

PERCEÇÃO DE CUIDADORES/FAMILIARES ACERCA DA ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS DEFICIENTES AUDITIVAS

SANTOS, Nathalia Souza¹
SANTOS, Karlos Thiago Pinheiro²

1. Fonoaudióloga residente, Residência Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação (ESAP/SES/CRER) Goiânia, Goiás, Brasil. Contato: <fganathaliasouza@gmail.com>

2. Mestrado em cirurgia, especialista em Audiologia Clínica e Educacional. Fonoaudiólogo no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo– CRER, Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação(ESAP/SES/CRER), Goiânia, Goiás, Brasil.

INTRODUÇÃO

A linguagem oral é essencial ao desenvolvimento cognitivo e social dos seres humanos e para que ocorra adequadamente, fatores como maturação do sistema nervoso central, integridade das vias auditivas, cognição e funcionalidade dos órgãos fonoarticulatórios são fundamentais. Sendo qualquer alteração na audição capaz de acarretar atrasos no desenvolvimento infantil. O diagnóstico, a protetização, a reabilitação e a participação familiar tende a minimizar os agravos da privação sensorial.

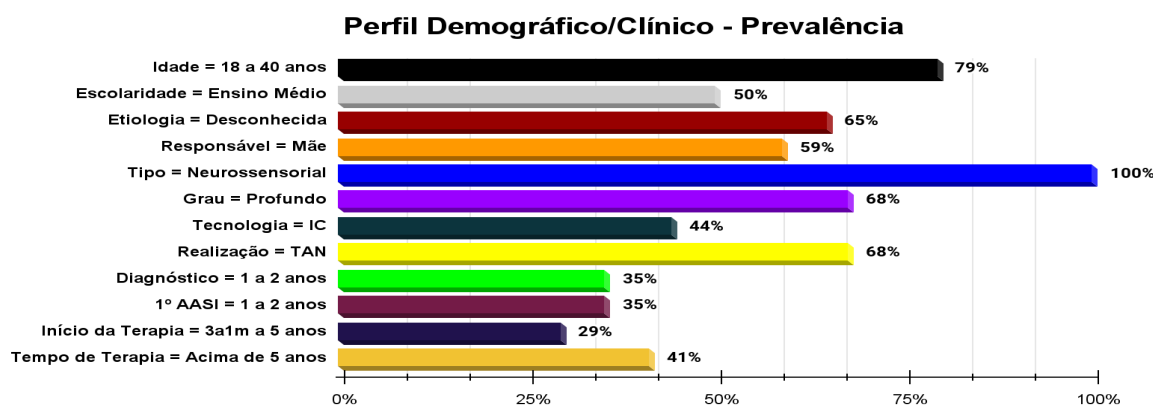
OBJETIVOS

Compreender a percepção de cuidadores/familiares sobre a atuação fonoaudiológica no atendimento de crianças com deficiência auditiva, a partir disso, analisar o nível de compreensão dos mesmos quanto às orientações acerca do diagnóstico e estimulações a serem realizadas em casa, identificar quais os possíveis fatores impeditivos para o engajamento familiar e relacionar o nível de compreensão com o engajamento familiar.

MÉTODOS

Estudo de natureza predominantemente quantitativa, descritiva e exploratória, realizada com 34 pais de crianças com deficiência auditiva atendidas no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo-CRER, aplicou-se um questionário estruturado(33 questões) para levantamento biopsicossocial, histórico da deficiência, intervenções e percepção dos mesmos quanto ao profissional fonoaudiólogo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



De acordo com o levantamento dos dados de 34 questionários, todos os

responsáveis estavam com suas crianças em atendimento fonoaudiológico na instituição, sendo que a população em estudo foi composta por 31(91.1%) mães e 3(8.8%) pais com idade entre 18 e 60 anos. Como observado no presente estudo a maior participação/acompanhamento nos atendimentos fonoaudiológicos visando a (re)habilitação da criança é realizado pela mãe, visto que seus parceiros ficam como provedores principais da casa, a mãe adota a postura de cuidadora principal da criança, ficando ela por vezes a frente do processo terapêutico corroborando com os achados de Miguel e Novaes¹⁶ e Lanzetta¹⁷.

A etiologia ou provável causa da deficiência auditiva que apresentou maior prevalência neste estudo foi “causas desconhecidas” representada por 22(64.7%) indivíduos seguida pela prematuridade 5(14.7%). Devido a prevalência estar vinculada a causas desconhecidas(64.7%), Pupo¹⁸ também descreveu tal achado, onde ao analisar 162 indivíduos, identificou maior prevalência para o mesmo fator etiológico em 32%. Portanto é importante ressaltar a necessidade da realização de uma anamnese minuciosa a fim de levantar todos os dados pré, peri e pós natais, bem como, histórico materno e familiar para identificar os fatores de risco e a casuística da deficiência auditiva na primeira infância, pois a identificação da etiologia de forma precoce possibilita mensurar a progressão da patologia, prognóstico e intervenções médicas e fonoaudiológicas.

A segunda etiologia predominante foi a prematuridade (14.7%) sendo esta um dos fatores de risco para P.A de grande ocorrência, já que por vezes está associado ao baixo peso, tempo prolongado em unidades de terapia intensiva e uso de medicações ototóxicas.²⁰

Todas as 34 crianças do presente estudo apresentam deficiência auditiva do tipo neurossensorial; destes 23(67.6%) deficiência auditiva de grau profundo, 15(44.1%) são usuárias de implante coclear, 13(38.2%) de AASI em ambos ouvidos e 6(17.6%) usuários bimodal sendo adaptados com AASI e IC simultaneamente. A ocorrência do tipo de perda auditiva neurossensorial corrobora com outros achados de Monteiro¹⁸, onde observou que 14(100%) da amostra do estudo possuíam perda auditiva do tipo neurossensorial, já Pupo¹⁹ em seu estudo com 162 indivíduos evidenciou que 151(93%) possuíam o mesmo tipo de perda. Vale ressaltar que nas perdas auditivas do tipo neurossensorial existe um acometimento estrutural de instalação irreversível quando comparadas com outros tipos de P.A, prejudicando no acesso sonoro e principalmente aos sons da fala.

Quanto ao grau de perda auditiva houve prevalência do grau profundo observado em 67.6% das crianças deste estudo, dado este que corrobora com Lanzetta¹⁷, que em seu estudo com 50 crianças, identificou que 23(46.0%) delas possuíam a mesma característica. Sabe-se que o grau da P.A influencia diretamente nos aspectos de desenvolvimento auditivo e de linguagem. No caso de perda auditiva de grau profundo os indivíduos perdem acesso a todos os sons da fala, sendo perceptível em alguns casos somente sons ambientais de forte intensidade.

Como recurso de auditivo neste estudo o delineamento abordou 02 tipos, sendo um implantável(IC) e o outro não implantável(AASI), onde cada um deles seguem critérios de indicação conforme o grau de perda auditiva, idade e período linguístico do acometimento, causa da doença e ganho auditivo fornecido. Devido ao predomínio de perda auditiva de grau profundo, a tecnologia mais utilizada dentre a população deste estudo foi o IC(44.1%), evidenciando coerência quanto a sua indicação e adaptação, uma vez que o mesmo consegue fornecer benefícios e qualidade auditiva para aqueles indivíduos com perda de grau severo a profundo e que não obtiveram ganhos satisfatórios com o AASI.

A dificuldade auditiva foi percebida na maioria pelos próprios pais/responsáveis

(64.7%) por volta de 1 a 2 anos de idade (47.1%). Observa-se que a suspeita da dificuldade auditiva por vezes é levantada por pessoas do convívio da criança podendo ser os pais, familiares, escola e outros indivíduos que permeiam o dia-a-dia da criança. Monteiro¹⁹ e colaboradores delinearam em seu estudo com 14 indivíduos, quem foi a primeira pessoa a suspeitar da dificuldade auditiva apresentada pela criança, os dados apontaram que a maior suspeita veio por parte materna(71,43%), seguido por familiares (14,28%), evidenciando que com maior frequência quem percebe a dificuldade auditiva de fato é a rede de apoio desta criança.

Entre as crianças que foram diagnosticadas no primeiro ano de vida, 50.0% delas receberam seu primeiro recurso aproximadamente 1 ano após o diagnóstico, enquanto as crianças que foram diagnosticadas entre 1 e 2 anos de idade, 58.3% receberam sua primeira adaptação na mesma época. Portanto, há uma significância na correlação entre a faixa etária do diagnóstico realizado e do recebimento do primeiro aparelho auditivo. Demonstrando que existe ainda uma lacuna de tempo entre o diagnóstico e o recebimento do recurso auditivo, sabe-se que esta lacuna aumenta as chances de atrasos no desenvolvimento infantil uma vez que mantém a criança em privação sensorial. Em contrapartida naquelas que foram diagnosticadas tardiamente observa-se a tentativa de minimizar os danos da privação sensorial fornecendo seu recurso auditivo na mesma época do diagnóstico, contudo vale ressaltar que em nosso país ainda não conseguimos atingir a idade ideal para o fechamento de diagnóstico de perda auditiva .⁶

Quanto à terapia individualizada foi possível identificar que também existe uma lacuna de tempo entre o início das terapias, idade do diagnóstico e a idade em que receberam seus aparelhos, demonstrando que em grande parte as mesmas iniciam suas terapias com intervalo superior a 1 ano, sendo este dado estatisticamente significativo.

Na data da aplicação do questionário proposto pelo presente estudo foi observado que grande parte das crianças estavam submetidas à terapia fonoaudiológica, sendo 14(41.2%) acima de 5 anos em terapia, 9(26.5%) 0 a 11 meses, 5(14.7%) 3 a 5 anos,4(11.8%) 1 a 2 anos e 2(5.9%) de 2 a 3 anos. Quanto à frequência 24(70.6%) são submetidas à terapia fonoaudiológica por no mínimo 1 vez por semana; 9(26.5%) por 2 vezes por semana e apenas 1(2.9%) por 3 vezes semanais.

O meio de comunicação mais utilizado entre as crianças crianças foi a fala 16(47.1%), seguida dos gestos 10(29.4%). Das crianças que se comunicavam por meio da fala foi possível observar que na maioria delas o diagnóstico ocorreu no primeiro ano de vida estando as crianças a mais de 1 ano em terapia fonoaudiológica.

Neste estudo não houveram dados estatisticamente significativos em relação ao tempo de terapia com a melhora da fala. Contudo, observou-se que as crianças que estão a mais tempo em terapia e que tem seus pais envolvidos no processo terapêutico são aquelas que apresentaram melhores resultados em relação a aquisição da fala, corroborando com os achados da literatura que relatam o benefício da fonoterapia para o desenvolvimento da criança.¹²⁻¹⁴⁻¹⁵

Para todos os participantes da pesquisa o papel do profissional fonoaudiólogo é primordial no tratamento da criança com deficiência auditiva. Dado este que evidencia o reconhecimento dos responsáveis quanto a atuação do fonoaudióloga, esta visão esta vinculada também ao processo de engajamento, uma vez que ocorre a incentivação da participação dos responsáveis na tríade “família, criança e terapeuta” ocorre então o reconhecimento mútuo de papéis.33(97.1%) afirmaram ter recebido as devidas orientações fonoaudiológicas tanto do diagnóstico como das estimulações a serem realizadas; 26(76.5%) relataram ter compreendido de maneira efetiva as orientações recebidas e 8(23.5%) razoavelmente, demonstrando não haver significância estatística do

nível de compreensão das orientações com a escolaridade dos participantes.

No que diz respeito à percepção dos pais/responsáveis quanto ao seu papel no processo terapêutico, observa-se que os mesmos também se consideraram importantes, sendo que 30(88.2%) se consideraram totalmente importantes nesta etapa. A maior parte deles 33(97.1%) consideram-se totalmente envolvidos no tratamento, sendo que 31(91.2%) acompanha presencialmente as crianças no ambiente terapêutico e 33(97.1%) realiza os exercícios de estimulação no ambiente domiciliar.

Foi possível evidenciar o engajamento destas famílias por meio da frequência em que os mesmos afirmaram realizar os exercícios em domicílio, sendo que a maioria referem realizar razoavelmente seguido de totalmente. Sabe-se que é por meio da terapia continuada que transcendem o ambiente ambulatorial e passa a ser realizada em casa pela rede de apoio para com a criança que os resultados chegam de forma mais assertiva, e é por meio de todo este processo que há a certeza de que melhores resultados chegaram. Foi possível identificar neste estudo que apesar do alto nível de satisfação dos pais quanto ao meio de comunicação das crianças, ainda existe a expectativa de que resultados ainda melhores a serem alcançados representado por 33(97.1%)responsáveis. Evidenciando que ainda existe um trabalho árduo e um longo caminho a ser seguido entre terapeutas, cuidadores/responsáveis e crianças.

Sendo assim, se faz necessário novas pesquisas nesta área a fim de fornecer dados estatisticamente significantes, quando a atuação da tríade(terapeuta, família e paciente) para a (re)habilitação na deficiência auditiva.

Conclusão

Em vista dos aspectos analisados no presente trabalho, percebe-se que os pais/responsáveis ao serem os primeiros a identificar a perda auditiva e receber corretamente as orientações quanto ao diagnóstico e terapia, reconhecem a sua importância no desenvolvimento da fala e da linguagem das crianças. Entende-se portanto, que tais fatores contribuem para o engajamento familiar adequado.

Os pais/responsáveis além de acompanhar as crianças na terapia, realizam estimulações no ambiente familiar, orientadas pelo terapeuta fonoaudiólogo. Dado o exposto, conclui-se que os pais/responsáveis de crianças deficientes auditivas têm a percepção adequada quanto ao trabalho e atuação do fonoaudiólogo no processo de reabilitação, e os reconhece como categoria profissional imprescindível para evolução e melhora da fala/linguagem das crianças deficientes auditivas.

REFERÊNCIA

- [1]TIMA F. **Repertório ocupacional de crianças de 4 a 6 anos com atraso no desenvolvimento motor, da linguagem e na habilidade pessoal-social**, 2020
- [2] SELLI *et. al* **Diagnóstico diferencial: perda auditiva ou transtorno do espectro do autismo. Distúrbio Comun.** São Paulo, 2020
- [3]CRUZ F. J **Alterações do sistema auditivo em pacientes submetidos a radioterapia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço.** 2020
- [4] Ghirardi A. C *et. al.* **Análise da voz de usuários de implante coclear e aparelho de amplificação sonora individual.** 2018
- [5]SANTOS S.C.C **Perfil auditivo de crianças atendidas em serviço de alta complexidade na cidade de Aracaju, Sergipe.** 2014
- [6]GOUVEIA *et. al* **Perda auditiva unilateral e assimétrica na infância. CoDAS**, 2020
- [7]LIMÃO, R, CONTO, J DE, FUJINAGA, C | **Concepções de gestantes sobre a perda auditiva. Rev.Salus-Guarapuava-PR**, 2008;
- [8]LEI N° 12.303, DE 2 DE AGOSTO DE 2010.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12303.htm
Acesso:02/12/2020 09:27
- [9] WOLFF S.; GOULART B.N.G **Percepção dos pais sobre os distúrbios fonoaudiológicos na infância**, 2011
- [10]LIMA *et. al* **Análise da efetividade de um programa de intervenção para famílias de crianças com deficiência auditiva. CoDAS** 2019
- [11] BRICHI A.C.S; OLIVEIRA A.K.C **A utilização da abordagem centrada na família na reabilitação neuropediátrica**, 2013
- [12]SCARANELLO **Reabilitação auditiva pós implante coclear**, 2005
- [13]SOUZA D.M.B; LOPES S.M.B **Percepção da família em relação à atuação fonoaudiológica em um ambulatório. Rev. CEFAC**, 2015
- [14] HIRDES A.; KANTORSKI L.P. **A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial**, 2005
- [15]PINTO *et. al* **Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. Intl. Arch. Otorhinolaryngol**, São Paulo, 2012.
- [16] MIGUEL J.H.S; NOVAES B. C. A. **Reabilitação auditiva na criança: adesão ao tratamento e ao uso do aparelho de amplificação sonora individual.** 2013
- [17] LANZETTA B.P; FROTA S.;GOLDFELD M. **Acompanhamento da adaptação de próteses auditivas em crianças surdas, Rev. CEFAC**, 2009
- [18] PUPO A.C; BALIERIO C.R; FIGUEIREDO R. S.L **Estudo retrospectivo de crianças e jovens com deficiência auditiva: Caracterização das etiologias e quadro audiológico, Rev. CEFAC**, 2008
- [19] MONTEIRO *et. al.* **Suspeita da perda auditiva por familiares, Rev. CEFAC**, 2009
- [20] CARVALHO K.M.C.; MORAES A.C.C. **A prematuridade como fator de risco para perda auditiva**, 2021
- [21] AURÉLIO N.H, S, **Adaptação de próteses auditivas em crianças e adolescentes do programa de atenção a saúde auditiva da UFSM**, 2010
- [22] ABORLCCF; SBO; SBF; ABA; SBP **Critérios de Indicação para Implante Coclear**, 2011
- [23]MORET A.L.M; BEVILACQUA M.C; COSTA O.A **Implante coclear: audição e linguagem em crianças com deficientes auditivas pré-linguais**, 2007
- [24] FERNANDES D. R.; SOUTO B. G. **A Participação familiar no cuidado de crianças com transtorno fonológico**, 2021

