

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

EXPECTATIVAS DE TERAPEUTAS E PAIS DE CRIANÇAS COM  
DEFICIÊNCIA AUDITIVA QUANTO ÀS HABILIDADES AUDITIVAS E DE  
LINGUAGEM

Ana Luiza Rocha Leite de Oliveira Marques

São Paulo  
2013

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

**Ana Luiza Rocha Leite de Oliveira Marques**

**EXPECTATIVAS DE TERAPEUTAS E PAIS DE CRIANÇAS COM  
DEFICIÊNCIA AUDITIVA QUANTO ÀS HABILIDADES AUDITIVAS E DE  
LINGUAGEM**

Trabalho de Conclusão de  
Curso, sob a orientação da Prof.  
Dra. Beatriz C. A. C. Novaes

## Dedicatória

À minha mãe, Risoleta, a quem tanto amo por estar sempre presente na minha vida, pelo seu amor incondicional, pelo apoio e por ter me ensinado a lutar pelo o que quero.

Aos meus irmãos, Beto e Fernando por serem meus amigos e por saber que posso sempre contar com eles.

As minhas irmãs de coração, minhas cunhadas Juliana e Izabel por serem as irmãs que eu nunca tive, por me incentivam sempre a continuar firme e por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu sobrinho e afilhado, Felipe.

A toda a minha família por ser a minha base e por estar sempre ao meu lado dando-me força.

AMO MUITO VOCÊS!!!!

## Agradecimentos

À Bia Novaes, minha querida orientadora, pelo carinho e apoio nos momentos em que mais precisei, pelos ensinamentos fundamentais á minha formação, por acreditar em mim sempre, pela paciência e grande incentivo e por ser um exemplo para mim.

À Prof. Dra. Luisa Barzaghi-Ficker pelas contribuições na banca de qualificação e nas supervisões do estágio. Obrigada por fazer parte da minha formação.

À minha mãe, meus irmãos Fernando e Beto, minhas cunhadas Izabel e Juliana e meu sobrinho Felipe por serem meu alicerce e meu orgulho. Amo muito vocês.

Aos meus tios, tias, primos e primas que sempre acompanharam meu crescimento pessoal e profissional e que sempre torcem por mim.

À minha madrinha, Mariana pelo amor e apoio oferecido por toda a minha vida.

As minhas amigas e fonoaudiólogas Daniela Nogueira, Paula Lazarini, Luiza Barcellos e Marcela Ferrari por serem minhas melhores amigas, pelo apoio, por saber que eu posso sempre contar com vocês e, principalmente, por me aguentarem.

À minha amigona, Amanda Barreiros por ser a pessoa que está ao meu lado todos os dias bons ou ruins, pela ajuda e pelo apoio.


À Doutora Carolina Versolato-Cavanaugh pela ajuda, apoio sempre e por ser um exemplo para mim.

Às meninas do estágio de Audiologia Educacional: Amanda, Bruna, Gabriela, Giovana, Jaqueline, Julia e Sirleide pela amizade, companhia e ajuda na coleta deste estudo.

Aos meus pacientes e seus pais por acreditarem e confiarem em mim.

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

A toda equipe DERDIC e CeAC, especialmente o Eduardo, o João e a Ciça pela disponibilidade em ajudar-me sempre e pelo carinho com os pacientes.

À Bella e Milk por estarem sempre ao meu lado. 

Obrigada a todos vocês por fazerem parte da minha vida e me deixarem fazer parte da de vocês também.

## 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 analisar comparativamente expectativas de terapeutas e pais de crianças com deficiência auditiva em processo terapêutico, a partir de seus relatos quanto à satisfação ou insatisfação em relação a habilidades auditivas e de linguagem da criança.

**Método:** Participação do estudo 10 crianças com deficiência auditiva entre 1 ano e 6 anos, seus pais e/ou responsáveis e suas terapeutas, regularmente matriculadas 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 com deficiência auditiva e Escala de Envolvimento Familiar.

**Resultados e Discussão:** A maioria dos pais está satisfeita com o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem. A terapia foi o fator mais mencionado como contribuinte ou não para o desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças. Em relação às terapeutas a maioria apresentou satisfação quanto à audição das crianças; quanto ao desenvolvimento de linguagem metade apresentou-se satisfeita e metade insatisfeita. O fator terapia foi o mais mencionado por elas como contribuinte para o desenvolvimento auditivo e de linguagem.

**Conclusão:** Os resultados indicam que é preciso envolver os familiares no processo terapêutico estabelecendo metas coerentes com o potencial da criança. Apesar de todos os pais terem sido considerados envolvidos com o processo terapêutico atingindo níveis 4 e 5 na escala utilizada, trabalhar seus desejos, suas necessidades e expectativas quanto ao desenvolvimento da audição e linguagem das crianças com deficiência auditiva podem contribuir para uma expectativa mais afinada com a dos terapeutas.

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

## Sumário

Dedicatória .....	i
Agradecimentos.....	ii
Resumo .....	iv
Lista de Figuras .....	vi
Lista de tabelas.....	vii
Lista de Abreviaturas.....	viii
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>4</b>
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA .....	4
2.2. DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA .....	11
2.2.1 Importância da família no processo de intervenção fonoaudiológica da criança com deficiência auditiva.....	16
2.3 AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	20
2.3.1 Instrumentos de avaliação de satisfação voltados a pais e terapeutas .....	22
<b>3. Objetivo .....</b>	<b>27</b>
<b>4. Método .....</b>	<b>28</b>
4.1 LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.2 SUJEITOS.....	28
4.2.1 Critério de inclusão.....	29
4.2.2 Caracterização dos sujeitos .....	29
4.3 MATERIAL .....	31
4.4 PROCEDIMENTO .....	31
4.4.1 Registro das informações dos prontuários.....	31
4.4.2 Entrevista com pais (Novaes,1986).....	31
4.4.3 Critério de classificação Econômica Brasil .....	32
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	32
4.5.1 Registro dos dados demográficos e audiológicos e de processos contidos nos prontuários ...	32
4.5.2 Atitudes dos pais diante do desenvolvimento de habilidades auditivas e de linguagem.....	34
4.5.3 Associação da satisfação dos familiares quanto à audição e a linguagem.....	34
4.5.4 Dados relatados pelas terapeutas.....	34
4.5.5 Concordância entre pais e terapeutas em relação à satisfação com o desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças com deficiência auditiva.....	35
<b>5. Resultados e Discussão .....</b>	<b>36</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS .....	36
5.1.1 Idade da criança na data da entrevista.....	37
5.1.2 Características demográficas dos pais e mães das crianças com deficiência auditiva.....	37
5.2 CARACTERIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DOS SUJEITOS .....	39
5.2.1 Grau de perda auditiva .....	39
5.3 PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES EM RELAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES AUDITIVAS E DE LINGUAGEM DAS CRIANÇAS .....	40
5.3.1 Distribuição de satisfação em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem.....	40
5.3.2 Distribuição de fatores que, segundo os pais ou responsáveis, contribuíram para o desenvolvimento de audição e de linguagem da criança .....	41
5.4 SATISFAÇÃO DOS PAIS QUANTO À AUDIÇÃO, CONSIDERANDO-SE AS VARIÁVEIS: IDADE NA ENTREVISTAS (MESES), IDADE NO INÍCIO (MESES), TEMPO DE USO (MESES), MÉDIA DA MELHOR ORELHA E GRAU DE PERDA AUDITIVA.....	45
5.5.DADOS RELATADOS PELAS TERAPEUTAS.....	49
5.5.1 Distribuição da satisfação das terapeutas em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças .....	49
5.5.2 Distribuição de fatores que, segundo as terapeutas, podem ter contribuído ou não para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem de seus pacientes.....	50
5.5.3 Critérios de classificação de envolvimento familiar .....	52
<b>6. Conclusão e Considerações Finais.....</b>	<b>55</b>
<b>7. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>57</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>63</b>

## Lista de Figuras

Figura 1 - Idade na data da entrevista .....	37
Figura 2 - Distribuição da satisfação dos familiares quanto ao desenvolvimento de audição e de linguagem. N=9.....	40



## 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, 1KHz, 2KHz, 4KHz de limiar (dBNA) da melhor orelha e dispositivos eletrônicos/opção familiar. (N=10).....	30
Tabela 2 - Características demográficas dos pais (idade). N=10 .....	38
Tabela 3 - Características demográficas dos pais (Nível de escolaridade). N=9.....	39
Tabela 4 - 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. Cada pai referiu-se a quantos fatores desejasse.....	42
Tabela 5 - 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. Cada pai referiu-se a quantos fatores desejasse.....	43
Tabela 6 - Distribuição da satisfação das terapeutas; da satisfação do pais; idade na data da entrevista (meses); idade no início do uso do AASI (em meses); tempo de uso do AASI (em meses); média na melhor orelha (dB NA) e nível de envolvimento familiar. ....	46
Tabela 7 - Distribuição da satisfação dos terapeutas quanto ao desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças. Foi considerado o N=10, pois duas terapeutas atendiam mais de uma criança. ....	49
Tabela 8 - Distribuição 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. Cada terapeuta referiu-se a quantos fatores desejasse. ....	50
Tabela 9 - Distribuição 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. Cada terapeuta referiu-se a quantos fatores desejasse. ....	51
Tabela 10 - Classificação quanto ao nível de envolvimento familiar apresentado pelas terapeutas das dez crianças.....	53
Tabela 11 - Distribuição 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) .....	53

## Lista de Abreviaturas

APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CeAC	Centro Audição na Infância
CBPAI	Comitê Brasileira sobre Perdas Auditivas na Infância
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
FM	Sistema de Frequência Modulada Pessoal
GM	Gabinete do Ministro
Hz	Hertz
JCIH	Joint Committee Infant on Hearing
KHZ	kilohertz
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
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

## 1. INTRODUÇÃO

---

A deficiência auditiva pode trazer muitas limitações ao indivíduo, à medida que interfere na capacidade de percepção dos sons e, conseqüentemente, 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).

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 tornou-se responsável por prestar assistência à pessoa com deficiência auditiva. Deve-se assegurar o acesso a procedimento de triagem auditiva, diagnóstico e às sessões de terapia fonoaudiológica, através dos centros de média e alta complexidade conveniados ao Ministério da Saúde.

De acordo com a publicação das Portarias GM 79 de 24 de abril de 2012 e GM 835 de 25 de abril de 2012 deve-se garantir à pessoa com deficiência auditiva o melhor uso possível do seu resíduo auditivo. Para que isso aconteça, deve-se oferecer um processo de reabilitação que garanta tanto a seleção e adaptação do tipo e características tecnológicas dos AASIs adequados às características audiológicas e necessidades acústicas de cada indivíduo, quanto o acompanhamento periódico com monitoramento audiológico da deficiência auditiva e da amplificação. Esse processo de reabilitação também deve assegurar que o usuário receba orientações, treino do manuseio do AASI e terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem.

Assim, a fonte fundamental para avaliar o serviço é a experiência vivida pelo paciente. Em 1990, Donabedian definiu o conceito de qualidade através de sete pilares: 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).

Em 2004, Tanaka e Melo afirmam que ao avaliar o desempenho um serviço ou de um produto, o cliente utiliza a mensuração da satisfação 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 e diferentes expectativas dos pais/responsáveis de crianças com deficiência auditiva quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem no processo terapêutico no programa de Audiologia Educacional que esse trabalho de conclusão de curso foi desenvolvido.

Como os participantes da pesquisa são crianças, o foco nesses casos serão os familiares (pais e cuidadores principais), considerados como fonte fundamental dessa satisfação. Com o sentido de complementar essa avaliação, as terapeutas fonoaudiólogas dessas crianças e adolescentes serão convidadas a responder um questionário de satisfação. Partindo do pressuposto que o envolvimento familiar nesse processo de intervenção é

fundamental, as terapeutas também avaliaram a participação dos pais no processo terapêutico.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

---

### 2.1 Política nacional de atenção à saúde auditiva

A partir da Constituição de 1988, o direito à saúde foi instituído a todos. Assim, 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, que se baseia no artigo 196 da Constituição Federal (FD) de 1988, estabeleceu os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde). Essa lei é composta por duas outras leis complementares: Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, enfatizando 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. Ela também coordena a participação da comunidade na gestão SUS por meio da Conferência da Saúde, que acontece a cada quatro anos.

Dessa forma, surgem os princípios básicos do SUS: acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, prevenção e proteção à saúde; participação comunitária; rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

Essas ações devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 196 da CF, obedecendo 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).

Assim, 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 tem a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos portadores de deficiência auditiva, e assim minimizar as consequências causadas por ela. Dessa forma, é necessária uma boa articulação entre Ministério da Saúde, Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (Ministério da Saúde, 2004).

No Art. 2ª dessa Portaria estão descritos os objetivos da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva que são:

- 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 transeitoriais 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-efetivo, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da reabilitação auditiva no Brasil;
- VII. Contribuir pra 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)<sup>1.1</sup>

Após a PNASa, foram publicadas outras quatro portarias: SAS/MS nº 587 de 07 de outubro de 2004, SAS/MS nº 589 de 08 de outubro de 2004, GM/MS nº 79 de 24 de abril de 2012 e GM/MS nº 835 de 25 de abril de 2012. Essas portarias foram descritas devido à necessidade de definir as Ações de

---

<sup>1</sup> FONTE: Portaria nº 2073 de 28 de setembro de 2004



Saúde Auditiva na Atenção Básica, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva nos serviços de alta e média complexidade e de auxiliar a gestão do controle e avaliação da atenção às pessoas portadoras de deficiência auditiva (Portaria 587 Ministério da saúde, 2004).

A **Portaria É SAS/MS nº 587 (07/10/2004)** é dividida em cinco anexos: I. Descreve as normas de atendimento em saúde auditiva e inclui as ações na atenção básica e nos serviços de média e alta complexidade; II. Descreve o regulamento e as normas gerais para habilitação e credenciamento dos serviços; III. Encontra-se o formulário para a vistoria do gestor; IV. Diretrizes para o fornecimento dos AASIs; e V. Traz o formulário para seleção e adaptação de AASI e os parâmetros para a distribuição dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e Alta Complexidade. Essa portaria também define as ações de Saúde Auditiva nos três níveis de atenção.

Na atenção básica devem ser realizadas ações de prevenção, promoção e identificação precoce dos problemas auditivos. Neste nível de atenção compreendem as orientações aos familiares, campanhas educativas e informativas e identificação precoce dos neonatos com indicadores de risco (JCIH,2000) que devem ser encaminhados para serviço de média e/ou alta complexidade para fazer uma avaliação audiológica especializada.

Na média complexidade devem ser realizados: triagens e monitoramentos da audição de neonatos, pré-escolares e escolares; diagnóstico, tratamento e reabilitação, que envolve a seleção, adaptação, fornecimento de AASI e terapia fonoaudiológica de perda auditiva em crianças a partir de 3 anos de idade, jovens e adultos (trabalhadores e idosos). As unidades devem ser articuladas e integradas com o sistema local e regional, oferecendo consulta otorrinolaringológica, avaliação fonoaudiológica e de linguagem. Também é necessário garantir avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientação familiar e escolar. Os pacientes com afecções associadas, perdas auditivas unilaterais, dificuldade na realização do exame e crianças menores que 3 anos de idade devem ser encaminhados para

a alta complexidade. Deve haver uma equipe mínima para atender, no máximo, 60 (sessenta) pacientes/mês composta por: um otorrinolaringologista, quatro fonoaudiólogos (com experiência em diagnóstico, protetização e reabilitação), um assistente social e um psicólogo.

A alta complexidade deve ser composta de uma estrutura física, equipamentos especializados e credenciados no SUS (Anexo II SAS/MS nº 787/2004); recursos humanos com uma equipe mínima para atender, no máximo, 100 (cem) pacientes/mês e ser composta por: dois otorrinolaringologistas, um neurologista ou neuropediatra, seis fonoaudiólogos (com experiência em diagnóstico, protetização, reabilitação e audiolgia infantil), um assistente social e um psicólogo. Nesse caso, as seguintes ações tem que ser realizadas: diagnóstico audiológico, reabilitação de crianças até três anos, de pacientes com afecções associadas, com perdas unilaterais e aqueles que tiveram dificuldade para realizar o exame em um serviço de menor complexidade; consulta otorrinolaringológica, pediátrica, neurológica, avaliação audiológica e de linguagem; exames complementares; reabilitação com tratamento clínico otorrinolaringológico, seleção, indicação de AASI e terapia fonoaudiológica; fornecer orientação familiar e à escola; garantir atendimento com assistente social e avaliação e terapia psicológica.

De acordo com o Anexo IV, SAS/MS nº587/2004, os serviços de saúde auditiva de média e alta complexidade devem garantir à pessoa com deficiência, o melhor uso possível do seu resíduo auditivo. Para tanto, devem oferecer um processo de reabilitação que garanta desde a seleção e adaptação do tipo e características tecnológicas do AASI adequados às características audiológicas e necessidades acústicas do individuo e do molde auricular. Também deve ser oferecido um acompanhamento periódico, com monitoramento audiológico da perda auditiva e da amplificação e orientação e treino do manuseio do AASI, e terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem do usuário.

Para os usuários acima de três anos, o diagnóstico auditivo necessário para a seleção do AASI deve ser realizado por meio de avaliação otorrinolaringológica e audiológica que compreende anamnese, audiometria tonal limiar ou audiometria condicionada por via aérea e via óssea; logaudiometria; imitanciometria e pesquisa do nível de desconforto (tom puro e fala). Também incluem-se no processo de seleção testes de percepção de fala, avaliação de linguagem e questionários de avaliação do desempenho auditivo. Esses procedimentos são realizados na média complexidade, mas caso haja a necessidade de algum tipo de exame complementar ou um diagnóstico diferencial, existem alguns procedimentos que são apenas realizados na alta complexidade.

Na alta complexidade, os procedimentos de avaliação dos indivíduos com até três anos de idade incluem avaliação otorrinolaringológica e áudiológica composta por: anamnese fonoaudiológica, emissões otoacústicas transiente e por produto de distorção; observação de respostas comportamentais a estímulos sonoros; potencial auditivo de curta e/ou média latência; imitanciometria; audiometria de reforço visual (VRA) ou audiometria lúdica, preferencialmente com fones; medida da diferença entre acoplador de 2,0ml e orelha real (RECD); avaliação de linguagem; teste de percepção de fala; questionários de avaliação do desempenho auditivo.

Segundo a Portaria nº 587/2004, a validação do AASI pode ocorrer por meio de questionário de avaliação do benefício e satisfação do usuário de acordo com a idade e capacidade auditiva do paciente e também por protocolos que avaliem a percepção de fala. No que diz respeito às crianças menores de três anos, são indicados roteiros de entrevistas com os pais ou responsáveis, os quais abordam o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem das crianças, para a verificação do benefício do AASI.

Essa mesma portaria e também as Portarias nº 79/2012 e nº835/2012 indicam que é de responsabilidade de todo serviço credenciado realizar acompanhamento audiológico periódico para monitoramento da perda auditiva

e a efetividade do uso do AASI. Os pacientes com idade inferior a três anos de idade devem retornar para acompanhamento até 4 vezes ao ano, realizando uma reavaliação composta por: otorrinolaringológica e audiológica: imitanciometria, audiometria de reforço visual (VRA) a partir dos 5 meses; audiometria em campo livre com e sem AASI; verificação eletroacústica em acoplador de 2cc; medidas de RECD; protocolo de avaliação das funções auditivas; avaliação do desenvolvimento de linguagem; orientação à família quanto ao manuseio do AASI e seus componentes e a conscientização quanto à necessidade da terapia fonoaudiológica; e a confirmação da necessidade de reposição de molde auricular.

Em se tratando dos usuários maiores de 3 anos a 17 anos, o acompanhamento deve ser de até 2 vezes ao ano utilizando-se de todos os procedimentos acima, exceto as medidas do acoplador e incluindo a pesquisa do ganho de inserção e a possível reposição de microtubos, olivas, receptor do canal e a reposição de cápsulas dos aparelhos intracanal ou microcanal 1 vez ao ano. Os adultos (maiores de 17 anos) precisam retornar ao serviço apenas uma vez ao ano para a realização de avaliação otorrinolaringológica; fonoaudiológica (audiometria tonal, logaudiometria, imitanciometria, audiometria em campo com e sem AASI e ganho de inserção); testes de percepção de fala; questionários de avaliação do benefício e satisfação; avaliação e orientação do manuseio, aconselhamento e orientações sobre estratégias de comunicação; reposição de molde auricular; reposição de microtubos e olivas; reposição de receptor do canal; e reposição de cápsulas dos aparelhos intracanal e microcanal, quando necessário.

Ainda de acordo com as diretrizes das portarias, também é responsabilidade do serviço oferecer reabilitação integral ao indivíduo. Assim, deve ser garantida a terapia fonoaudiológica após a concessão do AASI. No caso dos adultos, a terapia deve acontecer em sessões de 45 minutos, em séries de 6, individual ou em grupo. No caso das crianças, são duas sessões semanais de 45 minutos e individual. Em ambos os casos, deve haver uma

avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

## **2.2. Do diagnóstico à intervenção fonoaudiológica da criança com deficiência 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; SERBETCIOGLU, 2001).

Através de estudos realizados na área é possível notar que a audição é a principal via pela qual a linguagem oral é adquirida e para que isso ocorra sem nenhuma intercorrência, é necessário que o sistema auditivo esteja íntegro. 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).

A partir disso, qualquer retardo na maturação das funções auditivas podem causar 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 dificuldade de identidade social. Gerando assim um grande impacto não só sobre a pessoa com deficiência auditiva, mas também sobre sua família e a sociedade em geral.

Almeida (2001); Garcia, Isaac e Oliveira (2002) observam que o desenvolvimento de linguagem e a aprendizagem de uma pessoa com deficiência auditiva podem assemelhar-se ao desenvolvimento dos ouvintes, desde que seja realizado diagnóstico e intervenção precoce. No período crítico da maturação e da plasticidade funcional do Sistema Nervoso Auditivo Central (SNAC), a intervenção precoce é fundamental para evitar déficits irreversíveis,

o que possibilita um prognóstico favorável em relação ao desenvolvimento global da criança.

Yoshinaga-Itano *et al* (1998) realizou um estudo que tinha como objetivo comparar as habilidade auditivas de linguagem de dois grupo de crianças (as que tiveram a identificação da perda auditiva antes dos seis meses de idade e as que tiveram apos essa idade), sendo que todas iniciaram a intervenção fonoaudiologica no máximo dois meses depois do diagnóstico. Contatou-se que o grupo de crianças com diagnóstico realizado antes dos seis meses teve melhor desenvolvimento de linguagem quando comparadas ao outro grupo. Esse estudo foi realizado em crianças com 5 anos de idade.

Para os autores Feres e Cairasco (2001); Jacob e Bevilacqua, (2001); Serbetcioglu (2001); Moeller (2000); Yoshinaga . Itano (2003) a intervenção fonoaudiológica iniciada até os seis meses pode auxiliar a reorganização cortical, permitindo a adequação da função lesada frente à plasticidade auditiva. A plasticidade auditiva, ou seja, a reorganização, ocorre com mais facilidade no período inicial da lesão, reduzindo-se com o passar do tempo. Assim, havendo uma intervenção precoce, melhores são condições para o desenvolvimento de linguagem, produção da fala, vocabulário receptivo e expressivo e nas habilidades pessoais e sociais.

À vista disso para que a identificação seja cada vez mais precoce o Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI), em 1999, recomendou a triagem auditiva neonatal (TAN) de forma universal, dessa forma abrangendo todos os recém-nascidos. Também foi determinado pelo Comitê que o diagnóstico deve ser feito ate os três meses de idade e o processo de intervenção iniciar-se até os seis meses. O objetivo dessas recomendações é adaptar o AASI o mais cedo possível na criança e acompanhá-la em um serviço especializado, qual seja a intervenção terapêutica, deve ser realizada essencialmente até os seis meses de idade (DURANTE *et. al*, 2004).

Em 2000, o Joint Commite on Infant Hearing (JCIH) fez as mesmas recomendações e, em 2007, fez uma nova publicação fazendo as mesmas

recomendações, mas com algumas atualizações. Isso ocorreu porque segundo Yoshinaga-Itano et. Al (1998b), a intervenção precoce antes do seis meses de idade proporciona à criança um desenvolvimento de linguagem tanto expressiva quanto receptiva.

No mesmo ano, o JCIH demonstrou a preocupação não apenas em garantir a identificação precoce da perda auditiva, mas também de garantir o acesso a programas de intervenção precoce, definindo oito princípios a serem seguidos. Esses princípios foram reafirmados na sua publicação de 2007, na qual descreveram-se os indicadores de qualidade, de acordo com cada etapa do programa de saúde auditiva.

Com relação à etapa da TAN, ficou definido como um indicador de qualidade que 95% dos neonatos nascidos devem ser triados antes do primeiro mês de vida e ,no máximo, 4% devem ser encaminhados para o diagnóstico audiológico.

Ainda em 2007, o JCIH, tratando dos indicadores de qualidade para confirmação do diagnóstico de perda auditiva, considera que 90% dos neonatos encaminhados para diagnóstico devem concluir a avaliação audiológica até os três meses de idade e que 95% das crianças com perda auditiva bilateral que optem pelo programa de adaptação de AASI devem ser inseridas em um desses programas, até um mês depois do diagnóstico da perda auditiva.

Também foram definidos os indicadores de qualidade para a etapa de intervenção fonoaudiológica. Nessa etapa, é necessário que 90% das crianças com diagnóstico de perda auditiva tenham acesso e sejam inseridas em um programa de protetização e intervenção, no máximo até os seis meses de idade; que 95% das crianças com perda auditiva adquirida, ou seja, com diagnóstico tardio tenham acesso e sejam inseridas em um serviço de protetização e intervenção, no máximo, 45 dias depois do diagnóstico; e que 90% das crianças, com perda auditiva confirmada, recebam o primeiro

atendimento para desenvolver a linguagem e a fala antes dos 12 meses de idade.

A avaliação audiológica infantil, principalmente de crianças bem pequenas, exige a realização de muitos exames para que o diagnóstico da deficiência auditiva seja 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 essa 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*).

Gravel e Hood (2001) aconselham que nenhum resultado de exame audiométrico pode ser considerado válido sem a realização de outros testes para a sua confirmação. Para a confirmação mais precisa da deficiência auditiva e de outras alterações é preciso que haja uma observação da criança, história clínica da mesma e o relato dos pais. Segundo Oliveira, Castro e Ribeiro (2002) outro fator muito importante é a identificação da etiologia, determinando assim as perdas auditivas progressivas.

Almeida (2005); Bevilacqua e Formigoni (2005) destacam que a intervenção fonoaudiológica logo após o diagnóstico da deficiência auditiva é imprescindível, pois possibilita a utilização do resíduo auditivo com a intenção de desenvolver as habilidades auditivas para o desenvolvimento de linguagem e da fala. Assim, é fundamental a indicação do uso do AASI, sendo que, junto com esse processo podem ser indicados outros tipos de dispositivo como o Implante Coclear (IC) ou o Sistema de Freqüência Modulada Pessoal (FM).



Somente uma boa adaptação desses meios de amplificação sonora não é suficiente, é necessário que esteja em bom funcionamento, em uso constante e em condições acústicas favoráveis (JESEN-ROSLYNG, 2001; BEVILACQUA E FORMIGONI 1997).

Segundo Ribas e Rocha (2000), a dificuldade com o manuseio do AASI por parte dos pais é comum, sendo assim, também é função do fonoaudiólogo orientá-los quanto ao uso adequado, com a finalidade de assegurar o máximo de aproveitamento dessa amplificação.

Além dos cuidados com o AASI, nesse processo de adaptação, é necessário que os pais exponham seus filhos aos sons ambientais e à fala, para que eles desenvolvam atenção auditiva, discriminação, aprendam a vocalizar e imitar as verbalizações. Assim sendo, durante a orientação familiar devemos enfatizar que o desenvolvimento de linguagem é um processo lento, que a criança aprenderá somente juntamente com um trabalho fonoaudiológico sistemático e que o AASI deverá ser usado para a vida toda, não se podendo esquecer de que a criança necessitará ser avaliada, periodicamente, para um melhor benefício do usuário (MOTTI, 2005).

O uso do AASI é fundamental para o sucesso da reabilitação auditiva da criança. Hull (2001), diz que o objetivo dessa prática é diminuir as incapacidades auditivas, facilitar o ajuste psicossocial, ocupacional e educacional para o usuário e sua família 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. Tendo assim a capacidade de interação no 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.

Jacob e Bevilacqua (2001) enfatizam que o aprendizado auditivo desenvolvido na terapia é tão importante quanto a possibilidade de utilização do resíduo auditivo 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).

### **2.2.1 Importância da família no processo de intervenção fonoaudiológica da criança com deficiência auditiva**

De acordo com Negrelli e Marcon (2006), a família tem um papel determinante sobre a formação de identidade do homem, já que molda seus comportamentos e influencia suas relações com o meio social, sendo considerada a instituição de maior importância. Seu desajuste e instabilidade podem causar crises e conflitos.

Por isso, há a necessidade do fonoaudiólogo observar a dinâmica da família durante o processo de reabilitação, não só devido ao papel importante exercido pelo grupo familiar mas também porque é com a ajuda da família que indivíduo consegue sobreviver, aculturar-se, desenvolver sentimentos, absorver valores e iniciar o processo de interação social.

O nascimento de um filho traz uma mistura de sentimentos que desperta a expectativa dos pais, mas quando esse filho nasce com alguma deficiência, há um período crítico, um tempo para que os pais possam adaptar-se a essa nova situação, pois há a necessidade de uma reorganização e de mudanças na dinâmica familiar. (NEGRELLI e MARCON, 2006)

Conforme Brown (2001), após a descoberta da deficiência auditiva dos filhos, os pais podem passar por um período de luto em que se sentem confusos e decepcionados.

Pires e Rodrigues (2002) afirmam que as reações emocionais dos familiares podem passar por quatro estágios: negação, resistência, afirmação e 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.

Oliveira (2004) ressalta que receber o diagnóstico de deficiência auditiva pode ser bastante traumático, pois a partir desse momento, a família depara-se com a necessidade de um replanejamento de caminhos, sendo assim fundamental a orientação e a informação quanto a deficiência auditiva e em relação às condutas que precisam adotar com a criança.

O intervalo de tempo entre a suspeita dos pais sobre a deficiência auditiva e sua confirmação gera neles muita preocupação e ansiedade, o que dificulta e atrasa o diagnóstico. Rodrigues e Pires (2002) ressaltam que os pais podem levar algum tempo para aceitar a deficiência auditiva de seu filho, para compreender as suas implicações e começar a modificar os seus comportamentos, para que ocorra uma maior adaptação às necessidades da criança.

Também pode ocorrer rejeição do diagnóstico por parte dos pais das crianças, levando-os a procurarem outros profissionais, para obterem outras

informações e opiniões. Ou pode ainda ocorrer a aceitação do diagnóstico na forma de esperança de que a perda auditiva seja reversível, o que pode dificultar o trabalho de reabilitação fonoaudiológica (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 comunicação. É nesse momento, segundo Bittencourt e Montagnoli (2007), que os pais devem ser especialmente ouvidos, aconselhados e orientados sobre a importância do seu desempenho no desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem.

Bevilacqua e Formigoni (2005); Balieiro e Ficker (1997) garantem que as crianças com o melhor desenvolvimento em relação às habilidades auditivas e de linguagem oral possuem as famílias mais envolvidas no processo terapêutico, pois essa participação é decisiva, sendo primordial no processo de tratamento.

De fato, conforme Bevilacqua e Formigoni (1997) existe uma grande expectativa dos pais assim que a criança com deficiência 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.

Segundo Novaes (1986), nem sempre ocorre o envolvimento entre família e fonoaudiólogo. Isso acontece pelo fato de que, muitas vezes, pais e terapeutas pertencem a culturas, histórias pessoais e classes sociais diferentes. Em seu estudo, foi verificado que as mães de baixa renda não acreditam que a sua participação no programa possa contribuir para o

desenvolvimento de seus filhos. Já as terapeutas consideram que o insucesso dos pacientes ocorre pela não participação das mães. Através disso, é possível perceber que existem diferentes expectativas 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) nota que os profissionais envolvidos precisam instruir, orientar e aconselhar os pais, fornecendo informações claras sobre: o diagnóstico, o uso do AASI, seus benefícios e limitações, manuseio, manutenção e cuidados para um uso seguro da prótese auditiva, possíveis progressos que a criança pode atingir e sobre o programa de intervenção. É fundamental lembrá-los de que o desenvolvimento do processo terapêutico é um processo a longo prazo, tendo que ser intenso e contar com o empenho de todos os familiares e outras pessoas mais próximas, para que haja o desenvolvimento global da criança.

### **2.3 Avaliação de satisfação com os serviços de saúde**

A satisfação é um dos critérios que compõe a avaliação de qualidade de um serviço de saúde. Sendo assim, foi escolhido para este 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 com deficiência auditiva e quais suas expectativas quanto a esse aspecto.

O monitoramento dessa satisfação, portanto, é importante ainda que seja para avaliar os procedimentos clínicos, garantir os propósitos de qualidade dos serviços, pois é através dele que a realidade dos resultados de saúde são aferidos. Ao identificar os fatores que contribuem para a satisfação e ao prover tais tributos aos processos envolvidos, tem-se a oportunidade de obter um resultado mais efetivo nos serviços de saúde. Pelo fato de envolver julgamentos que refletem circunstâncias pessoais sobre as expectativas, necessidades e desejos, assim a satisfação depende única e exclusivamente das impressões subjetivas dos indivíduos, inviabilizando as aferições objetivas (CROW ET.AL, 2002).

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. (FORTES, 2009)

Segundo Beck (2000), a percepção dos usuários quanto às práticas de saúde nos serviços, da-se pela articulação de alguns aspectos: subjetividade individual, cultura da população, situação em um determinado contexto ou experiências vividas.

Oliveira (1992) ressalta que a satisfação do usuário, geralmente, é caracterizada como uma avaliação de resultados associados à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção.

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

Em 2009, Fortes realizou em sua pesquisa de mestrado um estudo com o objetivo de descrever e discutir a satisfação de pais de crianças com deficiência auditiva quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem no processo de acompanhamento de um serviço de saúde auditiva. Desse estudo participaram 20 crianças abaixo de 3 anos de idade, seus pais e suas terapeutas. Os resultados obtidos foram que a maioria dos pais estavam satisfeitos com o desenvolvimento das habilidades auditivas e insatisfeitos com o desenvolvimento das habilidades de linguagem. O fator mais mencionado como contribuindo ou não para o desenvolvimento tanto das habilidades auditivas quanto das habilidades de linguagem foi o AASI. Com relação às terapeutas, a maioria apresentou satisfação em relação à audição das crianças e a maioria também apresentou insatisfação quanto ao desenvolvimento de linguagem. Os fatores considerados por elas como principais contribuintes para o desenvolvimento auditivo e de linguagem foram: AASI, terapia e a família.

Sendo assim, alguns autores desenvolveram instrumentos para avaliar a satisfação de familiares e terapeutas com o tipo de serviço oferecido nas instituições voltadas à saúde auditiva, assim como o envolvimento familiar no processo terapêutico da criança com deficiência auditiva. Esses instrumentos têm o objeto de observar como esses sujeitos mostram-se satisfeitos com o desenvolvimento auditivo e de linguagem e quais melhorias podem ser instituídas no sentido de efetivar a parceria entre pais e terapeutas.

### 2.3.1 Instrumentos de avaliação de satisfação voltados a pais e terapeutas

#### Roteiros de entrevista para pais (Novaes, 1986)

Este roteiro de entrevistas foi desenvolvido por Novaes, em 1986, para sua Tese de Doutorado sobre o título de: *Hearing impaired children in São Paulo, Brasil: Knowledge and attitudes of mothers regarding hearing impairment and early intervention programs and the implications for habilitation*. Trata-se de um questionário composto de questões abertas e fechadas, subdivididas em:

- I. Histórico da deficiência auditiva . composto por questões com a finalidade de conhecer o histórico da descoberta da deficiência auditiva, os sentimentos dos pais diante da confirmação do diagnóstico e as condutas que foram tomadas nesse momento.
- II. Atitudes de comunicação . composto por questões com a finalidade de conhecer a satisfação dos pais quanto ao desenvolvimento da audição e linguagem e os fatores que contribuíram ou não para esse desenvolvimento.
- III. Participação dos pais no programa . composto com questões com a finalidade de conhecer a participação dos pais no programa de intervenção e quais são seus sentimentos e opiniões em relação a esse programa.
- IV. Expectativas para o futuro - composto com 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 com deficiência auditiva.
- V. Dados familiares . composto por questões que dizem respeito à classificação socioeconômica das famílias das crianças.



Em seu estudo desenvolvido em 1986, Novaes tinha o objetivo de avaliar o conhecimento e atitudes de mães de crianças com deficiência auditiva de baixa renda que estavam envolvidas em um 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, da indicação e o uso dos AASIs, assim como a participação da mãe e da criança no programa de intervenção precoce e suas expectativas em relação ao futuro da criança.

Para que seu objetivo fosse cumprido, a autora aplicou o roteiro de entrevistas para as mães e para as terapeutas. Os resultados mostraram que as mães estavam satisfeitas com o desenvolvimento auditivo e de linguagem dos filhos. Porém, não se consideravam responsáveis pelo processo de desenvolvimento da criança, citando dois fatores de contribuição: o uso do AASI e a terapia fonoaudiológica. Já as terapeutas relataram que não estavam satisfeitas em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem e o fator que elas consideraram que não contribuiu para isso foi a falta de estimulação em casa.

A partir desse estudo, a autora percebeu a necessidade de desenvolver um procedimento mais eficiente de comunicação entre os profissionais e os pais, com o objetivo de oferecer maior participação e envolvimento familiar nos programas de intervenção junto com os filhos. Sua recomendação foi que a equipe de terapeutas que irá trabalhar com as famílias do programa receba um treinamento. E os itens apontados para diminuir as dificuldades foram: preparação dos profissionais; desenvolvimento da parceria com os 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. Em 2008, no Brasil, foi traduzida para o português por Novaes e Ribeiro pelo nome de Escala de Avaliação de Envolvimento Familiar. Seu objetivo é avaliar as famílias das crianças com deficiência auditiva no que se refere à qualidade da participação e ao envolvimento durante o processo de intervenção.

Essa escala é dividida em cinco critérios:

1. Participação limitada - a família encontra tensões significativas na vida as quais podem afetar as necessidades da criança (ex. Abuso doméstico). A família tem um entendimento limitado da surdez e suas consequências para a criança. Sua participação pode ser esporádica ou pouco efetiva e a comunicação pais/criança é limitada as necessidades mais básicas.
2. Participação baixa ou média . a família esforça-se e sofre para aceitar o diagnóstico da criança. Mas pode ser inconsistente na frequência aos atendimentos. Os pais também podem ser inconsistentes no que diz respeito a colocar e manter os aparelhos em casa e na escola. Podem ter alguns pontos de tensões significativos em suas vidas que interferem com consistência no trabalho em casa. Cuidar da criança apresenta um desafio diário. Interações comunicativas com a criança são básicas e falta uma fluência no modo de seu comunicar com a criança
3. Participação média . há um esforço por parte da família em entender e aceitar o diagnóstico da criança. Os familiares participam na maioria das sessões/reuniões. Mas tensões familiares podem limitar as oportunidades para realizar em casa aquilo que foi aprendido. A família pode achar o cuidado com a criança um desafio. Ela participa dos planejamentos, mas submete-se principalmente a opinião dos profissionais. Procura proteger a criança direcionando mal seus esforços. Membros específicos da família, como por exemplo, a mãe pode ficar com a maior parte da responsabilidade para desenvolver as necessidades de comunicação.

Membros da família desenvolvem ao menos as habilidades básicas no modo de comunicação e pretendem usar técnicas de expansão de linguagem, mas necessitam constante suporte e direcionamento.

4. Boa participação . os membros da família fazem ajustes à surdez da criança melhor do que a média. Eles, regularmente, vão às sessões e reuniões de pais. Os pais têm um papel ativo no planejamento de objetivos clínicos e educacionais para a criança. Servem bons modelos de linguagem para a criança e esforçam-se para levar as técnicas para casa. Alguns membros têm habilidade razoável no modo de comunicação com a criança e/ou 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 para a surdez da criança, são capazes de colocar em perspectiva as incapacidades da criança no contexto familiar. Os membros participam ativamente das sessões, frequentam as sessões e as reuniões regularmente e buscam informações com independência. São efetivos defensores das crianças na inserção em serviços de saúde, educacionais, entre outros. Membros da família tornam-se altamente efetivos como parceiros de conversa com as crianças e servem como modelos de linguagem de maneira consciente. 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

Para atingir seu objetivo Moeller (2000) aplicou a escala em profissionais que tinham maior contato com as crianças e suas famílias, lembrando que eram somente terapeuta/fonoaudiólogos. As famílias receberam notas de 1 a 5, sendo considerados aspectos como: adaptação familiar, participação nas sessões e efetividade na comunicação com a criança. Depois da aplicação, os terapeutas eram questionados em relação à confiabilidade de seus julgamentos. Seus julgamentos foram comparados, para que houvesse uma fidedignidade entre os avaliadores. Quando eles atribuíam a mesma pontuação era feito um acordo em relação à classificação dada pelos profissionais/terapeutas em uma das três categorias: 1 e 2 . abaixo da média;

3 . média; e 4 e 5 . acima da média. Logo, eram tiradas as médias entre os julgamentos para obter-se assim a pontuação das avaliações.

Em 2008, Ribeiro desenvolveu um estudo usando a mesma escala de desenvolvimento familiar e ela foi distribuída a dois terapeutas que tinham mais contato e conhecimento sobre a criança selecionada e sua família. A fim de obter uma resposta, a pesquisadora dividiu a média das notas dos julgamentos de duas terapeutas e fez a classificação baseando-se na média final.

Neste estudo, a escala de envolvimento familiar será aplicada a todos os profissionais do programa de audiologia educacional, ou seja, a cada terapeuta de cada criança.

### 3. Objetivo

---

Descrever e analisar comparativamente expectativas de terapeutas e pais de crianças com deficiência auditiva em processo terapêutico, a partir de seus relatos quanto à satisfação ou insatisfação em relação a habilidades auditivas e de linguagem da criança.

### **4.1 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 trabalho de conclusão de curso 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 a avaliação sistemática da audição, linguagem e envolvimento familiar, assim como o monitoramento da frequência efetiva da criança na terapia.

### **4.2 Sujeitos**

Participaram do estudo pais e/ou responsáveis e terapeutas de 10 crianças com deficiência auditiva, regularmente matriculadas no Centro Audição da Criança (CeAC), na cidade de São Paulo/SP e que pertencem ao Programa de Audiologia Educacional.

O Programa de Audiologia Educacional oferece um estágio opcional pela Fundação São Paulo e realizado no CeAC, que tem como objetivo aprofundar e atualizar os conhecimentos teóricos e práticos relativos a audiologia, além de oferecer terapia aos pacientes. Nesse estágio, não se pode ficar mais do que 2 anos e têm que ser cumpridas 10 horas semanais sendo 8 horas de terapia e 2 horas de supervisão semanal. Atualmente o grupo é composto por 8 terapeutas.

#### **4.2.1 Critério 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 (Anexo 1) após explicação sobre objetivos, metodologia, justificativa, o compromisso com o sigilo e a necessidade de autorização da divulgação científica dos dados do estudo. Esse estudo foi aprovado na Comissão de Ética da PUC-SP.
- Criança regularmente matriculada 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.
- A criança tem que estar em atendimento a pelo menos 6 meses.
- Crianças entre 1 e 6 anos.

#### **4.2.2 Caracterização dos sujeitos**

Foram obtidos nos prontuários dos sujeitos a 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, 4KHz de limiar em dBNA da melhor orelha e tipo de dispositivo eletrônico em uso, conforme opção familiar.

Neste estudo, cinco crianças fazem uso do IC; além disso, uma criança que não apresentava boas respostas com o uso do AASI foi encaminhada para um programa de IC. Duas famílias optaram pelo uso do IC juntamente com LIBRAS.

**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, 1KHz, 2KHz, 4KHz de limiar (dBNA) da melhor orelha e dispositivos eletrônicos/opção familiar. (N=10)**

Sujeitos N= 10	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, 2KHz e 4KHz da melhor orelha (dBNA)	Dispositivos eletrônicos e opção familiar
GBL	5	6	22	16	90dB	AASI encaminhad o para IC
FAN	7	7	22	15	55 dB	AASI
MSS	4	6	27	21	70dB	AASI
LFP	10	10	37	27	55 dB	IC
HAS	3	4	60	56	55 dB	IC
SDG	46	48	64	16	80 dB	AASI
EPS	28	30	67	38	55 dB	IC, opção LIBRAS
VKB	16	16	68	51	55 dB	IC
ALF	20	24	70	46	60 dB	Vibrador ósseo
ERC	64	colocado em outro serviço	84	—	55 dB	IC,opção LIBRAS



### **4.3 Material**

Os seguintes materiais foram utilizados na coleta de dados:

- Prontuários dos sujeitos da pesquisa que estão regularmente matriculadas no CeAC;
- Roteiro de entrevistas para pais (Novaes,1986) (Anexo 2);
- Questionários de satisfação e avaliação da família pelos terapeutas das crianças com deficiência auditiva (Anexo 3);
- Family Involvement Rating (Moeller,2000) . Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar traduzido para o português por Novaes e Ribeiro, 2008 (Anexo 4);
- Gravador digital marca Apple (iPod)

### **4.4 Procedimento**

#### **4.4.1 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.

#### **4.4.2 Entrevista com pais (Novaes,1986)**

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, a entrevista será realizada pela própria pesquisadora a partir de um roteiro proposto por Novaes, 1986 (Anexo 2).

Para a gravação das entrevistas, será utilizado gravador digital da marca Apple. As entrevistas serão transcritas pela própria pesquisadora, e após a

análise dos temas abordados, os dados serão tabulados e transformados em categorias de respostas.

#### **4.4.3 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 %classe social+. Os itens abordados foram:

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

#### **4.5 Análise dos dados**

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

##### **4.5.1 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. Serão tiradas as médias de 500, 1KHz e 2KHz de ambas orelhas e depois foi considerada a média da melhor orelha em dBNA. Será utilizado o critério seguido por Davis e Silvermann (1970); Para fins de comparação entre crianças usuárias de AASI e crianças usuárias de Implante Coclear (IC), essas crianças foram agrupadas junto a usuárias de AASI com limiares médios de 55 dBNA na melhor orelha.
- 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;
- 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.

#### **4.5.2 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.

#### **4.5.3 Associação da satisfação dos familiares quanto à audição e a linguagem**

As variáveis consideradas aqui 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;

#### **4.5.4 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.

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

- Distribuição de frequências e porcentagens conjuntas da satisfação dos familiares e terapeutas quanto à audição e linguagem. Será realizada análise descritiva visto que o número de sujeitos não permitiu análise estatística.

## 5. Resultados e Discussão

---

### 5.1 Caracterização demográfica dos sujeitos

Este estudo foi baseado nas considerações feitas por pais e/ou responsáveis e terapeutas de dez crianças com deficiência auditiva que estão em terapia no Programa de Audiologia Educacional. Em relação ao gênero das crianças, 4 (40%) eram meninos e 6 (60%) meninas.

Foram entrevistados 10 pais ou responsáveis dessas crianças, distribuídos da seguinte forma em relação ao grau de parentesco: oito mães (80%), uma avó (10%) e uma entrevista foi feita com ambos os pais (10%). Ou seja, a maioria dos entrevistados foram as mães das crianças com deficiência auditiva. Neste estudo, foram utilizadas indistintamente as expressões ~~pais+ou pais~~ e/ou responsáveis+ quando foi referida a população entrevistada, já que uma avó entrevistada era a principal cuidadora da criança.

Conforme Boscolo (2005), esse resultado mostra que as mães ficam mais tempo com as crianças, sendo também responsáveis por levá-las aos atendimentos. Para a autora, porque os pais exercem atividades profissionais, eles são menos presentes nesse tipo de situação.

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

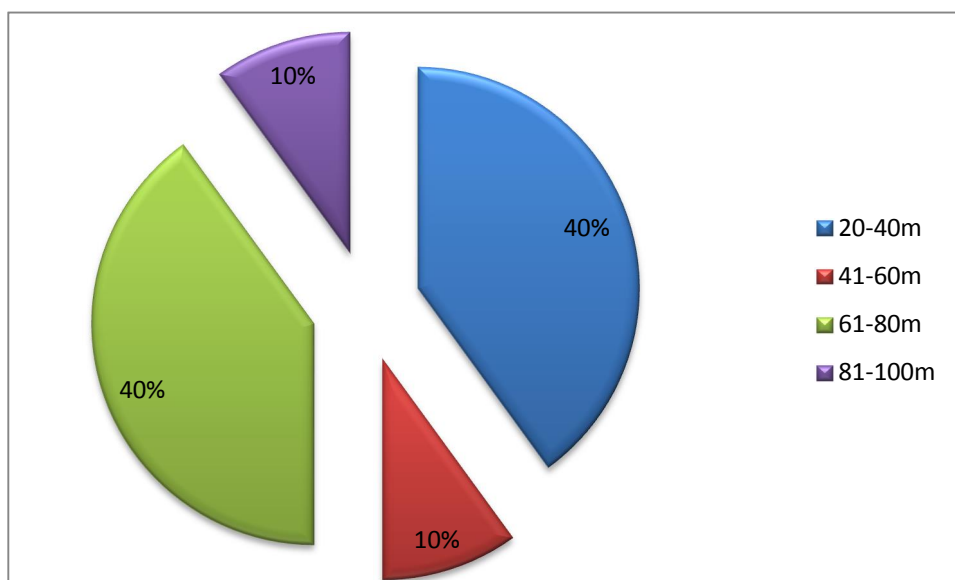
Das dez crianças estudadas, três (30%) fazem terapia uma vez por semana e sete (70%) fazem terapia duas vezes por semana.

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

### 5.1.1 Idade da criança na data da entrevista

A idade das crianças com deficiência auditiva na data da entrevista foi dividida em faixa etária com intervalo de 20 meses. A maioria, 5 crianças, apresentavam idade entre 60-80 meses; quatro crianças entre 20-40 meses; uma criança entre 40-60 meses; e nenhuma apresentava a idade entre 0-20 meses, como mostra o gráfico a seguir.

Figura 1 - Idade na data da entrevista



### 5.1.2 Características demográficas dos pais e mães das crianças com deficiência auditiva

A partir da tabela 2 podemos perceber que mais da metade das mães apresenta idade entre 30 e 39 anos (70%), apenas uma mãe (10%) entre 20 e 29 anos, 2 mães (20%) entre 40 e 49 anos e nenhuma mãe apresentou a idade entre 50 e 59 anos.

Em relação aos pais, a maioria (50%) apresenta a idade entre 30 e 39 anos; 20% entre 20 a 29 anos e 50 a 59 anos; e somente um pai (10%) apresenta a idade entre 40 e 49 anos.

**Tabela 2 - Características demográficas dos pais (idade). N=10**

Idade	Mães N=10		Pais N=10	
	N	%	N	%
20 a 29 anos	1	10	2	20
30 a 39 anos	7	70	5	50
40 a 49 anos	2	20	1	10
50 a 59 anos	0	0	2	20

A distribuição dos entrevistados pelo nível de escolaridade revela que 30% das mães completaram o Ensino Fundamental II e o Ensino médio.; 20% completaram o Ensino Superior; apenas uma mãe (10%) fez pós-graduação e uma (10%) não completou o Ensino Fundamental II. No que diz respeito aos pais a maioria (40%) completou o Ensino Superior; 20% o Ensino Médio; e 3 pais, representando 10% cada, se dividiram entre: Ensino Fundamental I Incompleto, Ensino Fundamental II e Ensino Fundamental II Incompleto. Os achados evidenciam que um número predominantemente de pais completou o Ensino Superior e um número predominante de mães completou o Ensino Fundamental II e o Ensino Médio. (Tabela 3)



**Tabela 3 - Características demográficas dos pais (Nível de escolaridade). N=9**

Nível de escolaridade	Mães N=10		Pais N=9	
	N	%	N	%
Ensino Fundamental I	0	0	0	0
Ensino Fundamental I Incompleto	0	0	1	10
Ensino Fundamental II	3	30	1	10
Ensino Fundamental II Incompleto	1	10	1	10
Ensino Médio	3	30	2	20
Ensino Superior	2	20	4	40
Pós . Graduação	1	10	0	0

## 5.2 Caracterização fonoaudiológica dos sujeitos

### 5.2.1 Grau de perda auditiva

Com relação ao grau de perda auditiva, considerando os critérios de Davis e Silverman (1970), seis (60%) das dez crianças apresentavam diagnóstico de grau profundo; dois (20%) de grau severo e moderado.

Embora a maioria dos sujeitos tenha sido identificada com o grau da perda como profundo, havia diferenças em termos de capacidade auditiva; isto é, em relação à capacidade de detecção e de identificação dos padrões sonoros.

De acordo com a classificação de Boothroyd (1993) as pessoas com deficiência auditiva do grau profundo podem ser classificadas em quatro grupos: aqueles que apresentam perda auditiva na faixa 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

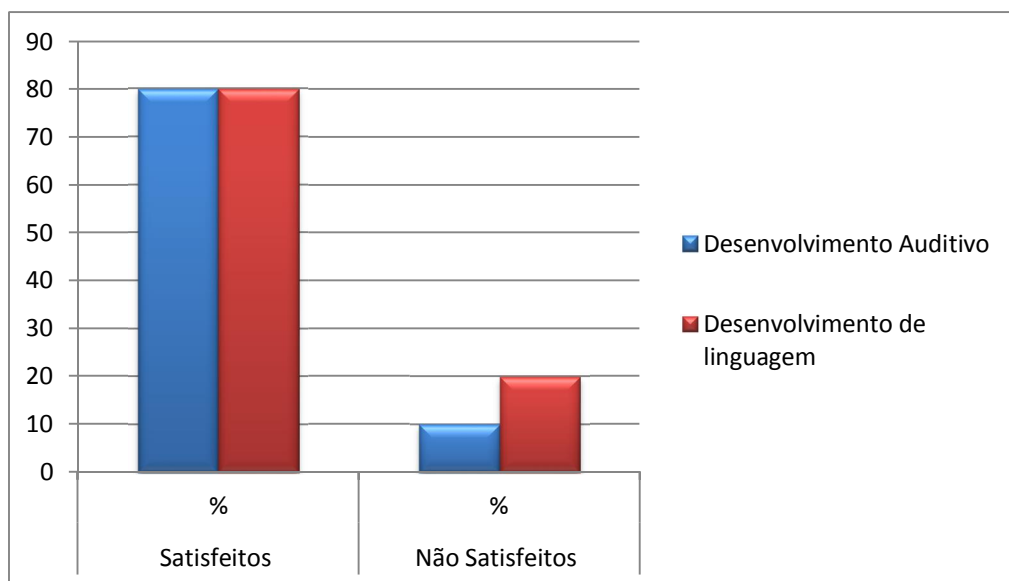
apresentam uma perda auditiva em torno de 110 dB são classificados como tendo uma mínima capacidade auditiva e, finalmente, aqueles com perda auditiva na faixa de 120 dB não possuem capacidade auditiva.

### 5.3 Percepção dos familiares em relação ao desenvolvimento de habilidades auditivas e de linguagem das crianças

#### 5.3.1 Distribuição de satisfação em relação ao desenvolvimento auditivo e de linguagem

No que se refere à satisfação dos familiares quanto ao desenvolvimento das habilidades auditivas das crianças do presente estudo, 80% afirmaram estar satisfeitos, 10% não esta satisfeito e uma mãe não soube dizer como se sentia. Dos dez entrevistados, oito (80%) afirmaram estar satisfeitos e dois (20%) mencionaram não satisfação quanto ao desenvolvimento de linguagem das crianças. (Figura 2)

**Figura 2 - Distribuição da satisfação dos familiares quanto ao desenvolvimento de audição e de linguagem. N=9**



A satisfação dos pais ou responsáveis representa as necessidades, desejos e expectativas em relação ao desenvolvimento de audição e de linguagem. 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 das crianças, essa percepção precisa ser evidenciada pelos familiares. Dessa forma, em se tratando dos serviços que atendem essa população, o monitoramento da satisfação dos pais é uma questão extremamente importante, porque se trata de uma forma de avaliar a qualidade dos serviços.

Os achados do presente estudo em relação à satisfação dos pais e/ou responsáveis quanto à audição e ao desenvolvimento das habilidades de linguagem das crianças igualam-se aos encontrados por Novaes (1986), ou seja, a maioria das mães entrevistadas relatou estar satisfeita.

### **5.3.2 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, foi-lhes perguntados quais seriam os fatores que, segundo suas percepções, teriam contribuído ou não para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem das crianças com deficiência auditiva.

A tabela 4 mostra que quatro (40%) dos dez entrevistados citaram o uso do AASI ou IC como fator que interferia no desenvolvimento auditivo, todos satisfeitos com o desenvolvimento auditivo.

**Tabela 4 - 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. Cada pai referiu-se a quantos fatores desejasse.**

Fatores	Satisfeito N = 8		Não satisfeito N=1		Total N=9	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivos Eletrônicos	4	40	0	0	4	40
Terapia	6	60	0	0	6	60
Falta de comunicação	0	0	1	10	1	10
Desenvolvimento da Linguagem	1	10	0	0	1	10
Escola	1	10	0	0	1	10

O fator terapia foi citado por seis (60%) dos dez entrevistados, todos satisfeitos reconhecendo, assim a importância da intervenção terapêutica no desenvolvimento auditivo.

O fator desenvolvimento de linguagem falta de comunicação e escola foram citados em proporções iguais. O fator desenvolvimento de linguagem foi mencionado por apenas uma mãe que se disse satisfeita com o desenvolvimento auditivo por causa da evolução na linguagem.

Quanto ao fator falta de comunicação, esse aspecto foi mencionado por apenas uma mãe (10%) dos dez entrevistados, a qual justificou que a criança não se comunicava bem por não escutar, entrando assim para o grupo dos insatisfeitos.

Já o fator escola, que também foi mencionado por apenas uma mãe, atribuiu à instituição a sua satisfação quanto ao desenvolvimento auditivo de seu filho.

Sobre o desenvolvimento de linguagem dessas crianças, mais da metade dos entrevistados (60%) acredita que a terapia tinha significativa relação com esse aspecto, como pode ser observado na tabela 5, sendo que todos os satisfeitos atribuíram valor a esse fator.

No que se refere aos fatores família, diagnóstico precoce e preguiça, houve resultados proporcionalmente semelhantes, todos citados por apenas uma mãe. No que diz respeito ao fator preguiça, uma mãe (10%) mencionou-o como um fator para a insatisfação, justificando que a criança não se comunicava porque ela tinha preguiça para falar.

**Tabela 5 - 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. Cada pai referiu-se a quantos fatores desejasse.**

Fatores	Satisfeito N=8		Não satisfeito N=2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivos Eletrônicos	1	10	1	10	2	20
Terapia	6	60	0	0	6	60
Estimulação em casa	3	30	0	0	3	30
Família	1	10	0	0	1	10
Escola	2	20	0	0	2	20
Preguiça	0	0	1	10	1	10
Diagnóstico Precoce	1	10	0	0	1	10

No diz respeito ao fator dispositivo eletrônico, citado por uma mãe (10%), que acreditava que o AASI não tinha contribuído para o desenvolvimento da linguagem; por isso, ela teria colocado o implante coclear.

Quanto ao fator estimulação em casa, três (30%) dos entrevistados acreditam que esse fator tenha contribuído pra o desenvolvimento da linguagem. No que diz respeito ao fator escola, dois (20%) dos entrevistados, ambos satisfeitos, acreditam que a escola contribuiu positivamente para o desenvolvimento de linguagem. (Tabela 5)

Foi observado então, neste estudo, que a maioria dos entrevistados considerava a terapia como o fator principal para o desenvolvimento tanto de linguagem quanto de audição, o que também foi observado no estudo realizado por Novaes, em 1986.

Em um estudo desenvolvido por Boscolo (2005), foi observado que os pais têm sentimentos ambivalentes 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. A negação acontece quando, com o uso do AASI, os pais concretizam a deficiência auditiva do filho e também por não aceitarem. Em relação ao uso do AASI, a fantasia, pode estar ligada à esperança de cura e também à garantia do desenvolvimento de fala da criança.

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

No estudo feito por Novaes, em 1986, foi observado que os entrevistados apontavam o uso do AASI como o principal fator para o desenvolvimento de linguagem e audição. Já, neste estudo, o AASI foi citado como principal fator, mas somente para o desenvolvimento da audição.

A literatura indica que existem múltiplos fatores, alguns já citados neste estudo, que contribuem para o desenvolvimento auditivo e de linguagem das crianças e que auxiliam na escolha de diferentes opções de intervenção: idade, tipo e grau da perda, idade do diagnóstico, uso do aparelho de amplificação sonora individual ou implante coclear, início da intervenção fonoaudiológica, disponibilidade e envolvimento familiar 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).

#### **5.4 Satisfação dos pais quanto à audição, considerando-se as variáveis: idade na entrevistas (meses), idade no início (meses), tempo de uso (meses), média da melhor orelha e grau de perda auditiva**

Na tabela 6 temos a distribuição da satisfação das terapeutas; satisfação dos pais; idade na data da entrevista (em meses); idade no início do uso do AASI (em meses); tempo de uso do AASI (em meses); média na melhor orelha (dBNA) e o nível de envolvimento familiar.

**Tabela 6 - Distribuição da satisfação das terapeutas; da satisfação do pais; idade na data da entrevista (meses); idade no início do uso do AASI (em meses); tempo de uso do AASI (em meses); média na melhor orelha (dB NA) e nível de envolvimento familiar.**

Crianças	Terapeutas	Satisfação quanto à audição	Satisfação quanto à linguagem	Satisfação quanto a audição	Satisfação quanto a Linguagem	Idade na data da entrevista (meses)	Idade no início do uso do AASI (meses)	Tempo de uso do AASI (em meses)	Média na melhor orelha (dB NA)	Nível de envolvimento familiar
GBL	4	Não	Não	Sim	Sim	22	6	16	90dB	5
FAN	2	Sim	Sim	Sim	Sim	22	7	15	55 dB	4
MSS	3	Sim	Sim	Sim	Sim	27	6	21	70dB	5
LFP	1	Não	Não	Não	Não	37	10	27	55 dB	5
HAS	5	Sim	Sim	Sim	Sim	60	4	56	55 dB	5
SDG	6	sim	Não	Sim	Sim	64	4	16	80 dB	4
EPS	2	Sim	Sim	Sim	Sim	67	3	38	55 dB	4
VKB	3	Sim	Não	Não sabe	Não	68	16	51	55 dB	4
ALF	2	Sim	Sim	Sim	Sim	70	24	46	60 dB	4
ERC	7	Sim	Não	Sim	Sim	84	colocado em outro serviço	—	55 dB	4

Observamos que em cinco crianças (50%) tanto os familiares quanto as terapeutas mostram-se satisfeitas com o desenvolvimento auditivo e de linguagem. E nas outras cinco crianças (50%), há discordância entre as opiniões das terapeutas e dos familiares quanto ao desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem.

Nesses 50% que tem discordância de opinião é possível observar que em três casos (30%) as terapeutas mostram-se satisfeitas quanto à audição e insatisfeitas quanto à linguagem. Em dois desses casos (20%) os familiares mostram-se satisfeitos quanto à audição e linguagem. No entanto no outro caso (10%) é possível observar que a família não sabe dizer se está satisfeita ou não quanto à audição e mostra-se insatisfeita em relação ao desenvolvimento de linguagem.

No caso GBL, a terapeuta mostra-se insatisfeita em relação ao desenvolvimento da audição e de linguagem, enquanto a família mostra-se satisfeita. GBL tem perda auditiva de grau profundo, sendo encaminhado para IC, e adaptou aparelho no primeiro ano de vida. A terapeuta identificou que pelo fato do AASI dar um baixo ganho ao paciente, ela se mostra insatisfeita



com o seu desenvolvimento. Entretanto a família mostrou-se satisfeita justamente pelo início do uso do AASI.

No caso LFP é possível observar que tanto a terapeuta quanto a família mostram-se insatisfeitos com o desenvolvimento. LFP tem perda auditiva de grau profundo, mas já fez a cirurgia para colocar o IC, portanto sua perda assemelha-se a uma perda moderada, e adaptou o AASI no primeiro ano de vida. No entanto, seu desenvolvimento deixa a desejar quando se diz respeito à linguagem, pois, segundo a família, o AASI não ajuda o suficiente, enquanto a terapeuta identifica que a criança não tem uma boa comunicação oral. No que diz respeito à audição a família diz o mesmo que a terapeuta diz em relação ao desenvolvimento de linguagem; mas a terapeuta mostra-se insatisfeita pelo uso do AASI.

Nos casos SDG e ERC, as terapeutas mostram-se satisfeitas em relação à audição e insatisfeitas em relação à linguagem, enquanto que seus familiares se mostram satisfeitos.

No que diz respeito ao caso ERC, quanto às habilidades auditivas a terapeuta atribui a sua satisfação ao uso do IC e à terapia; quanto às habilidades de linguagem a terapeuta atribui a sua insatisfação ao uso da LIBRAS, justificando pelo fato da criança usar LIBRAS, ela não sente necessidade de falar. A família concorda com a terapeuta, no que se refere às habilidades auditivas, quando ela atribui a sua satisfação ao uso do IC e à terapia, mas acrescenta a escola como um fator contribuinte para a sua satisfação; quanto às habilidades de linguagem, a família atribui a sua satisfação à boa comunicação da criança, justificando que ela sempre encontra um forma de ser entendida. ERC tem perda auditiva de grau profundo, mas já fez a cirurgia para colocar o IC, portanto, sua perda assemelha-se a uma perda moderada. Foi diagnosticado e fez a cirurgia para colocação do IC em outro serviço.

Em SDG, quanto às habilidades de linguagem, a terapeuta atribui a sua insatisfação ao diagnóstico tardio e quanto às habilidades de audição, atribui

ao bom uso do AASI (tempo de uso por dia e condições gerais do AASI) para sua satisfação. Já a família, que se diz satisfeita tanto para as habilidades auditivas quanto para as habilidades de linguagem, atribui a isso o bom desenvolvimento da linguagem, ao uso do AASI e à terapia. SDG tem perda severa e adaptou tardiamente, aos 4 anos.

No caso VKB, a família não sabe dizer se está satisfeita ou não com a audição e diz-se insatisfeita com a linguagem, atribuindo a isso a preguiça que a criança teria para falar. Já a terapeuta diz-se satisfeita com a audição, atribuindo isso ao uso do IC e à terapia. No que diz respeito à linguagem, diz-se insatisfeita, mas não sabe a qual fator atribuir isso, pois não percebe nada que impossibilite a criança a falar. VKB tem perda profunda, mas por fazer uso do IC, sua perda assemelha-se a uma perda moderada e iniciou o uso do AASI no primeiro ano de vida e logo foi encaminhada para um programa de IC.

De acordo com Novaes (1986), mães e terapeutas discordam quanto à satisfação com o desenvolvimento de linguagem das crianças deficientes auditivas. Em seu estudo, as mães mostraram-se satisfeitas em relação a esse aspecto, enquanto as terapeutas não estavam satisfeitas, evidenciando um certo contraste entre o que é oferecido pelas terapeutas e a expectativa das mães, assim como visto em alguns casos desse estudo.

Para a autora, existe a necessidade de se efetivarem modificações na formação dos fonoaudiólogos, a fim de que se tenham condições de envolver os pais no processo terapêutico e de se prepararem sistematicamente para o trabalho com famílias com características socioculturais distintas.

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

Concordamos então, 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 fonoaudiológico. (BOSCOLO e SANTOS, 2005)

## 5.5.Dados relatados pelas terapeutas

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

Na tentativa de conhecer e compreender com uma maior profundidade as crianças com deficiência auditiva e suas famílias, optamos também por entrevistar as terapeutas.

No que diz respeito à satisfação das profissionais quanto ao desenvolvimento de audição, 80% disseram estar satisfeitas e 20% não satisfeitas. Quanto ao desenvolvimento de linguagem das crianças, cinco (50%) mencionaram satisfação e cinco (50%) não estavam satisfeitas. (Tabela 7)

Esses dados referentes à satisfação das terapeutas quanto ao desenvolvimento auditivo das crianças diferem dos apresentados por Novaes (1986), mas assemelham-se aos apresentados em relação à linguagem.

**Tabela 7 - Distribuição da satisfação dos terapeutas quanto ao desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças. Foi considerado o N=10, pois duas terapeutas atendiam mais de uma criança.**

Terapeutas N=10	Satisfeitos		Não Satisfeitos	
	N	%	N	%
Desenvolvimento Auditivo	8	80	2	20
Desenvolvimento de linguagem	5	50	5	50

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

A tabela 8 mostra que 60% das terapeutas satisfeitas acreditavam que o AASI contribui para o desenvolvimento de audição de seus pacientes; e entre as terapeutas insatisfeitas, 20% fizeram referência a isso. Essas terapeutas insatisfeitas com o AASI declararam que sua insatisfação era referente ao pouco ganho que o AASI oferecia ao paciente e que com o IC, isso iria melhorar.

O fator família foi lembrado por apenas uma terapeuta (10%), sendo ela do grupo das satisfeitas. O fator terapia foi citado por 60% das terapeutas entrevistadas, sendo elas mais da metade do grupo das satisfeitas em relação à audição das crianças.

**Tabela 8 - Distribuição 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. Cada terapeuta referiu-se a quantos fatores desejasse.**

Fatores	Satisfeito N = 8		Não satisfeito N=2		Total N=10	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivo Eletrônico	6	60	2	20	8	80
Terapia	6	60	-	-	6	60
Família	1	10	-	-	1	10

Na tabela 9, pode ser observado que quando se fala em desenvolvimento de linguagem, há mais fatores que influenciam seu bom desenvolvimento do que quando se faz referência ao desenvolvimento da audição. As tabelas 8 e 9 possuem apenas dois fatores em comum, o fator dispositivo eletrônico e o fator terapia.

Também é possível observar, na tabela 9, que mais da metade das terapeutas satisfeitas com o desenvolvimento de linguagem dos seus pacientes, atribuem isso ao fator terapia.

**Tabela 9 - Distribuição 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. Cada terapeuta referiu-se a quantos fatores desejasse.**

Fatores	Satisfeito N = 5		Não satisfeito N=5		Total N=10	
	N	%	N	%	N	%
Dispositivo Eletrônico	-	-	1	10	1	10
Terapia	4	40	-	-	4	40
LIBRAS	1	10	1	10	2	20
Uso de gestos	-	-	1	10	1	10
Diagnóstico tardio	-	-	1	10	1	10
Início tardio da terapia	-	-	1	10	1	10
Indefinido	-	-	1	10	1	10

O fator LIBRAS foi citado por duas terapeutas, uma (10%) que atribuiu a esse fator um valor positivo, pois através da introdução da língua de sinais houve melhora na comunicação. A outra terapeuta (10%) atribuiu a isso um valor negativo, pois acredita que o uso de LIBRAS acabou sendo preferencial ao uso da linguagem oral. A questão que pode ser observada é que cada caso deve ser analisado na sua singularidade quando são feitos encaminhamentos para diferentes modalidades de comunicação.

Os fatores dispositivo eletrônico uso de gestos, diagnóstico tardio, início de terapia tardio e indefinido apresentam resultados proporcionalmente semelhantes, citados por quatro das cinco terapeutas insatisfeitas. Os fatores diagnóstico tardio e início de terapia tardio foram citados pela mesma terapeuta.

A maioria das terapeutas satisfeitas considerava que o fator terapia contribuía significativamente para o desenvolvimento de linguagem das crianças (Tabela 9), aspecto esse que apresenta fundamentação na literatura.

Para Bevilacqua e Formigoni (2005), o aprendizado auditivo desenvolvido no processo terapêutico após o diagnóstico de perda auditiva é tão fundamental quanto a utilização da audição residual por meio do uso do AASI, pois ambos favorecem o desenvolvimento auditivo e de linguagem oral. As autoras adicionam que, caso as crianças não apresentem boas respostas com o uso do AASI, ainda que estejam em 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 observado nesse estudo, já que as terapeutas não citaram as famílias como um fator que contribuiu positivamente ou negativamente para o desenvolvimento comunicativo.

### **5.5.3 Critérios de classificação de envolvimento familiar**

A classificação quanto ao nível de envolvimento familiar apresentado pelas terapeutas pode ser visualizada na tabela 10. Nenhuma família foi classificada pelas terapeutas como participação mediana, abaixo da média ou limitada. A maior parte (60%) foi classificada como tendo uma boa participação, recebendo nota 4. O restante, representando quatro famílias (40%), foi classificado como tendo uma participação ideal, ou seja, recebendo a nota 5.

Diversos autores concordam que para um melhor desenvolvimento global da criança com deficiência auditiva, o envolvimento familiar e a participação da família é de suma importância no processo terapêutico. (BALIEIRO e FICKER, 1997; MOELLER, 2000, BEVILACQUA e FORMIGONI, 2005; NOVAES, 2005; RIBEIRO, 2008)

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

Escala de envolvimento Familiar	Total N=10	
	N	%
1) Participação limitada	-	-
2) Participação abaixo da média	-	-
3) Participação na média	-	-
4) Boa participação	6	60
5) Participação ideal	4	40

A tabela 11 apresenta as crianças, suas respectivas terapeutas, a distribuição de satisfação do desenvolvimento auditivo e de linguagem desses pacientes e a classificação do nível de envolvimento familiar.

**Tabela 11 - Distribuição 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 e 5)**

Crianças	Terapeutas	Satisfação quanto à audição	Satisfação quanto à linguagem	Nível de envolvimento familiar
GBL	4	Não	Não	5
FAN	2	Sim	Sim	4
MSS	3	Sim	Sim	5
LFP	1	Não	Não	5
HAS	5	Sim	Sim	5
SDG	6	sim	Não	4
EPS	2	Sim	Sim	4
VKB	3	Sim	Não	4
ALF	2	Sim	Sim	4
ERC	7	Sim	Não	4

Na tabela 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 nível familiar.

É importante destacar que duas das quatro terapeutas que classificaram as famílias como tendo uma ~~participação ideal~~, ou seja, nota 5, estavam insatisfeitas em relação à audição e linguagem de seus pacientes, no caso das crianças GBL e LFP. Esse dado difere do que Novaes (1986) observou em seu estudo. As terapeutas que estavam insatisfeitas consideravam como fator principal a questão do envolvimento familiar.



## 6. Conclusão e Considerações Finais

---

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

Assim podemos concluir que:

- Embora a grande maioria dos entrevistados tenham sido mães, pais e avós também participaram do estudo, indicando que esses familiares também têm se responsabilizado por acompanhar as crianças no serviço.
- 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 um indicador de qualidade do serviço de saúde auditiva.
- A maioria dos familiares entrevistados está satisfeita com o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem das crianças. O fator mencionado como tendo contribuído ou não para o desenvolvimento de audição e de linguagem das crianças foi a terapia.

No sentido de comparar a avaliação dos familiares, as terapeutas fonoaudiólogas das crianças do estudo também responderam a um questionário de satisfação, assim como também 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, conclui-se que:

- A maioria das terapeutas mostrou satisfação em relação à audição das crianças; porém metade mostrou-se insatisfeita e metade

revelou-se satisfeita em relação à linguagem de seus pacientes. Os fatores considerados principais pelas terapeutas para o desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem foram: uso do AASI ou IC e terapia.

- Com relação ao envolvimento familiar, a maioria das terapeutas classificou como boa a participação dos familiares no processo terapêutico.
- Em relação à audição e a linguagem, houve uma pequena concordância entre a satisfação dos familiares e a das terapeutas.

Os resultados desse estudo indicam, portanto, que é preciso trabalhar com os familiares no sentido de envolvê-los no processo terapêutico, estabelecendo metas coerentes com o potencial da criança. Apesar de todos os pais terem sido considerados envolvidos com o processo terapêutico, atingindo níveis 4 e 5 na escala utilizada, trabalhar seus desejos, suas necessidades e expectativas quanto ao desenvolvimento da audição e da linguagem das crianças com deficiência auditiva pode contribuir para uma expectativa mais afinada com a dos terapeutas.

## 7. Referências Bibliográficas

BALIEIRO CR; FICKER LB. 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* 2000; 21(4): 895-965.

BEVILACQUA, M. C.; FORMIGONI, G. M. P. O desenvolvimento das habilidades auditivas. 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.179- 202.

BEVILACQUA, M. C.; FORMIGONI, G.M.P. Audiologia Educacional: Uma opção terapêutica para criança deficiente auditiva. Carapicuíba, São Paulo: Pró-Fono Departamento Editorial, 1997. 86 p.

BITTENCOURT.Z.Z.L.C; MONTAGNOLLI.A.P. Representações Sociais da surdez. *Medicina*, Ribeirão Preto, 40 (2):243-9, abr/jun. 2007.

BOOTHROYD, A. Profound deafness. In: TYLER, R.S, ed Cochlear implants: audiological foundation. San Diego, Singular, 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*, São Paulo, v. 17, n.1, p.69-75, abril, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico. 1998. p. 292. Art. 196.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da Republica Federativa do Brasil]*, Brasília, n. 178E 14 set. 2000.Seção 1. p. 1.

BRASIL. 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 providencias. Disponível:<[http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei\\_8080\\_90.html](http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html)>. Acesso em: 19 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2.073/04, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id\\_area=848](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=848)>. Acesso em: 22 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 587, de 7 de outubro de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-587.htm>>. Acesso em 22 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 589, de 8 de outubro de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-589.htm>>. Acesso em 22 out.. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BROWN. A.S. Programas de intervenção precoce. In: FONSECA, VR. 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. Estudos de Psicologia: Campinas 23(3), 261-269, julho - setembro 2006.

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 2002; 6(32): 1-256.

CRUZ, M. S. *et al.* O processamento auditivo no distúrbio específico de linguagem: relato de caso. Salusvita, v. 22, n. 3, 2003, p. 425-437.

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, p.1115-8, 1990.

DURANTE, A.S. *et al.* A implementação de programa de triagem auditiva neonatal universal em um hospital universitário brasileiro. Pediatria: São Paulo 2004; 26(2):78-84.

FÉRES, M. C. L; CAIRASCO, N. G. Plasticidade do sistema auditivo. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 67, n. 5, set. 2001.

FERREIRA, MCM. E quando o cliente é o bebê? Particularidades da intervenção fonoaudiológica em bebês portadores de deficiência auditiva. Distúrb Comun. 2003;15(2):355-82.

FORTES, P.C. Satisfação de pais de crianças deficientes auditivas quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem: construindo indicadores de qualidade em um serviço de saúde auditiva. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado

em Fonoaudiologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2009

GRAVEL, J.S. Audiologic assessment for the fitting of hearing instruments: big challenges from tiny ears. In: Seewald RC. A sound foundation through early amplification: Proceedings of an international conference. Edited by Richard C. Seewald. Phd. National Center of audiology, London Ontario Canada; 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. 301-322.

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 2000; 11(10):523-39.

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. 1996. 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.Ed Lovise.Ltda

ISOTANI, S. M. *et al.* Desenvolvimento da linguagem e auditivo em crianças aos 2 anos de vida freqüentadoras 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 . 172, jun. 2001.

JCIH. *Joint committee on infant hearing* 2000 position statement: principles & guidelines for early hearing detection & intervention programs. Audiology Today; 2000. special edition. Available in: <http://www.jcih.org/jcih2000.pdf>

JCIH. *Joint Committee on infant hearing*. American Academy of Audiology; American Academy of Pediatrics; American Speech-Language-Hearing Association; Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. Pediatrics 2000, 106(4): 798-817.

JCIH. *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, JM; TOCHETTO, TM, MOTA, HB. Maturação da função auditiva e desenvolvimento de linguagem. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2006;11(1):17-21.

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. Extraído de: [http://www.cluteinstituteonlinejournals.com/Programs/Disney\\_2008/Article%20274.pdf](http://www.cluteinstituteonlinejournals.com/Programs/Disney_2008/Article%20274.pdf).

MARTINEZ, M.A.N.S. Avaliação audiológica na criança. In: Tratado de Fonoaudiologia. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 2004.

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.

MOTTI, T.F.G. Programa de orientação não presencial dos pais de crianças deficientes auditivas. São Carlos; 2005. [Tese . Doutorado . Universidade Federal de São Carlos, SP].

NEGRELLI, M.E.D.; MARCON, S.S. Família e criança surda. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 5, n. 1, p. 98-107, jan./abr. 2006

NERY, D.M. O processo terapêutico de uma criança deficiente auditiva: uma possível articulação entre teoria e prática fonoaudiológica. São Paulo; 2000. [Dissertação . Mestrado- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]

NORTHERN, J.L; DOWNS, M. P. Audição em crianças. 3ª. 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. 1986, 241f. (Tese). Columbia: Columbia University, 1986.

NOVAES, B. C. A. C.; BALIEIRO, C. R. Terapia Fonoaudiológica da Criança Surda. In: Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Editora Roca; 2004. p.732-739.

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.

OLIVEIRA, P; CASTRO, F; RIBEIRO, A. Surdez infantil. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 417-423, mai./jun. 2002.

OLIVEIRA, R. G A experiência de famílias no convívio com a criança surda. Rev. Acta Scientiarum, Maringá, v. 26, n. 1, p. 183-191, 2004.

PIRES.A; RODRIGUES.A.P. Representações Sociais da surdez. Análise Psicológica (2002), 3 (XX): 389-400

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, n. 36, FCBS 04, pp. 75-86, Curitiba, nov. 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. Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de 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. 125-144.

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, MCM; MIZHAHI, MM; PARRA, VM. Próteses auditivas: um estudo sobre seu benefício na qualidade de vida de indivíduos portadores de perda auditiva neurossensorial. *Distúrb Comun.*2004;16(2):153-65.

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

SININGER. YS. Audiologic assessment in infants. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery* 2003; 11:378-382.

TANAKA, O.Y; MELO,C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente. Um Modo de Fazer.1 ed. 2004, São Paulo.

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

YOSHINAGA-ITANO, C. Efficacy of early identification and early intervention. *Sem.hear.* (6) 2; 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- 1171, 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. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v.72, n.5, set/ out, 2006, p.617-623.



## Anexo 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao participante deste estudo

O Sr(a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que se intitula: habilidades Auditivas e de linguagem: expectativas de pais e terapeutas de crianças com deficiência auditiva em terapia fonoaudiológica.

O objetivo deste estudo é analisar, descrever e discutir expectativas de pais e/ou responsáveis por crianças com deficiência auditiva e terapeutas do programa de Audiologia Educacional da DERDIC através da análise do conhecimento e atitudes de pais de crianças com deficiência auditiva de 1 ano a 6 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 Ana Luiza Marques, no endereço Rua Silvia Celeste de Camps,234. Alto de Pinheiros. CEP: 05462-010 . São Paulo/ S.P. Telefone: (11) 3815-7415.

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 e expectativas de terapeutas e pais de crianças com deficiência auditiva quanto às habilidades auditivas e de linguagem. Eu discuti com a fonoaudióloga Ana Luiza Marques 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.

\_\_\_\_\_

Ana Luiza Marques

Responsável pelo Estudo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

## Anexo 2

### 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

8. 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) freqüenta 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    | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Batida na porta    | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Buzina de carro    | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Música             | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Telefone           | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Televisão          | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Fala               | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Latido de cachorro | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Despertador        | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Às vezes necessária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não faz diferença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não é necessária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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 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

_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

25. Que outras crianças moram em casa?

Relacionamento com a criança

Idade

Sexo

_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

26. A senhora poderia me descrever a sua casa?

Cômodos (quantos)

Sala	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Cozinha	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Sala de jantar	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Quarto	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Banheiro	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Quanto de empregada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Outro	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

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

não

sim Qual o parentesco com a criança? \_\_\_\_\_

## Anexo 3

### 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 4

### 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, frequentam 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 seu 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 5

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Terapeutas)

O Sr(a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que se intitula: expectativas de terapeutas e pais de crianças com deficiência auditiva quanto às habilidades auditivas e de linguagem.

O objetivo deste estudo é analisar, descrever e discutir expectativas de pais e/ou responsáveis por crianças com deficiência auditiva e terapeutas do programa de Audiologia Educacional da DERDIC através da análise do conhecimento e atitudes de pais de crianças com deficiência auditiva de 1 ano a 6 anos atendidas no serviço. Caso permita a participar desta pesquisa, será feita uma entrevista.

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 Ana Luiza Marques.

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 expectativas de terapeutas e pais de crianças com deficiência auditiva quanto às habilidades auditivas e de linguagem.

Eu discuti com a Fonoaudióloga Ana Luiza Marques 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.

\_\_\_\_\_

Ana Luiza Marques  
Responsável pelo Estudo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data