



**UNICAMP**

**MICHELE FREDERICO**

**ADESÃO DE MÃES DE LACTENTES A UM PROGRAMA DE MONITORAMENTO DO  
DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E DE LINGUAGEM**

CAMPINAS

2013





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

---

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CEPRE-FCM-UNICAMP

**MICHELE FREDERICO**

**ADESÃO DE MÃES DE LACTENTES A UM PROGRAMA DE MONITORAMENTO DO  
DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E DE LINGUAGEM**

Orientação: Profa Dra Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-  
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas -  
UNICAMP para obtenção de título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e  
Reabilitação, área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR  
MICHELE FREDERICO E ORIENTADA PELA  
PROFA. DRA. MARIA CECILIA MARCONI PINHEIRO LIMA

CAMPINAS

2013

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F872a Frederico, Michele, 1985-  
Adesão de mães de lactentes a um programa de monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem / Michele Frederico. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Desenvolvimento da linguagem. 2. Audição. 3. Perda auditiva. 4. Perda de seguimento. I. Françoza, Maria de Fátima de Campos, 1955-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Membership of mother of infants for a monitoring program development hearing and language

**Palavras-chave em inglês:**

Language development

Hearing

Hearing loss

Lost to follow-up

**Área de concentração:** Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Titulação:** Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima [Orientador]

Maria de Fátima de Campos Françoza

Denise Castilho Cabrera Santos

**Data de defesa:** 10-05-2013

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

## FOLHA DE APROVAÇÃO

---

### BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MICHELE FREDERICO

---

---

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA CECILIA MARCONI PINHEIRO LIMA

---

---

#### MEMBROS:

---

1. PROFA. DRA. MARIA CECILIA MARCONI PINHEIRO LIMA



2. PROFA. DRA. MARIA DE FATIMA DE CAMPOS FRANCOZO



3. PROFA. DRA. DENISE CASTILHO CABRERA SANTOS



---

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

Data: 10 de maio de 2013

---

## AGRADECIMENTOS

À Deus que com sua infinita bondade me concede alegrias diárias e me faz seguir em frente, sempre na fé.

Aos meus pais que tanto confiam em mim e na minha carreira, que me ensinaram o verdadeiro valor das coisas: caráter, honestidade, garra, trabalho e superação.

Ao meu irmão gêmeo Marcelo que torce por mim e que me ajuda no que for preciso.

Ao meu namorado Felipe que me entendeu nas horas que eu não podia estar com ele, às infinitas horas que me dediquei a esse trabalho, à sua infinita ajuda, companheirismo e compreensão.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima, por ter sido muito mais que apenas professora/orientadora, mas amiga e incentivadora, orientando-me e pela confiança no meu trabalho. Obrigada pela compreensão sempre!

Aos membros da banca Profa. Dra. Maria de Fátima de Campos França, Profa. Dra. Denise Castilho Cabrera Santos, Profa. Dra. Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo e Profa. Dra. Christiane Marques do Couto por terem aceitado meu convite e por contribuírem com meu trabalho. Meu muito obrigada!

As minhas amigas queridas Danielle, Ana Paula, Thaís que acreditaram sempre em mim, me acompanharam desde o Aprimoramento e me incentivaram no processo do mestrado. Obrigada pelo apoio, carinho e risadas.

Aos grandes amigos Nádia, Fernando, Mariana Bressan, amizades que se iniciaram no mestrado e que vai se estender por toda a vida.

À minha amiga Mariana Aribé que não está mais entre nós, mas que me ensinou muita coisa, indescritível de se dizer aqui. Meu muito obrigada, minha estrela que brilha no céu!

Às minhas amigas/irmãs que moraram comigo em Campinas, Mariane e Marina. Obrigada por tudo e pelas horas de conversas que tanto tenho saudades.

À minha amiga Lucimara pelas infinitas caronas, pelas conversas, por me entender nas minhas angústias e me incentivar no meu projeto.

Ao meu cunhado Leandro pelas conversas sempre divertidas.

À minha sogra Rosana que me incentiva muito em tudo, minha segunda mãe.

Às funcionárias Silvana, Ana Maria que com muita paciência atendiam as mães ao telefone e anotavam recado para que eu pudesse ligar. Às infinitas ajudas!

Às alunas na época do Monitoramento (2010-2011) Maria, Mariângela, Bárbara, Josiane, Daniele, Joice, pela ajuda, pelo companheirismo e pelas discussões dos casos.

À todas as professoras do CEPRE, em especial à Profa. e amiga Dra. Tereza de Freitas Rossi a quem me ensinou muitas coisas além da surdez e também me auxiliou no meu estudo.

Ao Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “*Prof. Dr. Gabriel de O. da S. Porto*” (CEPRE), pelo apoio no desenvolvimento de minha Pós-Graduação.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Às famílias e seus bebês, cuja participação tornou possível este trabalho. Vocês me ensinaram muito!

## MINHA TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA

Como fonoaudióloga, estive sempre atenta ao trabalho realizado com crianças surdas. Antes mesmo de escolher a profissão gostava muito dessa área. Tenho uma pessoa surda na família e observava as dificuldades na sua forma de comunicação, a relação da audição com a linguagem e outras dificuldades que apareciam no dia a dia.

Entre no curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Campinas em 2006. Iniciei minhas atividades profissionais em 2008 com os estágios e especialmente os de surdez tinham supervisões maravilhosas, interdisciplinares e muito esclarecedoras. Descobri que as professoras do curso são muito humanas, no sentido de discutir termos técnicos pensando na singularidade de cada sujeito. Aprendi muito!

Tudo isso me motivou para que no ano de 2010 eu prestasse a prova para ingressar no Programa de Aprimoramento Fonoaudiologia na Área da Surdez, sob a supervisão da orientadora Profa. Dra. Maria Cecília M. P. Lima. A Cecília me encanta com sua sabedoria e ao mesmo tempo simplicidade. Tenho muito respeito e orgulho dela. Nesse período realizava o exame das Emissões Otoacústicas (Teste da Orelhinha), atendimentos a crianças e adolescentes surdos, e do Grupo de Reabilitação Auditiva com idosos. Identifiquei-me muito com isso tudo.

Na Pós Graduação, participei do Programa de Monitoramento Auditivo e de Linguagem dos bebês que possuíam indicador de risco para perda auditiva. O monitoramento me auxiliou muito na prática clínica atual. Nesse mesmo período, pude perceber que existia enorme evasão das mães encaminhadas ao programa de monitoramento. Comecei a utilizar da estratégia “telefonar” para avaliar a adesão das mães. Essa estratégia parecia ser favorável à adesão. Foi a partir daí, que conversando com a orientadora, pensamos em um projeto de mestrado relacionado à adesão das mães ao Programa do Monitoramento Auditivo e de Linguagem.

Por fim, os Cursos de Graduação na área da saúde formam o profissional para lidar com a doença, mas não com o sujeito, com sua família e seu contexto social. Aprendi que o conhecimento do contexto e o acolhimento à família fazem parte do processo e interferem fortemente na evolução terapêutica.

## **RESUMO**

O monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem, no primeiro ano de vida, possibilita a identificação precoce de uma perda auditiva e o encaminhamento da criança para os serviços especializados, caso o problema se confirme. Os objetivos do presente estudo foram os de analisar a utilização de estratégias de comunicação com mães de crianças com indicadores de risco para perda auditiva na adesão a um Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem, conhecer o perfil das mães que retornam para o monitoramento e a concepção que as mães possuem sobre as consequências de uma perda auditiva na infância. Os participantes do estudo foram mães encaminhadas de um hospital público, que compareceram para a realização da triagem auditiva do lactente realizada no seu primeiro mês de vida. Os lactentes que na triagem auditiva tiveram resultado normal, mas que possuíam algum indicador de risco, eram agendados para o Programa. As mães receberam informações, por meio de folder explicativo, sobre o desenvolvimento auditivo e as consequências de uma perda auditiva tardia, além de ligação telefônica dois dias antes da data agendada. A pesquisa caracterizou-se do tipo prospectivo longitudinal com análise quantitativa e qualitativa. Os dados foram coletados no período de agosto de 2011 a fevereiro de 2012, obtidos por meio do número de comparecimentos no livro de registros dos lactentes e entrevista semi-estruturada com as mães. Foram utilizados dados dos anos de 2009 e 2010 para comparação da frequência de retornos das mães. Em 2009, 121 (49,19%) mães aderiam ao Programa; em 2010, 148 (50,17%) e em 2011, com as estratégias do telefonema e do uso do folder explicativo, 195 (58,38%) mães aderiram. Foram entrevistadas 53 mães, sendo que 38 (71,69%) disseram não ter dificuldades em comparecer às avaliações, embora alguns fatores tenham dificultado o comparecimento, tais como: dispensa no trabalho e uso do transporte coletivo. As principais razões de adesão foram: preocupação quanto à audição, presença de indicador de risco e retorno agendado. Com relação ao perfil das mães, a maioria possuía ensino médio completo, se encontrava em união estável, procedentes da cidade de Campinas e não possuíam vínculo empregatício. Do grupo entrevistado, 39 (73,58%) mães demonstraram ter algum conhecimento sobre a deficiência auditiva. A maioria das mães se preocupa com a audição do lactente, com a questão do aprendizado escolar e fazem relação entre fala e audição.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento da linguagem; Audição, Perda auditiva; Perda de seguimento

## **Abstract**

The monitoring of auditory and language development in the first year of life, enables early identification of hearing loss and referral of children to specialized services if the problem is confirmed. The objectives of this study were to examine the use of communication strategies with mothers of children with risk factors for hearing loss in adherence to a Monitoring Program of Development of Auditory and Language, knowing the profile of mothers who return to monitoring and design that mothers have about the consequences of hearing loss in childhood. Study participants were mothers referred from a public hospital, who attended the hearing screening of infants performed in their first month of life. Infants with hearing screening results were normal but had some risk indicator, were booked into the program. Mothers received information through explanatory folder on auditory development and the consequences of hearing loss late addition to phone call two days before the scheduled date. The research was characterized with a prospective longitudinal quantitative and qualitative analysis. Data were collected from August 2011 to February 2012, obtained by the number of appearances in the book of records of infants and semi-structured interviews with mothers. Data from 2009 and 2010 to compare the frequency of returns of mothers. In 2009, 121 (49.19%) mothers adhered to the program, in 2010, 148 (50.17%) and in 2011, with the strategies of the call and the use of explanatory folder, 195 (58.38%) mothers joined . 53 mothers were interviewed, of which 38 (71.69%) said they had difficulties in attending assessments, although some factors have hampered attendance such as waiver at work and use of public transport. The main reasons for membership were: concern about hearing, presence of indicator of risk and return scheduled. Regarding the profile of mothers, the majority had completed high school, was in stable, coming from the city of Campinas and had no employment. The respondent group, 39 (73.58%) mothers were found to have some knowledge about hearing impairment. Most mothers worry about hearing the infant, with the issue of school learning and make the relationship between speech and hearing.

Keywords: Language Development, Listening, hearing loss, loss of follow-up

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 - Importância da audição e do diagnóstico precoce.....	16
2.2- Adesão ao tratamento.....	21
2.3- Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem.....	24
3. OBJETIVOS	
3.1- Gerais.....	26
3.2- Específicos.....	26
4. METODOLOGIA	
4.1- Participantes.....	27
4.2- Procedimentos de coleta de dados.....	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1- RESULTADOS QUANTITATIVOS	
Resultados da taxa de Adesão.....	32
Aspectos sociodemográficos.....	36
5.2- RESULTADOS QUALITATIVOS	
Dificuldades da adesão.....	40
Motivos/Razões da adesão.....	42
Conhecimento sobre as conseqüências de uma perda auditiva.....	44
6. CONCLUSÃO.....	47
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
8. ANEXOS	
Anexo 1: TCLE .....	54
Anexo 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO ÀS MÃES .....	56
Anexo 3: FOLDER: DESENVOLVIMENTO DA FALA E AUDIÇÃO .....	57
Anexo 4: FOLDER: TRIAGEM AUDITIVA .....	58
Anexo 5: ESCALA ELM .....	59
Anexo 6: PROTOCOLO DE TRIAGEM AUDITIVA.....	60



## 1. INTRODUÇÃO

Realizei, no ano de 2010, o Curso de Aprimoramento Fonoaudiologia na Área da Surdez, do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof Dr Gabriel Porto” (CEPRE) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Parte das minhas atividades consistia em atuar no Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem de bebês que possuíam indicador de risco para perda auditiva e que tinham resultado normal na Triagem Auditiva Neonatal.

No Brasil, recentemente foi sancionada a Lei nº 12.303 de 02/08/2010 que dispõe sobre a obrigatoriedade da realização do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) em todos os hospitais e maternidades públicas. Tal determinação representa um grande avanço na área de saúde auditiva infantil. Entretanto, para que os objetivos sejam alcançados, é necessário que haja programas de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) com relação custo-efetividade adequada e que estejam inseridos em uma rede nacional de saúde auditiva com serviços de alta complexidade credenciados no Ministério da Saúde. No município de Campinas a triagem auditiva neonatal é obrigatória desde 16/02/2004 com a Lei nº 10.759. Na UNICAMP, desde 2001 é realizada a triagem auditiva na UTI Neonatal, em 2002 a triagem auditiva foi expandida para neonatos do Alojamento Conjunto e em 2003 teve origem o Programa de Monitoramento Auditivo do Desenvolvimento da Audição e Linguagem.

O Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem teve como base o documento do *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH, 2000)*, o qual recomenda a triagem auditiva neonatal universal e o monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem de neonatos com indicadores de risco para perda auditiva progressiva ou de início tardio. Além disso, preconiza que a perda auditiva congênita seja detectada até os três meses de idade, assim como a intervenção não deve exceder os seis meses. No CEPRE, os lactentes são monitorados até 12 meses e os casos detectados com algum atraso, retornam aos 18 e 24 meses. A partir dessa idade, se o atraso persistir, as crianças são encaminhadas para atendimentos na área da Fonoaudiologia, no CEPRE ou em outras Instituições na cidade de Campinas ou região. As crianças com alguma perda auditiva detectada são encaminhadas para diagnóstico.

Uma das minhas atividades no Curso de Aprimoramento foi realizar a triagem auditiva neonatal e o acompanhamento dos lactentes com indicador de risco para perda auditiva. Os

neonatos que nascem no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM) e que permanecem no alojamento conjunto, ou seja, nascem em boas condições de saúde, são encaminhados, no primeiro mês de vida, para a triagem auditiva no CEPRE. Os neonatos que passam na triagem auditiva, mas possuem um ou mais indicadores de risco para perda auditiva, são agendados para retornarem aos 4 meses de idade, no Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem.

Monitorar o desenvolvimento de um lactente torna-se de grande relevância tendo em vista o processo de detecção precoce e o processo de promoção e educação em saúde. Portanto, este trabalho justifica-se, pois ao se conhecer os motivos da adesão, trabalha-se em educação em saúde.

Segundo Pereira et al. (2007), o diagnóstico audiológico (identificação das perdas auditivas periféricas e centrais) realizado durante o primeiro ano de vida possibilita a intervenção médica e fonoaudiológica, ainda nesse período crítico, ou seja, de maturação e plasticidade funcional do sistema nervoso central, prevenindo futuras alterações e permitindo um prognóstico mais favorável em relação ao desenvolvimento global da criança.

Existe pouca literatura sobre as taxas de retorno aos programas de monitoramento auditivo, talvez devido ao reduzido número de Instituições que realizam essas avaliações. A lei federal sancionada no ano de 2010 instituiu a obrigação apenas do exame das EOAE (Teste da Orelhinha) e não a obrigação do acompanhamento para os bebês que possuem indicadores de risco para perda auditiva. Pouco se sabe sobre os motivos do não comparecimento dos pais aos programas, pois são escassos os estudos no país com esta finalidade. Identificando-se os prováveis fatores que contribuem para o não comparecimento à consulta de retorno, recomendações podem ser sugeridas e ações podem ser implementadas para promover a adesão necessária ao programa da TAN.

Pensando-se no comparecimento dos lactentes à triagem auditiva ambulatorial, isto é, fora das dependências da Maternidade, de acordo com Alvarenga et al. (2011), ainda existe uma porcentagem de recém nascidos que não realizam a triagem auditiva, tanto na etapa teste quanto na de reteste; há também uma taxa elevada de evasão dos neonatos, que não dão continuidade às outras etapas do processo de identificação e intervenção, sendo tal situação apontada como uma das dificuldades dos programas de TAN tanto em nível nacional quanto internacional. Este fato demonstra a necessidade de ser formada uma rede de identificação, diagnóstico, intervenção,

orientação e apoio às famílias. Inúmeras situações são apontadas como razões para o alto índice de evasão nos Programas de TAN (teste ou reteste da triagem auditiva e diagnóstico), tais como: falta de disponibilidade dos pais em trazer seus filhos para a realização da avaliação audiológica e pouco conhecimento por parte da família sobre a importância da detecção e intervenção precoces na deficiência auditiva, entre outros.

Para esse trabalho, realizou-se uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema de pesquisa, adesão de mães a um tratamento, o qual foi separado em tópicos, para melhor compreensão do leitor.

No tópico Importância da audição e do diagnóstico precoce, foi relatada a relação entre a audição e a linguagem oral, as consequências de uma perda auditiva para a pessoa e para a família, a importância que a audição exerce em nossa vida, o desenvolvimento da função auditiva, a triagem auditiva e o diagnóstico precoce. No tópico Adesão ao tratamento, foi primeiramente relatado o conceito da palavra adesão que irá nos auxiliar nos objetivos do estudo em questão e os fatores que podem facilitar e/ou dificultar a adesão. No tópico Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem é citada a importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil e a relação deste com a audição e as consequências de uma perda auditiva tardia.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 - IMPORTÂNCIA DA AUDIÇÃO E DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Basseto (2005) cita que os primeiros programas de detecção precoce da deficiência auditiva no Brasil foram propostos no início da década de 1980 e desde então, a triagem vem sendo realizada em hospitais-escolas e em programas de acompanhamento e de pesquisa do desenvolvimento infantil. Segundo Garcia, Isaac e Oliveira (2002), no Brasil, em 1998, foi criado o GATANU (Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal), formado por fonoaudiólogos, pediatras e otorrinolaringologistas, com representantes do Instituto Nacional de Surdez, da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e dos Ministros da Educação e da Saúde com a finalidade de aumentar a consciência coletiva para o problema da surdez infantil no Brasil, divulgar a necessidade da realização da triagem auditiva neonatal universal (TANU), normalizar e padronizar o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas e de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, incentivar o aprimoramento das técnicas de triagem, diagnóstico e habilitação, desenvolver um estudo multicêntrico para levantar a prevalência brasileira da deficiência auditiva nos bebês normais e de alto risco e documentar o perfil audiológico das crianças com deficiência auditiva identificadas nos programas de triagem acompanhado o seu desenvolvimento lingüístico, social e cognitivo.

A implementação da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) tem sido realizada por meio do teste das Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), que se baseia em captar, no conduto auditivo externo, a energia acústica produzida na orelha interna. Segundo Garcia, Isaac e Oliveira (2002), o registro das Emissões Otoacústicas tem sido largamente indicado, por ser um exame rápido, de fácil aplicação e poder atingir grande número de sujeitos em curto espaço de tempo, sendo, portanto, útil nos programas de triagem auditiva neonatal. Entretanto, após a identificação de uma criança com indicador de risco para perda auditiva, deve-se encaminhá-la para diagnóstico, e no caso de uma perda auditiva confirmada, encaminhá-la para processos terapêuticos, sendo de grande importância o trabalho multidisciplinar (Berni et al., 2006).

O *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH, 2000) também recomenda que todo recém nascido deve ter sua audição avaliada e recomenda que a perda auditiva congênita seja detectada até os três meses de idade, assim como a intervenção não deve exceder os seis meses de idade.

No Brasil, recentemente foi sancionada a Lei nº 12.303 de 02/08/2010 que dispõe sobre a obrigatoriedade da realização do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) em todos os hospitais e maternidades públicas. Tal determinação representa um grande avanço na área de saúde auditiva infantil. No município de Campinas a triagem auditiva neonatal é obrigatória desde 16/02/2004 com a Lei nº 10.759. Na UNICAMP, desde 2001 é realizada a triagem auditiva na UTI Neonatal, em 2002, em 2003 foi expandida para os neonatos de Alojamento.

O *Joint Committee of Infant Hearing* (2000) propõe diferentes indicadores de qualidade para estes programas, sendo que um deles se relaciona ao índice de adesão e evasão das famílias. No que se refere a este indicador, para que um programa seja considerado de qualidade, a TAN deve ser realizada em pelo menos 95% dos recém-nascidos e, entre aqueles que obtiverem o resultado “falha” na TAN, no mínimo 90% devem ser submetidos à avaliação audiológica até o terceiro mês de vida. Embora os programas existentes busquem seguir tais recomendações e atingir estes índices, a literatura tem evidenciado o enfrentamento de grandes dificuldades devido às altas taxas de evasão das famílias nas diferentes fases da TAN. Nesse contexto, ressalta-se a importância do desenvolvimento de estudos com o objetivo de analisar os motivos dessa evasão, fornecendo informações para que novas estratégias sejam criadas a fim de reduzi-la.

É de extrema importância que crianças passem pela Triagem Auditiva Neonatal, pois caso possuam perda auditiva, esta terá sido encaminhada de forma precoce, passando por um acompanhamento periódico. Entretanto, para que isso ocorra, é importante que as mães dos recém-nascidos estejam cientes da importância do programa, da importância da audição e das conseqüências que uma perda auditiva traz para a vida de um indivíduo.

A audição é o principal sentido responsável pela aquisição da linguagem oral. O déficit desta função pode provocar prejuízo não só nessa área, mas também no aspecto social, emocional e cognitivo da criança. Segundo Gatto e Tochetto (2007), a linguagem desempenha um papel essencial na organização perceptual, na recepção e estruturação das informações, na aprendizagem e nas interações sociais do ser humano e a audição constitui-se em um pré-requisito para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral. Audição e fala são funções correlacionadas e interdependentes.

Sendo a língua oral o principal meio de comunicação entre os seres humanos, a audição participa efetivamente nos processos de aprendizagem de conceitos básicos, até a leitura e a escrita (Santos, Lima e Rossi, 2003).

Por tratar-se de uma privação sensorial de graves conseqüências para a criança, sua família e a sociedade, a deficiência auditiva tem sido objeto de preocupações e estudos na busca de alternativas que possam minimizar seus efeitos deletérios sobre o desenvolvimento social, emocional e cognitivo do indivíduo (Gatto e Tochetto, 2007).

A deficiência auditiva exerce importante impacto sobre a sociedade, seja do ponto de vista econômico, devido aos altos custos na detecção e reabilitação, seja nos aspectos psicossociais, não somente para o indivíduo como para sua família. A constatação da surdez em uma criança geralmente apresenta-se como um importante problema para a família, tornando-se fonte de conflitos com repercussões em todo o grupo familiar, em especial no tocante às dificuldades de comunicação. Os pais sentem-se inseguros, com sentimentos de culpa, ansiedade e com grandes questionamentos sobre as causas da perda auditiva, sendo necessárias intervenções junto à família para diminuir a dor e os conflitos gerados pela deficiência auditiva. A família que tem entre seus membros uma pessoa surda atravessa momentos difíceis no decorrer das várias fases de seu ciclo vital e requer acompanhamento, orientação e ajuda em cada etapa. A família deve ser destinatária de uma atenção específica por parte dos profissionais de saúde que necessitam implementar estratégias ou programas de intervenção que possam enfocá-la como uma unidade (Bittencourt e Hoehne, 2009).

De acordo com Françoze (2003), os membros de uma família necessitam de um tempo para assimilar e se adaptar a nova situação, tomar posse de informações e compreenderem o que é a surdez, situação que muitas vezes pode ser interpretado pela equipe de atendimento como não aceitação, falta de participação ou não envolvimento com a criança

Garcia, Isaac e Oliveira (2002) referem que os primeiros anos de vida têm sido considerados como o período crítico para o Desenvolvimento Auditivo e da linguagem. O diagnóstico e a intervenção precoces são de fundamental importância no desenvolvimento das crianças que apresentam alterações auditivas. Sabemos que o desenvolvimento da função auditiva ocorre nos primeiros períodos de maturação da vida infantil. Sendo assim, faz-se necessário que se detecte as alterações auditivas o mais precocemente possível. O processo de triagem da deficiência auditiva deve ser iniciado ainda no berçário, através da triagem auditiva neonatal (TAN) por ser uma forma eficiente de identificar, principalmente, as crianças de risco.

Vieira et al. (2007) citam que a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) representa uma forma de viabilizar o diagnóstico precoce da deficiência auditiva infantil, sendo que um programa de

identificação precoce deve contemplar, além dos procedimentos de triagem auditiva, a pesquisa dos indicadores de risco e o acompanhamento de todos os lactentes que apresentam tais indicadores. Entretanto, as perdas auditivas no Brasil têm sido diagnosticadas por volta dos dois a três anos de idade. Durante esse tempo, a criança perde informações auditivas importantes, o que interfere no desenvolvimento da sua comunicação. Segundo os autores, até nos dias atuais a idade para o diagnóstico não tem aumentado.

Silva, Santos e Gonçalves (2006) referem que o ambiente em que a criança vive é influenciador no desenvolvimento motor e cognitivo da criança principalmente no primeiro ano de vida. Por sua vez, este difere de acordo com as variações socioeconômicas, culturais, educação materna e estímulos presentes em casa. Assim também é para a perda auditiva. O ambiente e as práticas de cuidados maternos podem ser reconhecidos como mediadores que agravam ou minimizam os efeitos sobre o desenvolvimento da criança.

Segundo Vieira et al. (2007), a detecção da deficiência auditiva deve ser rigorosamente observada por todos os profissionais da área de saúde e deve ser uma preocupação de Saúde Pública, propiciando melhoria/manutenção da qualidade de vida da população infantil e na promoção da saúde auditiva. É fundamental o conhecimento e a valorização da detecção da perda e da promoção da saúde por parte dos profissionais de saúde no período pré e pós gestacional para que haja efetividade nos programas de triagem auditiva.

De acordo com um estudo de Fernandes e Nosawa (2010), estima-se que o Brasil tenha cerca de 5 milhões de pessoas com deficiência auditiva e disponha de um total de 130 unidades de Serviço de Saúde Auditiva habilitadas para oferecer atendimento ao deficiente auditivo na atenção básica, média e na alta complexidade.

Segundo Araújo (2009), a deficiência auditiva é considerada uma alteração de difícil reconhecimento devido sua invisibilidade, e sendo assim recomenda-se sua identificação imediata, seja pela triagem auditiva neonatal ou pela realização do monitoramento audiológico.

De acordo com o exposto acima, tem-se a necessidade de acompanhamento dos lactentes com indicador de risco através do Programa de Monitoramento do desenvolvimento Auditivo e de Linguagem, para minimizar os efeitos que uma perda auditiva tardia possa causar. Com isso, torna-se importante monitorar neonatos que nascem em boas condições de saúde, mas que possuem indicadores de risco para surdez.

Os indicadores de risco de deficiência auditiva (IRDA), de acordo com *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH, 2007) são: história de casos de surdez permanente na família, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos neste item; permanência na UTI por mais de cinco dias; ventilação mecânica; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia a níveis excedendo a indicação para exsanguíneo transfusão; anóxia peri-natal grave; Apgar neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas; infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalo-vírus, Herpes, Sífilis, HIV); anomalias crânio-faciais envolvendo orelha e osso temporal; síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Wardenburg, Alport, Pendred, entre outras); distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth); traumatismo craniano e quimioterapia.

Vieira et al. (2007) referem que a importância da pesquisa dos indicadores de risco para a deficiência auditiva infantil está relacionada principalmente ao fato de que muitos destes indicadores podem levar ao aparecimento tardio de perda auditiva e/ou a progressão da perda auditiva já existente ao nascimento. Desta forma, neonatos com indicadores de risco precisam de acompanhamento auditivo criterioso. As crianças consideradas de risco para distúrbios de audição devem ser submetidas a uma avaliação auditiva no início da vida e a um acompanhamento audiológico, que permita monitorar o desenvolvimento das habilidades auditivas e identificar qualquer tipo de alteração auditiva, ainda no período ideal de estimulação, isto é, no período crítico para a aquisição da linguagem (1- 2 anos de idade).

Segundo Azevedo (2004), a população que deve ser atendida durante o primeiro ano de vida inclui crianças que apresentam indicador de risco, crianças que tenham permanecido em UTI por mais de 48 horas e crianças que falharam na triagem auditiva neonatal.

Volkweis (1999) refere que as crianças consideradas de risco para distúrbio da audição devem ser submetidas a uma avaliação no início da vida e a um acompanhamento audiológico, para verificar o desenvolvimento de sua audição e identificar qualquer tipo de alteração da audição ainda no período ideal.

## 2.2 - ADESÃO AO TRATAMENTO

Vizzotto et al. (2009) consideram que a adesão aos tratamentos médicos é um dos grandes responsáveis para o sucesso terapêutico. Soma-se a isso o fato de que a não adesão implica em altos custos em saúde pública e resulta em desperdício de recursos e muita frustração para os profissionais e pacientes. Vários cientistas e sociólogos preocupam-se com os níveis de adesão, os fatores determinantes e as possíveis intervenções, pois influenciam a eficácia do sistema de saúde.

A baixa adesão ao tratamento é um problema mundial. Os benefícios da adesão ao tratamento se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. A adesão deve ser compreendida como um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade entre paciente e equipe de saúde. Uma definição mais ampla e abrangente assinala que adesão (BRASIL, 2007a, p.11): “é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa, a equipe e a rede social. A adesão deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva. Momentos pedagógicos e educativos fazem parte da atuação de todos os profissionais de saúde” (BRASIL, 2007a, p.11).

Segundo Silveira e Ribeiro (2005), a adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Consideram, também, fatores relacionados ao(s) profissional(is), comportando ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que aliam orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional.

Valle et al. (2001) consideram três grandes grupos de fatores que influenciam o processo de adesão: aqueles atribuídos ao paciente, à relação médico-paciente e ao esquema terapêutico.

Entre os fatores atribuídos ao paciente estão suas crenças sobre saúde/doença. As crenças são construídas na experiência e encontram-se na base dos comportamentos e ações. Nestas circunstâncias, a atitude familiar influencia o tratamento, visto que uma possível falta de envolvimento familiar pode resultar em isolamento social, diminuindo ainda mais a taxa de adesão.

Silveira e Ribeiro (2005- pág 94) referem que “a adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente estrutura e consolida o processo, devendo ser considerado para que se efetive”. Os profissionais envolvidos na reabilitação podem contribuir significativamente com os pais, caso no momento do diagnóstico levem em consideração suas condições sociais, culturais e emocionais, na forma como comunicam a surdez. Por isso, torna-se importante a qualificação e atenção dos profissionais de saúde para possibilitar o diagnóstico precoce e o apoio aos pais, bem como o encaminhamento e o seguimento adequados para os pacientes surdos (Silva, Pereira e Zanolli, 2012).

Rodrigues e Pires (2002) confirmam a importância do papel que os profissionais exercem na vida da criança e da família, uma vez que é através dos conhecimentos e informações transmitidos por eles que as famílias fazem suas escolhas. Percebe-se o quão importante é o detalhamento minucioso sobre informações referentes à perda auditiva.

Segundo Vivas (2008), a literatura relata que a adesão ao tratamento, por parte da família e do paciente, depende de vários fatores sociais, econômicos, educacionais, cognitivos e interacionais. Segundo Silveira e Ribeiro (2005), facilitar a adesão e aderir ao tratamento não são tarefas fáceis, constituindo desafios que sofrem oscilações e demandam atenção contínua. Ainda segundo as autoras, outros aspectos como os interacionais podem favorecer ou dificultar a adesão ao tratamento. Essa interação pode ocorrer entre o terapeuta e a família, podendo gerar empatia e cumplicidade ao longo do tratamento quando bem sucedida; o terapeuta e o paciente, propiciando, pelo afeto, a segurança e o acolhimento necessários para tornar o atendimento terapêutico um momento mais agradável.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), existem vários fatores que contribuem para a adesão ao tratamento, dentre eles estão: ter conhecimento e compreensão da enfermidade que acomete o indivíduo e os objetivos da terapia proposta, o que favorece a sua

motivação e disposição em segui-la; a preocupação e o medo das conseqüências adversas; a crença na recuperação parece ser o principal motivador para a continuidade do tratamento fonoterápico. O familiar sempre tem esperança de alguma cura, por mais grave que seja a “deficiência” da criança. Assim, ele acredita que, ao continuar o tratamento, um dia sua criança irá se desenvolver. Os recursos instrucionais que podem ser utilizados são vários e devem sempre levar em conta as condições de escolaridade, aspectos cognitivos e emocionais e nível de compreensão do usuário; lançar mão de linguagem acessível é o primeiro passo – uso de material escrito, figuras, desenhos, gráficos e vídeos.

Em contrapartida, ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) são vários os fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento, dentre eles estão: as atividades domésticas e o cuidado com os outros filhos; a precariedade ou ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental; baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento, relação insatisfatória do usuário com os profissionais da equipe de saúde, incluindo seu nível de satisfação com os serviços prestados, com os procedimentos realizados e acesso a exames, crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento.

Lima et al. (2010) relataram que a dificuldade em levar as crianças dificulta a adesão e cita alguns fatores que dificultam a exposição da criança em ambientes externos à casa, tais como a curiosidade e o preconceito das pessoas diante da criança com necessidades especiais, o fato de algumas mães morarem distante do local do tratamento e a dependência de transporte coletivo para levar os filhos ao atendimento.

## **2.3 – MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E DE LINGUAGEM**

Segundo Araújo (2009), é importante que se dê continuidade ao processo de diagnóstico precoce não só por meio da triagem auditiva neonatal, mas também com o monitoramento auditivo da criança com indicador de risco para surdez, porque o resultado satisfatório na triagem auditiva não elimina a necessidade de um acompanhamento sistemático e consistente do desenvolvimento da função auditiva e de linguagem da criança.

Françoze e Gonçalves (2005) citam que é importante destacar que nos casos de monitoramento de crianças com risco para perda auditiva, o envolvimento dos pais é fundamental uma vez que são os responsáveis por levar a criança para as avaliações. Quando os pais são esclarecidos e estão em condições emocionais favoráveis para entender os motivos do monitoramento, conseguem perceber a importância de ter seu filho acompanhado e aderem aos programas de monitoramento. Buscaglia (2002) aponta para uma ineficiência de comunicação entre pais e profissionais, quando não é oferecida uma atmosfera que os permita sentirem-se livres para fazer perguntas ou quando não foi usada uma linguagem clara.

Segundo Alvarenga et al. (2011), faz-se necessário criar um fluxo contínuo de acolhimento para que as famílias tenham acesso rápido e fácil a eles. Não criar estas condições para a família, significa na maioria das vezes, deixá-las sem esclarecimento sobre a audição do seu filho. A orientação à família é imprescindível, portanto, para que não haja desistência no decorrer do processo, devendo assim, ser contínua e abordar todos os aspectos que permitam a família compreender e valorizar o atendimento que está sendo realizado.

Segundo Françoze e Gonçalves (2005), apesar de o monitoramento se voltar para as questões do Desenvolvimento Auditivo e da linguagem, é freqüente que pais preocupem-se apenas com a audição. Nem sempre ficam esclarecidos das conseqüências da perda auditiva para o desenvolvimento da linguagem; ou ainda, consideram que a criança é muito pequena, não sendo a linguagem uma preocupação. Segundo Fernandes e Nozawa (2010), a falta de audição não se constitui, para parcela significativa das mães, em um problema que necessitaria de preocupação ou de investigação junto a profissionais especializados.

Para Durante et al. (2004), deve-se assegurar programa de acompanhamento do desenvolvimento para lactentes com risco para perda auditiva tardia ou progressiva e investir na orientação das famílias quanto ao Desenvolvimento Auditivo e linguagem das crianças.

Segundo Fernandes e Nozawa (2010) é necessário que haja a participação familiar durante o processo de acompanhamento tanto para que a criança seja levada até o local onde serão realizados os testes, como para que, nos casos de detecção de perda auditiva, a família possa ser orientada e integrada aos programas de reabilitação. Contudo, o envolvimento familiar é considerado insatisfatório em muitos programas nacionais e internacionais, afetando, negativamente, as metas a serem alcançadas. Associado a esses fatores há ainda a percepção das mães de que a observação empírica das reações de seus filhos às falas, sons e ruídos em geral, atestariam um desenvolvimento auditivo saudável. De fato, as maneiras pelas quais as mães observam a capacidade auditiva de seus filhos não se apresentam como inadequados para tal fim. No entanto, nos casos de perda auditiva leve ou moderada, o diagnóstico ocorre tardiamente, na maioria das vezes, na idade escolar.

Corroborando as autoras, Lima et al. (2010) referem que deve-se ressaltar que as alterações auditivas são de difícil reconhecimento, pois geralmente os recém-nascidos têm aparência saudável. O diagnóstico da surdez frequentemente ocorre em um período tardio, quando a criança já apresenta um atraso no desenvolvimento da linguagem oral.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1- OBJETIVOS GERAIS**

Os objetivos do presente estudo foram analisar a utilização de estratégias de comunicação com mães de crianças com indicadores de risco para perda auditiva, para adesão a um Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem, conhecer o perfil das mães que retornam para o monitoramento e a concepção que as mães possuem sobre as conseqüências de uma perda auditiva na infância.

#### **3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer o número de lactentes encaminhados ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem e quantos desses retornaram para avaliação.
- Comparar os dados de adesão de mães de lactentes ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem no ano de 2011 com os dados dos anos de 2009 e 2010.
- Conhecer os indicadores de risco para perda auditiva dessa população de lactentes.
- Conhecer o perfil da família dos lactentes.
- Conhecer, por meio de entrevista com mães os fatores que podem dificultar a adesão ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem.
- Conhecer, por meio de entrevista com as mães, os motivos que as fizeram retornar ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem.
- Conhecer, por meio de entrevista, a concepção que as mães possuem sobre a conseqüência de uma perda auditiva progressiva e/ou tardia na infância.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 PARTICIPANTES**

Participaram da pesquisa mães de neonatos encaminhados pelo Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM), no momento da alta, para realização da triagem auditiva (teste de Emissões Otoacústicas – “Teste da Orelhinha”) do lactente realizada no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel Porto” (CEPRE) no primeiro mês de vida da criança.

Os critérios de inclusão no Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem foram:

- Mães de lactentes com pelo menos um indicador de risco para surdez, que compareceram em uma primeira avaliação aos 4 meses de idade, depois de passarem no teste de Emissões Otoacústicas, e que portanto vieram duas vezes ao CEPRE.

- Mães de lactentes com pelo menos um indicador de risco para deficiência auditiva, que tiveram reteste no teste de Emissões Otoacústicas, que compareceram na avaliação aos 4 meses de idade e que portanto vieram três vezes ao CEPRE (realizaram o “teste da orelhinha”, o reteste do “teste da orelhinha” e o monitoramento aos 4 meses).

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que não quiseram assinar o TCLE (Anexo I).

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/FCM/UNICAMP com o protocolo de número 253/2011.

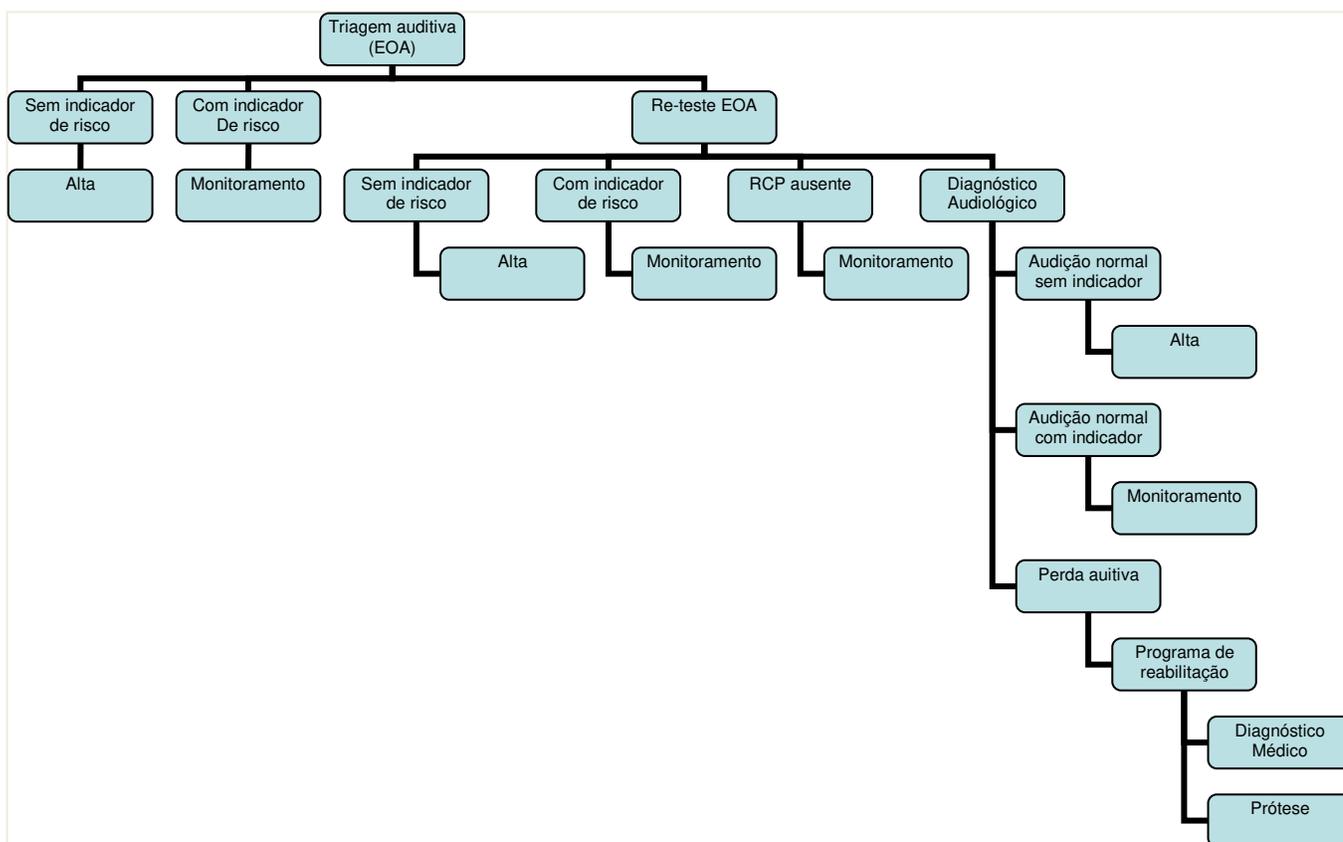
### **4.2- PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Foi realizada uma pesquisa prospectiva longitudinal, com análise quantitativa e qualitativa.

A análise quantitativa foi realizada na coleta dos anos de 2009, 2010 e 2011. Escolheu-se esse período devido à experiência que a pesquisadora teve em 2010, quando participou do Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem como pós-graduanda. Em 2009, o monitoramento era realizado por meio de um agendamento e a mãe recebia uma filipeta com o dia e o horário do retorno. Em 2010 utilizou-se a estratégia do

telefonema e em 2011, foram utilizadas duas estratégias, o telefonema e os folders explicativos (Anexos 3 e 4).

Abaixo encontra-se o fluxograma do Programa de Triagem Auditiva e do Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem realizados no CEPRE-FCM-UNICAMP.



O CEPRE realiza a Triagem Auditiva Neonatal por meio das emissões otoacústicas transientes (EOAT) e da pesquisa do reflexo cócleo palpebral (RCP). Todos os lactentes que permanecem no Alojamento Conjunto no CAISM recebem o encaminhamento para a realização do “Teste da Orelhinha” no momento da alta o qual é realizado no CEPRE. Ao chegar ao CEPRE para realização do teste, todas as mães assistem a uma palestra na qual é explicada a importância da audição para o desenvolvimento da criança, a realização do “Teste da Orelhinha” e a importância deste para o diagnóstico precoce de uma possível perda auditiva. Há um protocolo de

registro que contém dados da gestação e do recém-nascido, antecedentes familiares, dados sobre indicadores de risco que podem estar presentes e um ítem em que se anota os resultados do teste de EOAT para as duas orelhas e do reflexo cócleo-palpebral (RCP) – (Anexo 6).

Há três possibilidades que são registradas no equipamento OTOREAD (Interacoustic), utilizado para realizar o exame das EOAE: PASSA (*PASS*), FALHA (*REFER*) ou IMPOSSÍVEL (*NOISY* ou *NO SEAL*). No critério Passa, há a presença das EOAE registradas automaticamente pelo aparelho; no critério Falha, não são apresentadas as EOAE, podendo ser unilateral (apenas um ouvido) ou bilateral (nos dois ouvidos). Nesse caso deve-se retestar. No critério Impossível, não é possível realizar o exame, ou seja, há algum impedimento, como presença do vértice, ruído, criança com movimentos exacerbados. Nesse caso também deve-se retestar. Nos três casos citados, no momento do exame, as mães são orientadas e esclarecidas quanto às dúvidas.

Logo após o exame, são computadas todas as triagens, ocorrendo as seguintes situações:

1. se o lactente passa na triagem e não tem indicador de risco para deficiência auditiva, ele é liberado e o responsável pelo lactente recebe orientações sobre o desenvolvimento de audição e da linguagem.
2. se o lactente passa na triagem e tem indicador de risco para deficiência auditiva, é agendado um retorno para o Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem aos 4 meses de idade.
3. Se o lactente não passa na triagem, isto é, se ele não apresenta as EOAT, é agendado retorno para se refazer o mesmo teste. No reteste, se o lactente passa e tem um ou mais indicadores de risco para a perda auditiva, o responsável é convidado a retornar com o lactente quando esse estiver com quatro meses de vida, para o Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem.

As avaliações ocorrem aos 4, 8 e 12 meses de idade.

Seguindo as normas sugeridas pelo JCIH (2000), os RNs com algum indicador de risco para perda auditiva que passaram no exame de Emissões Otoacústicas (EOA) devido ao risco de perda progressiva ou de início tardio, são encaminhados para acompanhamento a cada 4 meses no período de um ano, que é a idade crítica para o Desenvolvimento Auditivo e da linguagem na criança. No monitoramento auditivo são realizados os seguintes procedimentos: audiometria de reforço visual, observação comportamental auditiva com instrumentos musicais (sino, guizo,

chocalho), pesquisa do reflexo cócleo palpebral com agogô, resposta a voz e imitanciometria. Também é realizado o acompanhamento da linguagem do bebê com a Escala ELM- (Anexo 5).

Se a criança responder de acordo com o esperado para as faixas etárias ela recebe alta com 12 meses de idade; caso contrário ela é acompanhada até os 2 anos, sendo que a mãe recebe orientação sobre a estimulação, tanto auditivamente, quanto de linguagem. Se após os 2 anos a criança apresentar atraso de linguagem, ela é encaminhada para o Grupo de Avaliação e Prevenção Alterações de Linguagem (GAPAL) ou para recursos na comunidade.

## **ENTREVISTAS**

As entrevistas com as mães foram realizadas no período de agosto de 2011 até fevereiro de 2012, ou seja, foram incluídas todas as mães que retornaram com os lactentes na avaliação aos 4 meses.

As mães foram orientadas quanto à importância do monitoramento do desenvolvimento auditivo e da linguagem e da periodicidade que deveriam comparecer aos atendimentos, assim como receberam informações, através de folder explicativo, sobre a importância da audição e as consequências de uma perda auditiva tardia - (Anexos 3 e 4).

Em 2011, foi realizado um pré-teste com perguntas para as mães, dos motivos que as fazem retornar ao monitoramento. Foram utilizados como procedimentos ligações 2 dias antes da data de retorno. Nos casos em que o contato telefônico não foi possível devido à presença de números inexistentes, troca de número do telefone ou chamadas não atendidas, após três tentativas em diferentes horários, foram registrados no caderno de acompanhamento a data e hora da ligação e assinatura da pesquisadora.

A entrevista semi-estruturada foi conduzida através de um roteiro composto de questões abertas, por permitir maior riqueza de dados quando se visa uma avaliação; e questões fechadas, referentes à identificação, situação familiar, composição familiar e situação econômica. A entrevista foi realizada em uma sala do CEPRE-UNICAMP e gravada em um aparelho de MP<sub>3</sub> *player* e transcritas na íntegra.

Segundo Minayo (1999), a entrevista semi-estruturada baseia-se apenas em uma ou poucas questões, quase sempre abertas, podendo introduzir outras questões que surgem de acordo com o que acontece no processo em relação às informações. Neste estudo, o uso de

entrevistas semi-estruturadas justifica-se pela necessidade de se obter informações relativas a concepções, sentimentos, atitudes e valores em profundidade.

Após a realização das entrevistas, os dados foram analisados qualitativamente. Com a entrevista visou-se explorar o universo de significados e sentimentos das mães ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem. Também houve a análise dos dados quantitativamente para avaliar o número de mães que retornam ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem do CEPRE-FCM-UNICAMP.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

#### RESULTADO DA TAXA DE ADESÃO

Abaixo, seguem as dados quantitativos das mães que compareceram ao Programa de Monitoramento. Esses dados foram analisados minuciosamente através do banco de dados do CEPRE. Foram catalogados e transformados numa única tabela, para melhor visualização (Quadro 1).

**Quadro 1:** Número de lactentes que realizaram a triagem auditiva, número de lactentes com Indicadores de Risco para surdez e número de lactentes que compareceram para o programa de Monitoramento nos anos de 2009 a 2011.

ANO	NÚMERO DE LACTENTES QUE COMPARECERAM PARA O TESTE DE EOA	NÚMERO DE LACTENTES COM IR PARA PERDA AUDITIVA	NÚMERO DE LACTENTES QUE COMPARECERAM AO PROGRAMA DE MONITORAMENTO
2009	1694	246 (14,52%)	121 (49,19 %)
2010	1890	295 (15,61%)	148 (50,17%)
2011	1742	334 (19,17%)	195 (58,38%)

Legenda: EOA- Emissões Otoacústicas, IR- Indicadores de Risco

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva, inferencial com o Teste Qui-Quadrado. O nível de significância adotado foi de 5 % ( $p < 0,05$ ).

ESTATISTICA	DF	VALOR	PROB (valor p)
-----			
QUI-QUADRADO	2	6.2704	0.0435

### Teste de Tendência Cochran-Armitage

-----  
Two-sided Pr > |Z| 0.0219

Os dados mostram que houve uma tendência linear de aumento da adesão entre os anos 2009, 2010, 2011. Essa análise foi baseada no total analisado.

De acordo com os dados acima, o valor do “p” encontrado, mostra que houve diferença significativa entre os anos analisados, ou seja, a mudança de estratégia de comunicação com as mães aumentou a adesão ao Programa de Monitoramento.

No estudo de Alvarenga et al. (2011), das 362 crianças que nasceram no Hospital Maternidade e que foram encaminhadas para realização da avaliação audiológica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) estudada, em Bauru, 147 compareceram ao atendimento, representando 40,61% de adesão das famílias ao projeto desenvolvido na comunidade. Este baixo índice de comparecimento das famílias para realização da avaliação audiológica nas UBS levou a questionamentos sobre os motivos que justificariam este fato. Mesmo com a orientação familiar após a realização da triagem auditiva sobre estas possibilidades e sobre a necessidade da família acompanhar o Desenvolvimento Auditivo e da linguagem da criança, por vezes o resultado indicativo de audição normal no momento do nascimento pode levar a família a não se preocupar com a audição da criança, não questionando o resultado da TAN ou a mudança do quadro audiológico da criança. No nosso estudo, embora tenha ocorrido uma adesão de 58,38% das mães, ainda está longe de se alcançar os 95% proposto pela literatura.

No Quadro 2, encontra-se a relação dos indicadores de risco estudados.

**Quadro 2:** Número de lactentes com Indicadores de risco entre os anos de 2009 a 2011 que compareceram à TAN.

IR	2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%
Antecedentes familiares	89	36,17	104	35,25	87	26,04
Infecção congênita	39	15,85	46	15,59	54	16,16
Anomalias craniofaciais	6	2,44	1	0,34	8	2,39
Medicamento ototóxicos	13	5,28	22	7,46	25	7,48
APGAR < 4 no 1 <sup>o</sup> minuto e < 6 2 <sup>o</sup> minuto	39	15,85	55	18,64	64	19,16
Síndromes genéticas	--	---	5	1,69	2	0,59
Uso de bebida alcólica ou drogas	11	4,47	21	7,11	27	8,08
HIV +	16	6,50	17	5,76	39	11,67
Consangüinidade	33	13,41	25	8,47	28	8,38
Total	246	100	295	100	334	100

Legenda: IR- Indicadores de Risco, APGAR- Índice de APGAR, HIV- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ESTATÍSTICA	DF	VALOR	PROB (valor p)
-----			
QUI-QUADRADO	2	14.9703	0.0006

O valor do “p” encontrado mostra que há diferença significativa entre os anos analisados.

Com relação aos Indicadores de Risco estudados (Quadro 2), foi utilizado o teste Cochran-Armitage Trend Test, para saber se houve alguma mudança nos fatores que podem interferir na audição de uma criança. Encontrou-se que:

## Teste de Tendência Cochran-Armitage

-----  
Two-sided Pr > |Z| 0.0002

Os dados mostram que há uma tendência linear de aumento dos Indicadores de Risco de forma geral entre os anos.

No Quadro 2 pode-se perceber um nítido aumento entre os indicadores presença de HIV, Índice de APGAR e infecções congênitas, no decorrer dos anos.

Amado, Crepaldi e Berni (2009) referem que, de uma amostra de 589 protocolos de EOA obtidos de crianças que permanecem em Alojamento Conjunto e UTI, 152 (25,8%) apresentaram indicadores de risco compatíveis com aqueles definidos pelo *Joint Comitee on Infant Hearing* (2007). Dos indicadores de risco observados na amostra, foram mais prevalentes: histórico familiar de perda auditiva, boletim de Apgar de 0 a 4 no 1º minuto, uso de medicamentos ototóxicos, permanência em incubadora, hiperbilirrubinemia e permanência em UTI Neonatal. Em 98 protocolos (65%) foi encontrado um único indicador de risco.

Corroborando as autoras acima, no presente estudo realizado apenas nas crianças de Alojamento Conjunto, o indicador de risco com maior prevalência foi o histórico de perda auditiva, ou seja, os antecedentes familiares de perda auditiva com 35,18%. Em segundo lugar encontra-se o Índice de APGAR com 16,66%, seguidos de infecções congênitas, 11,11%.

Em um estudo realizado por Carrenho e Lima (2009) com 469 lactentes advindos do alojamento conjunto e com indicadores de risco para surdez, 238 (50,7%) compareceram ao atendimento aos 4 meses. O indicador de risco mais encontrado (isolado ou associado a outros indicadores) foi o de histórico familiar de deficiência auditiva (22,02%). Outros indicadores de alta incidência foram: infecções intra-uterinas (13,55%); medicação ototóxica (13,55%). Houve o aparecimento de dois casos de Índice de APGAR abaixo de 4 no primeiro minuto, dois com HIV positivo, dois casos de consanguinidade entre os pais e um caso com síndrome.

No estudo de Tiensoi et al. (2007), com 798 bebês, observou-se que 432 crianças (54%) apresentavam pelo menos um indicador de risco. Das 468 crianças do alojamento conjunto, 25,6% apresentaram fator de risco para deficiência auditiva. Nas crianças do alojamento conjunto, o fator de risco mais encontrado foi a presença de antecedentes familiares de perda auditiva (25%). Dentre os componentes da amostra com indicadores de risco, 36 falharam no

teste e foram encaminhados para o reteste. Neste segundo exame, sete não compareceram e sete falharam, sendo encaminhados a um terceiro exame. Neste último, dois não compareceram e um falhou. Nota-se a evasão das mães no acompanhamento de audição dos filhos.

Azevedo (2004) encontrou que os seguintes riscos mais frequentes: infecções congênitas (4,1 %), antecedentes familiares de perda auditiva (1,5%), baixo peso (1,1%) e alterações crânio faciais (0,4%), sendo que o histórico familiar parece ser o indicador mais frequente na população de neonatos saudáveis.

### **ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

No total, 334 mães retornaram para o Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem aos 4 meses de idade. Dessas, foram entrevistadas 53 mães, sendo que esse número esteve sujeito ao processo de saturação dos dados, de acordo com Minayo (1999).

**Quadro 3:** Perfil sociodemográfico das mães entrevistadas.

<b>Perfil das mães</b>	<b>N (Frequência absoluta)</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Idade em anos</b>		
14-19	13	24,52 %
20-30	26	49,05 %
31-37	12	22,64 %
+ 38	02	3,77 %
<b>Escolaridade</b>		
EF – EMI	23	43,39 %
EMC ou mais	30	56,60 %
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	19	35,85 %
União estável	32	60,37 %
Separada	02	3,77 %
<b>Ordem de nascimento do bebê</b>		
1º filho	25	47,17 %
2º filho	18	33,96 %
3º filho ou mais	10	18,86 %
<b>Profissão</b>		
Do lar	28	52,83 %
Secretária	06	11,32 %
Comércio	11	20,75 %
Faxineira	05	9,43 %
Estudante	03	5,66 %
<b>Renda</b>		
Até 2 salários mínimos	49	92,45 %
Acima de 2 salários mínimos	04	7,54 %
<b>Local de residência</b>		
Campinas	30	56,60 %
Cidades da região	22	41,50 %
Minas Gerais	01	1,88 %
<b>DRS-7</b>		
Vila PE Anchieta	04	7,55 %
Parque São Quirino	02	3,77 %
Vila Parque Valença	02	3,77 %
Souzas	02	3,77 %
Outros	43	81,13 %

Legenda: EF- Ensino Fundamental; EMI- Ensino Médio Incompleto; EMC- Ensino Médio Completo; DSR- 7- Diretório Regional de Saúde-7

Em relação à idade materna, no momento da entrevista, esta foi bastante variável, com mães de 14 até 39 anos, com a grande maioria (49,05%) entre 20 a 30 anos. No presente estudo houve um total de 24,52 % das mães entre 14-19 anos. Esse dado é relevante, pois o que vemos na literatura é que as mães muito jovens possuem uma maior dificuldade na adesão ao tratamento. A adesão nesta pesquisa de mães jovens pode estar relacionada à preocupação quanto à audição do filho, e também ao papel dos avós das crianças, que ajudavam e incentivam na continuidade ao tratamento, participando ativamente. No presente estudo esse fator foi relevante, pois os avós faziam questão de estar presentes.

Em relação aos níveis de escolaridade das mães, estes foram agrupados em dois grupos: ensino fundamental (EF) e ensino médio incompleto (EMI); e ensino médio completo (EMC) ou mais. Fizeram parte do primeiro grupo todas as mães que têm até o EMI, abrangendo também ensino fundamental incompleto (EFI) ou ensino fundamental completo (EFC). Do segundo grupo, fizeram parte as mães que possuem EMC ou ensino superior (ES), seja ele completo (ESC) ou incompleto (ESI). Observa-se que 56,60% das mães possuíam ensino médio completo ou superior. Alguns autores afirmam que quanto menor o nível de escolaridade e a renda familiar, maior é o risco para a não adesão ao tratamento.

Os dados do estado civil das entrevistadas foram agrupados em categorias menores para facilitar a análise, quais sejam: solteira para aquelas que não se casaram e que não recebem ajuda do pai da criança; união estável àquelas que mesmo solteiras, contam com a ajuda do companheiro ou que são casadas; separadas àquelas que foram casadas, mas que se separaram e que não contam com a ajuda do pai da criança.

Percebe-se, no dia a dia do atendimento clínico, que as mães se sentem mais motivadas quando o pai se interessa pelo tratamento da criança, buscando informações e ajudando em alguns momentos a estimular a criança em casa. Segundo França et al. (2007), a participação da família no tratamento da criança é relevante, não somente para o desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e lingüístico, mas também para favorecer a socialização, a formação de vínculo afetivo e a prevenção de “deficiências” secundárias. O apoio familiar pode ser um dos determinantes do reconhecimento, pelas mães, da importância de sua participação. As mães demonstram-se mais seguras nos cuidados diários com seus filhos e no cumprimento das orientações domiciliares quando o pai ou a avó estão presentes. A maioria dos participantes deste

estudo exaltou o apoio da família para a continuidade do processo de estimulação da criança e para ajuda em trazer aos atendimentos.

Arruda e Zannon (2002) mostram que, geralmente, os pais alteram sua rotina para participar ativamente do tratamento, principalmente se o paciente for uma criança, apesar do acúmulo de atividades e tarefas domésticas.

Na presente pesquisa, o familiar cuidador enfatiza o envolvimento do companheiro, dos irmãos da criança e da família estendida (tios, avós) no processo de tratamento fonoterápico, percebendo-os como suporte para que o cuidador primário possa levar a criança aos atendimentos. A maior responsabilidade, entretanto, recai em um membro da família, quase sempre a mãe.

Em relação à ordem de nascimento do lactente triado, 25 (47,17 %) das entrevistadas não têm outros filhos; seguido de 18 (33,96 %) que têm outro filho, sendo este o segundo filho e 10 (18,86 %) das entrevistadas com vários outros filhos. Foi unânime a preocupação quanto à audição do seu filho, já que elas não tinham como comparar o desenvolvimento auditivo normal. Essas mães faziam muitas perguntas sobre o desenvolvimento da criança para a pesquisadora, mostrando inexperiência.

## 5.2- RESULTADOS QUALITATIVOS

### ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES DAS MÃES

Analisar os dados qualitativos significa estudar os dados de acordo com seus significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas vivências, experiências de vida, analogias, que, segundo Turato (2003), tem abordado, entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão, frente ao tratamento e frente às condições de trabalho.

Os relatos foram gravados, transcritos e depois de exaustivas leituras, agrupados em categorias temáticas, sendo discutidos sob a luz da literatura existente. Independente da oposição quantitativo/qualitativo, o que se pretende, ao utilizar a abordagem qualitativa, é a aproximação entre o sujeito e o objeto, buscando os níveis mais profundos dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que são transmitidos pela linguagem comum e na vida cotidiana. A abordagem qualitativa pode aprofundar algum problema levantado em estudos quantitativos. Desta forma, considerando-se a complexidade e importância da temática em investigação, optou-se por uma abordagem híbrida, com potencial para identificar os fatores que, em diferentes aspectos, interferem na adesão ao tratamento.

Os resultados obtidos serão apresentados a partir de três eixos temáticos: um deles discorre sobre as dificuldades da mãe em comparecer ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem. O outro eixo temático versa sobre as facilidades ou motivos que fizeram a mãe comparecer ao Programa e por fim, o terceiro eixo temático versa sobre o conhecimento que as mães possuem sobre a deficiência auditiva.

- **RETORNO AO PROGRAMA DE MONITORAMENTO - DIFICULDADES DE ADESÃO**

Das 53 mães entrevistadas, 17 (32,07%) encontraram dificuldades em comparecer ao Programa de Monitoramento, referindo vários fatores que dificultam a adesão ao Programa de

Monitoramento, tais como: dificuldade com a logística de deslocamento com o bebê; dificuldade de recursos financeiros; horário das avaliações; dispensa no trabalho; falta de transporte, distância entre a casa e a instituição e presença de outros filhos.

Segundo Reiners et al. (2008), os fatores para a não adesão estão relacionados ou aos serviços de saúde: localização da unidade (ser distante do domicílio); ou ao paciente: fatores culturais, dificuldades financeiras, esquecimento do dia da consulta, pouco conhecimento sobre a doença, dificuldade psicológica de lidar com a situação; relacionados a dados geográficos; faixa etária: muitos jovens; baixo nível de escolaridade; solteiros.

O esquecimento do dia da consulta também foi um fator visto no estudo, pois passa um período de 4 meses entre a marcação e a data da consulta. Os telefonemas ajudam a lembrar a data: várias mães referiram que haviam esquecido da data do retorno e agradeciam a pesquisadora por ter ligado.

Segundo o estudo de Rangel, Ferrite e Begrow (2011), o não retorno à TAN foi 35% maior quando as mães tinham menor escolaridade, 37% menor quando tinham mais de um filho, e 41% maior quando os lactentes não apresentavam indicador de risco para deficiência auditiva. No discurso das mães, foram também identificados fatores que contribuiriam para o não retorno: a crença de que seu filho não tem risco de ter a deficiência; o desconhecimento e a consequente desvalorização da necessidade do retorno pelos profissionais de saúde. Entretanto, pouco se sabe sobre os motivos do não comparecimento, pois são escassos os estudos no país com esta finalidade. Identificando-se os prováveis fatores que contribuem para o não comparecimento à consulta de retorno, recomendações podem ser sugeridas e ações podem ser implementadas para promover a adesão necessária ao programa da TAN.

As principais razões apontadas na literatura para justificar o fato da não adesão seriam: a dificuldade de transporte à maternidade, falta de horário disponível para levar o filho para realizar a triagem auditiva, aceitação dos pais em participar do processo de identificação e diagnóstico da alteração auditiva, grau de instrução, e falta de conscientização da família sobre o impacto da deficiência auditiva no desenvolvimento da criança. Outros aspectos que também poderiam estar associados com a falta de comparecimento das famílias nos Programas de Saúde Auditiva Neonatal são: situação sócio-econômica, número de filhos, escolaridade e idade materna, dentre outros.

Muitas mães/familiares vivem com dois ou três salários mínimos, situação que interfere na vinda ao monitoramento.

*“O dinheiro nem sempre tem pra vim”.* (mãe 3).

Cabe ressaltar que a instituição oferece passe quando é comprovado que a mãe não tem condição financeira para pagar o transporte.

Muitos deles dependem do ônibus da prefeitura da sua cidade.

*“Vim com o ônibus da prefeitura, tive que trazer o carrinho quase não cabeu, como ia fazer sem o carrinho?”* (mãe 14)

*“A gente depende da condução da prefeitura, nem sempre passa em casa”* (mãe 2)

Além da carência econômica das famílias e da falta de retaguarda de apoio social, que limitam a condição de adesão ao programa, a restrição no horário de atendimento foi indicado pelas mães como obstáculos ao acesso ao serviço, conforme os relatos abaixo:

*“Não, só o horário, às vezes não tem quem traga”.*

*“Eu trabalho e tive que faltar do serviço”.* (mãe 9)

*“Tive que sair do trabalho, mas vou ter que voltar para o serviço”.* (mãe 11)

A presença de outros filhos dificulta a adesão, pois a mãe não tem com quem deixar a criança.

*“Deixei meu outro filho em casa, é difícil vim”.* (mãe 7).

- **RETORNO AO PROGRAMA DE MONITORAMENTO– MOTIVOS/RAZÕES DA ADESÃO**

As mães referiram alguns motivos que as fizeram retornar ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem. Algumas disseram que ficaram preocupadas, outras que só voltaram porque foi agendado retorno, demonstrando não saber o motivo do retorno.

*“Porque eu queria ver se estava bem com ele, tudo”. (mãe 2)*

*“Pra ver a audição dela, tive toxo e fiquei preocupada”. (mãe 13)*

*“Fiquei preocupada, mas ela (fono) falou que é normal. É só para dar uma revisão”. (mãe 23).*

*“Mas o retorno que estava marcado, a médica (fonoaudióloga) falou que não tinha problema nenhum, mas tinha que fazer um acompanhamento”. (mãe 34)*

Nos dois últimos relatos acima, podemos analisar o entendimento que as mães possuem do profissional que atua com a criança (fonoaudióloga). O profissional tem que ter o cuidado na hora de explicar e dar orientações para que a mãe possa entender a necessidade do retorno. Essas explicações devem ser claras e objetivas.

Uma mãe referiu da necessidade de cuidar precocemente, caso a suspeita de surdez se confirme. Observa-se aí, implicitamente, um conhecimento sobre as conseqüências que uma perda auditiva pode causar, seja no desenvolvimento de forma geral ou no desenvolvimento da linguagem.

*“Principal é os cuidados dela, às vezes tem algum problema e a gente não sabe, quanto mais cedo melhor”. (mãe 32)*

Algumas mães sentem-se culpadas pela surdez do filho, caso seja confirmada, devido ao uso de álcool ou drogas e algumas justificam-se:

*“Porque eu fumei demais na gravidez. Ele já escuta bem, enxerga bem, dá risada, bem espertinho”. (mãe 30)*

*“Eu não meço esforço, não sabia que estava grávida e eu usava entorpecente, tenho pavor de saber que alguma coisa pode acontecer com ela”. (mãe 19)*

Para Françaço e Gonçalves (2005), inicialmente, não são claras para os pais as razões para o monitoramento e a primeira avaliação é esperada com preocupação, que temem possíveis resultados negativos. No desenvolvimento de programas de monitoramento espera-se que os pais sejam esclarecidos, acolhidos e acompanhados durante todo o processo, pois tendem a

experimental ansiedades e preocupações, as informações devem ser claras e detalhadas sobre as avaliações, o que pode ajudar a minimizar as preocupações, deve ser previsto alguma provisão de recursos financeiros para famílias de segmentos pobres da sociedade para que se garanta a frequência nas avaliações, o trabalho deve ser desenvolvido por equipe multidisciplinar, deve haver oportunidade para que se valorize as atitudes dos pais em relação à saúde da criança e os pais possam perceber que seu envolvimento faz diferença.

Segundo Polejack e Seidl (2010), melhorar a qualidade da medida da adesão, tanto no contexto clínico quanto no de pesquisa, é importante por várias razões. No contexto clínico, o monitoramento da adesão é fundamental para identificar precocemente aqueles pacientes em risco de não adesão, ou aqueles que já estão apresentando dificuldades, a fim de planejar intervenções de apoio ao tratamento de acordo com cada caso. No que concerne ao contexto de pesquisa, o aprimoramento das medidas de adesão pode dar informações mais precisas acerca da prevalência de não adesão, sobre preditores de baixa adesão e identificação de populações mais vulneráveis a serem priorizadas no desenvolvimento de políticas públicas. Outro aspecto fundamental é a existência de uma relação profissional-usuário pautada no acolhimento e no vínculo, permitindo que o paciente verbalize de modo franco e fidedigno sobre temas relativos ao seu tratamento.

Segundo Reiners et al. (2008), muitos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento motivo de estudo entre os pesquisadores, desde sua definição até as formas de lidar com ela. O paciente tem autonomia para escolher seguir ou não o tratamento, mas o profissional não tem responsabilidade sobre as conseqüências dessa decisão. Os profissionais tendem a abordar a questão da adesão/não adesão somente sob suas perspectivas, ignorando as do paciente. Eles deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-las e entendê-las.

- **CONHECIMENTO SOBRE AS CONSEQÜÊNCIAS DE UMA PERDA AUDITIVA**

Das 53 mães entrevistadas, 39 (73,58%) demonstraram ter algum conhecimento sobre a deficiência auditiva e 14 (26,41%) demonstraram não conhecer a deficiência auditiva. Esse

grande número de mães com esse conhecimento específico pode estar relacionado à entrega do folder explicativo anteriormente às entrevistas.

Algumas mães mostraram-se conscientes da importância de seu papel para o tratamento e conseqüente evolução da criança. Outras demonstraram dúvida ou não manifestaram em seus discursos consciência do significado de sua participação. No presente estudo, as mães que aderiram ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem disseram ser importante o acompanhamento do filho. Identificou-se também que as informações e os esclarecimentos que a mãe possui sobre a doença influenciam no processo de adesão.

O papel das mães é essencial para a evolução do filho no que se refere à audição e à linguagem e para trazer os filhos ao atendimento. Os relatos das mães também norteiam o trabalho de orientação e evolução. Enfim, há uma constante troca entre mães/familiares e profissionais envolvidos com o processo do “cuidar”, visto no estudo.

Muitas mães relacionaram a perda auditiva com a fala/linguagem, aprendizagem, desenvolvimento. Convém ressaltar que esses tópicos estavam presentes no folder explicativo entregue após o exame de EOA (“Teste da Orelhinha”).

### **Fala/ linguagem**

*“Se ele não ouvir tem problema na fala” (mãe 41)*

*“Ela não vai aprender a falar”. (mãe 35)*

*“A fala, se ele não escutar como vai estar entendendo o que está falando?” (mãe 25)*

*“Desenvolvimento, fala palavras enroladas, usa gestos, não ouve direito e não fala.”.  
(mãe 11)*

*“Comunicação em geral é o fator maior”. (mãe 10)*

*“A linguagem e a aprendizagem vai ser difícil né”. (mãe 15).*

O relato das mães acima mostra a importância e a relação entre fala e audição. A audição é o principal sentido responsável pela aquisição da linguagem oral. O déficit desta função pode provocar prejuízo não só nessa área, mas também no aspecto social, emocional e cognitivo da criança.

Segundo Gatto e Tochetto (2007), a linguagem desempenha um papel essencial na organização perceptual, na recepção e estruturação das informações, na aprendizagem e nas

interações sociais do ser humano e a audição constitui-se em um pré-requisito para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral.

Muitas mães relataram o medo da criança não aprender, caso seja surda. Isso reflete o conhecimento que as mães têm do despreparo de professores ao receber uma criança surda em sala e delas próprias em lidar com a situação. O intérprete em LIBRAS não é uma realidade em escolas brasileiras, a criança surda acaba não desenvolvendo uma linguagem efetiva.

### **LIBRAS e falta de preparo dos pais**

*“Fala, comunicação, auto-estima, Libras, dificuldades em lidar, porque assim, os pais não estão preparados né”. (mãe 44)*

*“Dificuldade em lidar com a gente porque os pais não tá preparado, se ela perder a audição vou ter que aprender uma nova língua, Libras”. (mãe 51)*

*“Atrapalha um pouco, se perder um pouco de audição complica para ele, tem que aprender mímica”. (mãe 47).*

Percebe-se no relato acima (mãe 47) uma confusão entre a LIBRAS e a mímica, comum de acontecer. Durante a entrevista os pais pediam para a pesquisadora explicar dúvidas relacionadas a esses conceitos.

### **Sentimentos referido pelas mães**

*“Preconceito das outras pessoas para arrumar emprego e escola”. (mãe 15)*

*“Tadinho, acaba com a vida dele, ele vai se privar de muitas coisas”. (mãe 21)*

*“Não é qualquer escola que ela vai poder entrar”. (mãe 23)*

*“Não. Eu sei que não é uma coisa boa né”. (mãe 5)*

*“É horrível. Deus me livre é horrível”. (mãe 47)*

*“Eu só vejo falar que é perigoso, ruim, é chato ser surdo, não é fácil ser assim. É preocupante com o filho da gente, Deus me livre. Tenho medo das pessoas lá fora julgar”. (mãe 40)*

As mães temem o preconceito da sociedade, da escola e também para arrumar emprego, caso o filho seja surdo.

É muito importante a compreensão dos profissionais de saúde acerca das razões pelas quais os pacientes não aderem ao tratamento proposto, para que sejam desenvolvidos novos métodos de intervenção e maior eficácia no tratamento. É complexa a questão da adesão/não adesão, sendo impossível identificar apenas um fator, pois o processo é multifatorial e dinâmico e os vários aspectos interagem entre si. Assim, a adesão, sendo um tema complexo e ainda bastante discutido, deve ser estudada mais a fundo.

O vínculo positivo entre profissionais e família favorece o trabalho com a criança, pois as orientações são aceitas e o familiar é estimulado a participar. O fonoaudiólogo, ao valorizar as pequenas conquistas e as potencialidades da criança, estimula e promove o envolvimento do familiar no processo fonoterapêutico.

Deve-se frisar a necessidade de se adequar o tratamento fonoaudiológico, considerando a circunstância de cada família e as potencialidades de cada paciente, estabelecendo uma relação de diálogo entre terapeuta, família e paciente. Em relação ao tratamento, que demanda necessariamente um trabalho interdisciplinar, acredita-se que a interlocução entre os profissionais, a realização de estudos e práticas em comum auxiliaria no processo de interação mãe-filho, terapeuta-paciente e terapeuta-família, propiciando um aumento nos níveis de adesão aos tratamentos da criança. Uma possibilidade para aumentar a adesão aos programas de monitoramento/acompanhamento seria a implantação de programas com essa característica em Unidades Básicas de Saúde, por exemplo, em que um maior número de crianças poderia ser monitorado quanto ao seu desenvolvimento.

## **6. CONCLUSÃO**

Foi observado nesse estudo que a adesão ao Programa de Monitoramento do Desenvolvimento Auditivo e de Linguagem aumentou com os instrumentos utilizados, ou seja, os telefonemas dois dias anteriores à data de retorno e a entrega de folderes explicativos. Por meio das ligações percebe-se que muitos familiares acabam se recordando do agendamento, tendo em vista que se passam quatro meses entre a triagem e a data da primeira avaliação do desenvolvimento.

Nessa pesquisa, foi possível identificar como as mães percebem sua própria participação no programa de monitoramento da criança. As respostas das mães revelam o interesse delas em

participar do programa, seguindo as orientações repassadas e buscando informação para a continuidade do processo fonoterapêutico. As mães demonstraram possuir a percepção de que ao seguir a proposta terapêutica trariam benefícios à saúde de seus filhos. Esta crença facilita a adesão ao tratamento.

Evidencia-se a importância do momento de escuta e acolhimento do familiar cuidador pelos fonoaudiólogos para que possa auxiliar no processo de adesão ao tratamento. É preciso que os profissionais da saúde que lidam com a criança atuem de forma consciente junto à família, apoiando, esclarecendo, criando um espaço para escuta e motivando-a a participar ativamente do processo de reabilitação.

Esse estudo poderá contribuir para a formação de novos olhares dos profissionais da área sobre a adesão ao monitoramento fonoaudiológico e a importância da relação terapeuta/ família/ paciente.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Melo TM, Lopes AC, Moret ALM. Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo. Rev. soc. bras. fonoaudiol.. 2011; 16 (1): 49-53.
2. Amado BCT, Crepaldi EO, Berni PS. Prevalência de indicadores de risco para surdez em neonatos em uma maternidade paulista. CEFAC, 2009; 11 (1): 18-23.
3. Araújo MR. Programa de Monitoramento Auditivo de crianças com indicador de risco para deficiência auditiva – Mestrado em Fonoaudiologia- PUC-SP. 2009.
4. Arruda PMA, Zannon, CMLC. *Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. Coleção Tecnologia Comportamental em Saúde. C.M.L.C. Zannon (Org). Santo André: ESETec. 2002.
5. Azevedo MF. Triagem auditiva neonatal. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (org). Tratado de Fonoaudiologia: Roca, São Paulo, 2004- 1ª edição.
6. Basseto MCA. Triagem auditiva em neonatos. In: Fiho OL (org.). Tratado de Fonoaudiologia. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2005- 2ª edição.
7. Berni PS, Almeida EOC, Amado BCT, Almeida FN. Triagem auditiva neonatal universal: índice de efetividade no re-teste de neonatos de um hospital da rede pública de campinas. Rev CEFAC. 2006;12:122-27.
8. Bittencourt ZZLC, Hoehne EL. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14 (4): 1235-1239.

9. Brasil. Site oficial do Ministério da Saúde:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf)- acesso em 13/01/2012

10. Buscaglia L. Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento. Record; 2002-4ª.edição.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília, 2007a - disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_adesao\\_tratamento\\_hiv.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf)- acesso dia 25/11/2011.

12. Carrenho AC, Lima MCMP. Avaliação audiológica comportamental e de linguagem em lactentes com indicadores de risco para surdez. Monografia de conclusão de curso: UNICAMP, 2009.

13. Durante AS, Carvallo RMM, Costa C, Voegels RL, Takahashi GM, Soares AVN. Programa de Triagem Auditiva Neonatal - Modelo de implementação. Arq Otorrinolaringologia, 2004; 8 (1): 56-62.

14. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2010; 15 (2): 353-361.

15. Françaço MFC, Gonçalves M. Conhecimento e reações de pais ao monitoramento de lactentes com indicadores de risco para perda auditiva. 2005.

16. Françaço MFC. Algumas considerações aos profissionais que trabalham com famílias. In I.R .Silva, S.Kauchakje & Z.M. Gesueli (orgs.), Cidadania, surdez e Linguagem: Desafios e realidades (pp. 77-88). São Paulo: Plexus editora, 2003.

17. Garcia CFD, Isaac ML, Oliveira JAA. Emissão otoacústica evocada transitória: instrumento para detecção precoce de alterações auditivas em recém-nascidos a termo e pré-termo Rev. Bras. Otorrinolaringol, 2002; 68 (3): 344-352.
18. Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal (GATANU)- <http://www.gatanu.org/>- acesso em 22-11-2012
19. Gatto CI, Tochetto TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol, 2007; 12 (4): 110-115.
20. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics, 2007; 120(4): 898-921.
21. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics, 2000; 116: 798-817
22. Kurita GP; Pimenta CA. Adesão ao tratamento da dor crônica. Arquivo Brasileiro de Neuropsiquiatria, 2003; 61 (2): 416-425.
23. Lima MCMP, Rossi TRF, Françaço MFC, Marba ST, Lima GML, Santos MFC. Detecção de perdas auditivas em neonatos de um hospital público. Rev Soc Bras Fonoaudiol. São Paulo, 2010; 15 (1): 01-06.
24. Lima MCMP, Rossi TRF, Françaço MFC, Fernandes JC. Improvement of Return Rates in a Neonatal Hearing Screening Program. Social Work in Health Care, 2007. 44: 179-190.
25. Minayo MCSS. - O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a ed., São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, Abrasco, 1999. (Coleção Saúde em Debate, 46).

26. Pereira PKS, Martins AS, Vieira MR, Azevedo MF. Programa de triagem auditiva neonatal: associação entre perda auditiva e fatores de risco. *Pró-Fono R. Atual. Cient. Barueri*, 2007; 19 (3).
27. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciênc. saúde coletiva*, 2010. 15 (1): 1201-1208.
28. Rangel SB, Ferrite S, Begrow DDV. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a triagem auditiva neonatal. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35 (4): 948-965
29. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG de. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008. 13 (2): 2299-2306.
30. Rodrigues AF, Pires A. Surdez infantil e comportamento parental. *Análise Psicológica*, 389-400, 2002.
31. Santos MFC, Lima MCMP, Rossi TRF. In I.R .Silva, S. Kauchakje & Z.M. Gesueli (orgs.), *Cidadania, surdez e Linguagem: Desafios e realidades* (pp. 17-40). São Paulo: Plexus Editora, 2003.
32. Silva ABP, Pereira MCC, Zanolli ML. Surdez: da suspeita ao encaminhamento. *Rev Paul Pediatr*, 2012; 30(2), 257-62.
33. Silva PL, Santos DCC, Gonçalves, VMG. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6<sup>o</sup> ao 12<sup>o</sup> meses de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, 2006., 10: 225-231.
34. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2005, 9 (16): 91-104.

35. Tiensoi LO, Goulart LMHF, Resende LM, Colosimo EA. Triagem auditiva em hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: deficiência auditiva e seus fatores de risco em neonatos e lactentes. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2007; 23 (6): 1431-1441.
36. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa. Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.
37. Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, Toledo JR ACA. A adesão ao tratamento, 2001. Ciber Saúde.
38. Vieira EP, Miranda EC, Azevedo MF, Garcia MV. Ocorrência dos indicadores de risco para a deficiência auditiva infantil no decorrer de quatro anos em um programa de triagem auditiva neonatal de um hospital público. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*. São Paulo, 2007; 12 (3): 214-220.
39. Vivas KL. Fatores determinantes da adesão ao tratamento fonoterapêutico de crianças com necessidades especiais. Belo Horizonte: 2008.
40. Vizzotto MM, Santana E, Lima VF, Faria V. Convicções de saúde e capacidade de adesão de mães de crianças com doenças graves e crônica. *Psicólogo inFormação*, 2009. 13 (13).
41. Volkweis MD. Avaliação auditiva no primeiro ano de vida. Monografia de conclusão do curso de especialização em audiologia clínica. Porto Alegre, 1999.

## 5. ANEXOS

### ANEXO 1



UNICAMP

### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS CEPRE/FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_

CONCORDO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA INTITULADA: “ADESÃO DE MÃES DE LACTENTES COM INDICADOR DE RISCO PARA SURDEZ AO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E DE LINGUAGEM” cujo objetivo será analisar a adesão das mães ao programa de monitoramento auditivo e de linguagem em lactentes com indicadores de risco para a surdez progressiva e/ou tardia e o conhecimento que as mães ou responsáveis pelo lactente possuem sobre a consequência de uma perda auditiva progressiva e/ou tardia na infância.

O dispositivo utilizado será aplicação de entrevista às mães ou responsáveis pelo lactente que vem ao CEPRE para Monitoramento Auditivo e de Linguagem. Para a participação desse estudo você deverá responder a uma entrevista que será gravada por um aparelho de MP<sub>3</sub> *player*. A participação na pesquisa não oferece riscos e não implica em qualquer custo financeiro ou remuneração. Todas as informações coletadas serão usadas exclusivamente, para fins de pesquisa e sua identidade e todos os dados fornecidos por você serão confidenciais e sigilosos. A presente pesquisa irá contribuir no que refere á promoção e prevenção de saúde uma vez que é muito grande o número de crianças surdas diagnosticadas tardiamente.

Declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos e intenções desse estudo. Recebi garantias de total sigilo e de obter esclarecimentos sempre que o

desejar. Sei que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Pesquisador responsável

Eu, Michele Frederico, responsável pela pesquisa: “ADESÃO DE MÃES DE LACTENTES COM INDICADOR DE RISCO PARA SURDEZ AO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E DE LINGUAGEM” declaro que obtive espontaneamente o consentimento do sujeito para realizar este estudo.

Campinas, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

---

Pesquisadora - Michele Frederico

End: Rua Pedro Turati, 57

Bairro: Cidade Alta

Telefones: (19) 3496-1766/ (19) 92042247

CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) - Unicamp

End: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Telefone: (19) 3521- 8936

Fax: (19) 6521-7187

e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

## ANEXO 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA ÀS MÃES OU RESPONSÁVEIS PELO LACTENTE

#### I – Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Cep.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

#### II – Situação Familiar

Estado Civil: \_\_\_\_\_

#### III – Composição Familiar

Ordem de nascimento do lactente: \_\_\_\_\_

N.º de pessoas que residem na casa: \_\_\_\_\_

#### IV – Situação Econômica

Fontes de Renda da Família: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

- 1) Foi difícil para você retornar hoje até a Unicamp? Porquê?
- 2) Quais motivos fizeram você comparecer ao monitoramento auditivo e de linguagem de seu filho?
- 3) Você conhece as conseqüências que uma perda auditiva tardia possa causar em seu filho

## ANEXO 3- FOLDER ENTREGUE ÀS MÃES

### SEU FILHO PODE NÃO OUVIR BEM SE HOUVER UMA HISTÓRIA DE:

- ☞ Pai, mãe ou parentes que tiveram perdas de audição durante a infância.
- ☞ Rubéola, Toxoplasmose, Citomegalovírus ou outras viroses que podem causar surdez.
- ☞ Malformações da cabeça ou pescoço (por exemplo lábio leporino, palato fendido).
- ☞ Peso de nascimento menor do que 1.500g.
- ☞ Icterícia severa.
- ☞ Meningite.
- ☞ Rinite alérgica, Adenoides aumentadas.
- ☞ Uso de antibióticos injetáveis tóxicos para os ouvidos, (Garamicina, Gentamicina etc...).
- ☞ Batidas fortes na cabeça.
- ☞ Comportamento auditivo suspeito: Aumentar volume da TV; desatenção, distração, mau desempenho escolar.



### ATIVIDADES PARA OS PAIS:

- ☞ Fale com seu filho, olhando-o nos olhos, desde o nascimento.
- ☞ Fale com o seu filho o que você está fazendo, o que ele (a) está fazendo.
- ☞ Use gestos ou outros meios de comunicação visual.
- ☞ Fale em sentenças simples. Não fale "linguagem de bebê".
- ☞ Durante o 1º ano de vida, imite os sons do seu filho.
- ☞ Leia para o seu filho usando livros com fotos coloridas. Envolve seu filho na estória.
- ☞ Cante para seu filho.
- ☞ Brinque com seu filho.
- ☞ Envolve seu filho nas atividades do lar.
- ☞ Faça com que **FALAR** e **OUVIR** seja divertido.

### SEU FILHO PRECISA OUVIR PARA APRENDER FALAR



### DESENVOLVIMENTO NORMAL DA FALA E DA AUDIÇÃO.

#### 0-3 meses.

☞ Perceba se seu filho:

- ☞ Se assusta com sons altos (batidas de palma a 1 ou 2 metros de distância).
- ☞ Se acalma com a voz da mãe.
- ☞ Emite sons com a garganta (chormingar, gritinhos agudos, risadinhas sonoras).



#### 9-12 meses.

- ☞ Vira a cabeça em direção a sons altos e baixos (estrondos, colher batendo no prato, cochicho).



- ☞ Balbucia em resposta a nossa voz.
- ☞ Começa a falar 2 ou 3 palavras.
- ☞ Entrega o brinquedo se você pedir.
- ☞ Entende "não", "tchau" e outras palavras comuns.

#### 24-30 meses.

- ☞ Refere-se a si mesmo pelo nome.
- ☞ Consegue montar uma frase com pelo menos metade das palavras corretas.
- ☞ Tem um vocabulário de 20 ou mais palavras.



#### 3-6 meses.

- ☞ Vira os olhos e a cabeça em direção a fonte sonora.
- ☞ Se acalma com a voz da mãe.



#### 12-18 meses.

- ☞ Identifica partes do corpo, pessoas e brinquedos.
- ☞ Localiza sons vindos de todas as direções.
- ☞ Pede o que deseja, tentando falar o nome do objeto.



#### 30-36 meses.

- ☞ Forma sentenças longas mesmo que com palavras mal pronunciadas.
- ☞ Faz perguntas.
- ☞ Começa a entender o significado de "dentro", "embaixo", "fora".



#### 6-9 meses.

- ☞ Reage quando chamado pelo próprio nome.
- ☞ Imita sons da fala ( 'achou! Cut cut!) ou outros sons (tosse, sons da língua ou do lábio).
- ☞ Brinca com os sons repetindo seqüências como "lalalata".



#### 18-24 meses.

- ☞ Obedece ordens simples.
- ☞ Fala frases de 2 palavras.



#### 24-30 meses.

- ☞ Identifica brinquedos e utensílios domésticos.
- ☞ Reconhece sons domésticos (telefone, campainha, latido, barulho do carro).
- ☞ Tem um vocabulário de 20 ou mais palavras.



## ANEXO 4- FOLDER ENTREGUE ÀS MÃES



A cada 10 mil crianças nascidas, vinte têm problemas de audição. Pesquisas comprovam que a deficiência auditiva é a doença mais frequente no período neonatal, superando inclusive as patologias encontradas pelo Teste do Pezinho. Por isso, a importância do Teste da Orelhinha.

Ajude a cuidar da audição do recém-nascido

Recomende o Teste da Orelhinha: rápido, indolor e gratuito

**O que é o EOA**

O exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA), mais conhecido como Teste da Orelhinha, é um dos diversos exames para avaliar a integridade da função auditiva. Verifica se a orelha interna (cóclea) está funcionando bem. É realizado em todos os bebês, pois 50% dos casos de surdez não têm causa aparente ou fator de risco que os justifique, havendo a possibilidade de causa genética.

**Como o EOA é realizado**

É utilizado equipamento digital portátil de tecnologia avançada, capaz de gerar estímulos sonoros e mostrar como o ouvido reage a eles. Pode ser feito com a criança dormindo, pois é rápido, indolor e não tem contraindicação. O resultado sai na hora. É fundamental que o profissional de saúde recomende aos pais ou responsáveis a realização do Teste da Orelhinha antes da alta hospitalar. Se a criança não tiver feito o teste nesse período, deverá realizá-lo até, no máximo, 28 dias de vida. A realização após esse período é mais difícil, pois o bebê diminui suas horas de sono e aumenta sua atividade motora.

**Diagnóstico**

Verifique na caderneta da criança o item "triagem auditiva" para saber se ela realizou o teste. Caso as otoemissões estejam ausentes, encaminhe rapidamente para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade ou para algum serviço de referência na especialidade.

Caso o ouvido do bebê não responda aos estímulos, outros exames devem ser realizados para esclarecer se o problema é temporário ou permanente. É necessário que o diagnóstico esteja completo até, no máximo, três meses de idade. Médicos otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos devem orientar os pais. Fatores como internação em UTI neonatal por mais de 48 horas, história de surdez familiar, rubéola e outras doenças aumentam o risco.

Caso seja confirmado um problema permanente de surdez, não espere! A criança precisa começar imediatamente um tratamento especializado. A reabilitação inclui aparelho auditivo, terapia fonoaudiológica e, no caso da decisão familiar, o aprendizado da língua brasileira de sinais (Libras). Já existe, inclusive, a indicação de cirurgia em alguns casos: o implante coclear, que já é realizado pelo SUS e tem cobertura obrigatória dos planos de saúde.

**Locais de realização do teste de EOA**

A Lei 12.303/10 diz que o teste deve estar disponível em todos os hospitais e maternidades. Como ainda não é realidade em todo o país, é importante verificar os locais específicos onde o paciente pode ser prontamente atendido. Peça orientação junto aos órgãos competentes de sua região.

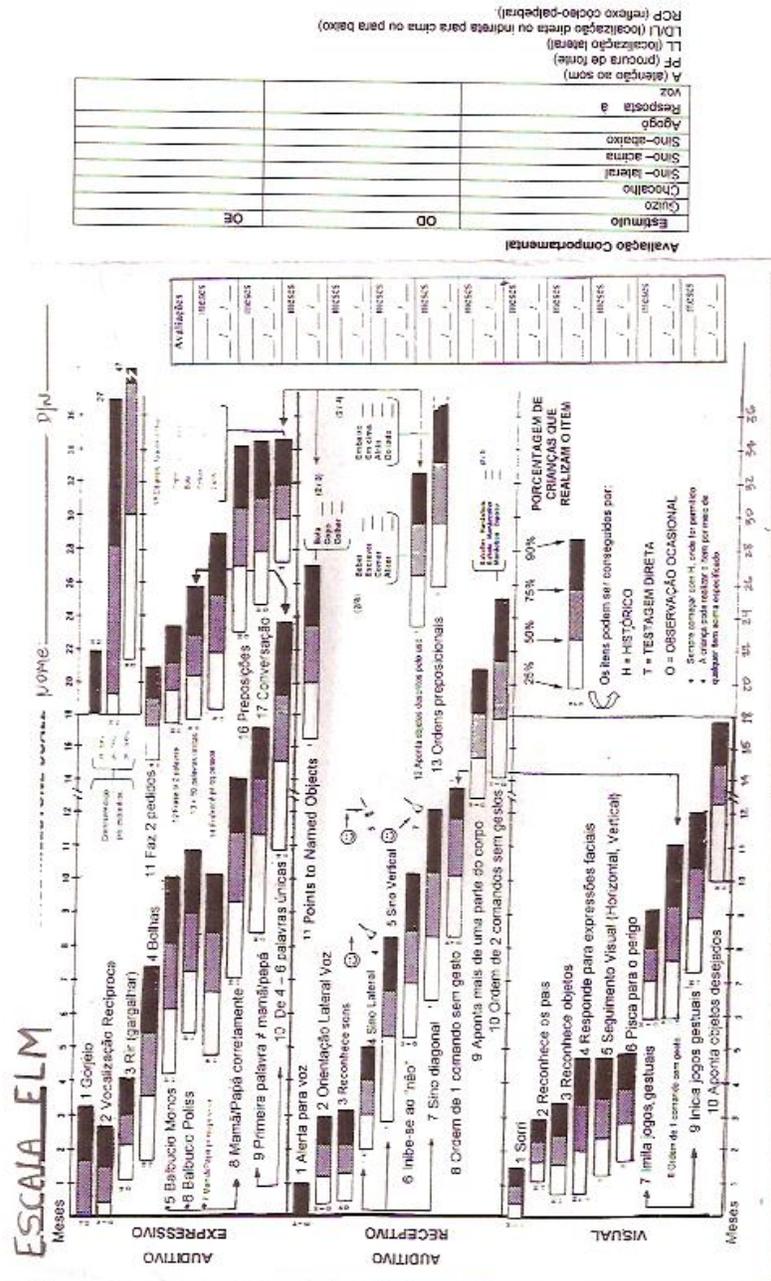
**Como oferecer o EOA na minha instituição**

Informe à direção da instituição em que trabalha sobre a Lei 12.303/10. O texto é muito claro quanto à obrigatoriedade de maternidades e hospitais públicos e privados oferecerem o Teste da Orelhinha gratuitamente às crianças nascidas em suas dependências. O exame deve ser realizado por profissionais habilitados fonoaudiólogos ou médicos. É necessário que a equipe receba treinamento técnico adequado para garantir a integração das etapas entre a triagem, o diagnóstico e o tratamento. Não basta apenas adquirir o equipamento.

Para saber mais sobre o EOA, entre em contato com o Conselho Federal de Fonoaudiologia:  
[www.fonoaudiologia.org.br](http://www.fonoaudiologia.org.br)

Elaborado pelo Ministério da Saúde, 2011.

# ANEXO 5- Early Language Milestone Scale - Escala de Aquisições Iniciais de Linguagem – Escala ELM.



Coplan J. The early language milestone scale. Austin: Pro-Ed, 1983.



## ANEXO 6- PROTOCOLO IR

### PROTOCOLO DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Alojamento conjunto ( )  
UTI ( )

Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Data da triagem: \_\_\_\_\_

Número do HC: \_\_\_\_\_

RN de: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M Idade Gestacional/peso: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

#### Reflexo Cócleo-palpebral (RCP)

Orelha Direita: ( ) presente ( ) ausente

Orelha Esquerda: ( ) presente ( ) ausente

#### Emissões Otoacústicas (OtoRead)

##### **Orelha Direita**

PASSOU ( )

NÃO PASSOU ( )

IMPOSSÍVEL ( )

##### **Orelha Esquerda**

PASSOU ( )

NÃO PASSOU ( )

IMPOSSÍVEL ( )

Indicadores de risco:

1-História familiar de deficiência auditiva congênita: \_\_\_\_\_

2-Infecção congênita (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirus e Herpes): \_\_\_\_\_

3-Anomalias crânio-faciais: \_\_\_\_\_

4-Síndromes: \_\_\_\_\_

5-Medicação ototóxica: \_\_\_\_\_

6-Boletim Apgar no 1º minuto ( ) e no 5º minuto ( )

7-Uso de drogas (álcool, químicas em geral): \_\_\_\_\_

8-AIDS: \_\_\_\_\_

9-Consanguinidade: \_\_\_\_\_

Exame realizado por: \_\_\_\_\_

Retorno ao CEPRE: \_\_\_\_\_

( ) Compareceu ( ) Não compareceu

#### Reflexo Cócleo-palpebral (RCP)

Orelha Direita: ( ) presente ( ) ausente

Orelha Esquerda: ( ) presente ( ) ausente

#### Emissões Otoacústicas (OtoRead)

##### **Orelha Direita**

PASSOU ( )

NÃO PASSOU ( )

IMPOSSÍVEL ( )

##### **Orelha Esquerda**

PASSOU ( )

NÃO PASSOU ( )

IMPOSSÍVEL ( )

PEATE no HC ou CEPRE – data: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Orientações pelo Serviço Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Resultado Final: Alta ( ) Programa de 0-3 anos ( ) Abandono ( ) Monitoramento ( )

Outro \_\_\_\_\_