

# CONCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE A PERDA AUDITIVA

## *Conceptions of pregnant on hearing loss*

Rafaela Simão<sup>1</sup>  
Juliana De Conto<sup>2</sup>  
Cristina Ide Fujinaga<sup>3</sup>

### Resumo

**Objetivo:** verificar a concepção das gestantes sobre a prevenção, causas e conseqüências da perda auditiva, além dos métodos de avaliação auditiva infantil. **Método:** o estudo foi realizado na Unidade da Saúde da Mulher e da Criança, no qual participaram 30 gestantes, com idade variando entre 18 a 30 anos. O tipo de estudo foi descritivo observacional. Foi aplicada uma entrevista com perguntas abertas e fechadas, para a obtenção de dados referentes à concepção das gestantes sobre as informações que possuem em relação à perda auditiva. **Resultados:** verificou-se que as gestantes não possuem conhecimento técnico sobre prevenção, causas e conseqüências da perda auditiva, nem dos métodos de avaliação auditiva infantil. **Conclusão:** Apesar das gestantes não possuírem estes conhecimentos, sua experiência, capacidade de observação e cuidados com bebê, proporciona algum outro tipo de conhecimento, o do senso comum. Há necessidade da inserção do fonoaudiólogo na atenção primária à saúde, com implemento de ações preventivas quanto à perda auditiva.

**Palavras-chave:** gestante; perda auditiva.

### Abstract

**Objective:** check the pregnant conceptions about prevention, causes and consequences of auditive loss and the infant hearing detection methods. **Methods:** the study was realized at the Unit of Woman and Children Health, where thirty pregnant participated, with age between 18 and 30 years old. The study was descriptive and with observation. Was applied an interview with open and closed questions, to obtain reports relating to the conceptions of the pregnant about the information that they have related with hearing loss. **Results:** pregnant didn't have technical knowledge about the prevention, causes and consequences of the hearing loss, and auditive valuation methods for children. **Conclusion:** Besides the pregnant don't have this knowledge,

---

1 Fonoaudióloga, graduada pela Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO, responsável técnica da Prefeitura de Porto Amazonas.

2 Fonoaudióloga, Doutoranda pela Universidade Federal de Santa Catarina, Docente do Departamento de Fonoaudiologia da UNICENTRO.

3 Fonoaudióloga, Doutora pela Universidade de São Paulo, Docente do Departamento de Fonoaudiologia da UNICENTRO (Orientadora).

their experience, observation capacity and care with the infant, provide some other kind of knowledge, the common sense. There is need for integration of speech therapist in primary health care, to implement the preventive actions as hearing loss.

Key words: pregnant; hearing loss.

## **Introdução**

A integridade do sistema auditivo constitui um dos pré-requisitos para a aquisição e o desenvolvimento adequado da linguagem. Por meio da linguagem, o ser humano estabelece contato com o próximo, compartilha experiências, pensamentos, idéias e desejos. A linguagem pode ser manifestada verbalmente através da fala ou pode ser expressa não verbalmente, utilizando-se gestos, expressões corporais e faciais<sup>(1)</sup>.

A audição é iniciada antes do nascimento, sendo a porta de entrada das informações fornecidas pela mãe ao seu bebê<sup>2</sup>. O feto é capaz de diferenciar diversos sons, como a voz de seus familiares, altura, intensidade e até a origem do som. Na décima segunda semana de gestação, a orelha interna está quase formada e por volta da vigésima segunda semana, o feto já possui a capacidade de reconhecer e manifestar quais os sons que lhe agradam ou não<sup>(3)</sup>.

Conforme o crescimento do bebê, essas respostas reflexas, que estavam presentes com dois ou três meses de idade, começam a se modificar pelo processo de maturação do sistema nervoso central. Assim, inicia-se um outro processo de aprendizagem e surgem novas respostas aos sons, sendo estas dependentes das experiências auditivas da criança. Com isso, a audição do recém-nascido, ao invés de apresentar-se apenas reflexa, passa a ficar mais aguçada e complexa,

necessária à compreensão e produção da fala<sup>(1)</sup>.

Pode-se salientar que o primeiro ano de vida é considerado como o período crítico para o desenvolvimento auditivo e da linguagem. Para que a linguagem oral se desenvolva adequadamente, é necessário que a criança possua a capacidade de atenção, reconhecimento, identificação, discriminação, localização e memória das experiências sonoras que a cerca. Qualquer dano ou alteração no sistema auditivo da criança poderá alterar a informação que a mesma recebe e, conseqüentemente, alterar sua experiência do mundo que a rodeia<sup>(4)</sup>.

A perda auditiva na infância pode dificultar ou atrasar a aquisição de linguagem, ou seja, as habilidades comunicativas normais. A criança que não consegue se fazer entender, nem compreender o que ocorre no seu meio, poderá tornar-se frustrada e retraída, além de desenvolver problemas comportamentais<sup>(4)</sup>. Dessa forma, destaca-se a importância da identificação precoce da perda auditiva, possibilitando a criança surda uma intervenção imediata e oferecendo condições básicas para o desenvolvimento da fala, linguagem, social, psíquico e educacional<sup>(5)</sup>.

Inúmeros programas de identificação e intervenção precoce têm sido desenvolvidos, com o objetivo de diminuir a idade média do diagnóstico auditivo na infância. Desde a década de 60, vêm sendo descritas propostas de triagem

auditiva em berçários. A preocupação com a identificação precoce da perda auditiva fez com que diversas pesquisas fossem iniciadas sobre a triagem auditiva com recém-nascidos. Primeiramente, em 1969, foi criado o Comitê denominado Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) e, a partir de então, começou a se publicar diversas recomendações em relação à identificação da perda auditiva. No mesmo ano, este Comitê recomendou a utilização do registro de alto risco para a perda auditiva e a realização da triagem auditiva, preferencialmente utilizando-se Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE), nos recém-nascidos de alto risco. No ano de 1991, o Comitê recomendou dez critérios de alto risco para perda auditiva, que são chamados de indicadores de alto risco para deficiência auditiva. Em 1994, o JCIH realizou novas recomendações, sugerindo mais indicadores de risco para identificação da perda auditiva e dividindo-os do nascimento até 28 dias e de 29 dias até dois anos, além de indicar a triagem auditiva universal e que a mesma seja realizada utilizando emissões otoacústicas<sup>(6-7)</sup>.

No Brasil em 1999, foi criado o Comitê Brasileiro sobre Perda Auditiva na Infância que seguiu as recomendações das organizações, ou seja, e realizar triagem auditiva universal e que todas as crianças devem ser testadas ao nascimento ou no máximo até três meses de idade e, caso haja deficiência auditiva confirmada, receber intervenção educacional até seis meses<sup>8</sup>.

Em 2002, o JCIH reconhece a efetividade dos programas de identificação precoce da perda auditiva e recomenda a triagem universal em berçários pelos métodos eletrofisiológicos como Emissões

Otoacústicas- EOA e/ou Potenciais Evocados de Tronco Encefálico-PEATE, assim possibilitando o diagnóstico antes dos três meses de idade.

Dessa forma, reconhece-se que os avanços tecnológicos com diferentes procedimentos têm auxiliado as práticas clínicas no diagnóstico e intervenção precoce da perda auditiva. No entanto, deve-se considerar que nem todos os serviços de saúde dispõem de tais recursos e que a detecção da deficiência auditiva no Brasil ocorre tardiamente. Além disso, a maioria dos profissionais do sistema de saúde possui um conhecimento restrito sobre a perda auditiva e métodos de avaliação auditiva infantil, podendo causar um atraso na identificação de crianças com perda auditiva congênita<sup>9</sup>.

Deve-se, então, considerar que os pais, especialmente a mãe, exercem um grande papel na detecção da deficiência auditiva já que são os primeiros a suspeitarem da surdez em seus filhos, representando um importante fator para a detecção e diagnóstico precoce da perda auditiva<sup>(10)</sup>. Assim, o objetivo do presente estudo foi verificar a concepção das gestantes sobre a prevenção, causas e conseqüências da perda auditiva, além dos métodos de avaliação auditiva infantil.

## Método

Este estudo se caracteriza como descritivo observacional<sup>(11)</sup>, ou seja, a investigação tem o propósito de informar a distribuição da frequência de um evento, sem a preocupação de testar hipóteses, além de o evento ocorrer sem a intervenção do pesquisador.

Participaram da pesquisa 30 gestantes maiores de 18 anos, que fizeram acompanhamento pré-natal na Unidade de Saúde da Mulher e Criança do Município de Palmeira/PR. A amostra foi estabelecida pelo método não-probabilístico por conveniência.

A coleta de dados foi realizada no período de março a julho de 2007. Foi realizada uma entrevista com perguntas fechadas e abertas, com gravação das falas da amostra estudada para a obtenção de dados referentes à concepção destas sobre a perda auditiva, suas características e conseqüências, além dos métodos de detecção precoce da perda auditiva infantil. A entrevista continha, ainda, perguntas em relação a dados de identificação como idade, escolaridade, profissão, número de filhos e número de pré-natais realizados.

Os conteúdos das entrevistas foram transcritas e os dados foram agrupados em categorias de acordo com as repostas das mães, utilizando-se estatística descritiva.

Para atender aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO/ Universidade Estadual do Centro-Oeste, Campus de Irati/PR, e aprovado sob o protocolado nº 155/2006. Foi solicitada ainda a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

Compôs a amostra da pesquisa um total 30 gestantes, tendo idade variando de 18 a 30 anos, com 73% e, mais de 30 anos, com 27%.

Em relação à profissão, pode-se verificar que a maior parte da amostra

com 58% (17) apresenta como profissão do lar e 33% (10) trabalham na zona rural. Resultados semelhantes foram encontrados por Wutzke (2006)<sup>(12)</sup>, no estudo em que entrevistou gestantes em uma Unidade Básica de Saúde no município de Irati e que prevaleceu, com 44%, a ocupação “do lar”, seguida por “agricultor”, com 28% dos participantes.

O fato da maioria das gestantes ter como profissão as atividades do lar e, provavelmente, ter um maior convívio e contato com seus filhos, ressalta a importância do conhecimento das mães sobre a deficiência auditiva já que o acompanhamento do desenvolvimento de seus filhos é essencial e deve ser valorizado pela equipe de saúde, pois são os pais os primeiros a suspeitar da perda auditiva<sup>(10)</sup>.

Sobre a escolaridade da amostra, 57% (17) apresentam ensino fundamental incompleto e apenas 3% (1) curso técnico. O baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações devido a possíveis dificuldades nas habilidades de leitura, escrita ou compreensão. Essa condição pode diminuir as oportunidades de aprendizagem relacionadas ao cuidado à saúde e, também, não valorizar as ações preventivas das doenças, demorando a procurar de assistência médica e propiciando um agravamento da doença<sup>(13)</sup>.

Em relação ao nível socioeconômico, com 37% (11) da amostra ganham um salário mínimo e meio, no período mensal, 30% (9) ganham um salário mínimo, e somente 3% (2) ganham de três a quatro salários mínimos e meio. Na literatura, observa-se uma correlação entre a miséria e a deficiência, ou seja, quanto maior a pobreza maior o crescimento do número de deficiências<sup>(14)</sup>.

A incidência de surdez adquirida tem aumentando muito nesses últimos anos no Brasil, devido à piora das condições básicas de saúde e a falta de prevenção das principais patologias infecto-contagiosas. Se existisse melhoria na assistência à saúde e prevenção, poderiam ser evitadas mais de 50% das causas de surdez<sup>(14)</sup>.

Ao que diz respeito ao número de filhos, a tabela mostra que 37% (11) da amostra encontram-se na primeira gestação, 30% (9) na segunda gestação e apenas 3% (1), na sétima gestação. Pode-se inferir que a quantidade de filhos que cada gestante apresenta pode influenciar na identificação de alguma alteração no desenvolvimento do bebê, pois mães que possuem mais de um filho têm maior experiência de vida materna e podem comparar o desenvolvimento de um filho com o outro, assim ajudando a identificar o mais cedo possível alguma

alteração com o bebê.

Quanto ao número de consultas pré-natais, verifica-se que 36% da amostra, isto é, 11 das gestantes, realizaram de cinco a oito pré-natais e 7%, 2 gestantes, realizaram mais de onze pré-natais. Dessa forma, todas as gestantes realizaram acompanhamento pré-natal de forma adequada. O número de consultas pré-natais é um fator bastante importante e pode estar associado à detecção precoce e prevenção de doenças.

Com relação aos conhecimentos referentes a prevenção da perda auditiva, foi perguntado as gestantes se as mesmas já receberam alguma orientação em relação as doenças que podem alterar o desenvolvimento auditivo do bebê. Cerca de 93%, isto é, 28 gestantes responderam não ter recebido nenhuma informação. Apenas 1 gestante relatou ter recebido estas informações pelos meios

**Tabela 1** – Caracterização das 30 gestantes segundo profissão, escolaridade, nível sócio-econômico, número de filhos e número de consultas pré-natais

Gestante	Profissão	Escolaridade	Nível sócio-econômico	Número de filhos	Número de consultas pré-natais
1	Zona Rural	Ensino médio completo	1 sal. mínimo e meio	1	8
2	Do lar	Ensino médio completo	4 sal. Mim. e meio	1	2
3	Do lar	Ensino fundamental incompleto	2 sal. mínimos e meio	3	7
4	Zona Rural	Ensino fundamental completo	1 sal. mínimo	3	15
5	Do lar	Ensino médio incompleto	2 sal. mínimos	3	1
6	Do lar	Ensino fundamental incompleto	Um salário mínimo e meio	1	7
7	Do lar	Ensino fundamental incompleto	Menos de 1 sal. mínimo	2	6
8	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo e meio	2	3

9	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo	3	7
10	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo	1	2
11	Cabeleireira	Ensino médio incompleto	2 sal. mínimos e meio	1	8
12	Do lar	Ensino médio incompleto	2 sal. mínimos	1	1
13	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo e meio	2	9
14	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo	2	7
15	Zona Rural	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo	2	9
16	Zona Rural	Ensino fundamental incompleto	Menos de 1 sal. mínimo	4	8
17	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo e meio	1	7
18	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo	2	6
19	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo e meio	4	4
20	Zona Rural	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo e meio	3	7
21	Zona Rural	Ensino fundamental completo	Menos de 1 sal. mínimo	1	4
22	Auxiliar administrativa	Curso técnico	3 sal. mínimos	1	10
23	Do lar	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo	5	12
24	Do lar	Ensino médio completo	2 sal. mínimos	2	5
25	Doméstica	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo	3	5
26	Do lar	Ensino médio incompleto	1 sal. mínimo e meio	3	5
27	Zona Rural	Ensino fundamental incompleto	1 sal. mínimo e meio	2	9
28	Zona Rural	Ensino fundamental completo	1 sal. mínimo	1	3
29	Do lar	Ensino médio completo	1 sal. mínimo e meio	1	2
30	Zona Rural	Ensino médio completo	1 sal. mínimo e meio	2	8

de co-municação, como na carterinha do bebê e outra gestante pela orientação médica. Entretanto, não souberam relatar quais as doenças que podem alte-

rar o desenvolvimento auditivo do bebê.

Esses resultados podem ser comparados com o estudo de Hilú (2006)<sup>(15)</sup>, que em sua pesquisa, verificou que todas as

gestantes realizam pré-natal, mas 81% não receberam nenhuma orientação sobre as doenças que podem causar perda auditiva. Das mães que receberam orientação sobre doenças, 3 disseram ter recebido a informação de médicos e as outras 3 relataram que foi por outras vias, como mídia escrita e falada, entre outros meios.

Ao serem questionadas quanto ao que significa a perda auditiva, 63%, ou seja, 19 gestantes, responderam que sabem o que significa este termo. No entanto, ao se questionar a respeito da detecção precoce da perda auditiva, 83%, isto é, 25 gestantes nunca ouviram falar a respeito. Dos 17% (5) das gestantes que responderam conhecer sobre a detecção, todas relatam ter sido através de meio de comunicação escrita, como cartazes e a carteirinha do bebê. Estes dados podem ser observados no estudo de Ribeiro e Mitre (2004)<sup>(16)</sup>, que avaliaram o conhecimento das mães de recém-nascidos sobre a triagem auditiva, sendo que das 25 mães entrevistadas, 78% disseram não conhecê-la.

No presente estudo, a principal fonte de informações que as gestantes receberam alguma orientação foi através de mídia escrita, como cartazes e carterinha do bebê. Ressalta-se, no entanto, que a eficácia da distribuição de foulders informativos é vinculada a uma leitura supervisionada e participativa. Somente com tal abordagem obtem-se um aumento do conhecimento técnico quanto a deficiência auditiva<sup>(12)</sup>.

Assim fica claro pelo presente estudo que, apesar das mães receberem participado das consultas de pré-natal, o desenvolvimento auditivo, a surdez e métodos de avaliação auditiva na infância não são temas abordados. Uma das

justificativas para tal fato, pode ser a ausência do profissional fonoaudiólogo na unidade e um menor conhecimento sobre a deficiência auditiva por parte dos profissionais que ali atuam.

Nos Programas de Saúde da Mulher, uma das metas é desenvolver práticas e hábitos gestacionias saudáveis, que atendam a saúde da mãe e do bebê, englobando uma assistência multiprofissional, medidas preventivas, programas educacionais e intervenções específicas<sup>(17)</sup>. Cursos realizados para gestantes sobre os cuidados necessários durante a gestação, a importância da audição e o diagnóstico precoce da deficiência auditiva podem ajudar informar as comunidades e principalmente aos pais<sup>(18)</sup>.

Os pediatras e neonatologistas são os primeiros profissionais a terem contato com o recém-nascido e, portanto, podem auxiliar na detecção precoce da perda auditiva. O papel do pediatra é essencial para detectar e intervir precocemente sobre os problemas de audição, porém é necessário também envolver toda a equipe de enfermagem e a família<sup>(14)</sup>.

Entretanto, um estudo realizado sobre o conhecimento e a conduta de pediatras diante de perda auditiva<sup>(9)</sup> mostrou que os pediatras têm um conhecimento restrito sobre a perda auditiva e métodos de avaliação da audição. Também ressaltaram que a maioria dos pediatras obteve informações sobre deficiência auditiva no curso de graduação em medicina. Assim, mostra-se a necessidade de reavaliar a formação médica sobre questões relacionadas à perda auditiva e implantar cursos/programas sobre o mesmo. Além disso, deve existir uma maior interação entre pediatras e pro-

fissionais da área da audição, como fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas, já que tal aproximação entre as áreas poderia contribuir para a formação e obtenção de conhecimentos mais específicos.

Em outro estudo<sup>(15)</sup>, 82% dos médicos e 56% das enfermeiras acreditam que o diagnóstico da perda auditiva deve ser realizado até os 3 meses de idade e que a intervenção ocorra até os 6 meses. No entanto, ressalta-se que os profissionais apresentam um conhecimento restrito sobre a triagem auditiva neonatal universal. O mais preocupante é que os pediatras são primeiros profissionais a quem os pais recorrem quando percebem alguma alteração no desenvolvimento da criança. Assim, esses profissionais têm como responsabilidade orientar a família a procurar o profissional fonoaudiólogo, especializado em avaliação e diagnóstico auditivos<sup>(19)</sup>. A literatura indica que os pediatras não sabem quais são as consequências da perda auditiva no desenvolvimento da fala e linguagem da criança, assim não conhecem a importância da triagem auditiva neonatal universal<sup>(16)</sup>.

Torna-se necessário que vários profissionais, como fonoaudiólogos, pediatras, neonatologistas, obstetras, entre outros, participem no período pré e pós-gestacional, orientando os pais em relação à importância da triagem auditiva neonatal universal<sup>(16)</sup>. Um dos grandes motivos que leva a detecção tardia da perda auditiva é a falta de informação entre os pais e os profissionais.

Pode-se evidenciar a enorme importância do fonoaudiólogo atuando junto com a equipe multidisciplinar, trazendo informações acerca dos fatores de risco para perda auditiva, medidas

preventivas, realização da avaliação audiológica, entre outras ações.

Quando perguntado as gestantes se saberiam reconhecer se seu filho ouve ou não quando nascesse, 18 gestantes, ou seja, 60% responderam que saberiam identificar a perda auditiva no bebê.

Ao analisar o conteúdo das respostas, 18 gestantes que responderam que saberiam identificar a perda auditiva, 13 (72%), disseram que reconheceriam através da ausência da reação do bebê pelo som como se pode evidenciar nas falas:

“ bom, geralmente quando a gente fala com a criança ela responde né... mesmo ela sendo novinha ela procura... se ela não procura é porque ela tem algum problema..”

Mãe nº: 12

“... eu acho que sim né... porque... é quando a gente chama ele não iria né... presta atenção na gente... e qualquer barulhinho ele já vai olhar tudo se teve ouvindo bem...”

Mãe nº: 7

A família exerce um papel essencial na vida da criança com surdez, pois é ela que geralmente irá suspeitar da perda auditiva e acompanhar todos os seus passos<sup>(20)</sup>. Os pais são os primeiros a suspeitarem da perda auditiva, entretanto foi apontado<sup>(21)</sup> que os profissionais da saúde são os principais determinantes da identificação tardia da perda auditiva na infância. Isto é alarmante e requer uma maior divulgação dos fatores de risco e sinais de comportamento apresentados pela criança surda.

A literatura aponta que idade da criança no momento da suspeita da perda auditiva é de 15 meses, a ida ao médico ou fonoaudiólogo pela primeira vez é de 21 meses, o seu diagnóstico com 26



meses e a reabilitação com 41 meses. Estes resultados são muito graves, pois os índices ainda são altos se comparados com os tempos ideais para a reabilitação auditiva, que é até 6 meses de idade para detectar a perda auditiva e iniciar o processo de reabilitação da criança<sup>(22)</sup>.

Ao se questionar quem foi a primeira pessoa a suspeitar da deficiência auditiva em um grupo de 146 mães ou pais de crianças surdas, 50% relataram ter sido a mãe, 11,6% a avó, 8,9% o pai, 7,5% descreveram ser o médico, 5,5% o pai e a mãe juntos, 3,4% o avô, 2,7% a professora e 2,7% outros. A partir desses resultados, pode-se observar que foi a família que suspeitou primeiramente da perda auditiva, pois é ela que possui um contato mais freqüente com a criança<sup>(22)</sup>.

As gestantes foram questionadas se sabem o que pode ocasionar a perda auditiva no bebê, assim com 70%, ou seja, 21 gestantes relaram que não sabem nada sobre o que pode causar a perda auditiva. Das 9 gestantes (30%) que responderam saber o que pode causar a perda auditiva no bebê, 4 (45%) relataram ser o “barulho” a sua principal causa, como se evidencia nas transcrições:

“...eu acho que o som muito alto prejudica... falar muito alto prejudica mais...”

Mãe nº: 24

“...eu acho que o barulho né ... pelo meu conhecimento...”

Mãe nº: 11

Apesar de citados algumas causas de alteração auditiva na infância, constata-se que as gestantes conhecem pouco sobre a etiologia da surdez, principalmente os fatores pré e peri-natais. Outro fato

relevante é que as gestantes desconhecem que as doenças infecto-contagiosas podem causar a deficiência auditiva, dificultando que tomem medidas preventivas antes/ durante a gestação. Agrava-se ao fato de que a maior causa da deficiência auditiva congênita é a rubéola congênita, doença passiva de ser prevenida<sup>(14)</sup>.

No estudo sobre os indicadores de risco para a perda auditiva, verifica-se que as mães também não possuem níveis adequados sobre os cuidados pré-natais que devem ser tomados para a prevenção da surdez. Embora as mães demonstrem preocupação com a audição do seu bebê, 67,8% delas não possuem informação adequada sobre a surdez<sup>(23)</sup>.

É importante que as mães tenham conhecimento e saibam identificar os fatores de risco para perda auditiva, sendo esta uma ferramenta essencial para que o diagnóstico possa ser concluído e as medidas de saúde pública sejam tomadas. Desta forma, tornam-se evidente a valorização da prevenção e orientação as famílias a respeito da perda auditiva<sup>(24)</sup>.

Quanto às conseqüências que a perda auditiva pode trazer para o bebê, 50%, ou seja, 15 gestantes responderam saber tais conseqüências. Dessas 15 gestantes, 6 (39%) relataram como principal conseqüência da perda auditiva a dificuldade social ou mesmo o sofrimento, como se pode demonstrar nas transcrições:

“ ahh...eu acho que a dificuldade no... relacionamento...até descobrir ...detectar o que é...”

Mãe nº: 23

“ ai tanta coisa né... sofrimento pra ele né... pra gente...”

Mãe nº: 17

“ eu acho que ele vai sofre né... porque ele não vai escutar...”

Mãe nº: 16

As 15 gestantes relataram como conseqüência da perda auditiva a necessidade de tratamento, como se pode visualizar nas transcrições das falas:

“acho que ele vai ter que faze um ...tratamento assim né..”

Mãe nº: 16

“... sei lá né... ah... que ia ser difcil né... mas ele ia ter apoio da família né... por causo de ajuda né... e hoje em dia tem tanta coisa né... pode coloca aparelho dependendo do caso...”

Mãe nº: 13

Observa-se que a maioria das gestantes que relataram saber das conseqüências da perda auditiva, responderam em maior percentagem a necessidade do tratamento e o sofrimento da criança. A audição é vista pelas gestantes como essencial para a família, a sociedade e a cultura em que estão inseridas, sendo que a perda auditiva aparece associada ao sofrimento para o individuo.

A associação do sofrimento pode ser vista na grande dificuldade que o surdo tem para se comunicar e, que essa dificuldade se dissemina em todos os aspectos durante toda a sua vida<sup>(21)</sup>. O isolamento social é uma das conseqüências que aparece na perda auditiva e este isolamento pode aparecer de formas distintas, como o isolamento funcional, advindo de um comprometimento físico e sensorial, o isolamento habitual, causado por diferenças culturais, como a língua de sinais e o modo único como os surdos

experenciam o mundo visualmente<sup>(25)</sup>.

Ao analisar a transcrição da fala da Mãe nº 13, que relata a necessidade de tratamento e do aparelho auditivo, pode-se destacar o seu saber sobre a existência do fonoaudiólogo, como uma possibilidade de intervenção terapêutica. Realmente, muito se investe na manutenção das crianças deficientes auditivas. O investimento em uma criança deficiente auditiva é intenso e demorado, sendo que os recursos públicos oferecidos são poucos e, na maioria das vezes, o que pode atrasar o tempo da reabilitação<sup>(26)</sup>. Já que o custo da perda auditiva para as crianças, para seus familiares e para sociedade pode ser enorme, salienta-se que com a criação e manutenção de programas de detecção e intervenção precoce, os gastos poderiam ser amenizados.

Perante os resultados do estudo, pode-se destacar que, apesar das gestantes não terem conhecimento técnico da perda auditiva, a experiência delas proporciona algum tipo de conhecimento. Isso é muito importante, pois demonstra a capacidade de observação das gestantes e os cuidados com o bebê, potencializando a valorização que a equipe de saúde deve ter com a família no cuidado aos seus filhos.

Quando perguntado as gestantes se acham importante detectar precocemente a perda auditiva, todas as 30 (100%), responderam que acham bastante importante, como podemos observar de acordo com a transcrição:

“ eu acho muito importante, mas não só pró bebê né...”

Mãe nº: 14

“...acho que sim né...porque tudo o que você vê cedo tem tratamento mais cedo né..até a

cura...e no caso do meu irmão ele tinha que coloca um aparelho...até hoje não coloco... então eu acho que criança né...quanto mais cedo melhor...”

Mãe nº:12

A prevenção é essencial em qualquer área da saúde, pois ela aumenta o bem estar da população, promove a saúde e, conseqüentemente, diminui o surgimento das patologias<sup>(17)</sup>.

Analisando a fala da Mãe nº 12, pode-se destacar a sua visão do caráter “biológico” e da “cura”, tendo uma dificuldade em aceitar a reabilitação. Tal sentimento é presente nas mães de deficientes auditivos, pois se acredita numa “reversão” do quadro. A principal expectativa dos pais quando vão procurar um profissional é de que o filho poderá voltar a ouvir<sup>(22)</sup>.

Finalizando, o presente estudo demonstra a necessidade da inserção do profissional fonoaudiólogo nas ações de promoção e prevenção a saúde, atuando na atenção primária a saúde, principalmente nas consultas pré-natais e no Programa de Saúde da Família, pois só assim poderá exercer um papel decisivo na prevenção e detecção precoce da deficiência auditiva, além de promover ações de educação em saúde junto as famílias, especialmente com as mães.

## Conclusão

A partir dos resultados pode concluir-se que:

- As gestantes do presente estudo

não apresentaram conhecimento técnico a cerca da prevenção, causas e conseqüências da perda auditiva;

- As gestantes do presente estudo não apresentaram conhecimento quanto aos métodos de avaliação auditiva infantil;

- Apesar das gestantes não possuírem conhecimentos técnicos em relação à perda auditiva, sua experiência, capacidade de observação e cuidados com bebê, proporciona algum outro tipo de conhecimento, o do senso comum.

A partir das conclusões ressalta-se a importância de se avaliar e conhecer as concepções que as gestantes possuem sobre como detectar precocemente a perda auditiva em seus filhos e também seus conhecimentos em relação à perda auditiva, suas causas e conseqüências, uma vez que estas geralmente estão em contato direto e contínuo com a criança.

Além disso, aponta-se que, apesar das gestantes realizarem acompanhamento pré-natal adequado, não receberam orientações sobre o desenvolvimento auditivo, a surdez e métodos de avaliação auditiva na infância. Uma das justificativas para o pouco conhecimento das gestantes em relação à perda auditiva pode ser a ausência do profissional fonoaudiólogo na unidade e um menor conhecimento por parte dos profissionais que ali atuam.

Finalmente, destaca-se a necessidade da inserção do fonoaudiólogo na atenção primária à saúde, com implemento de ações preventivas quanto à perda auditiva.

## Referências

- 1 - Russo ICP, Santos TMM. Audiologia infantil. São Paulo: Cortez; 1994.

- 2 - Knobel KA. Audição: Texto da fonoaudióloga. 2004. abr; [citado 05 abr 2007]. Disponível em: <<http://www.fonoesaude.org/audicao>>.
- 3 - Lewis DR. As Habilidades Auditivas do recém-nascido e a triagem auditiva neonatal. In: Andrade CRF. Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise, 1996.
- 4 - Lichtig I, Monteiro SRG, Couto MIV, De Haro FMB, Campos MSC, Vaz FAC, Okay Y. Avaliação do comportamento auditivo e neuropsicomotor em lactentes de baixo peso ao nascimento. Rev Assoc Med Bras, 2001; 47(1): 52-8.
- 5 - Rabinovich K. Avaliação da audição na criança. In: Lopes Filho O. Tratado de Fonoaudiologia. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.
- 6 - Joint Committee on Infant Hearing. Joint Committee on Infant Hearing 1994 Position statement . Pediatrics. 1995; 95(1):152-6.
- 7 - Joint Committee on Infant Hearing. Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Am J Audiol. 2000; 9(1):9-29.
- 8 - Comitê Brasileiro de Perda Auditiva na Infância. Recomendações n.01/99; 2000 do Comitê Brasileiro de Perda Auditiva na Infância. J Cons Fed Fonoaudiol. 2000; 5:3-7.
- 9 - Barros ACT, Galindo MAC, Jacob RTS. Conhecimento e conduta de pediatras frente à deficiência auditiva. [Monografia]. Presidente Prudente (SP): Universidade do Oeste Paulista; 2002.
- 10 - Zorzi JL. Aquisição da linguagem infantil, desenvolvimento, alterações, terapia. São Paulo: Pancast; 1993.
- 11 - Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- 12 - Wutzke DS. Implicação da distribuição de um folder informativo no conhecimento que as pessoas expressam sobre a prevenção da surdez em uma unidade básica de saúde. [Monografia]. Irati (PR): Universidade Estadual do Centro-Oeste; 2006.
- 13 - Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev Lat-Am Enfermagem, 2006; 14(5): 728-734.
- 14 - Lichtig I, Carvalho RMM. Audição: abordagens atuais. Carapicuíba: Pró-fono, 1997.
- 15 - Hilú MRPB. O Conhecimento e a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. [Dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Tuiuti do Paraná; 2006.
- 16 - Ribeiro FG, Miltre EI. Avaliação do conhecimento sobre triagem auditiva neonatal de pacientes no pós-parto imediato. Rev Cefac, 2004; 6(3):.294-299.
- 17 - Andrade CRF. Ações fonoaudiológicas na saúde materno-infantil. In: Andrade CRF. Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise, 1996.
- 18 - Filho OAC, Lewis DR. Surdez no recém-nascido. In: Vilarim YS. Tratado de

otorrinolaringologia - doenças otológicas. São Paulo: Roca; 2003.

19 - Oliveira TMT, Zanelli AC, Mainardi J. Conhecimento e atitudes das mães frente a triagem auditiva neonatal universal. *Rev Fonoaudiol Brasil*, 1998; 1(1):18-21.

20 - Guarinello AC. A influência da família no contexto dos filhos surdos. *J Bras Fonoaudiol*, 2000; 3:28-33.

21 - Mendonça CL. Diagnóstico precoce na deficiência auditiva. Centro de especialização em Fonoaudiologia clínica e audiologia clínica. 1999; [citado 26 ago 2006]. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/93d1d321ef46daf002231881df4015c2>>.

22 - Heck F, Raymann BCW. Tempo decorrido entre a suspeita da surdez, a primeira ida ao médico e/ou fonoaudiólogo, o diagnóstico e o início da reabilitação com crianças surdas. *J Bras Fonoaudiol*, 2003; 4(16):175-85.

23 - Niemeyer TC, Feminan MR, Meyer ASA. Estudo investigatório dos indicadores de risco para deficiência auditiva. *J. Bras de Fonoaudiol*, 2001; 2(8): 202-7.

24 - Silva LPA, Queiros F, Lima I. Fatores etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes de um centro de referência APADA em Salvador-BA. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2006; 72 (1): 33-6.

25 - Guarinello AC, Kochen AP, Bonilauri D, Borne R, Bomfim R. A Percepção dos pais ouvintes sobre sua comunicação com seus filhos surdos. *J Bras Fonoaudiol*, 2005; 5(23): 401-5.

26 - Balieiro CR, Pupo AC, Ficker LB. Deficiência auditiva: ênfase na reabilitação precoce. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 1997; 1(2):14-6.

