

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

PAULA COUTO FORTES

**SATISFAÇÃO DE PAIS DE CRIANÇAS DEFICIENTES
AUDITIVAS QUANTO AO DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E
DE LINGUAGEM: CONSTRUINDO INDICADORES DE
QUALIDADE EM UM SERVIÇO DE SAÚDE AUDITIVA**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

**São Paulo
2009**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

PAULA COUTO FORTES

**SATISFAÇÃO DE PAIS DE CRIANÇAS DEFICIENTES
AUDITIVAS QUANTO AO DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E
DE LINGUAGEM: CONSTRUINDO INDICADORES DE
QUALIDADE EM UM SERVIÇO DE SAÚDE AUDITIVA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profa. Dra. Beatriz Cavalcanti de Albuquerque Caiuby Novaes.

**São Paulo
2009**

Fortes, Paula Couto

Satisfação de pais de crianças deficientes auditivas quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem: construindo indicadores de qualidade em um serviço de saúde auditiva. / Paula Couto Fortes. - São Paulo, 2009. 117f.

Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia. Área de concentração: Clínica Fonoaudiológica. Linha de Pesquisa: Audição na Criança. Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Cavalcante de Albuquerque Caiuby Novaes.

Satisfaction of parents of hearing impairment children in development auditory and language: building indicators of quality health in early intervention program for hearing impaired.

1. Deficiência auditiva 2. Envolvimento familiar 3. Satisfação de usuários 4. Desenvolvimento de linguagem 5. Desenvolvimento auditivo I. Título.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
FONOAUDIOLOGIA**

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação: Profª Drª Maria Claudia Cunha

PAULA COUTO FORTES

**SATISFAÇÃO DE PAIS DE CRIANÇAS DEFICIENTES
AUDITIVAS QUANTO AO DESENVOLVIMENTO AUDITIVO E
DE LINGUAGEM: CONSTRUINDO INDICADORES DE
QUALIDADE EM UM SERVIÇO DE SAÚDE AUDITIVA**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Beatriz Novaes - Presidente

Profa. Dra.

Profa. Dra.

Profa. Dra.

Aprovada em ____/____/____

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação através de fotocópias ou meios eletrônicos.

Paula Couto Fortes

São Paulo, janeiro de 2009.

*A Deus, por me guiar, iluminar e abençoar sempre minha vida.
Minha caminhada profissional e minha existência seriam em vão
sem a tua constante presença.*

*Ao meu marido Igor, o grande amor da minha vida por apoiar e
incentivar sempre os meus sonhos, fazendo deles seus também,
pelo amor e por todo o companheirismo não só nesta etapa de
minha vida, mas também em muitas outras.*

*Aos meus pais Elmo e Lúcia que tanto amo, por estarem sempre
presentes em minha vida, pelo amor incondicional, pelo apoio e
preocupação constantes e por me ensinarem a ter fé em Deus.*

*Aos meus irmãos Eduardo e Bernardo por serem meus amigos e
por saber que posso sempre contar com vocês. Nossos laços são
eternos!*

AMO MUITO VOCÊS!!!

É preciso deixar registrado o meu agradecimento especial à minha orientadora, Profa Dra Beatriz Novaes, por toda sua disponibilidade, pelas valiosas orientações e observações clínicas. Também gostaria de expressar minha enorme admiração não só pelo seu profissionalismo, pela forma de enxergar tudo com o olhar de uma grande empreendedora, mas também pela maneira como lida de forma tão humana com as pessoas. Vivenciar tudo isso ao seu lado foi um privilégio no qual contribuiu grandemente para a minha formação profissional e pessoal.

Minha gratidão é eterna...

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar sempre todos os meus caminhos. Sou imensamente grata por todas as bênçãos recebidas. Posso sentir tua presença em TODOS os momentos de minha vida.

À Profa. Dra. Beatriz.C.A.Caiuby Novaes, minha orientadora, pelo carinho e apoio nos momentos em que mais precisei, por acreditar em mim, pela paciência e grande incentivo que certamente foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À Profa. Dra. Maria Cecília Bevilacqua, pelas contribuições na Banca de Qualificação e pela oportunidade de compartilhar de seus conhecimentos nas suas valiosas aulas.

À Profa. Dra. Adriane Lima Mortari Moret, pelas significativas sugestões na Banca de Qualificação.

À Profa. Dra. Beatriz Mendes, pela disponibilidade em ensinar, por todo o aprendizado nos atendimentos no CeAC e por muitas vezes me mostrar coisas tão simples em algo aparentemente complexo.

Ao Prof Dr. Orozimbo Costa Filho, pelo privilégio de ter sido sua aluna compartilhando suas experiências em audiologia infantil.

Às Profas. Dra. Clay Rienzo Balieiro e Dra Luiza Ficker, pelas valiosas supervisões no aprimoramento de audiologia educacional.

Aos meus pais, Elmo e Lídia e meus irmãos Eduardo e Bernardo, por ser a minha “grande família”, na qual amo muito e sinto um enorme orgulho.

Ao meu marido Igor, por me fazer a cada dia uma pessoa mais feliz e por mostrar que o amor, a cumplicidade e o respeito não são demonstrados com apenas palavras, mas principalmente com atos.

Às minhas especiais avós Elza e Altamira, pelas orações, pelo amor dado por toda a minha vida.

Aos meus queridos tios, que acompanharam sempre meu crescimento pessoal e profissional e que mesmo distantes continuam na torcida pelo meu sucesso e felicidade.

À especial Fga Gerissa Neiva Cordeiro, pela sua amizade, pelo acolhimento, carinho e por todo apoio de sempre. Além de prima, cunhada e amiga agora também te considero como a irmã que não tive tendo a certeza do seu desejo de me ver sempre feliz.

À querida família Cordeiro, pela torcida, apoio e por me acolherem carinhosamente como a mais nova integrante da família.

Às minhas amigas de infância e madrinhas Mariana Patrus, Amanda Delage, Germana Delage e Camila Tardeli, por estarem sempre presentes em minha vida.

À minha “irmã espiritual” Fga. Simone Barão Esteves, pela nossa grande amizade, pelas trocas de idéias, confiança, apoio constante e por torcer sempre pela minha felicidade.

À especial Fga. Luciene Soares, pelo carinho, pelos valiosos conselhos, pela amizade, por nossas divertidas conversas e muitas risadas.

Às amigas do mestrado Fgas. Gabriela Ivo, Thais Alves, Juliana Rezende, Millena Nóbrega, Camila Loiola, Mariana Telles, Mabel Gonçalves, Carolina Morato, Jenny Cea, Mara Rosana.

Às amigas de linha de pesquisa *Audição na Criança*: Aline Pessoa, Renata Figueiredo, Renata Padilha, Elisa Hopman, Tatiane Alencar, Edlene Ralo, Juliana Habiro e Patrícia Monteiro.

À amiga Fga Carolina Versolatto (Carolzinha), por ceder espaço e facilitar a todo tempo a minha coleta de dados em seus atendimentos, pela disponibilidade de compartilhar seus conhecimentos e pelas nossas agradáveis conversas.

À especial Fga Talita Donini, pelas grandes sugestões na banca de pré – qualificação, pela preocupação de sempre ajudar, por todo seu carinho e amizade.

À Fga Bruna Ribeiro, por ter sido uma grande companheira para todas as horas e uma amiga muito querida. A república das “mineiras” será sempre bem lembrada.

Aos pais ou responsáveis pelas crianças que participaram da pesquisa, por compartilharem suas opiniões, sugestões e dúvidas.

À Virgínia, Marilei e Caio, por tentarem solucionar todos os nossos problemas.

À Claudia Perrota, pelas valiosas correções de português.

À Jane, pelo auxílio na formatação.

À Carmen, pela realização da estatística desta pesquisa.

Ao CNPq, pela bolsa concedida.

Ao CeAC e Derdic, por concederem a realização desta pesquisa.

Muito obrigada a todos vocês por fazerem parte da minha história permitindo que eu deixe um pouquinho de mim e também leve algo de cada um de vocês para sempre.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CeAC	Centro Audição na Criança
CF	Constituição Federal
DA	Deficiência Auditiva
dBNA	Decibel Nível de Audição
DERDIC	Divisão de Educação e Reabilitação de Distúrbios da Comunicação
EOA	Emissões Otoacústicas
EOAET	Emissões Otoacústicas por Estímulo Transiente
EOAPD	Emissões Otoacústicas por Produto de Distorção
F	Feminino
GM	Gabinete do Ministro
Hz	Hertz
IC	Implante Coclear
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IOM	Institute of Medicine
JCIH	Joint Committee Infant on Hearing
KHZ	kilohertz
M	Masculino
MS	Ministério da Saúde
No	Número
PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
RECD	Real Ear to Coupler Difference
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde
SNAC	Sistema Nervoso Auditivo Central
SNC	Sistema Nervoso Central
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
UPS	Unidade Prestadora de Serviço
VRA	Visual Reinforcement Audiometer – Audiometria de Reforço Visual

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	75
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participante deste estudo	76
ANEXO 3 - Roteiro de Entrevista (Novaes, 1986)	78
ANEXO 4 - Critério de Classificação Econômica Brasil	95
ANEXO 5 - Roteiro de Entrevista (Terapeutas)	100
ANEXO 6 - Escala de avaliação de envolvimento familiar	102
ANEXO 7 - Tabela de Médias, desvios padrão, medianas e máximas das variáveis: idade na entrevista, idade no início do uso do AASI, tempo de uso de AASI e média da melhor orelha segundo a satisfação dos pais em relação à audição	106
ANEXO 8 - Tabela de Médias, desvios padrão, medianas e máximas das variáveis: idade na entrevista, idade no início do uso do AASI, tempo de uso de AASI e média da melhor orelha segundo a satisfação dos pais em relação à linguagem	107
ANEXO 9 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Terapeutas)	108

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Características demográficas dos pais (Idade). N=20.....	47
QUADRO 2 - Características demográficas dos pais (Nível de escolaridade). N=20.....	48
QUADRO 3 - Média das idades das crianças em meses na data da primeira consulta, na data do início do uso do AASI, na data da entrevista; tempo em meses entre a primeira consulta e o início do uso do AASI e tempo em meses entre o uso do AASI até a data da entrevista. N=20.....	49
QUADRO 4 - Distribuição de satisfação dos familiares quanto ao desenvolvimento de audição e de linguagem da criança. N=20.....	52
QUADRO 5 - Fatores que os pais ou responsáveis acreditam ter contribuído ou não para o desenvolvimento de audição da criança. Os fatores citados não correspondem à soma total do N, pois cada entrevistado pôde citar quantos fatores desejasse.	54
QUADRO 6 - Fatores que os pais ou responsáveis acreditam ter contribuído ou não para o desenvolvimento de linguagem da criança. Os fatores citados não correspondem à soma total do N, pois cada entrevistado pôde citar quantos fatores desejasse.	55
QUADRO 7 - Distribuição da satisfação dos terapeutas quanto ao desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças. Embora tenham sido entrevistadas seis terapeutas, pois uma delas atendia mais de uma criança.....	62
QUADRO 8 - Distribuições de fatores que as terapeutas acreditavam contribuir ou não para o desenvolvimento das habilidades auditivas. Os fatores citados não correspondem à soma total do N, pois cada terapeuta pôde citar quantos fatores desejasse.	63
QUADRO 9 - Distribuições de fatores que as terapeutas acreditavam contribuir ou não para o desenvolvimento das habilidades de linguagem. Os fatores citados não correspondem à soma total do N, pois cada terapeuta pôde citar quantos fatores desejasse. ..	64

QUADRO 10 - Classificação quanto ao nível de envolvimento familiar apresentado pelas terapeutas das dez crianças.	66
QUADRO 11 - Descrição das terapeutas das dez crianças em relação à satisfação do desenvolvimento auditivo e de linguagem das respectivas crianças e classificação quanto ao nível de envolvimento familiar (escala entre 1 - 5).....	67

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Descrição das características dos sujeitos: idade na 1ª consulta (meses); idade no início do uso do AASI (meses); idade na entrevista (meses); tempo de uso do AASI (meses); média 500, 1 KHz, 2 kHz de limiar (dBNA) da melhor orelha e dispositivos eletrônicos/ opção familiar. (N=20)	37
TABELA 2 - Distribuições de frequências e porcentagens conjuntas da satisfação dos familiares e terapeutas quanto à audição.....	68
TABELA 3 - Distribuições de frequências e porcentagens conjuntas da satisfação dos familiares e terapeutas quanto à linguagem.....	69
TABELA 4 - Valores observados de estatísticas descritivas para a Idade na entrevista (meses), Idade no início do uso do AASI (meses), Tempo de uso do AASI (meses) e Média da melhor orelha segundo a satisfação dos pais em relação à audição.....	106
TABELA 5 - Valores observados de estatísticas descritivas para a Idade na entrevista (meses), Idade no início do uso do AASI (meses), Tempo de uso do AASI (meses) e Média da melhor orelha segundo a satisfação dos pais em relação à linguagem.....	107

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1. Gráfico dos valores individuais e médios a Idade na entrevista (meses), Idade no início do uso do AASI (meses) Tempo de uso do AASI (meses) e Média da melhor orelha (dB) segundo a satisfação dos pais em relação à audição.58
- FIGURA 2. Gráfico dos valores individuais e médios: Idade na entrevista (meses), Idade no início (meses), Tempo de uso (meses) e Média da melhor orelha (dB), segundo a satisfação dos pais em relação à linguagem.....60

RESUMO

Introdução: A literatura tem apontado que a satisfação de pais de crianças deficientes auditivas em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem pode ser fundamental para a construção dos indicadores de qualidade quanto aos objetivos da intervenção terapêutica. **Objetivo:** Descrever e discutir a satisfação de pais e/ ou responsáveis por crianças com deficiência auditiva quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem no processo de acompanhamento de um serviço de saúde auditiva de alta complexidade e de buscar instrumentos para avaliar a satisfação com serviços de saúde voltados para crianças com deficiência auditiva. **Método:** Participaram do estudo 20 crianças deficientes auditivas abaixo de três anos, seus pais e/ou responsáveis e suas terapeutas, diagnosticadas e que receberam a concessão do AASI no Centro Audição da Criança (CeAC), na cidade de São Paulo/SP. Os instrumentos utilizados foram: Prontuários dos sujeitos; Roteiro de entrevista para pais; “Critério de Classificação Econômica Brasil”; Questionário de satisfação e avaliação da família pelas terapeutas das crianças deficientes auditivas e Escala de Envolvimento Familiar. **Resultados:** A maioria dos pais está satisfeita com o desenvolvimento de habilidades auditivas das crianças, porém, também a maioria está insatisfeita com o desenvolvimento de linguagem. O AASI foi o fator mais mencionado como contribuinte ou não para o desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças. O tempo de terapia teve relação significativa com a insatisfação dos pais. Em relação às terapeutas a maioria apresentou satisfação em relação à audição das crianças; porém, também a maioria referiu insatisfação quanto ao desenvolvimento de linguagem. Os fatores AASI, terapia e família foram considerados principais por elas para o desenvolvimento auditivo e de linguagem. **Conclusão:** Os resultados indicam que existe a necessidade de envolver os familiares no processo terapêutico, trabalhando seus desejos, suas necessidades e expectativas quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças deficientes auditivas.

Palavras Chaves: Deficiência auditiva, envolvimento familiar, satisfação de usuários, desenvolvimento de linguagem, desenvolvimento auditivo.

SUMARY

Introduction: Parental satisfaction with auditory and language development of their hearing impaired children can be an important factor in constructing quality indicators of intervention process. **Goals:** To describe and discuss parental satisfaction with auditory and language development of their hearing impaired children during the periodical follow up process within a high complexity service within the public health system, aiming at raising aspects related to quality indicators. **Method:** Twenty hearing impaired children less than three years of age, their parents and therapists participated in the study. All children were diagnosed and received their hearing aids at the Center for hearing in children – CeAC, in the city of São Paulo. Data were collect using: children's files, an interview guide for parents, Questionnaire for satisfaction, and a parental involvement scale used by clinicians to assess the family. **Results:** Most parents were satisfied with auditory skills development, but not satisfied with language development. Hearing aids were the most recalled factor related to child's development. Length of time in intervention had a negative moderate relation with parental satisfaction with language development. Regarding the clinicians, the majority was satisfied with auditory skills of the children but was also not satisfied with language development. Hearing aids, intervention and family were the most recalled factor related to child's progress. **Conclusion:** Results indicate that there is a need to work with parents within the therapeutic process, regarding their hopes, needs and expectations regarding auditory and language development of their hearing impaired children.

Key words: Hearing impairment, family involvement, user satisfaction, auditory development, language development.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	6
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA	7
2.2 DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA CRIANÇA DEFICIENTE AUDITIVA	14
2.2.1 Importância da família no processo de intervenção fonoaudiológica da criança deficiente auditiva	20
2.3 AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE	27
2.3.1 Instrumentos de avaliação de satisfação voltados a pais e terapeutas	28
3. MÉTODO	34
3.1 LOCAL DO ESTUDO	35
3.2 SUJEITOS	35
3.2.1 Critérios de inclusão	36
3.2.2 Caracterização dos sujeitos.....	36
3.3 MATERIAL	38
3.4 PROCEDIMENTOS	38
3.4.1 Registro das informações dos prontuários	38
3.4.2 Entrevista com pais (Novaes, 1986)	38
3.4.3 Critério de Classificação Econômica Brasil	39
3.4.4 Questionário de satisfação das terapeutas das crianças deficientes auditivas e avaliação do envolvimento familiar	40
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
3.5.1 Registro dos dados demográficos e audiológicos e de processos contidos nos prontuários	41
3.5.2 Atitudes dos pais diante do desenvolvimento de habilidades auditivas e de linguagem.....	42
3.5.3 Associação da satisfação dos familiares quanto à audição e linguagem	42
3.5.4 Dados relatados pelas terapeutas	43
3.5.5 Concordância entre pais e terapeutas em relação à satisfação com o desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças com deficiência auditiva	43

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS	45
4.1.1 Idade da criança na data da entrevista	46
4.1.2 Características demográficas dos pais e mães das crianças deficientes auditivas	47
4.1.3. Classificação socioeconômica	48
4.2 CARACTERIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DOS SUJEITOS.....	48
4.2.1 Grau de perda auditiva	48
4.2.2. Idade na primeira consulta, no início do uso do AASI e na data da entrevista; tempo entre a 1ª consulta e o início do uso do AASI e tempo entre início do uso do AASI até a entrevista	49
4.3 PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES AUDITIVAS E DE LINGUAGEM DAS CRIANÇAS	52
4.3.1 Distribuição de satisfação em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem.....	52
4.3.2 Distribuição de fatores que, segundo os pais ou responsáveis, contribuíram para o desenvolvimento de audição e de linguagem da criança	53
4.4 SATISFAÇÃO DOS PAIS QUANTO À AUDIÇÃO, CONSIDERANDO-SE AS VARIÁVEIS: IDADE NA ENTREVISTA (MESES), IDADE NO INÍCIO (MESES), TEMPO DE USO (MESES), MÉDIA DA MELHOR ORELHA E GRAU DE PERDA AUDITIVA	57
4.5 DADOS RELATADOS PELAS TERAPEUTAS.....	62
4.5.1 Distribuição da satisfação das terapeutas em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças.....	62
4.5.2 Distribuição de fatores que, segundo as terapeutas, podem ter contribuído ou não para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem de seus pacientes.....	63
4.5.3 Critérios de classificação de envolvimento familiar	66
4.6. Concordância entre pais e terapeutas em relação à satisfação com o desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças com deficiência auditiva.	68
5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
ANEXOS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110

1. INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva pode trazer muitas limitações ao indivíduo, na medida em que interfere na capacidade de percepção dos sons e, consequentemente, prejudica seu desempenho em situações de comunicação oral.

No Brasil, até 2004, indivíduos com deficiência auditiva levavam muito tempo para conseguir a concessão do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Nesse ano, diante da necessidade de rever questões relacionadas à efetividade das políticas de saúde auditiva, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) por meio da Portaria GM/MS no 2073, de 28/09/2004 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

De acordo com a publicação das Portarias GM/MS 2073, de 28 de setembro 2004, e SAS/MS 587, de 07 de outubro de 2004, o Estado é responsável por prestar assistência ao portador de deficiência auditiva. Deve também assegurar o acesso a procedimentos de triagem, diagnóstico auditivo e às sessões de terapia fonoaudiológica a essa população, por meio dos centros de média e alta complexidade conveniados ao Ministério da Saúde. Referindo-se à (re) habilitação, a Portaria GM/MS 587 estabelece que esses centros devem garantir desde seleção e adaptação do tipo e característica do aparelho de amplificação sonora individual, de acordo com as necessidades do paciente, até o acompanhamento audiológico periódico e da utilização do aparelho de amplificação sonora individual, fornecendo todas as informações necessárias sobre seu uso e manuseio.

Porém, cabe a pergunta: como podemos avaliar a qualidade desses serviços oferecidos na área da saúde auditiva?

Em 1990, Donabedian definiu o conceito de qualidade, citando sete pilares nos quais essa qualidade estaria ancorada: eficácia (o melhor que pode ser feito, em possíveis condições mais favoráveis); efetividade (foi alcançado o melhor, porém as condições não foram ideais); eficiência (efeito máximo, no menor custo); aceitabilidade (relaciona-se à expectativa do usuário: conformidade dos serviços com as aspirações e expectativas do paciente e de sua família); otimização (criação de condições mais favoráveis para a solução de algum problema); legitimidade (aceitação e aprovação dos

serviços de saúde pelos usuários); equidade (esforço para diminuir desigualdades).

Portanto Berwick (2002) destaca que as experiências dos pacientes são a fonte fundamental da definição de qualidade. O Nível A de um relatório elaborado pelo *Institute of Medicine – IOM, Crossing the Quality Chasm* (Cruzando o abismo da Qualidade), diz respeito à experiência dos pacientes, seus cuidadores ou familiares e à comunidade onde vivem. A questão da qualidade focada no paciente envolve suas escolhas, cultura, contexto social e necessidades específicas.

Alguns fatores são considerados importantes na percepção dos pacientes em relação à qualidade de um serviço de saúde: interesse pessoal do profissional pelo paciente; acessibilidade (facilidade em relação ao tempo e à distância do paciente para obter o tratamento); profissionais competentes; acompanhamento por funcionários bem treinados; informações adequadas e suficientes dadas pelo profissional; pessoal sempre disposto e privacidade no atendimento. (WARE, 1978; SOMMERS, 1983; TANAKA e MELO, 2004).

Na mesma perspectiva, Tanaka e Melo em 2004 afirmam que, ao avaliar o desempenho de um serviço ou de um produto, o cliente geralmente utiliza-se da análise de seus principais atributos, sendo que a mensuração da satisfação serve como medida para essa avaliação.

A satisfação pode ser definida como o contentamento que a pessoa sente quando um desejo, uma necessidade ou expectativa que possui são atendidos, sendo incorporada ao contexto de indicadores de qualidade que discutem a percepção do usuário em relação ao serviço de saúde que lhe é oferecido (MAIR, ROBINSON e ABUBAKAR, 2008).

E foi justamente com o objetivo de descrever e discutir a satisfação de pais e/ ou responsáveis por crianças com deficiência auditiva quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem no processo de acompanhamento de um serviço de saúde auditiva de alta complexidade e de buscar instrumentos para avaliar a satisfação com serviços de saúde voltados para crianças com deficiência auditiva que desenvolvemos o presente estudo.

Obviamente, como os pacientes são crianças, nosso foco foram os familiares (pais e cuidadores principais), considerados então como fonte fundamental de definição dessa satisfação, que, no caso da deficiência auditiva, refere-se ao desenvolvimento auditivo e de linguagem. E também, no sentido de complementar esse tipo de avaliação, as terapeutas fonoaudiólogas dessas crianças também foram contatadas, respondendo a um questionário de satisfação. Partindo, ainda, do pressuposto de que o envolvimento familiar no processo de intervenção é fundamental, essas terapeutas também avaliaram a qualidade da participação dos pais no decorrer da intervenção terapêutica fonoaudiológica.

A questão que norteou a pesquisa foi: Quais os fatores que, na percepção dos familiares e terapeutas, podem contribuir ou não para o desenvolvimento da audição e linguagem das crianças deficientes auditivas e quais as expectativas que possuem quanto a esse aspecto?

Com este estudo, visamos contribuir então para a construção de um dos indicadores de qualidade, qual seja, a satisfação, relativa às experiências dos pacientes, terapeutas, seus cuidadores ou familiares.

A dissertação está organizada da seguinte forma:

No capítulo referente à revisão de literatura descrevemos a instituição da Política de Atenção à Saúde auditiva e suas portarias, abordamos aspectos sobre o diagnóstico e à intervenção fonoaudiológica precoces, bem como a importância do envolvimento familiar no processo terapêutico das crianças deficientes auditivas. Apresentamos também instrumentos que permitem avaliar a satisfação com os serviços oferecidos no que diz respeito, especificamente, ao desenvolvimento das habilidades de audição e de linguagem das crianças deficientes auditivas e ao envolvimento familiar no processo terapêutico.

No capítulo seguinte descrevemos o método, detalhando os instrumentos utilizados para avaliação da satisfação dos familiares em relação ao serviço de saúde oferecido pelo CeAC e também os questionários dirigidos às terapeutas das crianças selecionadas.

No capítulo dedicado à apresentação e discussão dos dados, analisamos os resultados, buscando estabelecer relações entre as

percepções dos familiares e das terapeutas a respeito do desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças deficientes auditivas atendidas pelo CeAC.

E nas considerações finais elencamos as conclusões e considerações finais deste estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

No sentido de contextualizar o tipo de serviço oferecido pelo CeAC, local de realização deste estudo, iniciamos este capítulo descrevendo a instituição da Política de Atenção à Saúde auditiva e suas portarias, bem como os procedimentos nela previstos. Em seguida, abordamos alguns aspectos referentes ao diagnóstico e à intervenção fonoaudiológica precoces e sua importância para o desenvolvimento comunicativo das crianças deficientes auditivas. Apresentamos, ainda, estudos que abordam o tema família, seus sentimentos, expectativas, desejos e também a importância do seu envolvimento no processo terapêutico dessas crianças. Por fim, abordamos aqui aspectos gerais sobre satisfação com os serviços oferecidos e instrumentos que permitem avaliá-la no que diz respeito, especificamente, ao desenvolvimento das habilidades de audição e de linguagem das crianças deficientes auditivas e ao envolvimento familiar no processo terapêutico.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

Historicamente, a partir da Constituição de 1988, o direito à saúde foi instituído a todos. Com isto, o indivíduo passa a ser o detentor desse direito e o Estado, o seu devedor; ou seja, compete a este garantir a saúde do cidadão e da coletividade (BRASIL, 1988).

No início da década de 90, a Lei Orgânica de Saúde, baseada no artigo 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei compõe-se de outras duas complementares: Lei nº. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº. 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Respectivamente, a primeira dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, enfatiza aspectos relacionados à gestão e ao financiamento e tem como objetivo a descentralização político-administrativa do SUS. A segunda lei regulamenta as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para manter as ações de saúde. Também dispõe sobre a participação da comunidade na

gestão do SUS por meio de Conferências de Saúde que acontecem a cada quatro anos.

Desta forma, emergem princípios básicos do SUS: acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, prevenção e proteção da saúde; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada e descentralização.

Essas ações devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da CF, obedecendo ainda a princípios como: garantia da universalidade (saúde como direito de todos); integralidade (conjunto articulado das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos) e equidade (igualdade da assistência à saúde) (BRASIL, 1988).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), ao reconhecer que a deficiência auditiva é uma questão de saúde pública, instituiu por meio da Portaria no 2.073, de 28 de setembro de 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão: nacional, estadual e municipal. A PNASA objetiva melhorar a qualidade de vida dos portadores de deficiência auditiva, e assim minimizar as consequências causadas por ela. Sendo assim, é preciso que exista uma boa articulação entre Ministério da Saúde, Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (Ministério da Saúde, 2004).

No Art 2º dessa Portaria estão descritos os objetivos da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. São eles:

- I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção aos pacientes, com assistência multiprofissional e interdisciplinar;
- III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a potencializar os resultados da protetização;

V - Promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da reabilitação auditiva no Brasil;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, da disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

IX - qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção à Saúde Auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004)¹.

Após a PNAS, foram publicadas duas portarias devido à necessidade de se definir as Ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva de Média e de Alta Complexidade e de auxiliar os gestores no controle e avaliação da atenção às pessoas portadoras de deficiência auditiva (Portaria 587 Ministério da Saúde, 2004). As Portarias publicadas foram: SAS/MS no. 587, de 7 de outubro de 2004, e SAS/MS no. 589, de 8 de outubro de 2004.

A primeira **Portaria - SAS/MS nº. 587 (07/10/2004)** está dividida em cinco anexos: o Anexo I descreve as normas de atendimento em saúde auditiva, incluindo as ações na atenção básica, nos serviços na média e alta complexidade; o Anexo II descreve o regulamento e as normas gerais para habilitar e credenciar os serviços; no Anexo III encontram-se o formulário

¹ FONTE: Portaria Nº 2.073, 28/09/2004.

para vistoria do gestor; no Anexo IV estão as diretrizes para o fornecimento dos AASI e o Anexo V traz os parâmetros para distribuição das UPS na média e alta complexidade e o formulário de seleção e adaptação de AASI. Nessa portaria ficam definidos as ações de Saúde Auditiva na atenção básica e os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e Alta Complexidade.

Na atenção básica devem ser realizadas ações de promoção, prevenção e identificação precoce dos problemas de audição. Compreendem orientações às famílias, campanhas educativas e informativas; identificação precoce de neonatos com indicadores de risco (JCIH, 2000) que devem ser encaminhados para avaliação audiológica especializada.

Na atenção à Média Complexidade devem ser realizados: triagens e monitoramentos da audição de neonatos, pré-escolares e escolares; diagnóstico, tratamento e reabilitação (seleção, adaptação e fornecimento de AASI e terapia fonoaudiológica) de perda auditiva em **crianças a partir de três anos de idade**, jovens e adultos (trabalhadores expostos a níveis de pressão sonora elevados e idosos). As unidades devem estar articuladas e integradas com o sistema local e regional, a fim de oferecerem consulta otorrinolaringológica, avaliação fonoaudiológica e de linguagem. Também é preciso garantir avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientação familiar e escolar. Pacientes com afecções associadas, perdas auditivas unilaterais, aqueles que tiveram dificuldades na realização da avaliação audiológica e crianças menores de três anos devem ser encaminhados para alta complexidade. Em relação à composição de recursos humanos, foi considerada a necessidade de uma equipe mínima para, no máximo, 60 (sessenta) pacientes/ mês composta por: um otorrinolaringologista, quatro fonoaudiólogos (que tenham experiência em diagnóstico, protetização e reabilitação auditiva), um assistente social e um psicólogo.

O serviço de **atenção à Alta Complexidade** deve ser composto de estrutura física; recursos humanos, com equipe mínima para, no máximo, 100 pacientes/mês composta de: dois otorrinolaringologistas, um

neurologista e/ou neuropediatra, seis fonoaudiólogos com experiência em diagnóstico, protetização, reabilitação auditiva e audiologia infantil, um assistente social e um psicólogo; equipamentos especializados e credenciamento no SUS (Anexo II, SAS/MS nº. 587/2004). Podem ser realizadas as seguintes ações: diagnóstico audiológico e reabilitação de **crianças até três anos de idade** e de pacientes com afecções associadas, com perdas unilaterais e naqueles que tiveram dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade; consulta otorrinolaringológica, pediátrica, neurológica, avaliação audiológica e de linguagem; exames complementares; reabilitação mediante tratamento clínico com otorrinolaringologista, seleção e indicação de AASI e terapia fonoaudiológica; fornecimento de orientações à família e à escola; garantia de atendimento com assistente social; avaliação e terapia psicológica.

De acordo com o Anexo IV, SAS/MS nº. 587/2004, os serviços de saúde auditiva de média e alta complexidade devem assegurar ao deficiente auditivo desde seleção e adaptação do AASI, assim como a escolha das suas características eletroacústicas e tecnológicas adequadas às características audiológicas do indivíduo e do molde auricular. Também deve ser oferecida terapia fonoaudiológica, a fim de desenvolver habilidades auditivas e de linguagem, e acompanhamento audiológico periódico para o monitoramento da perda auditiva e do AASI.

O diagnóstico auditivo necessário para a seleção do AASI para indivíduos **acima de três anos de idade** deve ser realizado por meio de avaliação otorrinolaringológica e audiológica; anamnese, audiometria tonal limiar ou audiometria condicionada por via aérea ou óssea; logaudiometria; imitanciometria e pesquisa do nível de desconforto (tom puro e fala). Esses procedimentos são realizados na média complexidade, e incluem testes de percepção de fala, avaliação de linguagem e questionários de avaliação do desempenho auditivo. Caso haja necessidade de um diagnóstico diferencial, existem procedimentos que são realizados apenas na alta complexidade.

Os procedimentos da avaliação da alta complexidade para os indivíduos com **até três anos de idade** incluem avaliação otorrinolaringológica e audiológica; anamnese fonoaudiológica; emissões

otoacústicas transiente e produto de distorção; observação de respostas comportamentais a estímulos sonoros; potencial evocado auditivo de curta e/ou média latência; imitanciometria; audiometria de reforço visual (VRA) ou audiometria lúdica, realizada preferencialmente com fones; medida da diferença entre acoplador de 2,0 ml e orelha real (RECD); avaliação de linguagem; testes de percepção de fala; questionários de avaliação do desempenho auditivo.

Conforme a Portaria nº. 587/2004, a validação do AASI pode ocorrer por meio de questionários de avaliação do benefício e satisfação do usuário de acordo com a idade e capacidade auditiva do paciente e também por meio de protocolos que avaliem a percepção de fala. No que se refere às crianças menores que três anos, a portaria indica para a verificação do benefício do AASI roteiros de entrevistas com pais ou responsáveis, os quais abordam o desenvolvimento das habilidades de audição e de linguagem das crianças.

Para efeito dessa mesma Portaria, é de responsabilidade de todo serviço credenciado a realização do acompanhamento audiológico, com objetivo de monitorar a perda auditiva e verificar a efetividade do AASI. (Anexo IV, SAS/MS nº. 587/2004). Para os pacientes com idade inferior a três anos esses procedimentos devem ocorrer quatro vezes ao ano, com o objetivo de reavaliação: otorrinolaringológica e audiológica, imitanciometria, Audiometria de Reforço Visual (VRA) a partir dos 5 meses; pesquisa do ganho de inserção com o AASI; medida de RECD; protocolo de avaliação da função auditiva, avaliação do desenvolvimento de linguagem; orientação à família quanto ao manuseio do AASI e quanto à importância da terapia fonoaudiológica. Também é preciso conferir se há necessidade de reposição do molde auricular.

Para os usuários maiores de três anos de idade, o acompanhamento pode ocorrer semestralmente, utilizando-se todos os procedimentos mencionados acima, exceto as medidas do acoplador. Os adultos (maiores de 15 anos) precisam retornar ao serviço uma vez por ano para terem reavaliação otorrinolaringológica e audiológica (audiometria e imitanciometria); pesquisa do ganho funcional com AASI; teste de percepção

de fala; conferência do funcionamento do AASI e do molde auricular (se preciso deve ser repostado). Também é preciso utilizar um protocolo para avaliar o benefício e o grau de satisfação do usuário e fornecer orientações sobre estratégias de comunicação.

De acordo com as diretrizes da Portaria SAS/MS nº. 587/2004, também é de responsabilidade do serviço oferecer reabilitação integral ao indivíduo; portanto, deve ser garantida terapia fonoaudiológica após a concessão do AASI. Para pacientes adultos, as terapias devem acontecer em sessões de 45 minutos, de forma individual, durante quatro semanas, e para as crianças, é preciso garantir esse atendimento duas vezes por semana.

A segunda **Portaria SAS/MS nº. 589/08/10/2004** tem o objetivo de direcionar o cadastramento dos serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), de definir e operacionalizar os procedimentos de atenção à saúde auditiva no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

O paciente é identificado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e os procedimentos serão regulamentados pelo subsistema Autorização de Procedimentos Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC). A emissão da APAC/formulário (Anexo IV / Portaria nº. 589/2004) é um documento para autorização de realização de procedimentos, emitida e distribuída pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Estas conferem, por meio do Controle de frequência individual (Anexo V / Portaria nº. 589/2004), a realização dos procedimentos utilizados, que devem ser assinados pelos pacientes para a devida confirmação.

Os procedimentos que necessitam de APAC são: avaliação para diagnóstico, seleção e verificação do benefício do AASI; concessão/reposição do AASI; terapia fonoaudiológica; acompanhamento de paciente adaptado com AASI e reavaliação diagnóstica (em casos de perda progressiva).

2.2 DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA CRIANÇA DEFICIENTE AUDITIVA

A comunicação apresenta papel fundamental na sociedade, pois possibilita a interação entre indivíduos, sendo que os primeiros anos de vida representam um período crítico, pois é nele que ocorre o processo de maturação do sistema auditivo central, concomitantemente ao desenvolvimento de fala e linguagem (NORTHERN & DOWNS, 1989; SERBETCIOGLI, 2001).

Estudos realizados na área têm evidenciado que a audição é a principal via pela qual se dá o processo de aquisição de linguagem, e para que isso ocorra é fundamental a integridade desse sistema. A linguagem é, de fato, um dos aspectos mais importantes do desenvolvimento infantil, pois favorece o sucesso nas relações sociais, acadêmicas e profissionais (CRUZ *et al*, 2003; ISOTANI *et al*, 2005).

Sendo assim, qualquer retardo na maturação da função auditiva pode acarretar *déficits* na recepção e expressão de linguagem, pois não afeta somente o desenvolvimento comunicativo, mas também gera problemas de ordem emocional, cognitiva, educacional, acadêmica e dificuldades de identidade social. Tudo isso representa um grande impacto tanto para o portador de deficiência auditiva como para sua família e a sociedade em geral (PARRADO, 1998; OLIVEIRA, CASTRO e RIBEIRO, 2002; KAMINSKI, TOCHETTO e MOTA, 2006).

Almeida (2001); Garcia, Isaac e Oliveira (2002) advertem que o desenvolvimento de linguagem e a aprendizagem de um deficiente auditivo podem ser semelhantes aos de um ouvinte normal, desde que sejam realizados diagnóstico e intervenção precoces. Nesse período crítico de maturação e plasticidade funcional do Sistema Nervoso Auditivo Central (SNAC), a intervenção pode evitar *déficits* irreversíveis, o que possibilita um prognóstico mais favorável em relação ao desenvolvimento global da criança.

Yoshinaga-Itano *et al* (1998) realizaram estudo com o objetivo de comparar as habilidades de linguagem de dois grupos de crianças (as que tiveram a identificação da perda auditiva antes dos seis meses de idade e as que tiveram após esta idade), sendo que todas elas iniciaram a intervenção fonoaudiológica, no máximo, dois meses após o diagnóstico. Os achados apontaram que as crianças com diagnóstico realizado antes dos seis meses tiveram melhor desenvolvimento de linguagem quando comparadas com aquelas diagnosticadas em idade superior a seis meses. Esses resultados foram encontrados com crianças em idade de 5 anos.

Outros estudos, publicados por Feres e Cairasco (2001); Jacob e Bevilacqua, (2001); Serbetcioglu (2001); Moeller (2000); Yoshinaga – Itano (2003), também fundamentam a efetividade do diagnóstico e da intervenção precoces da criança deficiente auditiva.

Para esses autores, a intervenção fonoaudiológica obtém melhores resultados quando iniciada até os seis meses de vida, pois auxilia na reorganização cortical, permite a adequação da função lesada frente à exposição ao som (plasticidade auditiva). Essa reorganização ocorre mais facilmente nos períodos iniciais à lesão, diminuindo com o passar do tempo. Portanto, nos casos em que a intervenção precoce for possível, ocorre melhora na linguagem, produção de fala, vocabulário receptivo e expressivo e nas habilidades pessoais e sociais.

Dessa forma, para que a identificação da perda auditiva se torne cada vez mais precoce, o Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI) recomendou, em 1999, a triagem auditiva neonatal (TAN) de forma universal, ou seja, abrangendo todos os recém-nascidos. E também que o diagnóstico da perda auditiva deve ocorrer até os três meses de idade, com o processo de intervenção tendo início até os seis meses. Essas recomendações têm como objetivo adaptar o AASI na criança o mais cedo possível e também acompanhá-la em um serviço especializado, qual seja, a intervenção terapêutica, essencialmente até os seis meses de idade (DURANTE *et. al*, 2004).

No ano seguinte, o *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH*, 2000) também fez as mesmas recomendações, assim como em sua recente publicação, de 2007. Isso porque a intervenção precoce antes dos seis meses de idade permitirá à criança um desenvolvimento de linguagem (tanto expressiva quanto receptiva) (YOSHINAGA - ITANO *et al*, 1998b).

Ainda em 2000, o *JCIH* demonstrou preocupação não apenas com a identificação precoce da perda auditiva, mas com a garantia de acesso a programas de intervenção precoce, definindo então oito princípios a serem seguidos. Esses princípios foram novamente enfatizados em sua recente publicação (2007), na qual descreveu indicadores de qualidade de acordo com cada etapa do programa de saúde auditiva.

Em relação à etapa da TAN, foi definido como indicador de qualidade que 95% de neonatos nascidos devem ser triados antes do primeiro mês, sendo que, no máximo, 4% destes devem ser encaminhados para diagnóstico audiológico.

Tratando-se de indicadores de qualidade para a confirmação do diagnóstico de perda auditiva, o *JCIH* (2007) considera que 90% dos neonatos encaminhados para diagnóstico devem concluir a avaliação audiológica até os 3 meses de idade. E também que 95% das crianças com perda auditiva bilateral que optam pelo programa de adaptação de aparelho de amplificação sonora individual devem estar inseridas em um desses programas até um mês após o diagnóstico da perda auditiva.

Também foram definidos indicadores de qualidade para a etapa da intervenção fonoaudiológica. É necessário que 90% das crianças com diagnóstico de perda auditiva tenham acesso e sejam inseridas em um serviço de protetização e intervenção fonoaudiológica, no máximo, até 6 meses de idade; que 95% das crianças com perda auditiva adquirida, ou com diagnóstico tardio, tenham acesso e sejam inseridas em um serviço de protetização e de intervenção, no máximo, 45 dias após o diagnóstico; e, por fim, que 90% das crianças com perda auditiva confirmada recebam o primeiro atendimento para desenvolvimento de linguagem e fala antes dos 12 meses de idade.

Porém, em estudo realizado, Nóbrega (2004) apresentou dados diferentes em relação ao que foi recomendado pelo JCIH quanto à identificação da deficiência auditiva, comparando os anos de 1990 até 1995 e 1996 até 2000. De acordo com o estudo, não foram percebidas mudanças significativas nas datas de diagnóstico nos dois períodos. A identificação da deficiência auditiva ocorreu, aproximadamente, por volta dos dois anos de idade, período em que a maturação da via auditiva perde muito sem a estimulação do ambiente.

Há ainda que se destacar que a avaliação audiológica em crianças bem pequenas exige a realização de diversos exames para que o diagnóstico da deficiência auditiva seja realmente concluído.

De acordo com o *Joint Committee on Infant Hearing* (2000); Gravel (2000); Sininger, (2003); Martinez, (2004); Zocoli, Riechel, Zeigelboim e Marques (2006), os exames recomendados e descritos na literatura são: observação do comportamento auditivo; EOA (emissões otoacústicas). Para esta medida fisiológica recomenda-se a pesquisa das emissões otoacústicas produto de distorção (EOAE-PD) e as emissões otoacústicas transientes (EOAE-T). Outros procedimentos são: a timpanometria; a pesquisa do reflexo acústico e do potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE). Também é incluída na bateria de exames a Audiometria com Reforço Visual (*Visual Reinforcement Audiometer* - VRA).

Conforme advertem Gravel e Hood (2001), nenhum resultado de teste audiométrico pode ser considerado válido sem a verificação de outros testes. A observação, relato dos pais e a história clínica da criança também favorecem na identificação e confirmação mais precisa da deficiência auditiva e de outras alterações. Oliveira, Castro e Ribeiro (2002) dizem que outro fator importante é a identificação da etiologia, pois ela determina as perdas auditivas progressivas.

A intervenção fonoaudiológica para a criança deficiente auditiva deve ter início, impreterivelmente, após a realização do diagnóstico audiológico ou até mesmo durante este processo, sendo então realizadas as etapas de seleção do AASI e confecção adequada dos moldes auriculares.

Como destacam Almeida (2001); Bevilacqua e Formigoni (2005), a intervenção após o diagnóstico da criança com deficiência auditiva é imprescindível, pois possibilita a utilização da audição residual, a fim de desenvolver habilidades auditivas para o desenvolvimento de fala e linguagem. Para que isso ocorra, é fundamental que seja iniciado o uso do AASI, sendo que, após esse processo, talvez outros dispositivos, como o Implante Coclear (IC), possam ser cogitados.

Porém, segundo Jensen-Roslyng (2001); Bevilacqua e Formigoni (1997), apenas uma boa adaptação de um desses meios de amplificação sonora não é suficiente. É preciso, também, que estejam em bom funcionamento, em uso constante e em condições acústicas favoráveis.

A dificuldade de manuseio do AASI por parte dos pais de crianças deficientes auditivas é comum; por isso, na prática clínica, é papel do fonoaudiólogo orientá-los quanto ao uso adequado, a fim de assegurar o máximo de aproveitamento da amplificação (RIBAS E ROCHA, 2002).

Ribas e Rocha (2002) realizaram um estudo com o objetivo de verificar o nível de conhecimento dos pais de crianças surdas quanto ao manuseio do AASI. Para tanto, aplicaram um questionário em 20 mães de crianças deficientes auditivas pré-linguais, com idade entre 2 e 6 anos. Logo após, realizaram uma observação em relação à forma como essas mães manuseavam o AASI nas orelhas de seus filhos. As crianças desse estudo haviam iniciado a intervenção tardiamente, e no momento da pesquisa a maioria delas utilizava o AASI há aproximadamente um ano. Algumas das mães, de fato, apresentaram dificuldade em relação à limpeza do molde, mas todas tinham boa habilidade de trocar as pilhas e adaptar corretamente o AASI à orelha dos filhos. Como conclusão, as autoras destacaram que as mães desempenhavam adequadamente suas tarefas no que diz respeito à manutenção do bom funcionamento do AASI dos seus filhos.

Além do cuidado com o AASI, nesse processo de adaptação, os pais necessitam expor seus filhos aos sons ambientais e à fala, para que desenvolvam a atenção e discriminação e aprendam a vocalizar e imitar as verbalizações. Sendo assim, nas orientações aos familiares, devemos enfatizar que o desenvolvimento de linguagem é um processo lento, que a

criança aprenderá somente mediante um trabalho fonoaudiológico sistemático, e que o AASI deverá ser utilizado por toda a vida, necessitando ser avaliado periodicamente para que proporcione melhor benefício ao seu usuário (MOTTI, 2005).

O uso do AASI é fundamental, pois contribui significativamente para o sucesso da reabilitação auditiva da criança deficiente auditiva. Segundo Hull (2001), o objetivo desta prática é minimizar as incapacidades auditivas, facilitar ao usuário e sua família um melhor ajuste psicossocial, ocupacional e educacional e reduzir as dificuldades comunicativas no auxílio às crianças ao longo do processo terapêutico, para que elas construam e usem a linguagem oral de maneira eficiente. Desta forma, terão a capacidade de interagir com o meio social.

Segundo Novaes e Balieiro (2004), o objetivo da intervenção fonoaudiológica baseada na oralidade é aproveitar ao máximo a audição residual da criança deficiente auditiva, a fim de que ela possa desenvolver linguagem oral. Para que isso ocorra, é necessária uma boa habilidade e sensibilidade do fonoaudiólogo na indicação e adaptação de dispositivos eletrônicos e na precisão dos limiares auditivos.

As autoras acrescentam que o objetivo do trabalho terapêutico com a criança deficiente auditiva é o desenvolvimento da linguagem, sendo o fonoaudiólogo responsável por criar situações que favoreçam a construção do discurso.

Também Jacob e Bevilacqua (2001) destacam que o aprendizado auditivo desenvolvido na terapia fonoaudiológica é tão importante quanto a possibilidade de utilização da audição residual por meio do AASI.

O auxílio do AASI, com o objetivo de aproveitamento máximo da audição residual dentro de um trabalho fonoaudiológico, possibilita que a criança deficiente auditiva receba bastante informação acústica dos sons da língua. E quanto mais ela tiver acesso a essas informações, melhor será seu desenvolvimento de linguagem oral (SIMONETTI, COSTA FILHO, 2003; FERREIRA, 2003; SILMAN *et al*, 2004; KAMINSKI, TOCHETTO, e MOTTA, 2006).

Yoshinaga-Itano (2003) realizou um estudo longitudinal com o objetivo de conhecer a influência de determinados fatores no prognóstico de crianças que receberam diagnóstico e intervenção fonoaudiológica precocemente. Os dados encontrados evidenciaram que fatores como idade de identificação da perda auditiva e idade no início do processo de intervenção fonoaudiológica tiveram interferência direta no desenvolvimento de linguagem das crianças. Também os fatores desenvolvimento de fala e desenvolvimento socioafetivo apresentaram grande relação com o desenvolvimento de linguagem.

2.2.1 Importância da família no processo de intervenção fonoaudiológica da criança deficiente auditiva

A família tem papel determinante sobre a formação de identidade do homem, pois molda seus comportamentos e influencia suas relações com o meio social. Considerada a instituição social de maior importância, seu desajuste e instabilidade podem causar crises e conflitos (NEGRELLI e MARCON, 2006).

Também é por meio da família que o indivíduo consegue sobreviver, aculturar-se, desenvolver sentimentos, absorver valores e iniciar o processo de interação social. Daí a necessidade de o fonoaudiólogo observar a dinâmica da família para atuar no processo de reabilitação da criança deficiente auditiva.

O nascimento de um filho promove uma mistura de sentimentos, desperta expectativas dos pais. Quando esse filho nasce com alguma deficiência, como a auditiva, há um período crítico, um tempo para a adaptação a essa nova situação, pois há a necessidade de uma reorganização e de mudanças nas dinâmicas familiares (NEGRELLI e MARCON, 2006).

De acordo com Brown (2001), após a descoberta da deficiência auditiva do filho, os pais podem passar por um período de luto, sentindo-se confusos e decepcionados.

Também Pires e Rodrigues (2002) relatam que as reações emocionais dos familiares podem passar basicamente por quatro estágios: negação, resistência; afirmação e, por fim, aceitação. Neste último estágio, mesmo que ainda não estejam muito conformados, os pais sentem necessidade de tomar providências em relação ao processo terapêutico do filho. Para Canho, Neme e Yamada (2006) as reações emocionais vivenciadas na fase inicial podem ser passageiras, mas para outros podem permanecer por anos ou até mesmo para sempre.

Como bem ressalta Oliveira (2004), receber o diagnóstico de deficiência auditiva é bastante traumático, pois, a partir desse momento, a família depara com a necessidade de replanejar caminhos, sendo então fundamental informá-la quanto à deficiência auditiva, orientá-la em relação às condutas que precisa adotar com a criança.

Moret *et al* (2007) acrescentam que são inúmeras as dificuldades que os pais enfrentam na busca de tratamentos para seus filhos com deficiência auditiva. Apesar das muitas orientações que recebem, ainda existe dificuldade na compreensão do potencial das crianças para o desenvolvimento da audição e da linguagem.

Fitzpatrick *et al* (2007) realizaram estudo com o objetivo de investigar a percepção dos pais de dezessete crianças participantes de um programa de intervenção sobre os efeitos da identificação precoce e tardia da deficiência auditiva em seus filhos. Onze das dezessete crianças realizaram o diagnóstico de perda auditiva antes dos três anos de idade, sendo que nove deles foram antes de doze meses de idade. Sobre a identificação precoce, foram relatados aspectos positivos: melhor prognóstico de desenvolvimento de fala e linguagem e acesso rápido à audição. Já em relação à identificação tardia, os aspectos negativos ressaltados foram: sentimento de culpa dos pais, *stress* na necessidade de recuperar o tempo perdido, preocupação com os efeitos negativos em relação ao desenvolvimento comunicativo das crianças e frustração com a demora no acesso a programas de intervenção.

O intervalo de tempo entre a suspeita dos pais sobre a audição da criança e a confirmação do diagnóstico da perda auditiva gera nos pais muita preocupação e ansiedade, o que pode dificultar e atrasar esse diagnóstico. De fato, como ressaltado por Rodrigues e Pires (2002), os pais podem levar algum tempo para aceitar a deficiência auditiva do filho, a compreender as suas implicações e começar a modificar os seus comportamentos para que ocorra uma maior adaptação às necessidades da criança.

Pode ocorrer também rejeição do diagnóstico por parte dos pais das crianças, levando-os a procurar outros profissionais, para obterem outras informações e opiniões. Ou podem aceitar o diagnóstico, porém na esperança de que a perda auditiva seja reversível, o que dificultar o trabalho de reabilitação fonoaudiológica do filho (MOTTI, 2005).

De fato, durante o processo de reabilitação da criança deficiente auditiva surgem dúvidas, sentimentos e expectativas dos pais em relação ao desenvolvimento do filho, especialmente em relação à sua comunicação. Neste momento, como destacam Bittencourt e Montagnoli (2007), os pais devem ser ouvidos, aconselhados e orientados sobre a importância do seu desempenho no desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem.

Moeller (2000) realizou uma pesquisa sobre a relação entre o envolvimento da família durante o processo de intervenção fonoaudiológica e os resultados do desenvolvimento das habilidades de linguagem após cinco anos de idade de um grupo de 112 crianças deficientes auditivas do tipo neurossensorial. Também investigou a relação entre intervenção precoce e desenvolvimento de linguagem desse mesmo grupo de crianças. Como conclusão do estudo, a autora apontou três variáveis fundamentais: diagnóstico e intervenção precoces e envolvimento familiar. Acrescentou, ainda, que a intervenção precoce e o envolvimento familiar associados resultaram no sucesso do desenvolvimento de linguagem dessas crianças.

Também Bevilacqua e Formigoni (2005); Balieiro e Ficker (1997) afirmam que crianças com melhor desenvolvimento em relação às habilidades auditivas e de linguagem oral possuem famílias mais envolvidas

no processo terapêutico, pois essa participação é decisiva, sendo primordial no processo de tratamento.

Bittencourt e Montagnoli (2007) realizaram um estudo com o objetivo de investigar as representações e o impacto do diagnóstico da deficiência auditiva em famílias com crianças e adolescentes deficientes auditivos, atendidos em um programa de reabilitação do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação da UNICAMP. Os dados evidenciaram que a falta de conhecimento sobre deficiência auditiva por parte da maioria desses familiares contribuiu para a dificuldade de aceitação do diagnóstico, sendo a fase inicial de descoberta apontada como um momento de muita tristeza e depressão. Além disso, em vários depoimentos relatados pelos pais, o processo de reabilitação auditiva da criança foi descrito como fundamental para a integração social desta, uma vez que possibilita o desenvolvimento da comunicação. As autoras enfatizaram, ainda, que esse processo remeteu a idéias de “socialização”, “respeito” e “aceitação” no meio social, e também que há uma expectativa muito grande em relação ao desenvolvimento da fala e linguagem do filho, sendo este um grande desejo da família.

De fato, conforme Bevilacqua e Formigoni (1997) existe uma grande expectativa dos pais a partir do momento em que a criança deficiente auditiva inicia o uso do AASI: eles esperam que elas comecem a falar imediatamente.

Quanto ao uso do AASI, Balieiro e Ficker (1997) afirmam que este pode representar muito mais do que um auxílio auditivo, pois pode despertar sentimentos ambivalentes na família da criança deficiente auditiva. Assim, para algumas representa a esperança e a possibilidade de interagir com a criança, e para outras, a concretização da deficiência auditiva. Por outro lado, o AASI poderá mascarar uma “não aceitação” da deficiência auditiva e a esperança de modificá-la ou minimizá-la.

Boscolo e Momensohn-Santos (2005) entrevistaram 19 pais de crianças com deficiência auditiva com o intuito de investigar as expectativas, sentimentos e as relações em relação à deficiência de seus filhos. As autoras destacaram que grande parte das famílias teve reações bem parecidas no momento do diagnóstico. Em relação ao uso do AASI, também

observaram sentimentos ambivalentes, como satisfação, frustração, aceitação do uso de sinais, desejo de que o filho estude em escola especial ou escola regular e criação de expectativas falsas. Além disso, a comunicação foi citada como uma questão bastante preocupante para os pais, pois eles apresentavam muitas expectativas em relação ao desenvolvimento de fala dos filhos. Sendo assim, para nortear o trabalho do fonoaudiólogo, é muito importante conhecer bem a família, sua dinâmica, seus sentimentos, expectativas, a fim de orientá-la adequadamente.

Rodrigues e Pires (2002) realizaram um estudo com dois pais e quatro mães de crianças deficientes auditivas com idade entre 2 e 13 anos, tendo como objetivo construir uma teoria sobre o comportamento de familiares dessas crianças. Foram evidenciados os seguintes dados: o fator que predominou na caracterização do comportamento dos pais foi o fato de terem grande preocupação em relação a como se comunicar com os filhos e a como será a comunicação com outras pessoas; os pais apresentam baixas expectativas em relação ao futuro educacional e profissional das crianças, o que gera neles enorme preocupação em relação ao futuro delas. Também ficou evidente que existe grande insatisfação dos pais em relação ao apoio recebido dos profissionais envolvidos no processo de diagnóstico - para muitos, faltam informações necessárias de como proceder diante do diagnóstico da deficiência auditiva, das possibilidades que existem para minimizá-la e também apoio à família. Os autores concluíram que, quanto maior a dificuldade em relação à intervenção, ou quanto maior o tempo de espera para iniciá-la, maior o grau de insatisfação dos pais com os profissionais, e menor a possibilidade de minimizar os efeitos causados pela deficiência auditiva, como as dificuldades de comunicação.

Silva, Padovani e Bonfim (2007) desenvolveram um estudo com 29 familiares de crianças deficientes auditivas com o objetivo de investigar o nível de conhecimento deles sobre a reabilitação auditiva e como apreenderam as orientações dadas ao longo dos atendimentos. Os achados evidenciaram o seguinte: a maioria das crianças tinha idade entre 0 a 24 meses no momento do diagnóstico; nenhum familiar soube informar quais são as opções de reabilitação; menos da metade dos familiares desconhecia

a importância do AASI e mais da metade acreditava que a deficiência auditiva gera apenas problemas comportamentais.

As autoras concluíram que o conhecimento dos familiares é limitado e que existe necessidade de efetivar políticas públicas de saúde auditiva, com o objetivo de orientá-los e acompanhá-los sistematicamente.

Moret *et al* (2007) realizaram um estudo tendo como objetivos: estabelecer o aproveitamento de grupos de pais, de quatro diferentes cidades, quanto ao conteúdo total de um curso a eles ministrado e também ao conteúdo específico de cada tema, abordado em cinco módulos sequenciais; e ainda estabelecer uma correlação entre a escolaridade dos participantes e o conhecimento referente à deficiência auditiva. Para tanto, os autores realizaram uma análise crítica do questionário de conhecimento dos temas abordados, que foi aplicado antes e após a realização dos módulos aos 144 pais e/ou familiares de crianças deficientes auditivas com idade entre 0 e 5 anos. Os achados deste estudo apontaram que houve diferença estatisticamente significativa quando comparadas às porcentagens médias de acerto nos questionários inicial e final para as três cidades estudadas, e quando analisadas todas as cidades agrupadas. Os temas nos quais os participantes apresentaram maiores dificuldades foram: Emissões Otoacústicas, Implante Coclear e Potências Evocado de Tronco Encefálico, seguido dos temas habilidades auditivas, aspectos familiares e desenvolvimento afetivo, motor e cognitivo. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre a média de acerto no questionário inicial e final para todos os temas, exceto para habilidade auditiva. Observou-se correlação positiva entre o grau de escolaridade e o aproveitamento nos questionários.

Os autores concluíram que os cursos de formação trazem benefícios aos pais, e que há necessidade de eles serem organizados de acordo com o grau de escolaridade, para um melhor aproveitamento desse tipo de iniciativa.

Carvalho (2001) desenvolveu um estudo com o objetivo de implementar e discutir a realização de um grupo de trabalho com mães de crianças com deficiência auditiva e suas respectivas terapeutas. O objetivo

das atividades propostas para o grupo de mães e terapeutas foi evidenciar realidades socioculturais distintas, bem como possibilitar maior parceria entre as fonoaudiólogas e as famílias de seus pacientes. Os resultados permitiram a discussão de aspectos como caracterização da população e das terapeutas envolvidas. Também foram discutidos os aspectos relativos à percepção e ao entendimento da razão do trabalho por parte das participantes e as questões envolvidas na relação mãe / terapeuta quanto à expectativa e parceria na proposta de intervenção fonoaudiológica.

Segundo Novaes (1986), nem sempre ocorre o envolvimento entre família e fonoaudiólogos. Isso se dá pelo fato de, muitas vezes, pais e terapeutas pertencerem a culturas, histórias pessoais e classes sociais distintas. Em seu estudo a autora verificou que as mães de baixa renda não acreditam que sua participação no programa contribui para o desenvolvimento de seus filhos. Por outro lado, as terapeutas consideram que o insucesso dos pacientes ocorre pela não participação das mães. Isso mostra que existem expectativas distintas em relação ao desenvolvimento comunicativo das crianças e que elas ocorrem devido à falta de comunicação entre fonoaudiólogos e mães.

Segundo Boscolo e Santos (2005), não só o deficiente auditivo necessita de cuidados especiais, mas sua família também, pois sua função é fundamental para o processo de reabilitação. Acrescentam ainda que é de extrema importância ouvir o que os pais têm a dizer, conhecer suas expectativas, sentimentos e fornecer informações com o intuito de esclarecer todas as suas dúvidas. As autoras observam também que investigar o conhecimento que os pais têm sobre aspectos da deficiência auditiva dos filhos é fundamental para o processo de reabilitação e que o conhecimento de suas expectativas em relação ao desenvolvimento da criança deve nortear a elaboração de orientações.

Jensen-Roslyng (2001) ressalta que os profissionais envolvidos precisam instruir, orientar e aconselhar os pais fornecendo informações claras sobre: diagnóstico, uso do AASI, seus benefícios e limitações, informações sobre manuseio, manutenção e cuidados para um uso seguro da prótese auditiva, possíveis progressos que a criança pode atingir com o

aparelho e com o programa de intervenção. É fundamental também lembrá-los que o desenvolvimento do processo terapêutico se dá em longo prazo, devendo ser intenso e contar com o empenho de toda a família e de outras pessoas mais próximas para o melhor desenvolvimento global da criança.

2.3 AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A satisfação é um dos critérios que compõe a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Sendo assim, foi escolhida neste estudo como um importante parâmetro para aferirmos quais os fatores que, na percepção de familiares e terapeutas, podem contribuir ou não para o desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças deficientes auditivas e quais as expectativas desses sujeitos quanto a esse aspecto.

Como destacam Crow *et al* (2002), o monitoramento da satisfação é importante, ainda, para avaliar os procedimentos clínicos, garantir os propósitos de qualidade dos serviços, pois é por meio dele que a realidade dos resultados de saúde é aferida. Ao identificar os fatores que contribuem para a satisfação e ao tentar prover tais atributos aos processos envolvidos, tem-se a possibilidade de obter um resultado mais efetivo nos serviços de saúde. Os autores advertem, ainda, que, pelo fato de envolver julgamentos que refletem circunstâncias pessoais acerca de expectativas, necessidades e desejos, a satisfação depende apenas das impressões subjetivas dos indivíduos, impossibilitando as aferições objetivas.

Uma vez que a satisfação é definida exclusivamente pelo usuário, todas as medidas para avaliá-la são necessariamente subjetivas e, assim, não podem ser consideradas como medidas estáticas. Hosford-Dunn e Huch (2000) afirmam que se deve considerar a satisfação do indivíduo, que vai desde a qualidade até o valor final do que receberam no serviço.

A percepção dos usuários quanto às práticas de saúde nos serviços se desenvolve pela articulação de alguns aspectos: subjetividade

individual, cultura da população, situação em um determinado contexto ou experiência vivenciada (BECK, 2000).

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção (OLIVEIRA, 1992).

Beck (2000) refere que esse tipo de medida de resultado é utilizado para conduzir pesquisas sobre a efetividade dos tratamentos, serve de base ao desenvolvimento das diretrizes da prática clínica e orienta o planejamento para comparar, aprimorar e padronizar cuidados de saúde.

Nessa perspectiva, alguns autores desenvolveram instrumentos com a finalidade de avaliar a satisfação de familiares e terapeutas com o tipo de serviço oferecido nas instituições voltadas à saúde auditiva, bem como o envolvimento dos pais no processo terapêutico da criança deficiente auditiva. O objetivo é observar em que medida esses sujeitos mostram-se satisfeitos com o desenvolvimento auditivo e de linguagem dessa criança e quais as melhorias que podem ser instituídas no sentido de efetivar a parceria entre terapeutas e pais.

A seguir, apresentamos então dois desses instrumentos - um deles desenvolvido por Novaes (1986), e outro por Moeller (2000), sendo traduzido para o português por Novaes e Ribeiro (2008).

2.3.1 Instrumentos de avaliação de satisfação voltados a pais e terapeutas

Roteiro de entrevista para pais (Novaes, 1986)

O roteiro de entrevista foi desenvolvido por Novaes, em 1986, em sua Tese de Doutorado, intitulada: *Hearing impaired children in São Paulo, Brazil: Knowledge and attitudes of mothers regarding hearing impairment and early intervention programs, and the implications for habilitation*. Trata-se de um roteiro composto de questões abertas e fechadas, subdivididas em cinco itens:

- I. Histórico da deficiência auditiva. Este primeiro item tem a finalidade de conhecer o histórico da descoberta da deficiência auditiva da criança, os sentimentos dos pais diante da confirmação do diagnóstico da perda auditiva e as condutas que foram tomadas neste momento.
- II. Atitudes de comunicação. Este segundo item apresenta questões a fim de conhecer a satisfação dos pais quanto ao desenvolvimento de audição e linguagem das crianças e os fatores que contribuíram ou não para esse desenvolvimento.
- III. Participação dos pais no programa. A finalidade deste item é conhecer a participação dos pais no programa de intervenção fonoaudiológica das crianças deficientes auditivas e quais são seus sentimentos e opiniões em relação a este programa.
- IV. Expectativas para o futuro. São aqui apresentadas questões com o objetivo de conhecer as expectativas em relação ao futuro educacional e sucesso profissional e também em relação às habilidades de comunicação oral das crianças deficientes auditivas.
- V. Dados familiares. Este último item contém questões que dizem respeito à classificação socioeconômica das famílias das crianças deficientes auditivas.

Em estudo desenvolvido em 1986, Novaes teve como objetivo avaliar o conhecimento e atitudes de mães de crianças deficientes auditivas de baixa renda envolvidas num programa de intervenção precoce. A autora descreveu o conhecimento, a experiência e a atitude dessas mães em relação ao processo de diagnóstico, da descoberta da deficiência auditiva, da indicação e uso dos aparelhos de amplificação sonora individual, a participação da mãe e da criança no programa de intervenção precoce e suas expectativas em relação ao futuro do filho.

Para que fosse possível realizar o objetivo desse estudo, a autora aplicou o roteiro de entrevista para as mães e para as terapeutas. Os resultados evidenciaram que a maioria das mães estava satisfeita com o

desenvolvimento da audição e das habilidades de linguagem dos filhos. Entretanto, não se consideravam responsáveis pelo processo de desenvolvimento da criança, citando dois fatores que contribuíram para isso: o uso do par de AASI e a terapia fonoaudiológica.

Em contradição às respostas das mães, as terapeutas relataram insatisfação em relação ao desenvolvimento de audição e de linguagem. O fator que consideraram não ter contribuído para o desenvolvimento das crianças foi a falta de estimulação em casa.

Portanto, a autora percebeu a necessidade de desenvolver um procedimento mais eficiente de comunicação entre os profissionais e as mães, com o objetivo de proporcionar maior participação e envolvimento familiar nos programas de intervenção junto aos filhos. Nas recomendações do estudo, propôs treinamento da equipe de terapeutas que irão trabalhar com as famílias nos programas. Os itens propostos para superar as dificuldades foram: preparação dos profissionais; desenvolvimento da parceria com pais; desenvolvimento das estratégias para aumentar o envolvimento dos pais e a compreensão deles sobre o programa de intervenção fonoaudiológica.

Escala de avaliação de envolvimento familiar

A *Family Involvement Rating* foi desenvolvida por Moeller em 2000 e publicada na Revista *Pediatrics* com o título: *Early Intervention and Language Development in Children Who Are Deaf And Hard Of Hearing*. No Brasil, em 2008, foi traduzido para o português por Novaes e Ribeiro (1ª versão) como Escala de Avaliação de Envolvimento Familiar. O objetivo é avaliar as famílias das crianças deficientes auditivas no que se refere à qualidade da participação e o envolvimento no processo de intervenção.

A classificação é dividida em cinco critérios:

1. Participação limitada. A família encontra tensões significativas na vida que podem afetar as necessidades da criança (exemplo, abuso doméstico e falta de um lar), sendo que

possui um entendimento limitado da surdez e suas conseqüências para a criança. A participação pode ser esporádica ou pouco efetiva. A comunicação pais/criança é limitada às necessidades mais básicas.

2. Participação abaixo da média. A família se esforça e sofre para aceitar o diagnóstico da criança e pode se mostrar inconsistente: na freqüência aos atendimentos, em colocar e manter os aparelhos de amplificação sonora na criança em casa e na escola. Os pais podem ter alguns pontos de tensões significantes em suas vidas que interferem na consistência do trabalho em casa. Cuidar da criança apresenta desafios diários, sendo que interagir com ela é básico e essencial; porém, falta a essas famílias uma fluência no modo de seu comunicar com a criança.
3. Participação na média. A família se esforça para entender e aceitar o diagnóstico da criança e procura participar da maioria das sessões/ reuniões. Porém, agendas lotadas ou tensões familiares podem limitar as oportunidades para realizar em casa aquilo que foi aprendido, sendo que os pais podem considerar o cuidado da criança um desafio. Essas famílias participam dos planejamentos, mas, em geral, submetem-se principalmente a opinião dos profissionais. Procuram proteger a criança, direcionando mal seus esforços. Além disso, membros específicos da família (por exemplo, a mãe) podem ficar com a maior parte da responsabilidade para desenvolver as necessidades de comunicação da criança, tendendo a auxiliar, ao menos, nas habilidades básicas. Ainda que pretendam usar técnicas de expansão da linguagem, os membros da família necessitam de suporte e direcionamento constantes.
4. Boa participação. Os membros da família fazem um ajuste à surdez da criança melhor do que a média, comparecendo regularmente às sessões e reuniões de pais. Os pais têm um

papel ativo (talvez não o principal) no planejamento de objetivos clínicos e educacionais para a criança e servem como bons modelos de linguagem, esforçando-se para levar as técnicas para casa. Alguns membros da família têm habilidade razoável no modo de comunicação com a criança e/ou em técnicas para a estimulação de linguagem. Os esforços são feitos para envolver os membros da família estendida.

5. Participação ideal. As famílias parecem ter feito uma boa adaptação à surdez, sendo capazes de colocar em perspectiva as incapacidades da criança no contexto familiar. Os membros da família freqüentam regularmente e participam ativamente das sessões e reuniões, buscando informações com independência. São também efetivos defensores das crianças na inserção em serviços de saúde e educacionais, etc, além de se tornarem altamente efetivos como parceiros de conversa com as crianças, servindo como modelos de linguagem de maneira consistente. Os pais e irmãos se tornam fluentes e efetivos usuários do modo de comunicação da criança e são capazes de aplicar técnicas de expansão da linguagem. Membros da família estendida estão envolvidos e dão suporte adicional à criança.

Para atingir o objetivo do estudo, Moeller (2000) aplicou a escala em profissionais que tinham maior contato com as crianças e suas famílias, lembrando que não eram somente terapeutas/fonoaudiólogos. As famílias receberam nota numa escala de 1 a 5, sendo considerados aspectos como: adaptação familiar, participação nas sessões, efetividade na comunicação com a criança; após a aplicação, os terapeutas eram questionados em relação à confiabilidade de seus julgamentos. Os julgamentos foram comparados visando obter a fidedignidade entre os avaliadores. Quando eles apresentavam mesma concordância, ou seja, quando atribuíam a mesma pontuação era feito um acordo em relação à classificação dada pelos profissionais/terapeutas em uma das três categorias: (por exemplo 1 e

2 = abaixo da média, 3 = média, 4 e 5 = acima da média. Então, era tirada a média entre os julgamentos para obter a pontuação das avaliações.

Também Ribeiro (2008) desenvolveu um estudo e utilizou a mesma escala de envolvimento familiar, que foi distribuída a dois terapeutas que tinham mais contato e conhecimento sobre a criança selecionada e sua família. A fim de obter a resposta, a pesquisadora dividiu a média das notas dos julgamentos de dois terapeutas (própria pesquisadora e de uma outra terapeuta que conhecia a criança e sua família) e fez a classificação baseando-se na média final.

No presente estudo a escala de envolvimento familiar foi aplicada em apenas um profissional; ou seja, no terapeuta de cada criança deficiente auditiva.

3. MÉTODO

3.1 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Centro Audição na Criança (CeAC), ligado à Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – DERDIC/ PUC-SP, ao Programa de Pós Graduação em Fonoaudiologia - Linha de Pesquisa Audição na Criança - e à Faculdade de Fonoaudiologia, ambos da PUC-SP, mantida pela Fundação São Paulo.

Trata-se de um serviço de alta complexidade credenciado pelo SUS, que oferece atendimento a crianças com suspeita ou deficientes auditivas abaixo dos três anos de idade. Nesse local são oferecidos: triagem auditiva e monitoramento de bebês de alto risco para perda auditiva, diagnóstico audiológico, seleção e indicação de AASI, terapia fonoaudiológica, acompanhamento e orientações às famílias. O CeAC tem capacidade de oferecer terapia a uma parte da demanda que é criada pelo serviço de diagnóstico, sendo a outra encaminhada à Rede Municipal ou a outros serviços próximos às residências das famílias. Os acompanhamentos periódicos são realizados visando avaliação sistemática da audição, linguagem e envolvimento familiar, assim como o monitoramento da frequência efetiva da criança na terapia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da DERDIC e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-SP (protocolo número 124/2008) (ANEXO 1).

3.2 SUJEITOS

Participaram do estudo pais e/ou responsáveis e terapeutas de 20 crianças deficientes auditivas, abaixo de três anos, diagnosticadas e que receberam a concessão do AASI no Centro Audição da Criança (CeAC), na cidade de São Paulo/SP, no período de agosto de 2004 a dezembro de 2006.

3.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão das crianças cujos pais e terapeutas foram sujeitos desta pesquisa obedeceram aos seguintes critérios:

- Crianças cujos pais e terapeutas assinaram autorização e consentimento livre esclarecido após explicação sobre objetivos, metodologia, justificativa, o compromisso com o sigilo e a necessidade de autorização da divulgação científica dos dados do estudo. (ANEXO 2, de acordo com o protocolo de Ética);
- Criança diagnosticada e tendo recebido concessão do AASI pelo CeAC;
- Criança com idade menor ou igual a 36 meses na data da primeira consulta no CeAC;
- Criança com deficiência auditiva em atendimento no serviço do CeAC ou no serviço de audiologia educacional da DERDIC;
- Ser a terapeuta que realiza atendimento à criança.

3.2.2 Caracterização dos sujeitos

A tabela 1 descreve os sujeitos em relação à idade da criança na 1ª consulta (meses); idade na data do início do uso do AASI (meses); idade na data da entrevista (meses); tempo de uso do AASI até a data da entrevista (meses); média de 500, 1 KHz, 2KHz de limiar em dBNA da melhor orelha e tipo de dispositivo eletrônico em uso, conforme opção familiar.

Neste estudo, algumas crianças que não apresentavam boas respostas com o uso do AASI foram encaminhadas para programas de IC, sendo que duas delas faziam uso deste recurso. Algumas famílias não optaram pelo IC e sim pelo uso de LIBRAS, enquanto outras estavam aguardando futuras avaliações nos programas de IC.

TABELA 1 - Descrição das características dos sujeitos: idade na 1ª consulta (meses); idade no início do uso do AASI (meses); idade na entrevista (meses); tempo de uso do AASI (meses); média 500, 1 KHz, 2 kHz de limiar (dBNA) da melhor orelha e dispositivos eletrônicos/ opção familiar. (N=20)

Sujeitos N = 20	Idade em meses na 1ª consulta	Idade em meses na data do início do uso do AASI	Idade em meses na data da entrevista	Tempo de uso (meses) do AASI até a data da entrevista	Média 500, 1 KHz) da melhor orelha e 2 KHz limiar (dBNA	Dispositivos eletrônicos e opção familiar
1	29	30	60	30	100	AASI
2	32	33	52	19	120	Encaminhado para IC, opção LIBRAS
3	36	38	56	18	100	Encaminhado para IC, opção LIBRAS
4	28	28	54	26	82	AASI
5	28	32	51	19	120	Encaminhado IC
6	30	34	49	15	80	AASI
7	29	31	43	12	90	AASI
8	19	22	40	18	120	Encaminhado para IC, opção LIBRAS
9	20	25	36	11	77	AASI
10	1	7	38	31	120	I.C
11	25	27	38	11	72	AASI
12	19	19	38	19	90	AASI
13	7	8	34	26	73	AASI
14	10	12	34	22	45	AASI
15	5	5	32	27	115	Encaminhado para o IC
16	2	4	28	24	120	I.C
17	4	6	27	21	62	AASI
18	7	9	31	22	35	AASI
19	12	14	28	14	120	Encaminhado para o IC
20	4	6	20	14	62	AASI

3.3 MATERIAL

Os seguintes materiais foram utilizados na coleta de dados:

- Prontuários dos sujeitos da pesquisa que foram diagnosticados e que receberam a concessão do AASI no CeAC;
- Roteiro de entrevista para pais (Novaes, 1986) (Anexo 3);
- Questionário Socioeconômico / “Critério de Classificação Econômica Brasil”, disponível no site www.abep.org (Anexo 4);
- Questionário de satisfação e avaliação da família pelas terapeutas das crianças deficientes auditivas (Anexo 5);
- *Family Involvement Rating* (Moeller, 2000) – Escala de Avaliação de Envolvimento Familiar traduzido para o português por Novaes e Ribeiro, 2008 (Anexo 6).
- Gravador digital portátil marca Sony

3.4 PROCEDIMENTOS

3.4.1 Registro das informações dos prontuários

Para a caracterização demográfica e audiológica dos sujeitos e do serviço de alta complexidade, foram coletados dados dos prontuários arquivados no CeAC.

3.4.2 Entrevista com pais (Novaes, 1986)

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, a entrevista foi realizada pela própria pesquisadora a partir de um roteiro proposto por Novaes, 1986 (Anexo 2). Os pais e/ou responsáveis foram convidados a participar do estudo após o término do acompanhamento de rotina realizado nas crianças selecionadas.

Os 20 entrevistados agendados foram escolhidos aleatoriamente, conforme a presença no acompanhamento e disponibilidade para a entrevista. Isso significa que pode não necessariamente representar uma amostra da população, pois, em geral, pacientes assíduos ao acompanhamento são de famílias mais disponíveis.

Para a gravação das entrevistas, foi utilizado gravador portátil digital, sendo o tempo de aplicação, aproximadamente, de 50 minutos. Antes de iniciá-las, foram explicitados o objetivo, a justificativa do estudo e quais os aspectos que seriam abordados.

As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora, e após a análise dos temas abordados, os dados foram tabulados e transformados em categorias de respostas. Porém, para a finalidade desta pesquisa, foram utilizadas apenas as respostas da parte II (Atitudes de Comunicação), diretamente relacionadas ao nosso objetivo. Além disso, as questões dessa parte (1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14) relativas a benefícios com AASI e a desenvolvimento de linguagem foram utilizadas somente como geradoras de contexto para as perguntas sobre satisfação, não pretendendo aferir benefício.

3.4.3 Critério de Classificação Econômica Brasil

A aplicação deste instrumento ocorreu com os pais ou responsáveis após o término da entrevista, sendo o objetivo caracterizar a classe econômica das famílias selecionadas e não classificá-las em termos de “classes sociais”. Os itens abordados foram:

- I. Posse de itens (eletrodomésticos, automóveis, empregada mensalista e eletros portáteis);
- II. Grau de instrução do chefe de família.

3.4.4 Questionário de satisfação das terapeutas das crianças deficientes auditivas e avaliação do envolvimento familiar

A pesquisadora realizou contato por telefone com os vinte pais ou responsáveis pelas crianças, a fim de saber quantas e quais estavam em terapia fonoaudiológica. Das vinte crianças apenas 10 (50%) estavam em atendimento. Posteriormente, foi feito um contato telefônico para as terapeutas, que eram apenas seis, já que uma delas atendia cinco crianças, a fim de explicar o objetivo e relevância da pesquisa.

Assim sendo, para a análise dos depoimentos das terapeutas e comparação com a satisfação dos pais foram considerados depoimentos a respeito de 10 crianças.

Após concordarem em participar, foi enviado um questionário abordando questões sobre satisfação em relação à linguagem e audição das crianças e os fatores que acreditam terem contribuído ou não para tais questões. Também foi enviada a escala de avaliação de envolvimento familiar, traduzida para o português por Novaes e Ribeiro (2008). Nesta as terapeutas tinham de classificar a participação e o envolvimento da família utilizando uma escala de 1 a 5 (Anexo 6).

Estes instrumentos foram enviados por e-mail e/ou por fax para cada terapeuta, sendo que as respostas foram remetidas pelas mesmas vias.

É importante ressaltar que, no presente estudo, a escala de envolvimento familiar foi aplicada somente para um profissional, ou seja, o terapeuta/ fonoaudiólogo da criança.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados e interpretados estabelecendo-se relações entre: satisfação dos pais e dos terapeutas quanto à audição e linguagem das crianças deficientes auditivas; fatores que contribuíram ou não para esse desenvolvimento; idade no diagnóstico e na intervenção fonoaudiológica e envolvimento familiar no processo terapêutico.

3.5.1 Registro dos dados demográficos e audiológicos e de processos contidos nos prontuários

Caracterização demográfica da população estudada

- Idade da criança na data da entrevista;
- Gênero da criança;
- Idade dos pais;
- Nível de escolaridade dos pais;
- Critério de classificação socioeconômica da família.

Caracterização fonoaudiológica relativa ao diagnóstico e uso do AASI

- Grau de perda auditiva. Foram tiradas as médias de 500, 1KHz e 2KHz de ambas orelhas e depois foi considerada a média da melhor orelha em dBNA. Foi utilizado o critério seguido por Davis e Silverman (1970);
- Idade na primeira consulta - considerada a partir do primeiro dia em que a criança compareceu ao serviço e foi cadastrada no sistema;
- Idade no início do uso do AASI - considerada a partir da data da confecção dos moldes e primeira experiência com AASI. Este critério foi escolhido porque, na rotina do CeAC, o início do uso do AASI pode ocorrer bem antes da data de emissão da APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade) de seleção de AASI;

- Idade na entrevista - considerada a idade no dia em que foi realizada a entrevista, ou seja, no dia em que a criança compareceu ao serviço para o acompanhamento audiológico;
- Tempo em meses de uso do AASI até a data da entrevista - considerada a idade compreendida entre a data do início do uso do AASI até a data da entrevista;
- Tempo em meses entre a 1ª consulta e o início do uso do AASI.

3.5.2 Atitudes dos pais diante do desenvolvimento de habilidades auditivas e de linguagem

- Distribuição de satisfação em desenvolvimento **auditivo** e de **linguagem**;
- Distribuição de fatores que os pais ou responsáveis acreditam ter contribuído para o desenvolvimento de **audição** e de **linguagem** da criança.

3.5.3 Associação da satisfação dos familiares quanto à audição e linguagem

As variáveis consideradas neste item foram: idade na entrevista (meses), idade no início do uso do AASI (meses), tempo de uso do AASI (meses), média da melhor orelha e grau de perda auditiva.

O teste t-Student foi utilizado para comparar as médias das quatro variáveis quantitativas avaliadas nas crianças nas duas categorias de satisfação dos pais em relação à audição e à linguagem.

- Associação da satisfação dos pais ou responsáveis quanto à **audição** e **linguagem** com as variáveis citadas anteriormente;

3.5.4 Dados relatados pelas terapeutas

- Distribuição da satisfação das terapeutas em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças;
- Distribuição de fatores que as terapeutas acreditam ter contribuído ou não para o desenvolvimento das habilidades **auditivas** e de **linguagem**;
- Classificação quanto ao nível de envolvimento familiar.

3.5.5 Concordância entre pais e terapeutas em relação à satisfação com o desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças com deficiência auditiva

- Distribuições de freqüências e porcentagens conjuntas da satisfação dos familiares e terapeutas quanto à **audição e linguagem**.

Para avaliar a concordância entre a satisfação dos pais e terapeutas quanto à audição, e entre a satisfação dos pais e terapeutas quanto à linguagem foi utilizada a estatística Kappa (Sim and Wright, 2005). Os valores desse coeficiente podem variar de -1 a 1 , embora, usualmente, sejam observados valores entre 0 e 1 .

O valor 1 indica concordância perfeita entre pais e terapeutas, enquanto 0 indica uma concordância igual à esperada quando pais e terapeutas manifestam sua opinião ao acaso. Valores entre 0 e $0,4$ implicam em concordância fraca; entre $0,4$ e $0,6$, concordância moderada e entre $0,6$ e $0,8$, concordância forte.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Este estudo baseia-se nas considerações feitas por pais e/ou responsáveis e terapeutas de vinte crianças deficientes auditivas diagnosticadas, que receberam a concessão do AASI e que compareceram para o acompanhamento audiológico no CeAC. Também as terapeutas de dez dessas crianças fizeram suas considerações. Em relação ao gênero das crianças, onze (55%) eram meninos e nove (45%), meninas.

Foram entrevistados vinte pais ou responsáveis por essas crianças, distribuídos da seguinte forma em relação ao grau de parentesco: quatorze mães (70%), três avós (15%) e três pais (15%). Ou seja, a maioria era de mães das crianças deficientes auditivas. Neste estudo, foram utilizadas indistintamente as expressões “pais” ou “pais e/ou responsáveis” quando foi referida a população entrevistada, visto que os três avós entrevistados eram os principais cuidadores das crianças.

Segundo Boscolo (2005), esse resultado indica que as mães passam a maior parte do tempo com seus filhos, sendo também responsáveis por acompanhá-los aos atendimentos. Para a autora, pelo fato de exercerem atividades profissionais, os pais são menos presentes nesse tipo de situação.

Também Bittencourt e Montagnoli (2007), em estudo realizado, constataram que 93% dos familiares entrevistados eram mães de crianças deficientes auditivas, dados esses que evidenciam o papel da mulher como responsável pela assistência e cuidados com a saúde do filho. Para as autoras, as mães são as pessoas que melhor se comunicam com essas crianças.

Oliveira (2004) descreve a mãe como o principal apoio dos filhos deficientes auditivos, sendo que, geralmente, são elas que assumem todos os cuidados com eles e toda a responsabilidade pelo funcionamento da casa.

Das vinte crianças que compareceram ao acompanhamento audiológico, oito (40%) realizavam terapia fonoaudiológica pelo menos uma

vez por semana no CeAC e doze (60%) haviam sido encaminhadas para outros serviços na Rede Pública ou próximo à residência da família. Destas doze crianças, apenas duas (17%) estavam em terapia fonoaudiológica em outros serviços.

Sobre esse aspecto, Teixeira (2007) aponta para a necessidade de maior integração dos serviços de diagnóstico com outros níveis de atenção à saúde auditiva. A autora acrescenta que, ao analisar a produção ambulatorial no Brasil em relação aos procedimentos, observou que, entre o ano de 2002 e 2005, houve uma redução no número de atendimentos em relação ao acompanhamento audiológico e à intervenção fonoaudiológica. Dentro desse contexto, existe grande preocupação em relação à ausência dos acompanhamentos e, principalmente, de trabalhos de intervenção voltados aos deficientes auditivos, em especial às crianças.

Ainda que, após o diagnóstico de deficiência auditiva, todas as crianças sejam encaminhadas para a intervenção fonoaudiológica (RIBEIRO, 2008), nem sempre permanecem em atendimento, fato evidenciado neste estudo.

Ribeiro (2008) ressalta que existe a necessidade de avaliar sistematicamente a audição e linguagem das crianças e também o envolvimento das famílias, nos acompanhamentos audiológicos periódicos.

4.1.1 Idade da criança na data da entrevista

A idade das crianças deficientes auditivas na data da entrevista, ou seja, no dia do acompanhamento audiológico foi dividida em faixa etária, com intervalos de 10 meses. A maioria delas (45%) apresentava idade entre 30 e 40 meses; 20%, entre 20-30 meses e entre 50-60 meses; e 15%, entre 40-50 meses.

4.1.2 Características demográficas dos pais e mães das crianças deficientes auditivas

O Quadro 1 refere que mais da metade das mães apresentava idade entre 20 e 29 anos (60%). A porcentagem das que estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos era de 25%; 40 e 49 anos (10%) e apenas 1 mãe (5%) estava entre 50 a 59 anos. A média da idade das mães foi de 27 anos.

Em relação aos pais, a maioria (40%) compreende entre os 20 a 29 anos, 35% entre 30 a 39 anos; 20% deles entre 40 a 49 anos e somente 01 pai (5%) apresenta idade entre 50 a 59 anos. A média das idades dos pais foi de 30 anos.

Idade	Mães N=20		Pais N=20	
	N	%	N	%
20 a 29 anos	12	60	8	40
30 a 39 anos	5	25	7	35
40 a 49 anos	3	10	4	20
50 a 59 anos	1	5	1	5

QUADRO 1 - Características demográficas dos pais (Idade). N=20

A distribuição dos entrevistados pelo nível de escolaridade revela que 40% das mães completaram o colegial, assim como 45% dos pais. De vinte mães três iniciaram o ensino médio, porém não finalizaram e em relação aos pais apenas um (5%) não havia completado esta etapa da escolaridade. O primário foi feito por 20% das mães e 30 % dos pais. Em relação ao ensino fundamental, seis pais (30%) e quatro mães (20%) o concluíram; apenas uma mãe iniciou o nível superior, mas não finalizou. Os achados evidenciaram um predomínio de pais e mães que concluíram o ensino médio. (Quadro 2).

Nível de escolaridade	Mães N=20		Pais N= 20	
	N	%	N	%
Primário	4	20	4	20
Ensino fundamental	4	20	6	30
Ensino médio	8	40	9	45
Ensino médio incompleto	3	15	1	5
Superior incompleto	1	5	-	-

QUADRO 2 - Características demográficas dos pais (Nível de escolaridade). N=20

4.1.3. Classificação socioeconômica

Dos vinte pais e/ou responsáveis entrevistados, quinze (75%) foram classificados como classe C, o que representa uma renda média familiar de R\$ 927,00; dois (10%) foram classificados como classe B2, representando R\$ 1669,00, e três (15%), como classe D, ou seja, R\$ 424,00.

4.2 CARACTERIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DOS SUJEITOS

4.2.1 Grau de perda auditiva

Em relação ao grau de perda auditiva, considerando os critérios de Davis e Silverman (1970), nove (45%) das vinte crianças apresentavam diagnóstico de grau profundo; cinco (25%), de grau severo; três (15%), de grau moderado e somente uma (5%) apresentou perda de grau leve.

Embora a maioria dos sujeitos apresentasse perda auditiva de grau profundo, havia diferenças em termos de capacidade auditiva; ou seja, em relação à capacidade de detecção e de diferenciação dos padrões sonoros, de acordo com classificação de Boothroyd (1993).

O autor classifica os deficientes auditivos profundos em quatro grupos quanto à sua capacidade auditiva: aqueles que apresentam perda auditiva na região de 90 dB podem apresentar considerável capacidade auditiva; os que estão em torno de 100 dB são caracterizados como tendo

moderada capacidade auditiva; os que apresentam uma perda auditiva em torno de 110 dB são classificados como tendo uma mínima capacidade auditiva e, por fim, aqueles com perda auditiva na região de 120 dB não possuem capacidade auditiva.

4.2.2. Idade na primeira consulta, no início do uso do AASI e na data da entrevista; tempo entre a 1ª consulta e o início do uso do AASI e tempo entre início do uso do AASI até a entrevista

Todas as crianças deficientes auditivas participantes deste estudo chegaram ao serviço com idade igual ou inferior a 36 meses. A idade média delas na primeira consulta era de 18 meses, com um intervalo de 1 até 36 meses de idade. (Quadro 3).

N=20	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade na primeira consulta	18	11	1	36
Idade no início do uso do AASI	20	12	4	38
Idade no dia da entrevista	39	11	20	60
Tempo entre a primeira consulta e início do uso do AASI	2 meses e 15 dias	1 mês e 3 dias	13 dias	4 meses e 26 dias
Tempo de uso do AASI até a data da entrevista	20	6	11	30

QUADRO 3 - Média das idades das crianças em meses na data da primeira consulta, na data do início do uso do AASI, na data da entrevista; tempo em meses entre a primeira consulta e o início do uso do AASI e tempo em meses entre o uso do AASI até a data da entrevista. N=20

Pode ser observado que, embora a média tenha sido de 18 meses, metade das crianças chegou para a primeira consulta no serviço de alta complexidade, no qual foi realizado este estudo, com menos de 1 ano

de idade (Tabela 1). Isto implica que as crianças estão chegando ao serviço cada vez mais cedo. A média da idade das crianças na data do início do uso do AASI corresponde a 20 meses, com uma variação de 4 a 38 meses.

Estes dados diferem em relação ao que foi encontrado no estudo de Nóbrega (2004) que apresentam idades superiores no momento do diagnóstico. Dados semelhantes foram encontrados por Silva, Padovani e Bonfim (2007) na população da Bahia, assim como no estudo de Fitzpatrick *et al* realizado em Ontario, Canadá em 2007.

Também os achados destes estudos parecem indicar que ainda são necessários esforços no sentido de implementação da recomendação do JCIH (2000, 2007) e do Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na infância (CBPAI): todas as crianças devem realizar a triagem auditiva neonatal de forma universal e concluir o diagnóstico de perda auditiva antes dos três meses de idade.

Essas instituições também recomendam que o processo de reabilitação auditiva deve ocorrer antes dos seis meses de idade, sendo imprescindível que a criança inicie o uso do AASI o mais rápido possível e seja acompanhada em um serviço especializado, essencialmente antes dos seis meses de idade (DURANTE *et al*, 2004).

Importante lembrar que os primeiros anos de vida de um indivíduo são apontados por alguns autores como período crítico, pois nele ocorre o processo de maturação do sistema auditivo central concomitantemente ao desenvolvimento de fala e de linguagem (NORTHERN e DOWNS, 1989; SERBETCIOGLI, 2001).

Sendo assim, qualquer atraso na maturação da função auditiva pode resultar em déficits em relação ao desenvolvimento comunicativo, emocional, educacional, acadêmica, além de dificuldades com relação à identidade social (PARRADO, 1998; OLIVEIRA, CASTRO e RIBEIRO, 2002; KAMINSKI, TOCHETTO e MOTA, 2006).

Porém, se o diagnóstico e a intervenção não ocorrerem precocemente, não se pode afirmar que as crianças não terão um bom desenvolvimento com o uso do AASI e com a intervenção fonoaudiológica, conforme adverte Ribeiro (2005).

Em relação aos resultados deste estudo referentes ao tempo entre a primeira consulta e o início do uso do AASI, foi encontrada uma média de dois meses e 15 dias, com uma variação de 13 dias a quatro meses e 26 dias. Metade das crianças deste estudo recebeu diagnóstico audiológico e passou a usar o AASI, aproximadamente, dois meses após a primeira consulta no serviço.

Isso demonstra que, no serviço onde foi desenvolvido o estudo, após a realização do diagnóstico, as crianças são imediatamente encaminhadas para a intervenção, o que indica eficiência do processo, podendo ser considerado um indicador de qualidade do serviço de saúde auditiva (JCIH, 2007).

Segundo Yoshinaga-Itano (1995), o diagnóstico precoce só pode ser considerado eficiente se a intervenção também ocorrer o mais cedo possível.

Assim, a indicação do AASI deve ser feita dois ou três meses depois do diagnóstico de perda auditiva, e logo após deve ser iniciada a intervenção fonoaudiológica (NERY, 2000).

De fato, a intervenção fonoaudiológica obtém melhores resultados em termos de desenvolvimento das crianças quando iniciada até os seis meses de idade, como comprovam vários autores da área (YOSHINAGA – ITANO, 1998; MOELLER, 2000; YOSHINAGA – ITANO, 2003).

No estudo desenvolvido por Boscolo (2005), diferentemente deste estudo, a maioria das crianças recebeu a concessão do AASI apenas um ano após o diagnóstico.

Quanto à idade média das crianças deste estudo no dia da entrevista, encontramos 39 meses de idade, com um intervalo de 20 a 60 meses. O tempo de uso do AASI considerado até o dia da entrevista era, em média, de 20 meses, com uma variação de 11 a 30 meses. (Quadro 3)

4.3 PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES AUDITIVAS E DE LINGUAGEM DAS CRIANÇAS

4.3.1 Distribuição de satisfação em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem

No que se refere à satisfação dos familiares quanto ao desenvolvimento das habilidades de audição das crianças deste estudo, 55% afirmaram estar satisfeitos e 45% não satisfeitos. Dos vinte entrevistados, quatorze (70%) mencionaram não satisfação quanto ao desenvolvimento de linguagem das crianças, porém seis (30%) estavam satisfeitos (Quadro 4).

N= 20	Satisfeito		Não Satisfeito	
	N	%	N	%
Desenvolvimento de audição	11	55	9	45
Desenvolvimento de linguagem	6	30	14	70

QUADRO 4 - Distribuição de satisfação dos familiares quanto ao desenvolvimento de audição e de linguagem da criança. N=20

A satisfação dos pais ou responsáveis representa as necessidades, desejos e expectativas em relação ao desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças. De fato, trata-se de uma aferição subjetiva, ou seja, o ponto de vista do paciente depende exclusivamente das suas percepções e atitudes (HOSFORD – DUNN e HALPERN, 2000). No caso de crianças, essa percepção necessita ser evidenciada pelos familiares. Sendo assim, nos serviços que atendem essa população, o monitoramento da satisfação dos pais é uma questão de extrema

importância, pois se trata de uma forma de avaliar a qualidade desses serviços.

Os achados deste estudo em relação à satisfação dos pais e/ou responsáveis quanto à audição das crianças assemelham-se aos encontrados por Novaes (1986), ou seja, a maioria das mães entrevistadas relatou estar satisfeita.

Em contraposição, no que se refere ao desenvolvimento das habilidades de linguagem dessas crianças, os resultados deste estudo diferem dos encontrados por Novaes (1986), em que a maioria das mães relatou satisfação em relação a esse aspecto.

4.3.2 Distribuição de fatores que, segundo os pais ou responsáveis, contribuíram para o desenvolvimento de audição e de linguagem da criança

Após o questionamento sobre a satisfação dos familiares, foram perguntados quais fatores que, segundo suas percepções, contribuíram ou não para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem da criança deficiente auditiva.

O Quadro 5 mostra que dezessete dos vinte (85%) entrevistados citaram o uso do AASI como fator que interferia no desenvolvimento auditivo, sendo que nove eram familiares satisfeitos, que atribuíram valor positivo ao dispositivo, e oito não satisfeitos, sendo que estes não consideravam que o AASI contribuía para a audição. Isso indica que quase metade dos entrevistados atribui valor positivo e a outra metade valor negativo ao AASI.

Fatores	Satisfeito (N=11)		Não Satisfeito (N=9)		Total (N=20)	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivos eletrônicos	9	82	8	88	17	85
Família	4	36	1	11	5	25
Terapia	5	45	2	22	7	35
Escola/Creche	4	36	2	22	6	30

QUADRO 5 - Fatores que os pais ou responsáveis acreditam ter contribuído ou não para o desenvolvimento de audição da criança. Os fatores citados não correspondem à soma total do N, pois cada entrevistado pôde citar quantos fatores desejasse.

Os fatores família, terapia e escola/creche foram citados em proporções semelhantes. O fator família foi lembrado por apenas cinco (25%) dos vinte entrevistados, sendo que quatro de onze familiares satisfeitos (36%) afirmaram que este contribuía para o desenvolvimento auditivo.

Já o fator terapia foi mencionado por sete (35%) dos vinte entrevistados, sendo que dois (22%) dos nove entrevistados não satisfeitos acreditavam que faltava adequação do processo terapêutico, enquanto cinco (45%) de onze familiares satisfeitos reconheceram a importância da intervenção terapêutica no desenvolvimento auditivo.

Dos vinte entrevistados, seis (30%) citaram a escola/creche como fator que também interferia no desenvolvimento de audição das crianças, sendo que quatro (36%) deles pertenciam ao grupo de onze satisfeitos, enquanto dois (22%) pertenciam ao grupo de nove insatisfeitos.

Sobre o desenvolvimento de linguagem das crianças, pode ser visualizado no quadro 6 que mais da metade dos entrevistados (55%) acreditava que o AASI tinha significativa relação com esse aspecto, sendo que todos os satisfeitos (100%) atribuíram valor a esse fator, enquanto cinco (36%) de quatorze insatisfeitos acreditavam no contrário. Isso quer dizer que, enquanto todos os satisfeitos pensavam no uso do AASI como um aspecto positivo, quase um terço dos entrevistados insatisfeitos acreditava

que esse uso interferia de forma negativa no desenvolvimento das habilidades de linguagem das crianças.

Fatores	Satisfeito N=6		Não Satisfeito N=14		Total N=20	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivos eletrônicos	6	100	5	36	11	55
Família	2	33	3	21	5	25
Terapia	2	33	4	29	6	30
Escola/Creche	2	33	3	21	5	25

QUADRO 6 - Fatores que os pais ou responsáveis acreditam ter contribuído ou não para o desenvolvimento de linguagem da criança. Os fatores citados não correspondem à soma total do N, pois cada entrevistado pôde citar quantos fatores desejasse.

No que se refere aos fatores família e escola houve resultados proporcionalmente semelhantes. Dos seis entrevistados satisfeitos, dois (33%) mencionaram que ambos os fatores apresentavam interferência positiva, e três (21%) dos quatorze entrevistados não satisfeitos, ou seja, menos de um terço deles, acreditavam que esses fatores não contribuíam para o desenvolvimento das habilidades de linguagem das crianças.

Em relação à terapia, seis (30%) dos vinte entrevistados mencionaram que esse fator influenciava no desenvolvimento de linguagem, sendo dois deles (33%) pertencentes ao grupo dos seis entrevistados satisfeitos e quatro (29%), ao dos quatorze insatisfeitos. Ou seja, um terço dos pais satisfeitos acreditava que a terapia contribui positivamente, enquanto quase um terço dos insatisfeitos não acreditava que a terapia fosse um fator favorável para a linguagem. (Quadro 6).

Foi observado então que, neste estudo, a maioria dos entrevistados considerava o uso do AASI como fator principal relacionado à satisfação quanto ao desenvolvimento de audição e linguagem, o que também ocorreu no estudo realizado por Novaes, em 1986.

Em estudo desenvolvido, Boscolo (2005) observou sentimentos ambivalentes dos pais em relação ao uso do AASI: de satisfação, de frustração, de expectativas, de fantasia e de negação. A autora acrescenta

que o uso do AASI cria expectativas sobre o desenvolvimento das crianças, que, quando realizadas, levam à satisfação. Porém, a negação acontece pelo fato de, com o uso do AASI, os pais concretizarem a deficiência auditiva do filho e também por não a aceitarem. A fantasia em relação ao uso do AASI pode estar ligada à esperança de cura e também à garantia do desenvolvimento de fala da criança.

Como vimos anteriormente, também para Balieiro e Ficker (1997), o uso do AASI pode representar muito mais do que um auxílio auditivo, pois pode despertar sentimentos ambivalentes na família da criança deficiente auditiva – para algumas pode representar a esperança e a possibilidade de comunicação com a criança, e para outras, a concretização da deficiência auditiva.

Porém, no estudo de Novaes (1986), além das mães entrevistadas considerarem o uso do AASI como fator importante para o desenvolvimento comunicativo das crianças, a terapia fonoaudiológica também foi enfatizada pela maioria delas, o que difere dos achados do presente estudo. Neste, não somente o fator terapia, mas também família e escola e/ou creche foram pouco mencionados, o que sugere um conhecimento limitado por parte dos pais a respeito da influência desses aspectos na comunicação.

Apesar de poucos fatores terem aparecido nos relatos dos pais, a literatura mostra que existem múltiplos fatores que contribuem para o desenvolvimento das habilidades de audição e linguagem das crianças e que auxiliam na escolha de diferentes opções de intervenção: idade, tipo e grau da perda auditiva, idade do diagnóstico, uso do aparelho de amplificação sonora ou implante coclear, início da intervenção fonoaudiológica, disponibilidade e envolvimento da família, condições socioeconômicas e culturais, aspectos cognitivos e afetivos, disponibilidade de serviços na comunidade, alterações morfológicas ou outros comprometimentos (MOELLER, 2000; NOVAES, 2005).

Há ainda que se considerar a expectativa que os pais têm em relação à criança com deficiência auditiva. Quando existe uma expectativa alta, a criança pode ser superestimada e assim acabar sendo muito exigida e privada da utilização de outros sentidos; porém, se a expectativa é baixa em relação à capacidade auditiva, isso pode prejudicar as situações de diálogo e a utilização máxima do potencial da criança (NOVAES, 2005).

Bittencourt e Montagnoli (2007) também afirmam que, muitas vezes, a deficiência auditiva pode causar mudanças e forte impacto na dinâmica familiar, mobilizando as expectativas que os pais têm em relação à criança.

De fato, apesar de receberem orientações, os pais tendem a apresentar dificuldades de compreender o potencial das crianças para o desenvolvimento de audição e linguagem (MORET *et al*, 2007).

4.4 Satisfação dos pais quanto à audição, considerando-se as variáveis: Idade na entrevista (meses), Idade no início (meses), Tempo de uso (meses), Média da melhor orelha e Grau de perda auditiva

Na Tabela 4 (Anexo 7) temos as médias, desvios padrão, mínimas, medianas e máximas das variáveis: Idade na entrevista (meses), Idade no início do uso do AASI (meses), Tempo de uso do AASI (meses) e Média da melhor orelha, segundo a satisfação dos pais em relação à **audição**. Os valores observados dessas variáveis e suas médias estão representados nos gráficos de valores individuais apresentados na Figura 1.

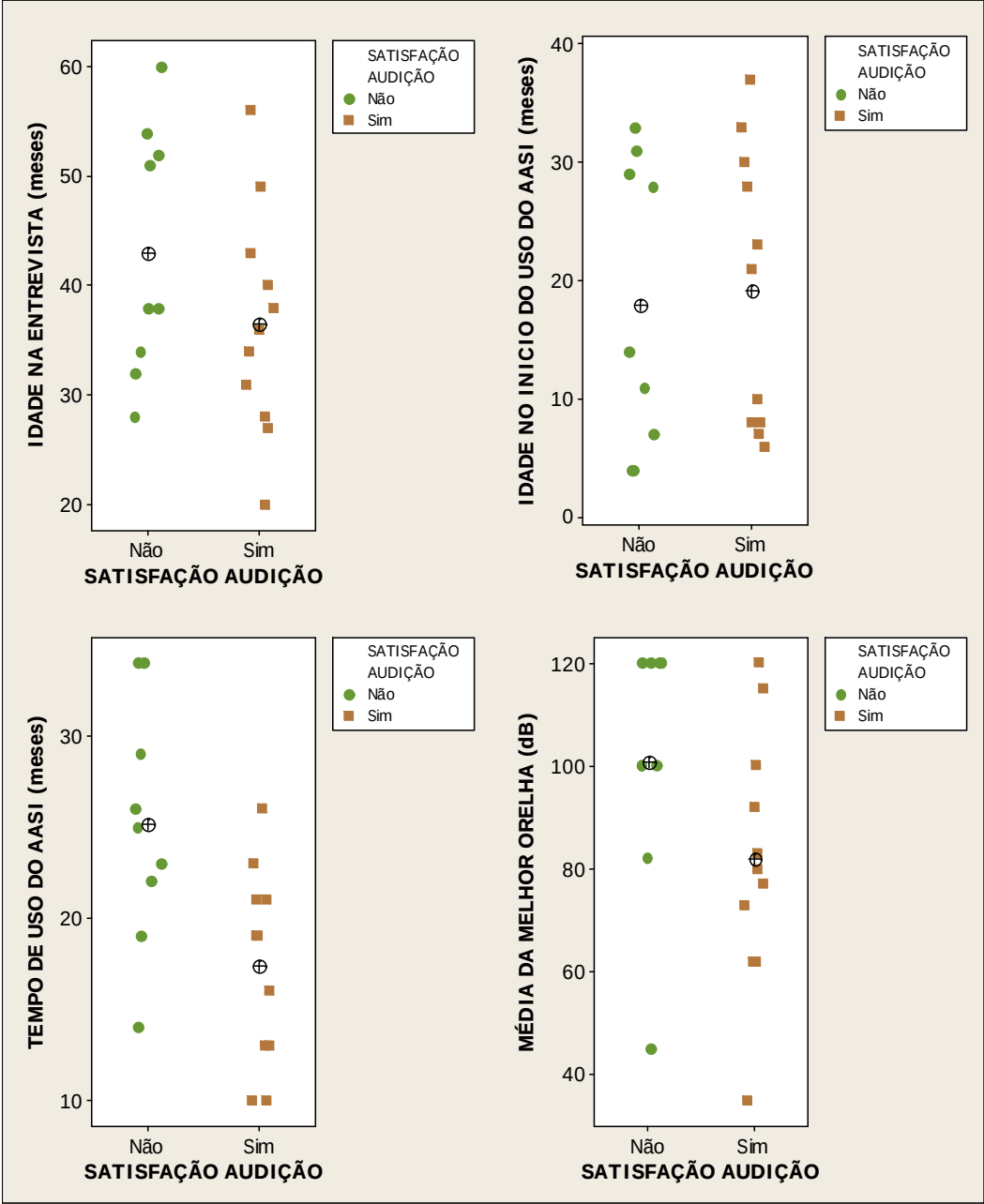


FIGURA 1. Gráfico dos valores individuais e médios a Idade na entrevista (meses), Idade no início do uso do AASI (meses) Tempo de uso do AASI (meses) e Média da melhor orelha (dB) segundo a satisfação dos pais em relação à audição.

Comparando as médias dessas variáveis nos dois grupos definidos pela satisfação dos pais quanto à **audição** (satisfeitos e não satisfeitos), não foi detectada diferença significativa entre as médias da idade na entrevista nos dois grupos ($p=0,206$), nem entre as médias da idade no início do uso do AASI ($p=0,814$), o mesmo ocorrendo com as médias da média da melhor orelha ($p=0,105$). Foi detectada diferença significativa entre as médias do tempo de uso do AASI nos dois grupos ($p=0,012$), sendo a média do tempo no grupo de pais satisfeitos quanto à audição inferior à do grupo de pais insatisfeitos.

Na Tabela 5 (Anexo 8) são apresentados os valores de estatísticas descritivas para Idade na entrevista (meses), Idade no início (meses), Tempo de uso (meses) e Média da melhor orelha, segundo a satisfação dos pais em relação à **linguagem**. Na Figura 2 podemos visualizar os valores dessas variáveis e suas médias, observados na amostra nos dois grupos definidos pela satisfação dos pais em relação à **linguagem**.

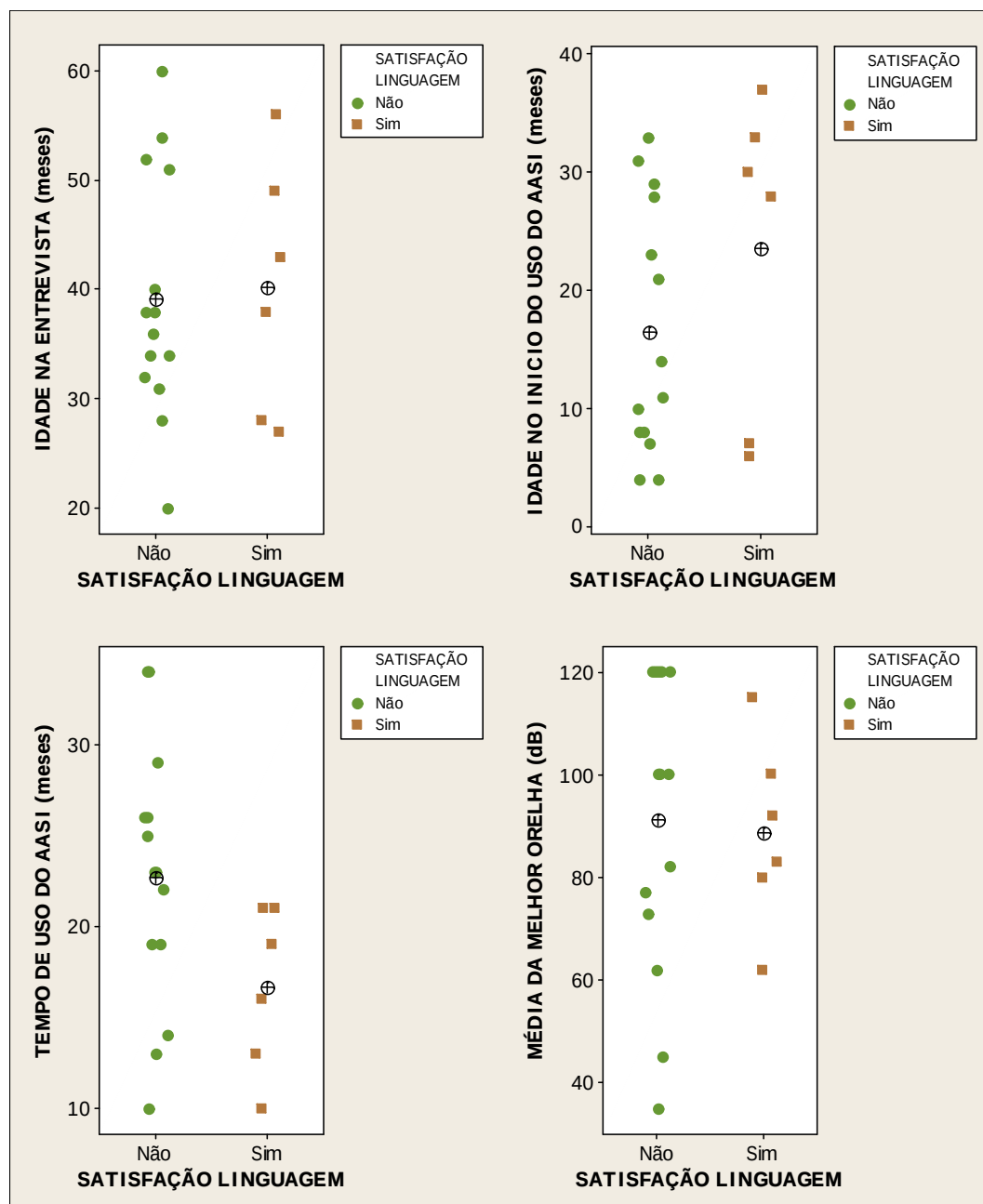


FIGURA 2. Gráfico dos valores individuais e médios: Idade na entrevista (meses), Idade no início (meses), Tempo de uso (meses) e Média da melhor orelha (dB), segundo a satisfação dos pais em relação à linguagem.

Não foi detectada diferença significativa entre as médias da idade na entrevista nos dois grupos ($p=0,858$), nem entre as médias da idade no início do uso do AASI ($p=0,296$), o mesmo ocorrendo com as médias da média da melhor orelha ($p=0,832$). Foi detectada diferença significativa entre

as médias do tempo de uso do AASI nos dois grupos ($p=0,041$), sendo a média do tempo no grupo de pais satisfeitos quanto à **linguagem** inferior à do grupo de pais insatisfeitos.

Assim como para as expectativas quanto às habilidades auditivas, também para o desenvolvimento de linguagem parece que, em um período inicial, a possibilidade de ouvir com o aparelho determina a satisfação da família. Com o tempo de uso do AASI, porém, as expectativas são deslocadas para o desenvolvimento de linguagem, e talvez por isso os familiares manifestem maior insatisfação com o desenvolvimento auditivo. É interessante notar que essa tendência ocorreu independentemente da idade da criança

Assim, neste estudo, foi visto que, quanto menor o tempo de uso do AASI, mais satisfeitos mostravam-se os pais do grupo dos satisfeitos, tanto com o desenvolvimento das habilidades auditivas quanto de linguagem das crianças com deficiência auditiva.

A satisfação dos pais em relação ao desenvolvimento dos filhos pode muitas vezes ser influenciada pelo fato de, a partir do momento em que a criança inicia o uso do AASI e o processo terapêutico, esses pais apresentarem grande expectativa em relação à fala (BEVILACQUA e FORMIGONI, 1997; BITTENCOURT e MONTAGNOLI, 2007).

Motti (2005) acredita que, quanto menor o tempo de uso do AASI, maior a dificuldade de uma avaliação mais efetiva dos pais em relação à linguagem e audição dos filhos, de modo a encontrarem respostas às suas expectativas. A criança pode apresentar um baixo aproveitamento logo no início do uso do AASI, pois nem sempre a resposta para a amplificação sonora é imediata.

Conforme Iervolino *et al* (1996) isto implica na necessidade de um trabalho com estimulação contínua e intensa da audição para auxiliar o desenvolvimento dessa criança. Os autores acrescentam que expectativas por resultados rápidos e positivos podem ser frustrantes para os pais, pois geram questões e sentimentos que podem ser somados a outros ainda não resolvidos em relação à aceitação do diagnóstico da perda auditiva.

4.5 DADOS RELATADOS PELAS TERAPEUTAS

4.5.1 Distribuição da satisfação das terapeutas em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças

Na tentativa de conhecer e compreender com mais profundidade as crianças deficientes auditivas e suas famílias, optamos por também entrevistar as terapeutas, lembrando que, como referido no capítulo anterior, foram considerados depoimentos a respeito de dez crianças.

No que se refere à satisfação dessas profissionais quanto ao desenvolvimento das habilidades de audição, 60% disseram estar satisfeitas e 40% não satisfeitas. Quanto ao desenvolvimento de linguagem das crianças, 70% mencionaram não satisfação, enquanto 30% estavam satisfeitas (Quadro 7).

Esses dados relacionados à satisfação das terapeutas quanto ao desenvolvimento auditivo das crianças diferem dos apresentados por Novaes (1986), porém em relação à linguagem apresentam resultados semelhantes.

N= 10	Satisfeito		Não Satisfeito	
	N	%	N	%
Desenvolvimento de audição	6	60	4	40
Desenvolvimento de linguagem	3	30	7	70

QUADRO 7 - Distribuição da satisfação dos terapeutas quanto ao desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças. Embora tenham sido entrevistadas seis terapeutas, foi considerado N=10, pois uma delas atendia cinco crianças.

4.5.2 Distribuição de fatores que, segundo as terapeutas, podem ter contribuído ou não para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem de seus pacientes

O quadro 8 mostra que 100% das terapeutas satisfeitas acreditavam que o AASI contribuía para o desenvolvimento de audição de seus pacientes; já entre as terapeutas insatisfeitas nenhuma fez referência a esse fator. O fator família foi lembrado por apenas 30% das entrevistadas, sendo duas (33%) do grupo das seis satisfeitas e uma (25%) do grupo das quatro insatisfeitas. Duas (20%) de dez terapeutas lembraram os fatores diagnóstico precoce e terapia, sendo que um terço das terapeutas satisfeitas atribui valor a estes fatores em relação à audição das crianças.

Fatores	Satisfeito (N= 6)		Não Satisfeito (N=4)		Total (N=10)	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivos eletrônicos	6	100	-	-	6	60
Família	2	33	1	25	3	30
Diagnóstico precoce	2	33	-	-	2	20
Terapia	2	33	-	-	2	20
Comportamento da criança	-	-	1	25	1	10

QUADRO 8 - Distribuições de fatores que as terapeutas acreditavam contribuir ou não para o desenvolvimento das habilidades auditivas. Os fatores citados não correspondem à soma total do N, pois cada terapeuta pôde citar quantos fatores desejasse.

Nos quadros 8 e 9 foi observado que apenas uma entrevistada insatisfeita referiu que o comportamento da criança é um fator que influencia negativamente tanto para o seu desenvolvimento de audição quanto de linguagem.

Fatores	Satisfeito (N= 3)		Não Satisfeito (N=7)		Total (N=10)	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivos eletrônicos	2	67	-	-	2	20
Família	3	100	3	42	6	60
Diagnóstico precoce	-	-	1	14	1	10
Terapia	2	67	-	-	2	20
Comportamento da criança	-	-	1	14	1	10

QUADRO 9 - Distribuições de fatores que as terapeutas acreditavam contribuir ou não para o desenvolvimento das habilidades de linguagem. Os fatores citados não correspondem à soma total do N, pois cada terapeuta pôde citar quantos fatores desejasse.

Mais da metade das terapeutas (60%) afirmou acreditar que o fator família tinha relação com o desenvolvimento de linguagem das crianças, sendo que todas as satisfeitas (100%) atribuíram valor a esse fator; porém, três (42%) das sete do grupo das insatisfeitas acreditavam que esse fator não contribuía com o processo.

Os fatores dispositivos eletrônicos e terapia apresentaram resultados proporcionalmente semelhantes; ou seja, cada fator foi lembrado por duas (20%) das dez entrevistadas. Dentre as três terapeutas satisfeitas, duas (67%) acreditavam que os fatores dispositivos eletrônicos e terapia auditiva contribuíram para o desenvolvimento das habilidades de linguagem de seus pacientes. O fator diagnóstico precoce foi referido por apenas uma (10%) de dez terapeutas.

Isso indica que a maioria das terapeutas satisfeitas considerava que os dois fatores citados (dispositivos eletrônicos e terapia) contribuíam significativamente para o desenvolvimento de linguagem das crianças (Quadro 9), achados esses que apresentam fundamentação na literatura.

O aproveitamento máximo da audição residual da criança deficiente auditiva por meio do uso do AASI e por estar inserida no processo de intervenção fonoaudiológica possibilita o recebimento de muitas informações acústicas da língua. Consequentemente, quanto mais acesso a essas informações, melhor poderá ser seu desenvolvimento comunicativo

(KAMINSKI, TOCHETO e MOTA, 2006; SILMAN *et al* 2004; SIMONETTI e COSTA FILHO, 2003; FERREIRA, 2003).

Para Bevilacqua e Formigoni (2005), o aprendizado auditivo desenvolvido no processo terapêutico após o diagnóstico de perda auditiva é imprescindível e tão importante quanto à utilização da audição residual por meio do uso do AASI, pois ambos favorecem o desenvolvimento auditivo e de linguagem oral. As autoras acrescentam que, caso as crianças não apresentem boas respostas com o AASI, ainda que estejam inseridas no processo terapêutico, é necessário encaminhá-las a um programa de implante coclear.

No estudo de Novaes (1986) o fator principal considerado pelas terapeutas por não ter contribuído para o desenvolvimento comunicativo das crianças foi o fato de as mães não apresentarem envolvimento e estimulação das crianças em casa. Esse dado difere do que foi mencionado por grande parte das terapeutas deste estudo. O aspecto considerado por todas as entrevistadas como mais relevante para o desenvolvimento de linguagem das crianças foi, justamente, o fator família.

Segundo a literatura da área, o grau de comprometimento não somente dos pais, mas também de toda a família no processo de reabilitação da criança deficiente auditiva é fundamental e decisivo para o sucesso do trabalho (BITTENCOURT e MONTAGNOLI, 2007; BOSCOLO e SANTOS, 2005; BALIEIRO e FICKER, 1997).

Para Moeller (2000), quanto maior o envolvimento e a participação da família, melhor o prognóstico para o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, a família pode dar continuidade à estimulação em casa, pois o trabalho terapêutico com a criança é limitado, ou seja, os momentos acontecem em poucos encontros. Isto porque é com a família que a criança passa a maior parte do tempo, possibilitando uma maior interação (BEVILACQUA e FORMIGONI, 1997).

4.5.3 Critérios de classificação de envolvimento familiar

A classificação quanto ao nível de envolvimento familiar apresentado pelas terapeutas deste estudo pode ser visualizado no Quadro 10. Apenas uma família (10%) foi classificada por uma terapeuta como participação abaixo da média; quatro (40%) mencionaram essa participação como mediana; duas (20%) como boa; três (30%) como ideal; já a participação limitada não foi classificada por nenhuma delas. Ou seja, a maioria das famílias foi classificada pelas terapeutas com uma participação na média, recebendo nota 3.

Diversos autores também concordam com a importância da participação e envolvimento da família no processo terapêutico da criança deficiente auditiva para um melhor prognóstico do seu desenvolvimento global (BALIEIRO e FICKER, 1997; MOELLER, 2000; BEVILACQUA e FORMIGONI, 2005; NOVAES, 2005; RIBEIRO, 2008).

Escala de Envolvimento Familiar	Total (N=10)	
	N	%
1) Participação limitada	-	-
2) Participação abaixo da média	1	10
3) Participação na média	4	40
4) Boa participação	2	20
5) Participação ideal	3	30

QUADRO 10 - Classificação quanto ao nível de envolvimento familiar apresentado pelas terapeutas das dez crianças.

O quadro 11 apresenta as crianças, suas respectivas terapeutas, a distribuição de satisfação do desenvolvimento auditivo e de linguagem desses pacientes e a classificação em relação ao nível de envolvimento familiar.

Crianças	Terapeutas	Satisfação quanto à audição	Satisfação quanto à linguagem	Nível de envolvimento familiar
1	1	Não	Não	3
3	2	Sim	Sim	3
9	3	Não	Não	3
10	4	Não	Não	5
14	5	Sim	Não	2
15	6	Não	Não	5
16	7	Sim	Não	3
17	8	Sim	Não	4
18	9	Sim	Sim	4
20	10	Sim	Sim	5

QUADRO 11 - Descrição das terapeutas das dez crianças em relação à satisfação do desenvolvimento auditivo e de linguagem das respectivas crianças e classificação quanto ao nível de envolvimento familiar (escala entre 1 - 5).

No quadro 11 pode ser visualizado que a satisfação do terapeuta em relação ao desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem não apresenta relação com o julgamento quanto ao envolvimento familiar.

É importante destacar que duas das três terapeutas que julgaram as famílias das crianças 10 e 15 como “participação ideal”, ou seja, atribuindo-lhes nota 5, estavam insatisfeitas em relação à audição e linguagem de seus pacientes. (Quadro 11). Esse dado difere do encontrado por Novaes (1986), no qual as terapeutas não satisfeitas consideravam como fator principal para essa insatisfação a questão do envolvimento familiar.

4.6. Concordância entre pais e terapeutas em relação à satisfação com o desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças com deficiência auditiva.

Nesta análise foram consideradas as dez crianças que estavam em terapia fonoaudiológica.

Na Tabela 2 temos as distribuições de frequências e porcentagens conjuntas da satisfação dos familiares e das terapeutas quanto à audição das crianças.

Observamos que em três crianças (30%) as terapeutas e os familiares se mostraram insatisfeitos quanto à audição, e em cinco crianças (50%) ambos se mostraram satisfeitos. Portanto, houve concordância quanto à audição em oito crianças, e em duas (20%) as opiniões foram discordantes.

TABELA 2 - Distribuições de frequências e porcentagens conjuntas da satisfação dos familiares e terapeutas quanto à audição.

PAIS	TERAPEUTAS				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Não	3	30,0%	1	10,0%	4	40,0%
Sim	1	10,0%	5	50,0%	6	60,0%
Total	4	40,00%	6	60,0%	10	100,0%

Para os dados da Tabela 2, o valor observado da estatística Kappa foi de 0,583 (erro padrão = 0,262), indicando concordância moderada entre a satisfação dos familiares e terapeutas.

As distribuições de frequências e porcentagens conjuntas da satisfação dos familiares e terapeutas quanto à linguagem encontram-se na Tabela 3. Observamos que ambos tiveram satisfação concordante quanto à linguagem em seis (60%) crianças, e discordante em quatro (40%).

TABELA 3 - Distribuições de freqüências e porcentagens conjuntas da satisfação dos familiares e terapeutas quanto à linguagem

PAIS	TERAPEUTAS				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Não	5	50,0%	2	20,0%	7	70,0%
Sim	2	20,0%	1	10,0%	3	30,0%
Total	7	70,00%	3	30,0%	10	100,0%

O valor da estatística Kappa para os dados da Tabela 3 foi de 0,048 (erro padrão = 0,321), ou seja, está próximo de zero, indicando concordância fraca entre familiares e terapeutas, próxima da que ocorreria se ambos expressassem sua satisfação ao acaso.

De acordo com Novaes (1986), mães e terapeutas diferem quanto à satisfação com o desenvolvimento de linguagem das crianças deficientes auditivas. No estudo da autora, as mães se mostraram satisfeitas em relação a esse aspecto, enquanto as terapeutas não estavam satisfeitas, evidenciando certo “contraste” entre o que é oferecido pelos terapeutas e a expectativa das mães, assim como visto neste estudo.

Para a autora, há a necessidade de se efetivar modificações na formação profissional, a fim de que o fonoaudiólogo tenha condições de envolver os pais no processo terapêutico e de se preparar sistematicamente para o trabalho com famílias com características socioculturais distintas.

Diante desses resultados ficou evidente que, durante o processo de reabilitação da criança deficiente auditiva, surgem dúvidas, sentimentos e expectativas por parte dos familiares em relação ao desenvolvimento da criança, especialmente em relação à sua comunicação (BITTENCOURT e MONTAGNOLI, 2007).

Sendo assim, concordamos que é muito importante conhecer bem a dinâmica familiar a fim de ser possível orientá-la de uma maneira mais adequada, e para nortear o trabalho do fonoaudiólogo (BOSCOLO e SANTOS, 2005).

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os níveis de satisfação dos pais e os fatores mais frequentemente apontados como relevantes para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem das crianças deficientes auditivas permitiram a caracterização do grupo estudado quanto às suas expectativas em relação aos objetivos do processo terapêutico.

Diante disso concluímos que:

- Embora a maior parte dos entrevistados tenha sido de mães, pais e avós também participaram do estudo, indicando que estes familiares também têm se responsabilizado por acompanhar as crianças no serviço.
- Somente dois terços das crianças deste estudo frequentavam terapia no momento da entrevista, por diversas razões, como: dificuldade no transporte, falta de vagas para atendimento e indisponibilidade para levar a criança. Isso parece indicar que ainda há necessidade de melhorar a integração dos processos envolvidos na saúde auditiva, particularmente a garantia de serviços que ofereçam terapia fonoaudiológica.
- A média da idade na data da primeira consulta no serviço foi de aproximadamente 18 meses e do início do uso do AASI foi de 20 meses. O intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do uso do AASI foi de, aproximadamente, dois meses, o que está de acordo com as recomendações, sendo então um indicador de qualidade do serviço de saúde auditiva. Embora a média de idade na primeira consulta tenha sido de 18 meses, quase metade das crianças deste estudo fez a primeira consulta antes de 1 ano de idade, o que parece representar uma tendência de as crianças chegarem cada vez mais cedo ao serviço.
- A maioria dos familiares entrevistados está satisfeita com o desenvolvimento das habilidades auditivas das crianças, porém, também a maioria está insatisfeita com o desenvolvimento de linguagem. O fator mais mencionado como contribuindo ou não para o desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças foi o AASI,

o que demonstra grande expectativa sobre sua utilização desse dispositivo por parte dos familiares.

- A satisfação dos pais em relação tanto à audição quanto à linguagem associada ao tempo de uso do AASI foi a única variável que apresentou diferença estatisticamente significativa entre a média dos grupos dos satisfeitos e não satisfeitos. Quanto menor o tempo de uso do AASI, maior a possibilidade de os pais estarem satisfeitos, não sendo estatisticamente significativa a idade da criança na entrevista, idade no início do uso do AASI e o grau de perda auditiva. Esses depoimentos parecem refletir a expectativa ideal, depositada no uso do AASI no início do processo, seguida de uma percepção mais real do desenvolvimento de linguagem, o que pode indicar a necessidade de maior entendimento por parte dos pais quanto ao potencial auditivo e de linguagem das crianças.

No sentido de complementar a avaliação dos familiares, as terapeutas fonoaudiólogas das crianças do estudo também responderam a um questionário de satisfação, bem como avaliaram a qualidade da participação dos pais e/ou responsáveis no decorrer do tratamento. Em seguida, realizamos um cruzamento de dados de ambos os grupos – familiares e terapeutas. A partir desses achados, foi possível concluir que:

- A maioria das terapeutas mostrou satisfação em relação à audição das crianças; porém, também a maioria referiu insatisfação quanto ao desenvolvimento de linguagem de seus pacientes. Os fatores considerados principais pelas terapeutas para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem foram: uso do AASI, terapia fonoaudiológica e família.
- Em relação ao envolvimento da família, a maioria das terapeutas classificou como média a participação dos familiares dos pacientes no processo terapêutico.
- Em relação à audição houve concordância moderada entre a satisfação dos familiares e terapeutas; porém, em relação à linguagem houve concordância fraca.

Esses achados parecem refletir a necessidade de maior explicitação do potencial de cada criança e o estabelecimento de metas acordadas por pais e terapeutas.

Os resultados deste estudo indicam, então, que é preciso trabalhar com os familiares no sentido de envolvê-los no processo de intervenção fonoaudiológica, trabalhando seus desejos, suas necessidades e expectativas quanto ao desenvolvimento da audição e linguagem das crianças deficientes auditivas.

Trata-se, pois, de uma demanda a ser atendida pelos serviços de saúde auditiva, de modo a, dentro do possível, corresponder às expectativas dos familiares e melhor esclarecê-los em relação aos aspectos que, de fato, podem contribuir para esse desenvolvimento, procurando estabelecer parcerias em prol da qualidade do serviço oferecido a essa população.

A satisfação dos pais parece ser um possível indicador de qualidade a ser desenvolvido na busca da melhoria dos serviços de saúde auditiva. No entanto, questões culturais da população atendida devem ser incorporadas aos instrumentos para que estes possam representar aspectos diretamente relacionados ao serviço.

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 124/2008

Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP

Orientador(a): Profa. Dra. Beatriz Cavalcante de Albuquerque Caluby Novaes

Autor(a): Paula Couto Fortes

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado *Satisfação de pais quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem: construindo indicadores de qualidade em um serviço de saúde auditiva*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 30/06/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 124/2008.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 30 de junho de 2008.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Rua Ministro de Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001
 Tel.: (0xx11) 36708466 – Fax: (0xx11) 36708466 – e-mail: cometica@pucsp.br

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participante deste estudo

O Sr(a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que se intitula em: Conhecimento e atitudes de pais de crianças deficientes auditivas abaixo de 3 anos de idade: percepção de qualidade de um serviço de saúde auditiva.

O objetivo deste estudo é descrever e discutir a percepção da qualidade de um serviço de saúde auditiva através da análise do conhecimento e atitudes de pais de crianças com deficiência auditiva abaixo de três anos atendidas no serviço.

Caso permita a participação do sujeito desta pesquisa, em que será feita uma entrevista com o (a) Sr (a).

Não existem benefícios médicos diretos para o sujeito deste estudo. Entretanto os resultados deste estudo podem ajudar os pesquisadores a entender melhor o conhecimento e atitudes dos pais a respeito do diagnóstico auditivo, do uso do AASI e do programa de intervenção terapêutica do filho e a percepção deles em relação a qualidade do serviço de saúde auditiva.

Não existem riscos médicos ou desconfortos associados com este projeto.

Fica claro que sua participação é voluntária. Se desejar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e isto não trará nenhum prejuízo ao atendimento da criança.

A clínica não pagará nenhum valor em dinheiro ou qualquer outro bem pela sua participação, assim como o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo adicional. Como qualquer paciente o (a) Sr. (a) só terá que arcar com as despesas de condução.

Os seus dados e os dados da criança serão mantidos em sigilo. Serão analisados em conjunto com os de outros pacientes e não serão divulgados dados de nenhum paciente isoladamente. O (a) Sr. (a) poderá esclarecer suas dúvidas durante toda a pesquisa com a fonoaudióloga Paula Couto Fortes, no endereço Rua Alameda Franca, 425 apt 302. Jardim Paulista. Cep: CEP: 01422.000 – São Paulo/ S.P. Telefone: (11) 3884-6912.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante terá direito a um tratamento médico na Instituição bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Eu, como pesquisadora responsável, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas por mim, descrevendo o estudo “Conhecimento e atitudes de pais de crianças deficientes auditivas, abaixo de 3 anos de idade: percepção de qualidade de um serviço de saúde auditiva”. Eu discuti com a fonoaudióloga Paula Couto Fortes sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do

estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em permitir a minha participação neste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Nome do paciente: _____

Assinatura do pai e/ou responsável

____/____/____
Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Paula Couto Fortes
Responsável pelo Estudo

____/____/____
Data

ANEXO 3**Roteiro de Entrevista (Novaes, 1986)****I. HISTÓRICO**

“Agora, gostaria que a senhora me descrevesse o que a senhora e a criança passaram, desde que começou a haver desconfiança de que ela não ouvia bem, até ela começar a ser atendida no “Programa de Audiologia Educacional” na DERDIC. Vamos começar pela primeira dúvida de que ela não ouvia bem “.

1. Quem desconfiou que a criança não ouvia bem?

2. Que idade ela tinha?

Idade da criança: _____

3. O que fez a senhora achar que sua criança tinha um problema auditivo?

4. Quem foi consultado para ver se havia mesmo o problema?

☐ médico da família

☐ otorrinolaringologista

☐ pediatra

☐ padre

☐ fonoaudiologia

☐ outro _____

5. Que idade tinha a criança nessa consulta?

Idade da criança: _____

6. O que foi dito para a senhora nessa ocasião?

CONFIRMADA A DEFICIÊNCIA AUDITIVA

7. O que a senhora fez então? (Procurou outro profissional para ter certeza? Quantos? Quando? Procurou tratamento?)

(Vá para a pergunta número 12)

NÃO CONFIRMADA A DEFICIÊNCIA AUDITIVA

7. O que a senhora fez então? (Procurou outros profissionais para ter certeza? Quantos? Quando?)

9. Que idade tinha a criança quando foi confirmada a deficiência auditiva?

Idade da criança: _____

10. Quem confirmou a presença da deficiência auditiva?

☐ médico da família

☐ pediatra

☐ otorrinolaringologista

☐ fonoaudióloga

☐ outro _____

11. O que foi dito para a senhora nessa ocasião?

Agora que a senhora me descreveu tudo o que se passou até que lhe fosse dito que seu filho(a) realmente tinha uma deficiência auditiva, eu gostaria que a senhora me dissesse:

12. O que a senhora achou da maneira como _____

(profissional que fez o diagnóstico) lhe disse que seu filho(a) realmente era deficiente auditivo? (Superficial? Foi ou não explicado? Houve aconselhamento? A senhora acha que poderia ter sido feito de uma maneira diferente?)

13.Como a senhora se sentiu nessa ocasião?

14.Como seu marido se sentiu?

15.O que a senhora acha que pode ter sido a causa da deficiência auditiva de seu filho(a)?

Acho que nós discutimos tudo o que aconteceu até a confirmação da deficiência auditiva, não é? Há mais alguma coisa que a senhora gostaria de comentar? Eu gostaria que a senhora me descrevesse a sua busca de uma vaga para terapia ou escola (tratamento).

16. Quando a deficiência auditiva foi confirmada, para onde seu filho(a) foi encaminhado? (aonde mandaram a senhora ir?)

- ☐ não foi encaminhada
- ☐ fonoaudióloga
- ☐ indicação de aparelho: ☐ fonoaudióloga ☐ representante
- ☐ escola especial
- ☐ classe especial
- ☐ programa de habilitação / reabilitação: ☐ escola ☐ hospital
☐ clínica particular ☐ outro

Nome da Instituição: _____

17. E foi nesse lugar que a senhora foi em primeiro lugar para o atendimento de seu filho(a)?

- ☐ sim
- ☐ não. Foi primeiro: _____ fonoaudióloga
- ☐ indicação de aparelho: ☐ fonoaudióloga ☐ representante
- ☐ escola especial
- ☐ classe especial
- ☐ programa de habilitação / reabilitação: ☐ escola ☐ hospital
☐ clínica particular ☐ outro

Nome da Instituição: _____

18. Quando a senhora procurou esse lugar?

Idade da criança: _____

19. A criança foi aceita para ser atendida nesse lugar?

☐ não

☐ sim Quanto tempo ficou? _____

(se for o mesmo até hoje vá para a pergunta número 23)

20. Depois desse lugar, onde mais seu filho(a) foi atendido? (E por quanto tempo?)

Programa

Tempo de Atendimento

21. Quem tomou as decisões sobre a(s) mudança(s)?

22. Quais os motivos para essas mudanças?

23. Seu filho(a) frequenta algum outro programa (parque ou escola) fora o DERDIC?

☐ não

☐ sim Qual? _____

Desde que idade? _____

Depois de ter passado por tudo que a senhora está me descrevendo e estando seu filho participando do programa de DERDIC, a senhora deve ter adquirido um certo conhecimento sobre a deficiência auditiva de seu filho(a), não é?

24. A senhora está satisfeita com o que sabe sobre a deficiência auditiva de seu filho(a) ou ainda há coisas que a senhora gostaria de esclarecer?

☐ satisfeita

☐ não satisfeita

Explicação: _____

25. Pensando no que a senhora sabe sobre a deficiência auditiva de seu filho(a), quem ou o que lhe deu mais informações sobre o assunto?

- ☐ médico
- ☐ professora
- ☐ fonoaudióloga
- ☐ livros ou revistas
- ☐ outros pais de deficientes auditivos
- ☐ outro

26. A senhora sabe de algum outro tipo de tratamento (terapia) para crianças deficientes auditivas da mesma idade de seu filho(a)?

- ☐ não (Vá para a próxima seção)
- ☐ sim

27. Quem ou o que lhe deu mais informações sobre as diferentes possibilidades educacionais para seu filho(a)?

- ☐ médico
- ☐ professora
- ☐ fonoaudióloga
- ☐ livros ou revistas
- ☐ outros pais de deficientes auditivos
- ☐ outro

28. A senhora está satisfeita com o que conhece sobre outras possibilidades de atendimento ou ainda existem coisas que gostaria de esclarecer?

- ☐ satisfeita
- ☐ não satisfeita

Explicação: _____

II. ATITUDE DE COMUNICAÇÃO

1. O que a criança ouve quando está sem aparelho?

- ☐ a maior parte do que é falado à volta dele
- ☐ alguma coisa do que é falado à volta dele
- ☐ ouve somente fala em alta intensidade
- ☐ aviões, porta batendo
- ☐ não ouve
- ☐ outro
- ☐ não sabe

2. O que a criança ouve quando está de aparelho?

- ☐ a maior parte do que é falado à volta dele
- ☐ alguma coisa do que é falado à volta dele
- ☐ ouve somente fala em alta intensidade
- ☐ aviões, porta batendo
- ☐ não ouve
- ☐ outro
- ☐ não sabe

3. A criança reconhece sons familiares do tipo:

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Batida de porta | ☐ sim | ☐ não |
| Batida na porta | ☐ sim | ☐ não |
| Buzina de carro | ☐ sim | ☐ não |
| Música | ☐ sim | ☐ não |
| Telefone | ☐ sim | ☐ não |
| Televisão | ☐ sim | ☐ não |
| Fala | ☐ sim | ☐ não |
| Latido de cachorro | ☐ sim | ☐ não |
| Despertador | ☐ sim | ☐ não |

Outros: _____

4. A senhora me descreveu em geral o que a criança é capaz de ouvir e reconhecer com o aparelho. Gostaria de saber agora, o que a senhora acha do que a criança é capaz auditivamente?

(A senhora está satisfeita com o que ele(a) conseguiu atingir?)

- ☐ satisfeita
- ☐ não satisfeita (Vá para a pergunta número 6)
- ☐ não sabe

5. (Se satisfeita) O que (Que fatores) a senhora acha que mais contribuiu para que ele(a) atingisse esse desenvolvimento auditivo?

(Vá para a pergunta 7)

6 . (Se não satisfeita) O que (que fatores) a senhora acha que mais contribuiu para que ele(a) não tivesse atingido o desenvolvimento auditivo que a senhora esperava?

7. E quanto à voz da criança o que a senhora acha? (A senhora acha que a voz da criança soa diferente das outras crianças?)

8. O que a criança faz quando chamado pelo nome?

9. Como é a compreensão da criança quando são usados nomes referindo-se a pessoas ou objetos? (Explicar)

10. Quando a senhora pede algo a criança, sem demonstrar o que quer com gestos, como ele reage?

11. E quando os pedidos são acompanhados de ações não verbais, como apontar, mostrar figuras, demonstrar, como ele reage?

12. Fora a fala, de que outra forma a criança se comunica?

- ☐ expressão corporal
- ☐ gestos naturais com as mãos
- ☐ choro e birra
- ☐ expressões faciais
- ☐ articulação sem som
- ☐ outro

13. Como a senhora descreveria a fala da criança?

- ☐ não dá para entender
- ☐ é muito difícil para entender (algumas palavras e frases são inteligíveis)
- ☐ é inteligível com exceção de algumas palavras e frases
- ☐ é completamente inteligível
- ☐ é difícil de entender (familiares e pessoas entendem)

A senhora está me descrevendo características da habilidade de comunicação da criança, o que ele é capaz e como ele acaba se fazendo entender. Há mais alguma coisa que a senhora gostaria de comentar?

Pensando em tudo isso.

14. O que a senhora acha do que a criança é capaz em termos de sua habilidade de comunicação? (a senhora está satisfeita?)

15. (Se satisfeita) o que (que fatores) a senhora acha mais contribuiu para ele atingir essa habilidade de comunicação?

(Vá para a próxima sessão)

16. (Se não satisfeita) o que (que fatores) a senhora acha mais contribuiu para ele não Ter atingido a habilidade de comunicação que a senhora esperava?

III. PARTICIPAÇÃO DA MÃE NO PROGRAMA

Nós já falamos bastante de seu filho(a), não é? Agora gostaria de discutir um pouco a sua opinião e sentimentos sobre sua participação no trabalho com o seu filho(a). Eu tenho conversado com várias mães e cada mãe tem uma opinião diferente. Algumas estão satisfeitas com o programa como ele é, outras acham que poderia ser diferente. Em sua opinião...

1. a) O que a senhora faz em casa que, na sua opinião, contribuiu para o desenvolvimento auditivo e de comunicação de seu filho(a)?

b) O que a senhora faz com ele(a) que não faria se não fosse deficiente auditivo?

2. A senhora é ou foi orientada sobre o que fazer em casa para estimular a audição e a linguagem de seu filho(a)? / Quem dá ou deu essa orientação?

3. Pensando em tudo o que é sugerido em termos de atividades, estimulação de linguagem e audição, comportamento, até que ponto a senhora acha que as sugestões dadas pela professora ou terapeuta ajudaram no que a senhora faz em casa?

4. A senhora acha que a terapeuta entende e leva em considerações sua vida e seus problemas?

5. A senhora poderia me descrever em geral o que seu filho(a) faz quando vai à DERDIC .

6. A senhora acha que a escola/clínica considera importante o que a senhora faz em casa?

☐ muito importante

☐ importante

☐ às vezes importante

☐ pode ajudar

☐ não faz diferença

O que leva a senhora a ter essa opinião de que o que faz em casa é (não é) importante?

7. A senhora acha necessária a participação na educação de seu filho(a)? Vamos considerar essa participação em duas formas diferentes: primeiro, pense na sua participação na estimulação de audição e linguagem que faz em casa e na sessão semanal. A senhora acha sua participação necessária? Por quê?

8. Agora pense na sua participação para ajudar a decidir e planejar o que vai ser feito no programa. A senhora acha sua participação nessa área necessária? Por quê?

	9. Estimulação	10. Planejamento
Muito necessária	☐	☐
Às vezes necessária	☐	☐
Não faz diferença	☐	☐
Não é necessária	☐	☐

11. Agora pense no tempo que o programa requer da senhora. Qual a sua opinião quanto ao tempo que a senhora passa na DERDIC/clínica?

12. E o tempo em casa?

	11. Na escola/clínica	12. Em casa
Demais	☐	☐
O suficiente	☐	☐
Pouco	☐	☐

13. Há alguma outra pessoa envolvida na estimulação que é dada em casa?

☐ não

☐ às vezes

☐ sim Quem? _____

14. Como a senhora acha que sua participação no programa interfere com o resto da família? (Pensar em termos do trabalho, do relacionamento, etc.)

15. Pense agora em todas as partes do programa, tudo que acontece na DERDIC e em casa. Se a senhora pudesse fazer sugestões para melhorar o programa, o que a senhora acrescentaria?

16. O que a senhora eliminaria?

17. O que a senhora mudaria?

IV. EXPECTATIVAS PARA O FUTURO

Vamos falar um pouco do futuro. Todos nós pensamos no futuro e imaginamos como ele vai ser.

1. A senhora pode me descrever como a senhora acha que vai ser a vida de seu filho(a) quando ele crescer e for adulto? (Independência).

2. A senhora conhece o sistema escolar desde o primário? Poderia descrevê-lo para mim?

- ☐ não conhece
- ☐ conhece até o primário
- ☐ conhece até o ginásio
- ☐ conhece até o colegial
- ☐ conhece até a universidade

3. Até que ano a senhora quer que seu filho estude?

- ☐ primário: 01, 02, 03, 04
- ☐ ginásio
- ☐ colegial
- ☐ universidade
- ☐ até aprender a ler e escrever
- ☐ indiferente
- ☐ não sabe

4. Agora, pensando em tudo que pode acontecer, a que ano da escola a senhora acha que ele(a) vai chegar?

- ☐ primário: 01, 02, 03, 04
- ☐ ginásio
- ☐ colegial
- ☐ universidade
- ☐ até aprender a ler e escrever
- ☐ indiferente
- ☐ não sabe

5. E se seu filho(a) não fosse deficiente auditivo, que ano da escola a senhora acha que ele iria chegar?

- ☐ primário: 01, 02, 03, 04
- ☐ ginásio
- ☐ colegial
- ☐ universidade
- ☐ até aprender a ler e escrever
- ☐ não sabe

6. A senhora acha que no futuro a fala de seu filho(a) vai ser possível de ser entendida? (Quem a senhora acha que será capaz de entendê-lo?)

- ☐ ininteligível
- ☐ muito difícil de entender (algumas palavras e frases)
- ☐ difícil de entender (ininteligível para amigos próximos e familiares)
- ☐ inteligível com exceção de algumas palavras e frases
- ☐ completamente inteligível

O que leva a senhora a ter essa opinião?

7. A senhora acha que seu filho será capaz de escolher uma profissão?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não sabe

O que leva a senhora a ter essa opinião?

8. Que tipo de profissão (ocupação) a senhora acha que ele(a) vai ter?

9. A senhora acha que ele vai ser capaz de sustentar-se financeiramente?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não sabe

O que leva a senhora a ter essa opinião?

V. DADOS FAMILIARES

1. Há quantos anos a família mora em São Paulo?

- ☐ menos de um ano
- ☐ sempre morou em São Paulo
- ☐ número de anos

2. Onde nasceu a criança?

- ☐ São Paulo: cidade
- ☐ Interior de São Paulo: cidade
- ☐ Interior de São Paulo: roça
- ☐ Outro Estado: cidade
- ☐ Outro Estado: roça
- ☐ Outro

3. Quantos anos a senhora tem?

Idade da mãe: _____

4. Até que ano da escola a senhora completou?

- ☐ nunca foi à escola 00
- ☐ primário: 01, 02, 03, 04, 05
- ☐ ginásio: 06, 07, 08, 09
- ☐ colegial ou similar: 10, 11, 12
- ☐ superior: 13, 14, 15, 16, 17, 18

5. A senhora trabalha ou estuda fora de casa?

- ☐ não
- ☐ trabalha
- ☐ estuda

6. O que a senhora faz (ou estuda)?

7. Em que horário a senhora está fora de casa?

- ☐ o dia todo
- ☐ manhã

☐ tardes

☐ noites

☐ outro

8. Quanto a senhora ganha por mês? R\$ _____

9. Qual a idade do pai da criança?

Idade do pai: _____

10. A criança sempre morou com a senhora e o pai?

☐ sim

☐ não Explicar: _____

11. A família mudou de casa desde o nascimento da criança?

☐ não

☐ sim Quantas vezes? _____

12. Até que ano da escola o chefe da família completou?

☐ nunca foi à escola: 00

☐ primário: 01, 02, 03, 04, 05

☐ ginásio: 06, 07, 08, 09

☐ colegial ou similar: 10, 11, 12

☐ superior: 13, 14, 15, 16, 17, 18

13. O que ele faz?

Ocupação do chefe da família: _____

14. ☐ empregado

☐ empregador

15. Quanto seu marido ganha por mês?

R\$ _____

☐ não sabe

16. A família tem algum outro rendimento?

☐ não

☐ sim R\$ _____

Rendimento familiar: R\$ _____

17. Atualmente, quem passa mais tempo tomando conta da criança?

- ☐ mãe
- ☐ outro familiar
- ☐ pai
- ☐ empregada
- ☐ vizinhas ou amigas
- ☐ outro

18. Quanto tempo o pai passa normalmente com a criança num dia de semana, quando não está trabalhando?

- ☐ uma hora
- ☐ duas horas
- ☐ três horas
- ☐ quatro horas ou mais
- ☐ não mora com a criança
- ☐ menos de uma hora

19. E no fim de semana? Quanto tempo o pai passa com a criança?

- ☐ uma hora
- ☐ duas horas
- ☐ três horas
- ☐ quatro horas
- ☐ menos de uma hora
- ☐ Outro

20. Quando a criança está com o pai, o que eles fazem?

21. Num dia normal, a senhora poderia me descrever o que a criança faz, com quem brinca?

22. Como a criança se dá com adultos?

23. E com outras crianças, como ela se relaciona?

24. A criança tem irmãos ou irmãs?

☐ não

☐ sim Quantos: _____

Idade	Sexo	Morando em casa	Deficiente Auditivo
_____	☐ M ☐ F	☐ não ☐ sim	☐ não ☐ sim
_____	☐ M ☐ F	☐ não ☐ sim	☐ não ☐ sim
_____	☐ M ☐ F	☐ não ☐ sim	☐ não ☐ sim
_____	☐ M ☐ F	☐ não ☐ sim	☐ não ☐ sim
_____	☐ M ☐ F	☐ não ☐ sim	☐ não ☐ sim
_____	☐ M ☐ F	☐ não ☐ sim	☐ não ☐ sim

25. Que outras crianças moram em casa?

Relacionamento com a criança	Idade	Sexo
_____	_____	☐ M ☐ F
_____	_____	☐ M ☐ F
_____	_____	☐ M ☐ F
_____	_____	☐ M ☐ F
_____	_____	☐ M ☐ F

26. A senhora poderia me descrever a sua casa?

Cômodos (quantos) _____

Sala	☐ não ☐ sim
Cozinha	☐ não ☐ sim
Sala de jantar	☐ não ☐ sim
Quarto	☐ não ☐ sim
Banheiro	☐ não ☐ sim
Quanto de empregada	☐ não ☐ sim
Outro	☐ não ☐ sim

27. Há outros membros da família ou parentes portadores de deficiência auditiva?

☐ não

☐ sim Qual o parentesco com a criança? _____

ANEXO 4

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de classes econômicas².

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

Quantidade de Itens					
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

² ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 – IBOPE

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir. Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio.

Banheiros

Coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de suas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções freqüentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...*” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente.

Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE

CLASSE	TOTAL BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A 2	5	4	4	4	5	4	6	5	7	9
B 1	9	5	5	6	8	9	10	10	5	9
B 2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda Média Familiar (R\$)
A 1	30 a 34	7.793
A 2	25 a 29	4.648
B 1	21 a 24	2.804
B 2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

ANEXO 5**Roteiro de Entrevista (Terapeutas)****1. Atendimento Fonoaudiológico**

☐ particular ☐ público

Frequência do paciente à terapia:

☐ uma vez por semana

☐ duas vezes por semana

☐ outros _____

2. Aspectos relacionados à família:

- uso do AASI

O paciente sempre chega à terapia com AASI

☐ Sim

☐ Não. Porque? _____

Como é o grau de participação familiar relacionados aos aspectos que ocorrem no processo terapêutico:

Numa escala de 1 a 5 qual você daria em relação ao envolvimento familiar?

(Para responder essa pergunta, leia a Escala de Avaliação Envolvimento Familiar)

3. Desenvolvimento da Criança

Aspectos relacionados ao comportamento da criança e desenvolvimento cognitivo:

- comportamento: _____

- jogo simbólico e imitação: _____

Aspectos relativos à audição:

- percepção de fala: _____

Aspectos relativos à linguagem:

- Produção de fala: _____

- Voz: _____

- Interação: _____

4. Você está satisfeita em relação à linguagem da criança?

Se sim, quais são os fatores que você acha que contribuíram:

Se não, quais são os fatores que você acha que não contribuíram:

5. Você está satisfeita em relação à audição da criança?

Se sim, quais são os fatores que você acha que contribuíram:

Se não, quais são os fatores que você acha que não contribuíram:

ANEXO 6

Escala de avaliação de envolvimento familiar

Traduzido por NOVAES, B. C. A. C.; RIBEIRO, B. M. (2007). Adaptado da Family Involvement Rating, em Moeller, M. P. "Early Intervention and Language Development in Children Who Are Deaf and Hard of Hearing". Pediatrics, 2000.

Uma escala de avaliação foi adaptada de Moeller (2000) para caracterizar a qualidade da participação familiar no programa de intervenção. O envolvimento familiar foi avaliado, retrospectivamente, pelos profissionais envolvidos diretamente no atendimento da criança, particularmente os que tiveram maior contato com as famílias do estudo, em situações de supervisão, diagnóstico ou acompanhamento. Cada família recebeu uma avaliação global numa escala de 1 a 5, refletindo a sua participação no programa de intervenção. Aos avaliadores foram dadas descrições específicas representando cada categoria, antes das notas serem atribuídas (ver anexo), e foram instruídos a considerar questões como adaptação familiar, participação nas sessões, efetividade na comunicação com a criança, e sua confiança na avaliação das famílias.

As pontuações foram realizadas segundo os seguintes critérios: 1 = participação limitada; 2 = participação abaixo da média, 3 = participação média; 4 = boa participação, 5 = participação ideal. Pelo menos dois profissionais, mais envolvidos com a família, atribuíram notas independentes no julgamento dos níveis de participação segundo suas experiências com cada família. Os julgamentos foram comparados visando obter a fidedignidade entre os avaliadores. Foi considerada concordância total quando os avaliadores atribuíram a mesma pontuação. Foi considerado acordo entre categorias quando os avaliadores consideravam a família entre 1 das 3 categorias: 1 e 2 = abaixo da média, 3 = média, 4 e 5 = acima da média. Este critério significou que os avaliadores concordaram na categoria de avaliação, não havendo divergência de dois ou mais pontos. Os juízes foram também instruídos a indicar a sua confiança nas suas avaliações, através do preenchimento de um campo que indicava sua certeza na nota

atribuída. Sua auto avaliação da nota podia ser boa, razoável e questionável, na dependência do conhecimento que tinha da família. As avaliações consideradas questionáveis foram eliminadas. As divergências entre os avaliadores foram consideradas através da obtenção da média da pontuação entre os dois juízes (exemplo, julgamentos 1 e 2 resultaram numa avaliação de 1,5). Escala de Participação familiar, associadas à eficácia do programa. Visando entender as variáveis que influenciam o progresso em crianças com deficiência auditiva abaixo de três anos, a escala é uma tentativa de caracterizar a qualidade da participação da família. Dois profissionais que trabalharam com as famílias são solicitados a julgar, a partir de uma escala, o nível que melhor representa o envolvimento familiar. Nesta proposta, a avaliação de 1 representa avaliação limitada (bem abaixo da média) e a avaliação de 5 representa o envolvimento ideal. Descrições detalhadas daquilo que caracteriza famílias em cada nível são fornecidas como diretrizes para o julgamento. Cada profissional também deverá atribuir o nível de confiança que tem no seu julgamento, a saber, bom, razoável e questionável. Se o avaliador acredita que não tem conhecimento suficiente para realizar a avaliação, não deve atribuir pontuação, devendo ser escolhido outro profissional.

DESCRIÇÕES PARA A ESCALA DE AVALIAÇÃO

Avaliação de 5 (participação ideal): As famílias parecem ter feito uma boa adaptação para a surdez da criança, a família é capaz de colocar em perspectiva as incapacidades da criança no contexto familiar. Os membros da família participam ativamente nas sessões, freqüentam as sessões e as reuniões regularmente e buscam informações com independência. São efetivos defensores das crianças na inserção em serviços de saúde e educacionais, etc. Membros familiares tornam-se altamente efetivos como parceiros de conversa com as crianças e servem como modelos de linguagem de maneira consistente. Os membros da família tornam-se fluentes e efetivos usuários do modo de comunicação da criança. Eles são

capazes de aplicar técnicas de expansão da linguagem. Membros da família estendida estão envolvidos e dão suporte adicional à criança.

Avaliação 4 (boa participação): Os membros da família fazem um ajuste à surdez da criança melhor do que a média. Os membros da família regularmente vão às sessões e reuniões de pais.

Os pais têm um papel ativo (talvez não o principal) no planejamento de objetivos clínicos e educacionais para a criança. Os membros da família servem como bons modelos de linguagem para a criança e esforçam-se para levar as técnicas para casa. Alguns membros da família têm habilidade razoável no modo de comunicação da criança e ou em técnicas para a estimulação de linguagem. Os esforços são feitos para envolver os membros da família estendida.

Avaliação 3 (participação média): A família esforça-se para entender e aceitar o diagnóstico da criança. Os familiares participam na maioria das sessões/ reuniões. Agendas lotadas ou tensões familiares podem limitar as oportunidades para realizar em casa aquilo que foi aprendido. A família pode considerar o cuidado da criança um desafio. A família participa dos planejamentos, mas, em geral, submete-se principalmente a opinião dos profissionais. A família procura proteger a criança, direciona mal seus esforços. Membros específicos da família (por exemplo, a mãe) podem ficar com a maior parte da responsabilidade para desenvolver as necessidades da comunicação da criança. Membros da família desenvolvem ao menos as habilidades básicas no modo de comunicação da criança. Os membros da família pretendem usar técnicas de expansão da linguagem, mas necessitam constante suporte e direcionamento.

Avaliação 2 (participação abaixo da média): A família se esforça e sofre para aceitar o diagnóstico da criança. A família talvez seja inconsistente na frequência aos atendimentos. Os pais podem ser inconsistentes em colocar e manter os aparelhos de amplificação sonora na criança em casa e na escola. Eles podem ter alguns pontos de tensões significantes em suas

vidas que interferem com consistência do trabalho em casa. Cuidar da criança apresenta desafios diários à família. Interações comunicativas com a criança são básicas. Falta à família uma fluência no modo de se comunicar com a criança.

Avaliação 1 (participação limitada): A família encontra tensões significativas na vida que podem afetar as necessidades da criança (exemplo, abuso doméstico e falta de um lar). A família tem um entendimento limitado da surdez e suas conseqüências para a criança. A participação pode ser esporádica ou pouco efetiva. A comunicação pais/criança é limitada às necessidades mais básicas.

ANEXO 7

**Tabela de Médias, desvios padrão, medianas e máximas das variáveis:
idade na entrevista, idade no início do uso do AASI, tempo de uso de
AASI e média da melhor orelha segundo a satisfação dos pais em
relação à audição**

TABELA 4 - Valores observados de estatísticas descritivas para a Idade na entrevista (meses), Idade no início do uso do AASI (meses), Tempo de uso do AASI (meses) e Média da melhor orelha segundo a satisfação dos pais em relação à audição.

Variável	Satisfação quanto à audição	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade na entrevista	Não	9	43,0	11,4	28	38	60
	Sim	11	36,6	10,3	20	36	56
Idade no início do uso do AASI	Não	9	17,9	12,2	4	14	33
	Sim	11	19,2	11,7	6	21	37
Tempo de uso do AASI	Não	9	25,1	6,6	14	25	34
	Sim	11	17,4	5,4	10	19	26
Média da melhor orelha	Não	9	100,8	24,9	45	100	120
	Sim	11	81,7	24,7	35	80	120

ANEXO 8

**Tabela de Médias, desvios padrão, medianas e máximas das variáveis:
idade na entrevista, idade no início do uso do AASI, tempo de uso de
AASI e média da melhor orelha segundo a satisfação dos pais em
relação à linguagem**

TABELA 5 - Valores observados de estatísticas descritivas para a Idade na entrevista (meses), Idade no início do uso do AASI (meses), Tempo de uso do AASI (meses) e Média da melhor orelha segundo a satisfação dos pais em relação à linguagem.

Variável	Satisfação quanto à audição	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade na entrevista	Não	14	39,1	11,2	20	37	60
	Sim	6	40,2	11,5	27	40,5	56
Idade no início do uso do AASI	Não	14	16,5	10,6	4	12,5	33
	Sim	6	23,5	13,5	6	29	37
Tempo de uso do AASI	Não	14	22,6	7,2	10	23	34
	Sim	16	16,7	4,5	10	17,5	21
Média da melhor orelha	Não	14	91,0	29,3	35	100	120
	Sim	6	88,7	18,2	62	87,5	115

ANEXO 9

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Terapeutas)

O Sr(a). Está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que se intitula em: Conhecimento e atitudes de pais de crianças deficientes auditivas abaixo de 3 anos de idade: percepção de qualidade de um serviço de saúde auditiva.

O objetivo deste estudo é descrever e discutir a percepção da qualidade de um serviço de saúde auditiva através da análise do conhecimento e atitudes de pais de crianças com deficiência auditiva abaixo de três anos atendidas no serviço.

Caso permita a participar desta pesquisa, será feita uma entrevista através de contato telefônico com o (a) Sr (a).

Os resultados deste estudo podem ajudar os pesquisadores a entender melhor o conhecimento e atitudes dos pais a respeito do diagnóstico auditivo, do uso do AASI e do programa de intervenção terapêutica do filho e a percepção deles em relação à qualidade do serviço de saúde auditiva.

Não existem riscos médicos ou desconfortos associados com este projeto.

Fica claro que sua participação é voluntária. A clínica não pagará nenhum valor em dinheiro ou qualquer outro bem pela sua participação, assim como o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo adicional.

Os seus dados e os dados da criança serão mantidos em sigilo. Serão analisados em conjunto com os de outros pacientes e não serão divulgados dados de nenhum paciente isoladamente. O (a) Sr. (a) poderá esclarecer suas dúvidas durante toda a pesquisa com a Fonoaudióloga Paula Couto Fortes.

Eu, como pesquisadora responsável, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido(a) à respeito das informações que li ou que foram lidas por mim, descrevendo o estudo Conhecimento e atitudes de pais de crianças deficientes auditivas abaixo de 3 anos de idade: percepção de qualidade de um serviço de saúde auditiva.

Eu discuti com a Fonoaudióloga Paula Couto Fortes sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente

em permitir a minha participação neste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Nome do terapeuta: _____

Assinatura do terapeuta

____/____/____
Data

Assinatura da testemunha

____/____/____
Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Paula Couto Fortes
Responsável pelo Estudo

____/____/____
Data

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALIEIRO, C.R.; FICKER, L.B. **Reabilitação aural**: a clínica fonoaudiológica e o deficiente auditivo. In: LOPES-FILHO, O.C. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo (SP): Editora Roca, 1997. p. 311-25.

BECK, L.B. The role of outcomes data in health-care resource allocation. **Ear Hear.**, v.21, n.4(Suppl), p. 89S-96S, 2000.

BERWICK, D.M. A user's manual for the IOM's quality chasm report. **Health Affairs**, v.21, n.3, p. 80-90, 2002.

BEVILACQUA, M.C.; FORMIGONI, G.M.P. **O desenvolvimento das habilidades auditivas**. In: BEVILACQUA, M.C.; MORET, A.L.M. (Org.). Deficiência auditiva: Conversando com familiares e profissionais de saúde. São José dos Campos: Pulso, 2005. cap. 11, p. 179-201.

BEVILACQUA, M.C.; FORMIGONI, G.M.P. **Audiologia educacional**: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. São Paulo: Pró fono, 1997.

BITTENCOURT, Z.Z.L.C.; MONTAGNOLLI, A.P. Representações Sociais da surdez. **Medicina** (Ribeirão Preto), v.40, n.2, p. 243-9, 2007.

BOOTHROYD, A. **Profound deafness**. In: TYLER, R.S. Cochlear implants: audiological foundation. California, Singular Publishing Group, 1993, p.1-33.

BOSCOLO, C.C.; MOMENSOHN-SANTOS T M. A deficiência auditiva e a família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. **Distúrbios da Comunicação**, v.17, n.1, p.69-75, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. p.292, Art.196.

BRASIL. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 29/2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 178E 14 set. 2000. Seção 1. p.1.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o fundamento dos serviços correspondentes a dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 11 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 set 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 587, de 7 de outubro de 2004. Organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 589, de 8 de outubro de 2004. Operacionalização dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: 10-12 out 1986.

BROWN. A.S. Programas de intervenção precoce. In: FONSECA, V.R.J.R.M. **Surdez e Deficiência Auditiva**: a trajetória da infância à idade adulta. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p.113-124.

CANHO, P.G.M; NEME, C.M.B; YAMADA, M.O. A vivência do pai no processo de reabilitação da criança com deficiência auditiva. **Estud. Psicol.** (Campinas), v.23, n.3, p.261-9, 2006.

CARVALHO, A.P.P. **Encontros entre mães e terapeutas de crianças surdas**: a questão da diversidade sócio-cultural em programas de intervenção. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2001.

Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI): Período neonatal. **J. Pediatria**, v.77, n.1, 1999.

CROW, R.; GAGE, H.; HAMPSON, S.; HART, J.; KIMBER, A.; STOREY, L.; THOMAS, H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for a systematic review of the literature. **Health Technol. Assess.**, v.6, n.32, p.1-244, 2002.

CRUZ, M.S.; SILVA, D.P.C.; CAMPOS, C.; FENIMAN, M.R. O processamento auditivo no distúrbio específico de linguagem: relato de caso. **Salusvita**, v.22, n.3, p. 425-37, 2003.

DAVIS, H.; SILVERMANN, R.S. **Hearing and Deafness**. New York, Holt, Rinehart & Wiston, 1970.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Méd.**, v.114, n.11, p.1115-8, 1990.

DURANTE, A.S.; CARVALLO, R.M.M.; COSTA, M.T.Z.; CIANCIARULLO, M.A.; VOEGELS, R.L.; TAKAHASHI, G.M.; SOARES, A.V.N.; SPIR, E.G. A implementação de programa de triagem auditiva neonatal universal em um hospital universitário brasileiro. **Pediatrics** (São Paulo), v.26, n.2, p.78-84, 2004.

FÉRES, M.C.L; CAIRASCO, N.G. Plasticidade do sistema auditivo. **RBORL** (São Paulo), v.67, n.5, p.716-20, 2001.

FERREIRA, M.C.M. E quando o cliente é o bebê? Particularidades da intervenção fonoaudiológica em bebês portadores de deficiência auditiva. **Distúrb. Comun.**, v.15, n.2, p.355-82, 2003

FITZPATRICK, E.; GRAHAM, I.D.; DURIEUX-SMITH, A.; ANGUS, D.; COYLE, D. Parents' perspectives on the impact of the early diagnosis of childhood hearing loss. **Int. J. Audiol.**, v.46, n.2, p.97-106, 2007.

GARCIA, C.F.D.; ISAAC, M.L; OLIVEIRA, J.A.A. Emissão otoacústica evocada transitória: instrumento para detecção precoce de alterações auditivas em recém-nascidos a termo e pré-termo. **RBORL** (São Paulo), v.68, n.3, p.344-52, 2002.

GRAVEL J.S. Audiologic assessment for the fitting of hearing instruments: Big challenges from tiny ears. In: SEEWALD R.C., editor. **A sound foundation through early amplification**. Phonak AG; 2000.

GRAVEL, J.S; HOOD, L.J. Avaliação audiológica infantil. In: MUSIEK, F.; RINTELMANN, W. **Perspectivas atuais em avaliação auditiva**. São Paulo: Manole. 2001, p. 301-22.

HOSFORD-DUNN, H; HALPERN, J. Clinical application of the satisfaction with amplification in daily life scale in private practice I: Statistical, content and factorial validity. **J Am Acad Audiol.**, v.11, n.10, p. 523-39, 2000.

HULL, RH. What is aural rehabilitation? In: ____ **Aural Rehabilitation: serving children and adults**. San Diego: Singular Publishing, 2001:03-17.

IERVOLINO, S.M.S.; SOUSA, M.C.F.; ALMEIDA, K. O processo de orientação ao usuário de próteses auditivas. In: Almeida, K; Iorio, M.C.M. **Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas**. São Paulo: Lovise, 1996.

ISOTANI, S.M. et al. **Desenvolvimento da linguagem e auditivo em crianças aos 2 anos de vida frequentadoras de escola**. In: Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 12, 2005, Santos. Anais... Santos: SBFa, 2005. 1 (CD-ROM).

JACOB, L.C.B; BEVILACQUA, M.C. Privação sensorial da função auditiva. **Distúrbios da comunicação** (São Paulo), v.12, n.2, p.161-72, 2001.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **Pediatrics**, v. 106, n.4 p. 798-817, 2000.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **Pediatrics**, v. 120, n. 4, p. 898-921, 2007.

JENSEN-ROSLYNG, A.M.A.R. O acompanhamento fonoaudiológico de crianças surdas e deficientes auditivas no contexto familiar. In: FONSECA, V.R.J.R.M. **Surdez e deficiência auditiva: a trajetória da infância à idade adulta**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p.125-144.

KAMINSKI, J.M.; TOCHETTO, T.M., MOTA, H.B. Maturação da função auditiva e desenvolvimento de linguagem. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v.11, n.1, p.17-21, 2006.

MAIR. K.; ROBINSON, J.; ABUBAKAR, B. **Employee morale**: an effort to improve customer service in the emergency department at Good Samaritan Hospital. 2008 ABR & TLC Conference Proceedings Orlando, Florida, USA. Disponível em: < http://www.cluteinstitute-onlinejournals.com/Programs/Disney_2008/Article%20274.pdf>.

MARTINEZ, M.A.N.S. Avaliação audiológica na criança. In: Ferreira, L.P., Befi-Lopes, D.M., Limongi, S.C.O. (Orgs.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.597-603.

MOELLER, M.P. Early Intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. **Pediatrics** (Illinois), v.106, n.3, p.e-43.

MORET, A.L.M.; FREITAS, V.S.; FERREIRA, M.C.F.; ALVARENGA, K.F.; BEVILACQUA, M.C. Curso para pais de crianças deficientes auditivas: estudo do conhecimento dos pais em um módulo intermediário. **Distúrb. Comun.**, v.19, n.1, p.25-37, 2007.

MOTTI, T.F.G. **Programa de orientação não presencial dos pais de crianças deficientes auditivas**. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos: 2005.

NEGRELLI, M.E.D.; MARCON, S.S. Família e criança surda. **Ciênc. Cuid. Saúde** (Maringá), v.5, n.1, p.98-107, 2006.

NERY, D.M. **O processo terapêutico de uma criança deficiente auditiva: uma possível articulação entre teoria e prática fonoaudiológica.**

Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2000.

NÓBREGA, M. **Estudo da deficiência auditiva em crianças e adolescentes, comparando-se os períodos de 1990 a 1994 e 1994 a 2000.** Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo: 2004.

NORTHERN, J.L.; DOWNS, M.P. **Audição em crianças.** 3 ed. São Paulo: Manole, 1989.

NOVAES, B.C.A.C. A criança deficiente auditiva. In: BEVILACQUA, M. C; MORET, A.L.M. **Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde.** 1.ed. São José dos Campos(SP): Pulso; 2005. p.27- 34.

NOVAES, B.C.A.C. **Hearing imparied children in São Paulo, Brazil:** knowledge and attitudes of mothers regarding hearing impairment and early intervention programs, and the implications for habilitation. 241f. Tese (Doutorado). Columbia University, Columbia: 1986.

NOVAES, B.C.A.C.; BALIEIRO, C.R. Terapia Fonoaudiológica da Criança Surda. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Editora Roca; 2004. p.732-9.

OLIVEIRA, C. G. **Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1992. 36p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.20).

OLIVEIRA, P.; CASTRO, F.; RIBEIRO, A. Surdez infantil. **RBORL** (São Paulo), v.68, n.3, p.417-23, 2002.

OLIVEIRA, R.G. A experiência de famílias no convívio com a criança surda. **Acta Sci. Health Sci.**,v.26, n.1, p.183-91, 2004.

PARRADO, M.E.S. Emissões otoacústicas evocadas e audiometria de respostas elétricas do tronco cerebral. In: BASSETTO, M.C.A.; BROCK, R.; HAJNSZTEJN, R. **Neonatologia:** Um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise, 1998, p.65-69.

Rodrigues, A.F.; PIRES, A. Surdez infantil e comportamento parental. **Aná. Psicológica** (Portugal), v.20, n.3, p.389-400, 2002.

RIBAS, A.; ROCHA, L. Nível de conhecimento que pais de crianças surdas têm sobre a manipulação do aparelho auditivo de seus filhos. **Tuiuti: Ciência e Cultura** (Curitiba), n.36, FCBS.4, p.75-86, 2002.

RIBEIRO, B.M. **O acompanhamento em um serviço de saúde auditiva: indicadores de habilidades auditivas e de linguagem em crianças menores de três anos**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2008.

ROSLYNG-JENSEN, A.M.A. O acompanhamento fonoaudiológico de crianças surdas e deficientes auditivas no contexto familiar. In: FONSECA, V.R.J.R.M. **Surdez e Deficiência Auditiva: uma trajetória da infância a idade adulta**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 125-44.

SERBETCIOGLU, M.B. Critical learning period for speech acquisition and screening techniques in early detection of hearing impairment. **Turk journal pediatric.**, v.43, n.2, p.18-32, 2001.

SILMAN, S.; IÓRIO, M.C.M.; MIZHAHI, M.M.; PARRA, V.M. Próteses auditivas: um estudo sobre seu benefício na qualidade de vida de indivíduos portadores de perda auditiva neurosensorial. **Distúrb. Comun.** (Portugal), v.16, n.2, p.153-65, 2004.

SILVA, V.V.C; PADOVANI, C.A; BOMFIM, F.R. Conhecimento de pais de crianças surdas sobre a reabilitação auditiva: uma experiência em Salvador. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.31, n.1, p.7-18, 2007.

SIM, J.; WRIGHT, C.C. The Kappa Statistic in reliability studies: use, interpretation and sample size requirements. **Physical Therapy**, v.85, n.3, p.257-68, 2005.

SIMONETTI, P.; COSTA FILHO, O.A. Seleção e adaptação de AASI para bebês: verificação *in situ* das diferentes características morfofisiológicas da orelha externa. **Distúrb Comun.** (Portugal), v.15, n.2, p.201-21, 2003.

SININGER, Y.S. Audiologic assessment in infants. **Curr. Opin. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.** (Philadelphia), v.11, n.1, p.378-82, 2003.

SOMMERS, P.A. Participación activa de los consumidores en el sistema de prestación de los servicios de salud: una evaluación de la satisfacción de los pacientes / Active consumer participation in the health delivery system: an evaluation of patient satisfaction. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** (OSP), v.94, n.1, p.54-75, 1983.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. 1 ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

TEIXEIRA, C.F. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva: estudo de caso em Pernambuco**. 159f. Tese (Doutorado). Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife: 2007.

WARE JUNIOR, J.E. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction rating. **Med. Care**, v.16, n.4, p.327-36, 1978.

YOSHINAGA-ITANO, C. Efficacy of early identification and early intervention. **Semin. Hear.**, v.6, n.2, p.15-23, 1995.

YOSHINAGA-ITANO, C. From screening to early identification and intervention: discovering predictor to successful outcomes for children with significant hearing loss. **J. Deaf Stud. Deaf Educ.** (Oxford), v.8, n.1, p.11-30, 2003.

YOSHINAGA-ITANO, C.; SEDEY, A.L.; COULTER, D.K.; MEHL, A.L. Language of early and later-identified children with hearing loss. **Pediatrics** (Illinois), v.102, n.5, p.1161-71, 1998b.

YOSHINAGA-ITANO, C.; SNYDER, L.S.; DAY, D. The relationship of language and symbolic play in children with hearing loss. **Volta Review**, Washington, v.100, n.3, p. 135-64, 1998a.

ZOCOLI, A.M.F; RIECHEL, F.C; ZEIGELBOIM, B.S; MARQUES, J.M. Audição: Abordagem do pediatra acerca dessa temática. **RBORL** (São Paulo), v.72, n.5, p.617-23, 2006.