

## INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA JUNTO ÀS MÃES OU RESPONSÁVEIS POR RECÉM-NASCIDOS DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA AUDITIVA, PRECOCEMENTE DETECTADA

*THE INTERVENTION OF AUDIOLOGY WITH MOTHERS OR PEOPLE RESPONSIBLE FOR NEWBORNS PRESENTING HIGH RISK OF DEVELOPING AUDITORY DEFICIENCY AMING AT EARLY PREVENTION*

Alessandra Kerli da Silva Manfredi<sup>1</sup> & Claudia Benedita dos Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fonoaudióloga e Pós-graduanda em Enfermagem e Saúde Pública; <sup>2</sup>Docente. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

**CORRESPONDÊNCIA:** Alessandra Kerli da Silva Manfredi. Rua Francisco Marques, 1854 Franca – SP. CEP 14406 705. Fone (16) 3720 9897. alekerli@francanet.com.br

MANFREDI AKS & SANTOS CB. Intervenção fonoaudiológica junto às mães ou responsáveis por recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, precocemente detectada. **Medicina, Ribeirão Preto** 35: 70-77, jan./mar 2002.

**RESUMO:** Este trabalho tem como objetivo avaliar procedimento de intervenção fonoaudiológica, por meio da obtenção do índice de retornos de mães ou responsáveis ao programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, de recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, que apresentaram resultado negativo no exame de emissões otoacústicas, realizado antes de sua alta hospitalar, e do levantamento dos motivos pelos quais tais retornos não ocorreram. Foram estudados dois grupos de mães ou responsáveis por recém-nascidos de risco para deficiência auditiva: grupo experimental composto de mães ou responsáveis por recém-nascidos internados no berçário de atendimento intermediário do Setor de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de Ribeirão Preto e grupo-controle, cujas informações sobre mães ou responsáveis bem como sobre os recém-nascidos foram obtidas de forma retrospectiva junto aos prontuários do Serviço de Arquivo Médico do referido hospital. Embora tendo sido observados altos índices de ausências ao programa de acompanhamento auditivo nos dois grupos, 43,3% para o experimental e 51,3% para o controle, houve diminuição de 15,6% para o grupo experimental em relação ao controle, sendo o esquecimento o relato mais freqüente para o motivo de ausência entre as mães faltosas, pertencentes ao grupo experimental (30,8% das respostas). O motivo, resultado negativo no exame de emissão otoacústica foi observado em apenas um (1,7%) dos relatos.

Os resultados mostraram que a intervenção foi parcialmente efetiva, pois, embora havendo diminuição do índice de ausências no grupo experimental, este ainda se apresentou alto. Como conclusão, alertamos os profissionais que trabalham com recém-nascidos de risco para deficiência auditiva para estarem atentos com relação à audição. Mães ou responsáveis por bebês com problema auditivo devem ser muito bem orientados sobre a importância da audição e da detecção precoce da deficiência auditiva, o que contribuirá para a redução de mais graves comprometimentos futuros.

**UNITERMOS:** Audição. Prevenção Primária. Triagem Neonatal.

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, com os modernos avanços científicos e tecnológicos, é possível observar uma considerável redução da taxa de mortalidade neonatal e aumento da sobrevivência de recém-nascidos de alto risco, ou seja, daquelas atendidas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. No Município de Ribeirão Preto, por exemplo, a mortalidade neonatal observada apresentou um decréscimo de 39% entre os anos de 1997 a 1999, passando de 32,1% a 19,7% respectivamente, sendo que, para o ano de 2000, embora se observe um aumento de 21% em relação ao ano de 1999, o número ainda é muito inferior (22,7%) ao apresentado em 1997.

Assim, a qualidade de vida dos recém-natos, nascidos de risco, se tornou uma preocupação, exigindo-se a intervenção em etapas de desenvolvimento cada vez mais precoces<sup>(1)</sup>, pois, com o aumento da sobrevivência de recém-nascidos de risco, existe, também, o aumento da probabilidade de desenvolvimento de seqüelas neurológicas, de déficits somáticos, dificuldades de aprendizagem, distúrbios de comportamento, anormalidades neuromotoras e de outras afecções freqüentemente incapacitantes, como, por exemplo, a deficiência auditiva.

A audição é um pré-requisito para a aquisição e desenvolvimento da linguagem. Todavia, a aquisição pela audição<sup>(2)</sup> é função que depende do tempo e está relacionada a períodos de maturação precoce, que são denominados períodos críticos, para o desenvolvimento de funções biológicas, as quais são responsáveis pela aquisição da linguagem em tempo certo.

Em 1994, o Joint Committee on Infant Hearing<sup>(3)</sup> recomendou a identificação, o diagnóstico e o tratamento precoce das deficiências auditivas. Propôs a triagem auditiva, universal, para todos os neonatos, preferencialmente na alta hospitalar, sejam eles de alto ou baixo risco e, no máximo, até os três meses de idade, e que os programas de identificação de deficiências auditivas não devem encerrar no nascimento, pois, em alguns casos, elas podem surgir mais tarde. Assim, o acompanhamento e a avaliação da audição devem continuar em outras faixas etárias da criança.

Atualmente, com o desenvolvimento da tecnologia computadorizada, é possível medir e analisar, em cócleas de indivíduos normais, uma série de reflexos acústicos em resposta à estimulação auditiva, ou seja medir as emissões otoacústicas<sup>(4)</sup>. Assim, tendo as

Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) como primeiro método de avaliação, talvez seja possível que grande parte das deficiências auditivas possam ser identificadas ainda no berçário, antes da alta hospitalar do recém-nascido.

No entanto, é observado baixo índice de adesão de mães ou responsáveis por bebês de risco em programas de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, o que retarda, se não impede, a detecção e tratamento precoces da deficiência auditiva.

Acredita-se que, com a introdução das EOAE, primeira avaliação da audição dos bebês, a mãe, em contato com um fonoaudiólogo e sendo orientada ainda no hospital sobre as condições auditivas de seu bebê, possa atribuir maior valor e se empenhar em dar continuidade à avaliação do desenvolvimento auditivo. Afinal, concordando com Azevedo et al.<sup>(5)</sup>, crianças consideradas de risco para distúrbios de audição (Tabela I) devem ser submetidas a uma avaliação auditiva no início da vida e a um acompanhamento audiológico, que permita monitorar o desenvolvimento da audição e identificar qualquer tipo de alteração auditiva ainda no período ideal de estimulação.

## 2. OBJETIVOS

Geral: avaliar um procedimento de intervenção fonoaudiológica junto às mães ou responsáveis por bebês de risco para deficiência auditiva com vistas ao diagnóstico precoce.

### Específicos

- comparar o índice de retorno de mães ou responsáveis por bebês de risco para deficiência auditiva à fase inicial do programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, cujos bebês: (a) realizaram o exame de emissão otoacústica transiente, com presença de resposta da cóclea em ambas as orelhas, e cuja mãe ou responsável, anteriormente à alta hospitalar, por intermédio de um fonoaudiólogo, foi informada(o) de tal resultado e orientada(o) a respeito do desenvolvimento auditivo de seu bebê e (b) não realizaram o exame de emissão otoacústica, transiente;
- descrever os principais motivos que levaram as mães ou responsáveis pelos bebês de risco para deficiência auditiva, com resultado negativo no exame de emissões otoacústicas, ao não comparecimento no retorno agendado.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Local de estudo

O presente estudo foi desenvolvido no berçário de cuidados intermediários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), na Unidade Campus do referido hospital.

#### 3.2. População do estudo

A população do estudo foi composta de mães ou responsáveis por recém-nascidos atendidos na unidade neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, portadores de, pelo menos, um risco para deficiência auditiva, de acordo com os indicadores propostos pelo Joint Committee on Infant Hearing, ASHA<sup>(3)</sup> e acrescidos por Azevedo<sup>(6)</sup> (Tabela I), e com agendamento para o retorno de seu bebê ao primeiro exame do programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, no máximo três meses após a alta hospitalar.

#### 3.3. Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo quase experimental, com delineamento de grupo de controle não equivalente.

#### 3.3.1. Grupos de estudo

Grupo experimental: mães e/ou responsáveis por bebês que tenham realizado o exame de emissão otoacústica, transiente, com presença de resposta da cóclea em ambas as orelhas, e que, anteriormente à alta hospitalar, foram informada(o)s de tal resultado e orientada(o)s a respeito do desenvolvimento auditivo de seu bebê, através de um fonoaudiólogo;

Grupo-controle: mães e/ou responsáveis por bebês que não realizaram o exame de emissão otoacústica, transiente e não receberam intervenção fonoaudiológica até a data da consulta agendada no pós-alta.

#### 3.4. Período de coleta de dados e procedimentos metodológicos

Para o grupo experimental, o período de coleta de dados deu-se de dezembro de 1999 a março de 2000, sendo que, para alcançarmos nossos objetivos, as seguintes etapas metodológicas foram realizadas:

- todos os recém-nascidos de risco para deficiência auditiva foram submetidos à triagem auditiva, neonatal, com a utilização do exame de emissão otoacústica, transiente;
- havendo no recém-nascido resposta da cóclea em ambas as orelhas, no exame de emissão otoacústica, transiente, iniciou-se a intervenção fonoaudiológica;

**Tabela I: Indicadores de risco para deficiência auditiva periférica e/ou central.**

1. Antecedentes familiares de disacusia sensorioneural hereditária
2. Infecções congênicas (citomegalovírus, rubéola, sífilis, herpes e toxoplasmose)
3. Anomalias craniofaciais, incluindo as de pavilhão auricular e meato acústico externo
4. Peso de nascimento inferior a 1500g.
5. Hiperbilirrubinemia a níveis de exsanguíneotransfusão
6. Uso de medicamentos ototóxicos (incluindo mas não limitando o uso de aminoglicosídeos, uso em associação com diuréticos)
7. Meningite bacteriana
8. Apgar 0 a 4 no 1º minuto e 0 a 6 no 5º minuto
9. Ventilação mecânica por mais de 5 dias
10. Síndromes
11. Consangüinidade materna
12. Criança pequena para idade gestacional
13. Alcoolismo materno ou uso de drogas psicotrópicas na gestação
14. Hemorragia ventricular
15. Convulsões neonatais
16. Permanência em incubadora por mais de 7 dias

De 1/10 -Ref. ASHA<sup>(3)</sup>

De 11/16 Ref.: Azevedo<sup>(6)</sup>

lógica propriamente dita, quando a mãe ou responsável, por intermédio de um fonoaudiólogo, foi informada do resultado do exame, da importância da audição, da necessidade do acompanhamento audiológico e que o agendamento ao primeiro retorno para continuidade da avaliação auditiva do bebê ocorreria no momento da alta hospitalar.

Para viabilização dos procedimentos, as seguintes etapas foram executadas:

1a etapa: levantamento dos prontuários dos recém-nascidos de risco para deficiência auditiva (Tabela I) e preenchimento de um formulário com as informações obtidas sobre o recém-nascido e sua mãe;

2a etapa: contato com a mãe ou responsável pelo recém-nascido de risco para deficiência auditiva para esclarecimento sobre o exame de emissão otoacústica e obtenção, caso houvesse permissão para sua realização, de sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido;

3a etapa: realização nos recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, com ou sem a presença da mãe ou responsável, do exame de emissões otoacústicas, transientes, sendo as duas orelhas avaliadas, em algumas ocasiões, foram necessários vários momentos de coleta devido ao fato de o recém-nascido acordar e/ou com a ocorrência de algum ruído externo ao exame que o impedisse de ser realizado;

4a etapa: realização da intervenção fonoaudiológica, constituindo-se de informação à mãe e/ou responsável pelo recém-nascido de risco para deficiência auditiva do resultado negativo da emissão otoacústica, transiente, seguido da orientação sobre importância da audição para o desenvolvimento de fala e linguagem do bebê, informações do que é triagem e da necessidade do acompanhamento do desenvolvimento auditivo após a alta hospitalar;

5a etapa: agendamento do primeiro exame do programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, durante o processo de alta hospitalar.

Para o grupo-controle, foi realizado um estudo retrospectivo com levantamento do número de ausências entre os prontuários do SAM (Serviço de Arquivo Médico) do Hospital das Clínicas da FMUSP de Ribeirão Preto. Dentre os 39 recém-nascidos de risco para deficiência auditiva (Tabela I), pertencentes ao programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, no período de dezembro de 1998 a março de 1999, levantamos o número de

ausências ao primeiro agendamento do programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo. Finalmente, as proporções de bebês faltosos ao primeiro agendamento, nos dois momentos distintos, foram obtidas.

Para alcançarmos o segundo objetivo específico proposto, levantamos o(s) motivo(s) que levaram à ausência, através de contato telefônico, quando possível, ou por intermédio de correspondência enviada às 26 mães que faltaram aos primeiros agendamentos. No caso do contato telefônico, as informações foram obtidas de imediato, enquanto que, no caso de correspondência, as informações foram obtidas durante o retorno ao novo agendamento.

### 3.4.1. Equipamento utilizado

Para a coleta dos dados das orelhas dos recém-nascidos, foi utilizado o aparelho de emissões otoacústicas, transientes, ILO92, em um berço de acrílico com colchão de espuma adequado e um tampo também de acrílico, localizado em sala de atendimento no berçário, não possuindo tratamento acústico, mas sendo um ambiente silencioso.

### 3.4.2. Análise dos resultados

As informações relacionadas às condições socioeconômicas e demográficas do grupo estudado bem como às condições clínicas do recém-nascido, os antecedentes gestacionais da mãe, ausência/presença no primeiro agendamento e o motivo da falta, foram dispostos em um banco de dados, utilizando-se o programa EXCELL 97, com dupla digitação, e sumarizados por meio de distribuições de frequências, medidas estatísticas de tendência central e de variabilidade<sup>(7, 8)</sup>.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Dados referentes aos recém-nascidos de risco para deficiência auditiva

Dentre os recém-nascidos participantes do estudo, observaram-se 53,3% do sexo masculino e 46,7% do sexo feminino.

Observa-se que 50% dos recém-nascidos de risco para deficiência auditiva apresentaram o indicador peso ao nascimento inferior a 1500 g, segundo o Joint Committee on Infant Hearing<sup>(3)</sup>. O peso médio de nascimento foi de 1589,5g, com desvio-padrão de 626,8g. Embora prematuridade isolada não represente risco potencial para deficiência auditiva, consideramos importante apresentar que, para o grupo do estudo, obtivemos 83,3% de recém-nascidos com idade

gestacional inferior a 37 semanas. Este resultado ratifica a realidade do berçário de alto risco do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, onde o trabalho foi desenvolvido. A idade gestacional mediana observada foi de 33 semanas e 6 dias com desvio-padrão de 2 semanas e 4 dias. A idade mediana gestacional observada foi de 33 semanas e 4 dias e a idade gestacional modal foi de 34 semanas e 4 dias.

Quanto ao índice de Apgar no 1º minuto, observou-se que 41,7% dos recém-nascidos apresentaram o risco índice de Apgar entre 0 e 4 no 1º minuto. Quanto ao valor do índice de Apgar no 5º minuto, observou-se, entre os recém-nascidos, que aqueles com valores considerados de risco para deficiência auditiva, também apresentaram valores do índice de Apgar, considerados de risco no 1º minuto. Portanto, para o grupo em estudo, embora 13,3% dos recém-nascidos tenham apresentado o risco Apgar entre 0 e 6 no 5º minuto, eles não representam um novo grupo. Outro risco para deficiência auditiva é a necessidade de ventilação mecânica. Observou-se, neste estudo, que 46,7% dos recém-nascidos, participantes do estudo, apresentaram o risco.

Dentre os recém-nascidos, observou-se 43 (71,7%) apresentaram Hiperbilirrubinemia e, destes, somente 2 necessitaram de exsanguíneotransfusão. Logo, no grupo estudado, obtiveram-se 3,3% de recém-nascidos apresentando o referido risco. Quanto à utilização de medicação ototóxica, no presente estudo, encontraram-se 21,7% de recém-nascidos, apresentando tal risco.

Cabe ressaltar aqui que, embora se observe um elevado índice de administração de medicamentos ototóxicos por 10 ou mais dias (40,6%), verifica-se que, no berçário em questão, existe uma preocupação em relação a este tempo sendo que a administração é, na maioria das vezes, interrompida no 10º dia. Nos casos onde a continuidade do tratamento faz-se necessária, geralmente, é realizada a troca da medicação, sendo que a manutenção do ototóxico somente ocorre em casos críticos, pneumonia, por exemplo. Observou-se, também, que 3,3% dos recém-nascidos apresentaram infecção congênita, sendo os dois casos de sífilis.

Antecedentes familiares de disacusia sensorioneural, hereditária também são um dos riscos para deficiência auditiva, segundo o Joint Committee on Infant Hearing<sup>(4)</sup> e foram observados em 20% dos casos, porém, foram obtidos por meio de relatos, logo, não se pode afirmar de fato que todos os 20% de deficiência auditiva na família estejam relacionados a

disacusia sensorioneural, hereditária. De qualquer forma, considerou-se importante mencionar a informação obtida.

Em relação aos riscos propostos por Azevedo<sup>(6)</sup>, na população de estudo, encontramos a relação entre peso e idade gestacional, Pequeno para a Idade Gestacional em 38,3% dos recém-nascidos, permanência em incubadora por mais do que 7 dias, o que foi observado em 61,7% de recém-nascidos. O tempo médio de permanência na incubadora, observado foi de 13 dias, com desvio-padrão de 11 dias. Esta alta variabilidade deve-se ao fato de que 3 recém-nascidos permaneceram muito tempo na incubadora (56, 37 e 32 dias).

Presença de crise convulsiva em 8,3% dos recém-nascidos, hemorragia ventricular, em 10% dos recém-nascidos participantes do estudo. Neste grupo, os indicadores de risco para deficiência auditiva, meningite bacteriana, síndromes (segundo Joint Committee on Infant Hearing<sup>(3)</sup>) e consangüinidade materna (segundo Azevedo<sup>(6)</sup>) não foram observados.

#### 4.2 Dados referentes às mães pertencentes ao estudo

Quanto à idade, observa-se que a maioria das mães (60,1%) apresenta idade entre 22 e 36 anos. Quanto ao grau de instrução, dentre as mães informantes, a maioria (69,2%) possui somente até primeiro grau.

Quanto ao tipo de parto realizado, 63,3% foram cesárea, seguidos de 35% de partos normais. Quanto ao acompanhamento de pré-natal, a maioria (85%) das mães o realizou.

O observado número médio de gestações foi de 4 com desvio-padrão de 2 gestações. O índice de abortos observado foi de 36,7% e as mães tiveram, pelo menos, um aborto. Dentre as mães que não tiveram nenhum aborto, duas tiveram dois natimortos e uma um natimorto. Dentre as mães com três abortos uma mãe teve dois natimortos.

Quanto à procedência, a maioria (80,2%) das mães são de Ribeirão Preto (41,7%) ou de regiões pertencentes à Divisão Regional de Saúde 18 (38,5%), abrangida pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Utilização de drogas psicotrópicas durante a gestação é um dos indicadores de risco para deficiência auditiva, segundo Azevedo<sup>(6)</sup>. Dentre as mães participantes do estudo, 2 (3,3%) fizeram o uso de drogas psicotrópicas (maconha e crack) durante a gestação.

Cabe ressaltar que, embora cigarro não seja considerado indicador de risco para deficiência auditiva, sua utilização está associada ao nascimento prematuro e de bebês pequenos para idade gestacional, riscos potenciais para deficiência auditiva. No grupo em questão, 18 (30%) das mães eram fumantes durante a gestação.

Quanto ao alcoolismo materno, um dos indicadores de risco para deficiência auditiva, segundo Azevedo<sup>(6)</sup> nenhuma mãe se referiu ao uso abusivo, mas, pôde-se constatar que 1 mãe era alcoólatra.

#### 4.3. Resultados referentes às ausências das mães à fase inicial do programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo

##### 4.3.1. Comparação dos valores de índices de ausência entre os dois grupos (experimental e controle) estudados

Na Tabela II, estão mostradas as distribuições das mães e/ou responsáveis pelos recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, nos dois grupos de estudo, segundo presença ou ausência ao primeiro agendamento, no programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo.

É possível observar que, embora o índice de ausências das mães e/ou responsáveis apresente-se alto nos dois grupos observados, houve uma diminuição de 15,6% em seu valor para o grupo experimental em relação ao grupo-controle.

Apesar da maior proporção de presença materna nos retornos agendados, no grupo experimental, preocupa-nos o reduzido impacto da intervenção fonoaudiológica encontrada neste e em vários outros estudos de acompanhamento realizados<sup>(5,9,10,11)</sup>.

Tais dados sinalizam para a necessidade de intervenções mais ampliadas, contemplando outros fatores que possam intervir no comparecimento da clientela aos retornos. Os motivos que levaram as mães pertencentes ao grupo experimental ao não comparecimento ao primeiro agendamento, no programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, estão apresentados na Tabela III.

Observando-se a Tabela III, nota-se que os motivos apresentados pelas mães ou responsáveis para o não comparecimento ao retorno agendado envolveram atitudes que puderam sinalizar a pouca importância atribuída à audição e ao seguimento, não só o esquecimento do retorno (30,8% das ausências), mas,

quando referiram que perderam o horário e testam a audição do bebê em casa.

Tais motivos já foram mencionados por Gonçalves<sup>(9)</sup> em seu trabalho onde referiu que o não comparecimento aos retornos, apesar das insistentes recomendações sobre a importância dos mesmos, refletiu o desconhecimento da população sobre a necessidade de acompanhamento do desenvolvimento para a prevenção de deficiências.

**Tabela II: Distribuição das mães e/ou responsáveis pelos recém-nascidos de risco para deficiência auditiva nos dois grupos de estudo, segundo presença ou ausência ao primeiro agendamento, no programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo**

Comparecimento	Grupo Controle		Grupo experimental	
	Nº de mães	%	Nº de mães	%
Sim	19	48,7	34	56,7
Não	20	51,3	26	43,3
Total	39	100	60	100

**Tabela III: Distribuição das mães faltosas do grupo experimental, segundo motivo de ausência ao primeiro agendamento, no programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo**

Motivo de ausência	Nº de mães	%
Esquecimento	8	30,8
Rn estava doente	2	7,7
Estava doente	2	7,7
Ambulância não buscou	2	7,7
Falta de dinheiro	2	7,7
Perdeu a hora	2	7,7
Rn internado	2	7,7
Teste normal no berçário	1	3,8
Trabalho	1	3,8
Realiza o teste em casa	1	3,8
Mãe alcoólatra	1	3,8
Óbito do RN	1	3,8
Mudança de residência	1	3,8
Total	26	100

Dificuldades socioeconômicas, como a falta de dinheiro para o transporte, o trabalho impedindo a mãe de levar o bebê ao hospital, a mãe ser alcoólatra, mudança de residência, a ambulância não buscar em casa, entre outros, também foram mencionados, o que vem de encontro com as considerações apresentadas por Azevedo et al.<sup>(5)</sup>, que observou um alto índice de evasão em programas de acompanhamento, principalmente em população de baixa renda, que não dispõe de recursos financeiros para transporte ao local das consultas.

Apesar do baixo índice apresentado, do motivo “teste normal no berçário” (3,8%), nossa expectativa era grande e constante. Tal motivo preocupava-nos em demasia, pois, dentro da proposta de intervenção em questão, o momento mais delicado era transmitir o resultado do exame de emissões otoacústicas à mãe ou responsável. Tínhamos dúvidas em relação à leitura frente ao resultado negativo do exame, ou seja, preocupava-nos a interpretação por parte da mãe ou responsável do que o exame trazia. A forma como transmitíamos o resultado do exame de emissões otoacústicas era sempre cuidadosa e clara, em nenhum momento a palavra “normal” era utilizada, não nos referíamos ao resultado, audição dentro da normalidade. Esclarecíamos que tal exame era apenas um procedimento de

triagem e que um futuro acompanhamento era necessário e imprescindível. No entanto não tínhamos certeza de como ela interpretaria tais informações.

Assim, com os resultados das Tabelas II e III concluímos que a intervenção fonoaudiológica apresentou-se parcialmente efetiva, pois, embora tenha havido uma redução no índice de ausências das mães ao primeiro agendamento do programa de acompanhamento do desenvolvimento auditivo, e apenas uma mãe ter associado sua ausência à informação de normalidade de audição ainda no berçário, o número manteve-se elevado.

Há ainda muitos conhecimentos que devemos adquirir ao longo de nossa caminhada sobre nossos programas de triagem e acompanhamento auditivos. Aspectos críticos, como o desempenho dos instrumentos de triagem utilizados, a acessibilidade e a disponibilidade dos serviços de saúde precisam ser melhor explorados. Vimos que somente transmitir a informação pode não assegurar a mudança de comportamento esperada e, nesse sentido, torna-se necessária a elaboração de protocolos de intervenção específicos e a inclusão de práticas educativas a serem executadas pelo pessoal que dá assistência a essa população, em todos os níveis, ou seja, hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

MANFREDI AKS & SANTOS CB. The intervention of audiology with mothers or people responsible for newborns presenting high risk of developing auditory deficiency aiming at early prevention. **Medicina, Ribeirão Preto** 35: 70-77, jan./march 2002.

**ABSTRACT:** This work aims at evaluating an audiology intervention procedure by obtaining the rate of returns to a follow-up program for auditory development by mothers or people responsible for newborns with high risk of developing auditory deficiency and who presented a negative result in the otoacoustic emissions test performed before their discharge from hospital and the assessment of the reasons why the return had not taken place. Two groups of mothers or people responsible for newborns with risk of developing auditory deficiency were studied: experimental group, which consisted of mothers or people responsible for newborns hospitalized in the intermediate-care baby ward in the Pediatrics Sector of the University Hospital of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Faculty of Medicine, and control group, whose information regarding the mothers or other responsible people as well as that concerning the newborns was obtained in a retrospective fashion from the medical records at the Medical Files Services of the hospital mentioned above. Although a high rate of absence from the follow-up program for auditory development was observed in both groups, 43.3% for the experimental group and 51.3% for control, there was a decrease of 15.6% for the experimental group in relation to control. Oblivion was the most frequently reported reason by the absent mothers in the experimental group (30.8% of the responses). The reason negative result in the otoacoustic emissions test was observed in only one (1.7%) of these mothers' reports. The findings show that the intervention was partly effective since, although the absence rate was still high in the experimental group, a reduction occurred. As a conclusion, we advise that professionals working with newborns presenting high risk of developing auditory deficiency be attentive in relation to their hearing. Mothers or other people responsible for such newborns must be well advised as to the importance of hearing and of the early detection of hearing deficiency in order to reduce more serious aggravations in the future.

**UNITERMS:** Hearing. Neonatal Screaming. Primary Prevention.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - HERNANDEZ AM. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: ANDRADE CRF. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. Lovise, São Paulo, p. 43-99, 1996.
- 2 - NORTHERN JL & DOWNS MP. **Audição em crianças**. 3a ed., Manole, São Paulo, 1989.
- 3 - AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). Joint Committee On Infant Hearing **ASHA 36**: 38-41, 1994.
- 4 - CHAPCHAP MJ. Potencial evocado auditivo de tronco cerebral (PEATC) e das emissões otoacústicas evocadas (EOAE) em unidade neonatal. In: ANDRADE CRF. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. Lovise, São Paulo, p. 169-199, 1996.
- 5 - AZEVEDO MF; VIEIRA RM & VILANOVA LCP. **Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco**. Plexus, São Paulo, 1995.
- 6 - AZEVEDO MF. Programa de prevenção e identificação precoce dos distúrbios da audição. In: SCHOCHAT E. **Processamento auditivo**. Lovise, São Paulo, p.75-106, 1996.
- 7 - BLAND M. **An Introduction to medical statistics**. 3a ed, Oxford, New York, 2000.
- 8 - ZAR J. H. **Biostatistical analysis**. 4a ed., Prentice Hall, New Jersey, 1999.
- 9 - GONÇALES A.S. Investigação do desenvolvimento das habilidades de audição e comunicação de bebês nascidos em diferentes condições de peso e idade gestacional. Dissertação de Mestrado, **Centro de Educação e Ciências Humanas da UFSCAR**, São Carlos. p. 1-197, 1998.
- 10 - KRAMERS J; VERTES DR & CONDON M. Auditory brainstem responses and clinical follow-up of high-risk infants. **Pediatrics 33**: 152-164, 1994.
- 11 - CASTRO JR N. Do estudo da audiometria de tronco cerebral em neonatos normais e de alto risco. 1991. 186 f. Tese de Doutorado, **Escola Paulista de Medicina da UNIFESP**, São Paulo. p. 1-186, 1991.

Recebido para publicação em 19/10/2001

Aprovado para publicação em 07/03/2002