recomendava-se a utilização das Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), exame objetivo capaz de avaliar a função das células ciliadas externas

da cóclea. Já para aqueles que apresentavam indicadores de risco, a diretriz recomendava a utilização do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático (PEATE-A), considerando a possibilidade de alterações retrococleares, incluindo a neuropatia auditiva, que poderiam não serem identificadas pelas emissões otoacústica. O fluxo assistencial proposto em 2012 era estruturado em etapas de teste, reteste e encaminhamento para diagnóstico. Nos recém-nascidos sem indicadores de risco, diante de um resultado satisfatório nas EOAE, o recém-nascido deveria seguir para o acompanhamento de rotina.

Porém, em caso de resultado insatisfatório, deveria ser realizado um novo procedimento de triagem antes da alta ou em momento oportuno, conforme a organização do serviço. Persistindo o resultado insatisfatório, o recém-nascido deveria ser encaminhado para avaliação diagnóstica especializada. Para os recém-nascidos com indicadores de risco, o PEATE-A constituía o procedimento recomendado para a triagem e, diante de resultado insatisfatório, deveria ser realizado reteste e posterior encaminhamento para diagnóstico quando necessário.

Dessa forma, a TAN nunca foi compreendida como um procedimento isolado, mas como a primeira etapa de uma linha de cuidado voltada à identificação, confirmação diagnóstica e intervenção precoce diante da perda auditiva. A organização do fluxo visava garantir que os recém-nascidos com resultado alterado não permanecessem apenas na etapa de rastreamento, sendo encaminhados para avaliação audiológica diagnóstica e, quando confirmada a perda auditiva, para as medidas de intervenção e reabilitação indicadas. Simultaneamente, os recém-nascidos que apresentassem indicadores de risco deveriam permanecer em acompanhamento do desenvolvimento auditivo e de linguagem, mesmo quando apresentassem resultado satisfatório na TAN, devido à possi-

bilidade de perdas auditivas de início tardio ou progressivas.

Além da definição dos procedimentos e do fluxo assistencial, as Diretrizes de 2012 estabeleceram indicadores de qualidade para o monitoramento dos programas de TAN. Na etapa de triagem, recomendava-se que a cobertura alcançasse pelo menos 95% dos recém-nascidos vivos, tendo como meta a cobertura de 100%. Também era estabelecida a realização da TAN até o primeiro ou terceiro mês de vida, considerando a idade corrigida, nos casos de prematuros e recém-nascidos que permanecessem internados por períodos prolongados. Outro indicador estabelecido era a proporção de recém-nascidos encaminhados para diagnóstico, que deveria permanecer entre 2% e 4%. Esses indicadores de qualidade foram fundamentados nas recomendações do *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH, 2007) e nas recomendações do Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA, 2010).

Na etapa diagnóstica, a diretriz recomendava que pelo menos 90% dos recém-nascidos encaminhados comparecessem à avaliação especializada e que a conclusão do diagnóstico ocorresse até os três meses de vida. Já na etapa de intervenção, estabelecia-se como indicador que 95% dos lactentes com perda auditiva bilateral permanente iniciassem terapia fonoaudiológica após a conclusão diagnóstica. Da mesma forma, recomendava-se que 95% dos lactentes com perda auditiva permanente, uni ou bilateral, recebessem adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) no prazo de até um mês após o diagnóstico (COMUSA, 2010).

Os indicadores de qualidade propostos permitiam avaliar não apenas a cobertura da TAN, mas também a oportunidade do diagnóstico, o acesso aos serviços especializados e a continuidade da assistência. Nesse contexto, a diretriz estabeleceu parâmetros temporais e quanti-

tativos destinados a assegurar que a identificação da perda auditiva fosse acompanhada de diagnóstico e intervenção precoces, reduzindo os impactos decorrentes da privação auditiva sobre o desenvolvimento infantil. A organização proposta em 2012 constitui uma referência fundamental para compreender a evolução das políticas nacionais relacionadas à TAN. A análise desse modelo permite posteriormente identificar as mudanças introduzidas pela atualização das recomendações, especialmente no que se refere à classificação dos indicadores de risco, aos procedimentos de triagem e ao acompanhamento dos recém-nascidos, possibilitando compreender de que maneira a atualização buscou aprimorar a estratificação do risco e a organização do cuidado auditivo neonatal.

Atualização dos indicadores de risco e do seguimento assistencial na Triagem Auditiva Neonatal

Para fins de identificação e comparação das diretrizes analisadas, foi adotado o sistema numérico de referências, sendo a referência 1 correspondente ao Guia para Realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Seguimento Assistencial, publicado pelo Ministério da Saúde em 2025, e a referência 2 correspondente às Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2012. Dessa forma, ao longo do texto, a indicação¹ corresponde às informações, observações e conclusões fundamentadas na diretriz de 2025, enquanto a indicação² corresponde às informações provenientes da diretriz de 2012.

O Guia para Realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Seguimento Assistencial, publicado pelo Ministério da Saúde em 2025, reorganiza os Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) em dois grupos, IRDA1 e IRDA2, considerando sua associação predominante com diferentes tipos de compro-

metimento auditivo. Os IRDA1 estão relacionados principalmente às perdas cocleares, incluindo: infecções congênitas agrupadas pelo acrônimo “STORCH+Z”, como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e síndrome congênita do vírus Zika; uso de medicamentos ototóxicos, como os antibióticos da classe dos aminoglicosídeos; anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal e hereditariedade para deficiência auditiva. Já os IRDA2 estão associados predominantemente às perdas retrococleares e ao espectro da neuropatia auditiva (ENA), abrangendo permanência em unidade de terapia intensiva neonatal por mais de cinco dias, peso ao nascer inferior a 1.500g, hiperbilirrubinemia com necessidade de exsanguineotransfusão, ECMO, ventilação mecânica invasiva por mais de cinco dias, anóxia grave, encefalopatia hipóxico-isquêmica e hemorragia periventricular (BRASIL, 2025).

Nesse contexto, a nova classificação passa a orientar diretamente o protocolo de triagem. Para recém-nascidos sem indicadores de risco ou classificados como IRDA1, recomenda-se a realização das emissões otoacústicas evocadas transientes (EOAT). Para aqueles classificados como IRDA2, o protocolo indicado é composto por EOAT associada ao potencial evocado auditivo de tronco encefálico automático (PEATE-A), permitindo contemplar tanto a função coclear quanto possíveis alterações retrococleares e relacionadas ao ENA (BRASIL, 2025).

Em caso de resultado não satisfatório, para recém-nascidos de qualquer um dos grupos, o Guia recomenda a realização do reteste em até 15 dias de vida, preferencialmente no mesmo serviço responsável pela TAN. Nos casos de IRDA2, será considerado teste não satisfatório se alterado mesmo que em um único procedimento, e o reteste mantém o protocolo combinado com EOAT e PEATE-A. A persistência de resultado não satisfatório, mesmo quando restrita a uma orelha, determina encaminhamento

para avaliação diagnóstica em serviço especializado ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) (BRASIL, 2025).

Entre os IRDA1, o novo Guia destaca o papel do citomegalovírus congênito (CMVc) como causa importante de perda auditiva. Embora o CMVc já fosse reconhecido como fator de risco para deficiência auditiva, o novo guia reforça a necessidade de atenção à investigação etiológica. A recomendação é que a confirmação da infecção congênita ocorra ainda nas três primeiras semanas de vida. Nesse cenário, a realização do reteste até o 15º dia de vida favorece a investigação dentro da janela temporal adequada (BRASIL, 2025).

Outra atualização relevante diz respeito ao seguimento assistencial. Recém-nascidos sem indicadores de risco ou classificados como IRDA1 e que apresentam resultado satisfatório na TAN devem ser acompanhados na Atenção Primária à Saúde (APS), com vigilância do desenvolvimento auditivo e de linguagem. Para aqueles classificados como IRDA2, o Guia recomenda acompanhamento em serviço especializado ou CER, mesmo diante de resultado satisfatório na TAN, com avaliações auditivas periódicas e seguimento longitudinal conforme o indicador de risco. Nos casos de falha no reteste, o encaminhamento para investigação diagnóstica especializada deve ocorrer de forma imperativa (BRASIL, 2025).

Dessa forma, a atualização estabelece uma relação entre a classificação do risco, método de triagem, reteste e seguimento assistencial, organizando percursos diferenciados de acordo com o perfil clínico do recém-nascido. A distinção entre IRDA1 e IRDA2, a adoção do protocolo combinado com EOAT e PEATE-A nos casos de maior risco para alterações retrococleares, a antecipação do reteste, a atenção ao CMVc e a definição de fluxos claros e específicos de acompanhamento constituem os principais

elementos da atualização relacionados aos indicadores de risco e ao seguimento assistencial.

A análise comparativa, na **Tabela 21.1**, evidencia que a atualização das diretrizes da TAN preserva os princípios fundamentais estabelecidos em 2012, especialmente quanto à universalidade da triagem e à necessidade de identificação precoce das perdas auditivas, mas introduz mudanças importantes na organização e na individualização do cuidado. Embora o objetivo, o público-alvo e o momento preferencial para realização da TAN permaneçam semelhantes, observa-se maior rigor na condução das etapas subsequentes, especialmente pela redução do prazo recomendado para o reteste, preferencialmente até o 15º dia de vida e, idealmente, ainda na maternidade. Essa mudança visa reduzir o tempo entre a identificação de um resultado não satisfatório e a continuidade da investigação, favorecendo o diagnóstico e as intervenções precoces.

Além disso, destaca-se a reorganização dos indicadores de risco de acordo com o tipo de comprometimento auditivo, o que repercute diretamente na escolha dos exames, tornando o processo de triagem mais individualizado. A mudança é particularmente relevante para os recém-nascidos provenientes de UTI neonatal por período superior a cinco dias, que, embora já fossem reconhecidos como grupo de risco na diretriz anterior, passam a receber uma abordagem mais direcionada. Também se observa uma ampliação da perspectiva de cuidado para além da realização do exame: a atualização mantém a meta internacional 1-3-6, mas passa a incentivar serviços estruturados a alcançar o modelo 1-2-3, reforçando a necessidade de reduzir progressivamente o tempo entre a triagem, o diagnóstico e o início da intervenção. Paralelamente, a Atenção Primária à Saúde assume papel mais ativo no acompanhamento e nos encaminhamentos, e a TAN passa a ser compreendida de maneira mais integrada à rede

de atenção à saúde, e não apenas como um procedimento realizado no período neonatal. A manutenção da universalidade, associada à criação de estratégias para ampliação da cobertura e à padronização dos fluxos para os CER e

demais serviços especializados, evidencia a evolução de um modelo centrado principalmente na realização da triagem para uma organização assistencial mais apurada, contínua e articulada entre os diferentes níveis de atenção.

Tabela 21.1 Comparação entre a diretriz brasileira de 2012 e a atualização de 2025 da Triagem Auditiva Neonatal (TAN)

Aspecto	Diretriz de 2012	Atualização 2025
Objetivo da TAN	Identificar precocemente perdas auditivas para permitir diagnóstico e intervenção precoce	Mantém o mesmo objetivo
Público-alvo	Todos os recém-nascidos	Todos os recém-nascidos
Momento da triagem	Preferencialmente entre 24-48 horas e até 30 dias de vida	Mantido o mesmo
Reteste	Até o trigésimo dia ou conforme fluxo local	Passa a ser recomendado até o décimo quinto dia de vida, preferencialmente ainda na maternidade
Etapas dos exames	Etapas mais uniformes, baseadas principalmente em EOA e PEATE-A para grupos específicos	Etapas individualizadas, conforme o tipo de risco auditivo
Indicadores de risco	Lista única de IRDA	Indicadores divididos em IRDA1 (risco coclear) e IRDA2 (risco retrococlear/neuropatia auditiva)
Escolha do exame	Menor diferenciação conforme o risco	O exame passa a ser escolhido de acordo com o tipo de perda auditiva esperada
Bebês de UTI Neonatal (> 5 dias)	Eram considerados de risco	São de risco, porém passam a ser encaminhados logo ao PEATE-A, devido ao maior risco de neuropatia
Meta de diagnóstico e intervenção	Referência internacional 1-3-6 (triagem, diagnóstico e intervenção)	Mantém 1-3-6, mas incentiva serviços estruturados a alcançar 1-2-3
Monitoramento de qualidade	Indicadores básicos	Ampliação dos indicadores e maior monitoramento dos serviços
Integração da APS	Existia, mas menos detalhada	Atenção Primária assume papel mais ativo no acompanhamento e nos encaminhamentos
Cobertura da TAN	Meta de cobertura universal	Mantém a universalidade, mas estabelece estratégias nacionais para ampliar a cobertura (meta inicial de 70%)
Encaminhamento para CER/serviço especializado	Recomendado	Mantido, com fluxos mais padronizados

Fonte: elaborado pelas autoras com base em Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal (BRASIL, 2012) e Guia para Realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Seguimento Assistencial (BRASIL, 2025).

CONCLUSÃO

A atualização das diretrizes de triagem auditiva neonatal, de 2012 para 2025, mostrou-se necessária, já que o documento original

mostrava-se distante do avanço científico e da atual política de saúde brasileira. Após mais de uma década sem revisão, a diretriz de 2012 não incorporava evidências mais recentes sobre neuroplasticidade, a prevalência real da perda

auditiva na infância e o espectro da neuropatia auditiva (ENA), condição que exige raciocínio clínico distinto da perda coclear e que, até então, não era tratada com a devida especificidade. A diretriz de 2012 também não dialogava com políticas que passaram a estruturar o cuidado à criança e à pessoa com deficiência no SUS, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015) e a atualização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (2023). Mais do que isso, a experiência acumulada ao longo desses anos revelou que a fragilidade do programa não estava propriamente na testagem, mas no que vinha depois dela: crianças com falha nas etapas subsequentes se perdiam no encaminhamento, sem diferenciação clara entre o cuidado de quem possui ou não indicadores de risco.

Por meio das novas diretrizes, houve mudanças técnicas concretas que possibilitaram uma categorização mais eficaz. A principal mudança está na divisão dos indicadores de risco para deficiência auditiva em duas categorias, IRDA1 e IRDA2, conforme sua associação mais provável com perdas cocleares ou retrococleares/ENA, o que não existia em 2012 e que agora define o protocolo desde a etapa de teste: EOAT isolada para o primeiro grupo, e EOAT associada obrigatoriamente a PEATE-A para o segundo. Os prazos também ficaram mais rígidos: o reteste, que antes podia ocorrer em até 30 dias, passa a ter janela de 15 dias, alinhada à necessidade de confirmar laboratorialmente uma eventual infecção por CMVc antes da terceira semana de vida. Quanto à temporalidade das ações, o protocolo mantém o referencial 1-3-6 como parâmetro mínimo, passando a incentivar o modelo 1-2-3 em serviços estruturados, refletindo a compreensão de que a perda auditiva congênita não tratada equivale, em termos de urgência, a uma emergência neurológica. A mudança mais relevante

para o dia a dia assistencial é, provavelmente, o fato de que crianças sem indicador de risco (ou com IRDA1) que passam na triagem seguem para acompanhamento na Atenção Primária, enquanto crianças com IRDA2, mesmo passando na triagem, precisam ser monitoradas periodicamente em serviço especializado até a idade escolar, já que um resultado satisfatório não descarta, nesse grupo, uma perda de início tardio ou progressiva.

Na prática da maternidade, essas mudanças exigem que a equipe classifique corretamente o risco de cada neonato antes da escolha do procedimento de triagem, cumprindo prazos mais curtos e garantindo que nenhuma família saia da alta hospitalar sem um encaminhamento já definido, seja para a APS, serviço especializado ou CER. Isso amplia o papel do fonoaudiólogo para além da execução do exame: ele passa a ser, cada vez mais, um articulador do percurso da criança dentro da rede de atenção à saúde, responsável por assegurar que a informação obtida na triagem esteja devidamente registrada e que haja acesso aos prontuários dos neonatos para a adequada tomada de decisão e continuidade do cuidado. Essa organização do fluxo deve ser iniciada ainda na assistência pediátrica, com a adequada identificação e registro dos indicadores de risco pelo pediatra, permitindo que o fonoaudiólogo tenha acesso às informações necessárias para a realização e interpretação da TAN e para o encaminhamento adequado após o resultado da triagem. O desafio que se coloca daqui para frente é reduzir as desigualdades regionais na implementação dessas diretrizes: o próprio documento de 2025 reconhece que populações quilombolas, indígenas e migrantes ainda têm cobertura incipiente da TAN, o que mostra que a atualização normativa, por si só, não garante equidade no acesso — ela apenas estabelece parâmetros que a gestão local precisa perseguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília, DF, ago. 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112303.htm>. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-de-atencao-da-triagem-auditiva-neonatal/>>. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para realização da triagem auditiva neonatal (TAN) e seguimento assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. 64 p. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_triagem_auditiva_neonatal.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2026.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, v. 120, n. 4, p. 898–921, 2007. DOI: 10.1542/peds.2007-2333.

LEWIS, D. R. *et al.* Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva: COMUSA. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 76, n. 1, p. 121–128, 2010. DOI: 10.1590/S1808-86942010000100020.