

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

DANIELA LUCAS NOGUEIRA

“Adesão das famílias ao Programa de saúde
Auditiva Infantil a partir da Triagem Auditiva
Neonatal Universal”

TCC – FONOAUDIOLOGIA

SÃO PAULO

2012

Daniela Lucas Nogueira

**“Adesão das famílias ao Programa de saúde
Auditiva Infantil a partir da Triagem Auditiva
Neonatal Universal”**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, para a obtenção do
título de bacharel em Fonoaudiologia, sob
orientação da Prof^a Dr^a Maria Angelina
Nardi de Souza Martinez.

São Paulo
2012

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde – Curso de Fonoaudiologia
Departamento: Clínica Fonoaudiológica

Linha de Pesquisa: “Audição na Criança”.

Título da Pesquisa: “Adesão das famílias ao Programa de Saúde Auditiva Infantil a partir da Triagem Auditiva Neonatal Universal”

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angelina Nardi de Souza Martinez.

Orientanda: Daniela Lucas Nogueira

Banca Examinadora

Data ___ / ___ / ___.

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, via processos de fotocopiadoras ou eletrônicos, desde que nessa reprodução figure a identificação do autor, do título, da instituição, bem como o ano do trabalho de conclusão de curso.

Daniela Lucas Nogueira.....

São Paulo, 05 de dezembro de 2012.

Dedicatórias:

Aos meus pais Sandra e Djalma pela torcida, pelo amor e pela confiança, por acreditarem em mim, por me ensinarem a buscar o conhecimento, pelo entusiasmo com minhas conquistas e por estarem presentes em minha vida sempre.

Ao meu irmão Rafael pela presença e incentivo, pelo companheirismo e pela ajuda na análise dos dados deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a. Maria Angelina Nardi de Souza Martinez, minha orientadora pela competência, pelos ensinamentos e dedicação aos estudos sobre a clínica fonoaudiológica, pelas discussões e apontamentos durante o período de orientação que me trouxeram reflexões. Minha admiração e carinho.

À Prof.^a Dr.^a Luisa Ficker pelas contribuições valiosas, pelas palavras acolhedoras, durante o exame de qualificação. Agradeço-a por ter aceitado o convite para ser membro da banca de defesa deste trabalho de conclusão de curso.

À Fonoaudióloga Paula Gutierrez, pela importante contribuição durante a realização da coleta de dados;

Às minhas amigas Marcella Ferrari Martins , Aline Romeiro, Luiza Borges Barcellos, Ana Luiza Marques e Paula Lazarini, por fazerem parte dos momentos de crescimento profissional compartilhando sonhos, anseios, tristezas e conquistas durante nossa trajetória.

À Associação de Pais e Amigos do Deficiente Auditivo de Sorocaba (APADAS) pelo aprovação projeto, e pelo apoio prestado na realização da coleta de dados.

Para todos aqueles que torceram, acompanharam, apoiaram e me escutaram durante essa trajetória.

Nogueira, D.L adesão das famílias ao programa de saúde auditiva infantil a partir da triagem auditiva neonatal universal. [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2012. páginas

Introdução Na primeira infância, a criança depende primordialmente dos seus sentidos para, através do contato com o mundo exterior, promover experiências que atuarão de forma decisiva no seu desenvolvimento psíquico-social. É consenso internacional, no que diz respeito à sensibilidade auditiva, que é fundamental para a aquisição e desenvolvimento normal da linguagem oral a integridade anátomo-fisiológica do sistema auditivo. A audição é essencial para a aquisição da linguagem oral, uma vez que é pela interação com o outro, que já detém a linguagem, que a criança consegue entender seu universo, compreender seus semelhantes, desenvolver e reorganizar pensamentos e sentimentos e adquirir conhecimento. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho foi verificar os fatores que interferiram positiva e negativamente para a adesão das famílias ao acompanhamento da triagem auditiva neonatal universal, visando verificar o impacto da Lei do Teste da Orelhinha e sua divulgação na mídia na motivação e adesão das famílias. **Método:** Foi realizado um estudo composto por 99 mães de bebês entrevistadas encaminhadas à APADAS (Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos de Sorocaba. Um questionário foi aplicado pessoalmente às mães dos bebês que compareceram e por telefone às que faltaram ao reteste, no período de janeiro de 2012 a setembro de 2012. **Resultados e Conclusões:** Do reteste realizado na APADAS, 1% dos bebês falharam e foram encaminhados para diagnóstico, 17% falharam no reteste e 82% passaram e tiveram alta. Os fatores. O fator de transporte, foi o mais citado como impedimento de comparecimento às consultas, assim como doença do bebê e mal tempo, porém não foram motivos de abandono o que indica que o follow-up é possível no serviço público de saúde, sendo necessário que todos os profissionais envolvidos no atendimento ao bebê forneçam orientação e informação aos pais sobre a importância da audição no desenvolvimento do bebê.

Sumário

Introdução	1
Revisão de Literatura	5
Objetivo.....	12
Metodologia	12
Sujeitos	15
Procedimentos.....	15
Resultados.....	16
Discussão.....	19
Conclusão.....	20
Referências Bibliográficas.....	21
Anexo.....	

I. Introdução

Na primeira infância, a criança depende primordialmente dos seus sentidos para, através do contato com o mundo exterior, promover experiências que atuarão de forma decisiva no seu desenvolvimento psíquico-social.

É consenso internacional, no que diz respeito à sensibilidade auditiva, que a integridade anátomo-fisiológica do sistema auditivo é fundamental para a aquisição e desenvolvimento normal da linguagem oral.

A audição é essencial para a aquisição da linguagem oral, uma vez que é pela interação com o outro, que já detém a linguagem, que a criança consegue entender seu universo, compreender seus semelhantes, desenvolver e reorganizar pensamentos e sentimentos e adquirir conhecimento.

No final do sexto mês gestacional, a cóclea humana está completamente formada e funcionando adequadamente apesar de ainda apresentar imaturidade de orelha média e de sistema auditivo nervoso central e a partir do nascimento, com a interação com o ambiente, a rede neural auditiva se desenvolve e é imprescindível para o desenvolvimento da linguagem oral (Sharma, 2009). Para o seu desenvolvimento é de suma importância a qualidade, frequência, constância e diversidade “comunicativa e auditiva” a que a criança está exposta. O componente neural irá se desenvolver a partir das experiências vividas pela criança, pois é nesse período (até aproximadamente dois anos) que se dá a maior plasticidade auditiva que continuará a se desenvolver até a adolescência.

Em função disso, o diagnóstico audiológico realizado durante o primeiro trimestre de vida possibilita o início da intervenção, médica e/ou fonoaudiológica antes dos 6 meses, ainda no período crítico de maturação e plasticidade funcional do sistema nervoso central, permitindo um prognóstico favorável em relação ao desenvolvimento global da criança (Ching et al, 2010).

Prevenir a perda auditiva é uma forma de proteger e impedir que a criança sofra os efeitos funestos provocados pela falta de estimulação auditiva sobre a função da linguagem. Cerca de 50% das perdas auditivas poderiam ser

evitadas ou suas sequelas diminuídas, se ocorressem precocemente medidas de detecção, diagnóstico e reabilitação (WHO, 2006; Hilú & Zeigelboim, 2007).

A perda de audição é uma alteração silenciosa e invisível, e por este motivo pode ser diagnosticada tardiamente, atrasando as medidas de intervenção que poderiam auxiliar a criança no seu desenvolvimento global. A perda de audição não detectada pode trazer dificuldades no desenvolvimento das habilidades na comunicação, linguagem, fala, cognição, no processo acadêmico, na aprendizagem e conseqüentemente, na futura inserção no mercado de trabalho. Sabe-se que a identificação, o diagnóstico e a intervenção precoce podem eliminar, ou minimizar, esses efeitos no desenvolvimento da criança deficiente auditiva. (Ching et al, 2010).

De acordo com o comitê multiprofissional de saúde auditiva (COMUSA, 2010), no caso de neonatos sem indicadores de risco para a deficiência auditiva, o método recomendado para a TANU é o registro das Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), por estímulo transiente ou produto distorção. Objetivo é a identificação de perdas auditivas cocleares de até 35 dB NA. Trata-se de um método de fácil aplicação, rápido e de baixo custo. Devido à ocorrência de falso-positivos pela presença de vernix na orelha externa nos primeiros dias de vida, recomenda-se um retorno no período de até 30 dias após a alta hospitalar, em todos os casos de registros ausentes (alterados) de EOAE, mesmo que apenas em uma orelha. Nos casos de falha com EOAE, é recomendado a utilização do Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico - automático (PEATE-A) antes da alta hospitalar e/ou no retorno para reteste. Para neonatos com indicadores de risco para a deficiência auditiva, é recomendado como método inicial de triagem o registro dos PEATE-A na intensidade de 35 dBNA. Trata-se de um método que possibilita a identificação de perdas auditivas colceares, retrococleares, sensoriais e neurais, incluindo o espectro de neuropatia auditiva, se caso associado ao método EOAE, há risco de maior índice de resultados insatisfatórios devido as alterações de orelha media, e não necessariamente devido às perdas auditivas permanentes. Para os neonatos com indicadores de risco para a deficiência audita em resultado satisfatório de PEATE-A, no momento da triagem,

recomenda-se monitoramento da função auditiva até o terceiro ano de idade. (COMUSA, 2010, LEWIS 2010)

O método das EOA é simples, de rápida realização, pode ser aplicado durante o sono fisiológico, não requer sedação e colocação de eletrodos para realizar o exame. As EOA, entretanto, apresentam maior número de falsos-positivos quando comparados ao Potencial Auditivo Evocado (BERA), principalmente nas primeiras 48 horas de vida (KIMBERLEY, 1999; OWEN, WEBB, EVANS, 2000)

A mais recente publicação do *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)* feita em 2007 recomenda a realização da TANU no primeiro mês de vida da criança. Para aqueles que não passarem nesta triagem, a avaliação audiológica deve ser realizada no máximo até o terceiro mês de vida, e no caso de confirmação de perda auditiva sensorio-neural ou condutiva permanente, a intervenção deve ter início até o sexto mês de vida.

De acordo com (JCIH 2007) o papel mais importante para a família de uma criança portadora da deficiência auditiva é amar, cuidar, e se comunicar com a criança. A partir desse fundamento, as famílias costumam desenvolver um desejo urgente de entender e atender as necessidades especiais de seus bebês. As famílias adquirem conhecimento, discernimento e experiência ao acessar recursos e através da participação em consultas programadas de intervenção precoce, incluindo audiológica, sessões de médicos, e educacional. Esta experiência pode ser melhorada quando as famílias optam por se envolver com grupos de apoio aos pais, as pessoas com deficiência auditiva e / ou colegas de seus filhos com deficiência auditiva. A função vital do papel da família é garantir o acesso direto à comunicação em casa e no fornecimento diário de aprendizagem da língua oportunidades.

Entretanto a taxa de falha no acompanhamento dos neonatos tem sido alta, dificultando o desenvolvimento do programa com sucesso. As razões apresentadas para este fato são: falha de um banco de dados que permita o monitoramento dos casos, barreiras culturais, financeiras, língua e transporte, serviços fragmentados e falha nas informações sobre o encaminhamento e a razão do mesmo que não são transmitidas adequadamente para a família além

da ação conjunta com o corpo de enfermagem na orientação familiar. (Wittmann-Price, 2002)

Segundo Shulman et al (2010) o número de bebês avaliados para diagnóstico de perda auditiva congênita aumentou drasticamente nos Estados Unidos durante os últimos 20 anos com a implementação da triagem auditiva neonatal universal e intervenção em todos os estados americanos e muitos territórios. Porém, um dos mais urgentes desafios dos programas de TANU e intervenção envolve a perda de acompanhamento das famílias cujos bebês falharam na triagem. Em seu estudo foram entrevistados 55 programas estaduais e territoriais de Triagem e Intervenção e realizadas visitas em 8 programas estaduais para avaliar o progresso em alcançar os objetivos do programa e identificar as barreiras para o sucesso do acompanhamento. Concluíram que os programas têm feito grandes progressos na identificação de crianças com perda auditiva, mas barreiras para estabelecer um vínculo e garantir a adesão das famílias ao acompanhamento das crianças que não passam na triagem permanecem. Identificaram quatro áreas em que havia barreiras para o acompanhamento (falta de capacidade de atendimento do sistema, falta de fornecimento de informações, dificuldade de acesso aos serviços e informações incompletas). Também identificaram 5 áreas-chave para melhorias futuras do programa: (1) melhoria dos sistemas de dados para suporte à fiscalização e acompanhamento das atividades, (2) assegurar que todas as crianças tenham um acompanhamento de saúde; (3) melhoria do conhecimento sobre a triagem auditiva e a audição para a população e qualidade da informação dada aos pais; (4) desenvolvimento de serviços de apoio aos familiares e (5) promoção da importância da detecção precoce.

O objetivo desse trabalho foi verificar os fatores que interferem positiva e negativamente para a adesão das famílias ao acompanhamento da triagem auditiva neonatal universal.

Revisão da Literatura

De acordo com (YOUNG,TATTERSAL, 2007) A identificação precoce é de pouca importância se não for combinado com serviços de qualidade que pode-se realizar para as crianças e famílias as potenciais vantagens de diagnóstico significativamente mais cedo.

Dentro desta onda de atividade, muito menos atenção tem sido dada ao impacto da criança surda na família e aos processos de ajustamento familiar. (Gregory, 1976;Young, 1999), Existem questões que os resultados geram importantes diferenciais para crianças e para as famílias que não vão mudar, como por exemplo, o estresse,e apoio social (Calderon & Greenberg, 1999), a quantidade e qualidade do ambiente linguístico (Marschark,1997, 2000), adaptabilidade e coesão (Calderón &Greenberg, 2000), a qualidade e natureza das relações da família (Bodner-Johnson, 1985) concentraram a nossa atenção sobre os impactos recíprocos de surdez, na criança, e na família. No entanto, a triagem auditiva neonatal universal no momento da identificação provoca um conjunto de circunstâncias alteradas em que é preciso compreender as experiências familiares da primeira infância relacionados a surdez (DesGeorges, 2003) e, inevitavelmente a questionar o seu impacto no nosso conhecimento entre as reações dos pais e o diagnóstico de surdez.

Um número limitado de estudos estão investigando os efeitos de circunstâncias alteradas em aspectos de regulação entre a família e a surdez na infância, no entanto, a evidência na maioria dos casos, é ainda bastante fraca.

Siegel (2000, como citado em Yoshinaga-Itano & de Uzcategui, 2001) sugere que a identificação precoce pode levar a uma rápida resolução de luto parental entre pais ouvintes. No entanto, esta conclusão deriva de um pequeno estudo piloto comparando pais com diagnóstico recentemente com pais que receberam o diagnóstico tardiamente identificadas crianças surdas, e não faz distinção entre a identificação precoce e / ou desenvolvimento da linguagem como o melhor medida variável.

No entanto, as preocupações foram levantadas também que o conhecimento precoce do diagnóstico pode ser cedo demais para algumas famílias (Gregory, 1999, 2001) e podem realmente interferir com os processos normais de aceitação (Yoshinaga- Itano & de Uzcategui, 2001) Com efeito, os pais não são capazes de desfrutar de seu recém-nascido como um bebê,pois,

eles tem que se envolver com o conhecimento da surdez, os serviços e os profissionais que vêm com isso. , porque os pais sabem muito cedo que eles estão formando um relacionamento com um bebê surdo, ao invés de experimentar mais tarde esta experiência gerando assim uma ruptura em seu relacionamento quando eles descobrem que sua criança é diferente de como eles a viam anteriormente.

Programa de Triagem auditiva neonatal universal (TANU), na Inglaterra (Bamford et al., 2005) proporcionou a oportunidade de contribuir para a evidência limitada sobre o impacto da identificação precoce da surdez nas famílias.

A pesquisa analisava dois aspectos das experiências dos pais, primeiro de como os pais descreveram a importância e o impacto de saberem cedo da surdez de seu filho e no segundo e suposições sobre o impacto da identificação precoce de desenvolvimento de seus filhos surdos, em particular na sua comunicação.

Os resultados encontrados foram positivos sobre o fato da surdez da criança havia sido identificada precocemente, independentemente do grau de surdez. Para nenhum desses pais (21 de 27 entrevistados) o conhecimento precoce levou a ter sentimentos de choque, dor ou perda.

Apesar desses sentimentos serem difícil de ser lidado o grupo de pais disseram que puderam evita-los devido saber as vantagens que seus filhos tiveram em ter o diagnostico precoce.

A identificação precoce também foi positivamente associada a ter mais tempo para lidar com a tristeza, a angustia em saber que seu filho é surdo, também foi moderada por um sentimento de tranquilidade que surgiu justamente pelo fato de saber mais cedo do diagnostico.

Em suma, a vasta maioria dos pais deixaram claro que o conhecimento precoce da surdez foi positiva. Não foi fácil, não fez diminuir a angústia nem tirar o sentimento de tristeza, mas esses sentimentos foram pesados contra vantagens reconhecidas da identificação precoce em que maneiras diferentes foram reconfortante.

De acordo com (VOHR,TUCKER,JONHSON,TOPOL, AHLGREN,2011) em uma pesquisa de resultados de perda auditiva a partir da triagem auditiva neonatal e os efeitos sobre a família nos primeiros dois anos de vida,

comprovaram que Cerca de 4 milhões de bebês nascidos nos Estados Unidos passam por uma triagem para a perda auditiva sendo que 2% a 3% dos bebês indicam que há um significativo número de falso-positivo detectados na Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), esses resultados podem contribuir para o aumento do Stress dos pais, o diagnóstico de deficiência auditiva pode estar associado com este aumento de Stress.

O estudo tem relatado que mães de crianças encaminhadas para diagnóstico após serem avaliadas pela triagem auditiva neonatal, tem o nível de Stress aumentado na primeira consulta, que pode ter sido causado pelo impacto da notícia e devido a ansiedade dos pais.

O estudo foi realizado com mães de bebês triados com resultados positivos que foram diagnosticados com deficiência auditiva, mães que tiveram resultados positivos na triagem mas passaram no reteste e com mães de recém-nascidos que passaram na triagem inicial quando a criança estava com idade entre 6 a 10, 12 a 16 e 18 a 24 meses.

Os bebês foram submetidos a um rastreio com protocolos de dois passos, que inclui emissões otoacústicas seguidas por potencial auditivo de tronco encefálico, todos os pacientes com resultados positivos foram encaminhados para testes de diagnóstico.

Na escala de stresse total, os resultados encontrados foram similares nos três grupos de estudo em cada avaliação.

Houve uma tendência para mães com diagnóstico de deficiência auditiva a serem menos propensas ao stresse do que as mães dos outros grupos.

O impacto financeiro foi significativamente maior para mães de crianças com deficiência auditiva entre 12-16 18-24 meses de idade.

Segundo GORDON (1999), o apoio à triagem auditiva neonatal universal é um passo na direção correta, uma vez que asseguram a identificação da deficiência auditiva nas crianças que nascem hoje, além de permitir que todas as crianças tenham igual oportunidade de desenvolvimento de fala e linguagem, habilidade para ler e escrever e, conseqüentemente, desenvolver seus ótimos potenciais. Ao pensar nestes benefícios da detecção precoce e no seu custo, devemos pensar também no custo da sua não realização. Há um custo maior da sociedade com a educação da criança deficiente auditiva que

não desenvolveu habilidades de fala e linguagem suficientes para serem educadas num cenário comum (PRIEVE & ORLANDO, 1998).

Segundo YOSHINAGA-ITANO (1998), a detecção precoce da deficiência auditiva é a chave para a intervenção precoce, mas somente o primeiro passo para garantir resultados bem sucedidos da criança deficiente auditiva. A identificação precisa ter encaminhamento apropriado e intervenção imediata. Se um bebê tiver sua perda auditiva detectada antes dos seis meses de idade e tratada apropriadamente ele é capaz de adquirir níveis mais altos de linguagem do que aquelas crianças com perda auditiva diagnosticada após os seis meses de idade. Da mesma maneira, estas crianças, com cognição normal, que são diagnosticadas e tratadas precocemente desenvolvem fala e habilidade lingüística equivalente com sua idade, independente do grau da sua deficiência auditiva. A identificação de perda auditiva antes dos seis meses de idade, seguida por intervenção apropriada, é a estratégia mais efetiva para o desenvolvimento normal de linguagem em crianças com perda auditiva.

A audição é fundamental para a aprendizagem, especialmente para aqueles que ainda têm que dominar a construção básica da língua e a habilidade para ler e escrever. Para adquirir novas informações a criança deve primeiramente ser capaz de ouvi-las e, através de uma série de inventos complexos, enviar a informação para o cérebro. Parte do sistema nervoso auditivo depende da audição para seu desenvolvimento durante os dois primeiros anos de vida, já o aparecimento da linguagem depende da maturidade cerebral e da terminação de um estado de plasticidade organizacional (DOWNS & YOSHINAGA-ITANO, 1999). Algumas pesquisas têm postulado que 80% de habilidade para adquirir fala, linguagem e outros processos cognitivos são determinados na época de três anos de idade (ASHA, 1997) e, portanto, aquelas crianças que não podem ouvir o mundo a sua volta estão numa grande desvantagem em vários níveis de desenvolvimento. Deste modo, os quatro primeiros anos da vida de uma criança são cruciais em termos de desenvolvimento de fala e linguagem (AREHART & YOSHINAGA-ITANO, 1999).

Estudos mostraram que crianças com diagnósticos tardios geralmente nunca recuperam completamente o nível que elas perderam e freqüentemente sofrem uma defasagem nas habilidades lingüística e de fala de 12 meses a 2

anos, entre crianças da mesma idade (AREHART & YOSHINAGA-ITANO, 1999). Deste modo, a detecção precoce da deficiência auditiva é importante para o tratamento médico e deve ser seguido de intervenção educacional para garantir a habilidade no desenvolvimento da comunicação (JCIH, 1982).

A meta dos programas de triagem, considerando o procedimento ou método de aplicação, é realizar uma triagem auditiva de todos as crianças antes da alta hospitalar e, como consequência, diminuir a idade da intervenção (PRIEVE & ORLANDO, 1998). Mas é importante ressaltar que um programa de triagem só é bom com um programa de follow-up associado. Segundo SPIVAK & JUPITER (1998), a maior fraqueza de alguns programas de triagem é a inabilidade de encaminhar adequadamente as crianças que falharam na triagem auditiva para um serviço de follow-up. O protocolo deste serviço deve ser estabelecido como parte do processo de planejamento da triagem. E, para que isto aconteça, é importante que o programa de triagem esteja baseado numa equipe multidisciplinar. O sucesso da triagem auditiva neonatal depende de todos os profissionais envolvidos no programa de triagem, mais dos profissionais responsáveis pelo follow-up. Atualmente a meta é fornecer amplificação para crianças dentro dos seis primeiros meses de vida.

Segundo o *Colorado Department of Public Health and Environment* (Departamento de Saúde Pública e Meio ambiente de Colorado) (2000), o propósito do Programa de Triagem Auditiva em Recém-nascidos é apoiar a identificação precoce e a intervenção apropriada e oportuna para perda auditiva. Os dois primeiros e principais objetivos são avaliar todos os recém-nascidos por volta de três meses de idade e registrar aqueles bebês diagnosticados com perda de audição para intervenção precoce, por volta de seis meses de idade.

Pesquisas realizadas na Universidade do Colorado demonstraram que os bebês que são identificados e começam uma intervenção precoce, por volta dos seis meses de idade, podem alcançar marcos de linguagem que estão dentro dos limites de normalidade.

O *Colorado Infant Hearing Advisory Committee* (2000), recomenda que todos os hospitais envolvam um audiologista na implementação do programa de triagem para assegurar um follow-up apropriado para aqueles bebês que não passam na triagem hospitalar.

Para SPIVAK & JUPITER (1998), para que ocorra a implantação de um programa de triagem auditiva neonatal, é necessário criar suporte e interesse no hospital e na comunidade através de programas educacionais. Esses programas têm como foco mostrar a importância da detecção precoce da deficiência auditiva e as consequências da detecção tardia, para que, tanto o hospital quanto a comunidade possam apoiar o programa e cumprir com as recomendações do follow-up.

Eles afirmam que é impossível obter um sucesso no programa de triagem sem uma cooperação multidisciplinar. Para eles os indivíduos-chaves que precisam ser trazidos para defender a triagem auditiva neonatal universal incluem, a Comissão de Pediatras, Obstetras, Ginecologistas e Otorrinolaringologistas, o chefe de Neonatologia e a administração da Enfermagem, para assegurar a implantação do programa. O suporte dos pediatras é essencial não somente para o sucesso da implementação e andamento do programa de triagem auditiva neonatal, mas também, para o sucesso do programa de follow-up.

Segundo DALZELL & MACDONALD (1998) toda identificação de perda auditiva requer um eficaz programa de triagem auditiva e um follow up apropriado. Para que isso ocorra, é necessário que a população tenha interesse em ser avaliada e que haja poucos resultados falsos-positivos e quase nenhum falso-negativo. Além disso, um efetivo programa de follow-up necessita que as crianças que falharem na triagem sejam avaliadas cuidadosamente para determinar se estas apresentam perda auditiva.

Os testes do follow up devem ocorrer poucas semanas após a saída do hospital para minimizar o número de crianças que não retornam. A probabilidade das crianças retornarem para os testes do follow up aumenta após as primeiras semanas de vida. Estudos mostram que pais podem se perder por causa das mudanças de endereços e telefones ou provavelmente pelo fato de retornarem ao trabalho 6-8 semanas depois do nascimento.

Um estudo feito por MEHL & THOMSON (2002), que teve como objetivo medir a participação hospitalar e o êxito de um programa de triagem global numa área do estado de Colorado no período de 1992 a 1999 para triagem auditiva neonatal universal e traçar melhorias no estabelecimento do acompanhamento freqüente do paciente externo; eles observaram que

independente de protocolos específicos de triagem e medidas para o êxito do acompanhamento, crianças que nasceram num hospital com um programa de triagem estabelecido, tiveram progresso significativo nos resultados quando comparado com crianças que nasceram em hospitais que não realizavam essa avaliação.

Através deste estudo os autores concluíram que os sistemas de dados precisam sustentar os gastos não somente de examinar todas as crianças suscetivelmente , mas também garantir o follow-up necessário. Além disso, em Colorado, foram encontrados os dados para medir o êxito da programação mais facilmente, do que os dados que deveriam permitir a intervenção ativa para assegurar o follow-up (por exemplo, o nome do médico dos bebês , o endereço e telefone das famílias).

Este estudo mostra que o que dificultou o follow-up dos bebês, principalmente no período de 1992 a 1996 foi uma falha na orientação dos audiologistas e dos médicos envolvidos no atendimento, quanto a importância da reteste dos bebês. E no período de 1999, a dificuldade foi encontrar dados para entrar em contato com as famílias para serem chamadas para a reteste.

Martinez, Resende e Bertolaccini (2003) aplicaram um questionário a 97 mães de bebês que falharam na TAN (realizada em uma maternidade segundo o critério de risco) e foram encaminhadas para reteste na sede da Instituição responsável pela triagem no mesmo município. Este questionário teve como objetivo identificar os motivos que facilitaram ou dificultaram o comparecimento as consultas agendadas, em seguida foram analisados os prontuários das 97 mães entrevistadas, para verificar quais completaram ou não o acompanhamento dos bebês até obterem o diagnóstico ou alta. A conclusão do estudo permitiu verificar que o principal fator de adesão ou abandono do programa de saúde auditiva, foi o nível de compreensão que os familiares tiveram das explicações dadas pelos profissionais sobre a importância e objetivo do acompanhamento. O fator financeiro foi o mais citado como impedimento de comparecimento as consultas assim como a distância e a falta de condução.

Objetivo

O objetivo desse trabalho foi verificar que fatores interferem positiva e negativamente para a adesão das famílias ao acompanhamento da triagem auditiva neonatal universal. Os resultados serão comparados com os de um estudo similar realizado há 10 anos na mesma população, visando verificar o impacto da Lei do Teste da Orelhinha e sua divulgação na mídia na motivação e adesão das famílias e, assim, contribuir para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem melhorar os índices de adesão das famílias ao programa de saúde auditiva infantil.

Métodologia

Este trabalho insere-se no Grupo de Pesquisa Audição na Criança da PUC-SP. Foi realizado na Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos de Sorocaba (APADAS), instituição filantrópica conveniada ao Sistema Único de Saúde, responsável pela triagem auditiva neonatal universal de todas as maternidades SUS de Sorocaba, bem como do monitoramento, diagnóstico, adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e (re) habilitação auditiva.

O fluxograma do programa de triagem e acompanhamento audiológico da APADAS ocorre em três processos:

- 1 Triagem auditiva neonatal universal realizada nas 3 Maternidades com convênio SUS do município de Sorocaba e agendamento do reteste para aqueles que falharam ou que apresentam algum indicador de risco;
- 2 Reteste realizado na sede da APADAS e agendamento do diagnóstico para os que falham no reteste e acompanhamento aos 6 meses daqueles que passam mas apresentam algum indicador de risco para perdas progressivas segundo o JCIH (2007)
- 3 Consulta para Diagnóstico dos que falharam no reteste ou para avaliação de acompanhamento dos bebês de risco.

Sujeitos:

A casuística deste estudo compõe-se de 99 das 698 mães que

receberam encaminhamento de seus bebês, durante o período de 01 de setembro de 2011 a 31 de agosto de 2012, para realizarem o reteste da triagem auditiva neonatal universal na APADAS, por terem apresentado resultado de falha no teste realizado na maternidade ou por per resultado de passa mas apresentar risco para perda auditiva.

Das 99 mães, 57 compareceram ao reteste e foram entrevistadas pessoalmente e 42 faltaram e foram contatadas por telefone.

Foram formados dois grupos:

Grupo A: 57 mães ou responsáveis que comparecerem ao reteste na APADAS;

Grupo B: 42 mães ou responsáveis que NÃO comparecerem ao reteste na APADAS.

A tabela 1 mostra a distribuição das mães entrevistadas de acordo com o grupo a que pertencem e com a Maternidade da qual vieram encaminhadas e o motivo do reteste.

Grupo	Resultado do teste	Maternidade 1	Maternidade 2	Maternidade 3
A	falhou	21	6	16
	passou com risco	1	4	3
	total	25	10	19
B	falhou	16	2	10
	passou com risco	9	6	2
	total	25	8	12

Procedimentos

Para realizar o estudo, foi utilizado o mesmo questionário com perguntas abertas e fechadas, utilizado por Martinez et al (2003) na mesma instituição há 10 anos a fim de levantar os fatores que facilitam ou dificultam a vinda das famílias com seus bebês aos atendimentos agendados no acompanhamento pós triagem auditiva neonatal universal (Anexo I).

Das 99 mães, 57 compareceram ao reteste e foram entrevistadas pessoalmente e 42 faltaram ao reteste e foram contatadas pelo telefone obtido na ficha cadastral da mãe na maternidade.

Resultados

1. Caracterização do programa de TANU da APADAS para caracterização da casuística estudada

Gráfico 1: Cobertura da triagem nas 3 maternidades SUS do município de Sorocaba no período estudado (n=6.448 nascidos vivos).

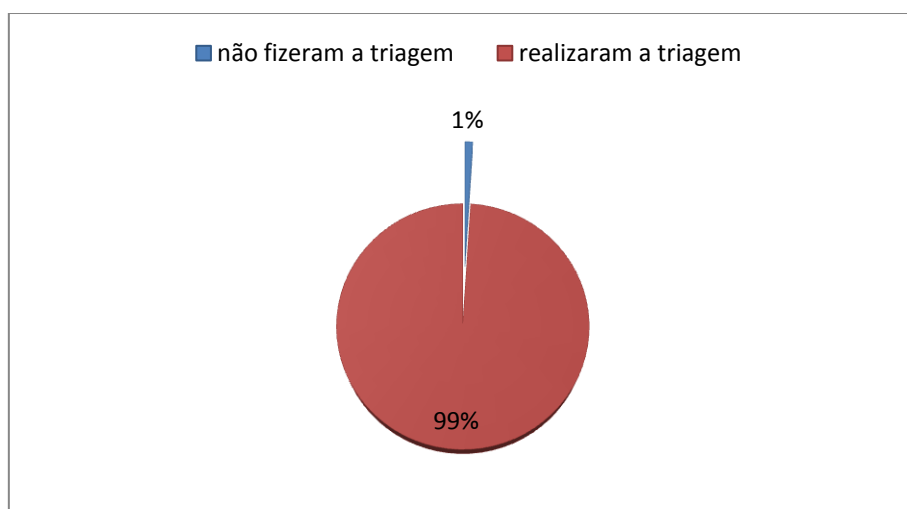


Gráfico 2: Resultado do teste realizado nas maternidades (n=6.448)



Gráfico 3: Resultado do reteste realizado na APADAS (n= 698)

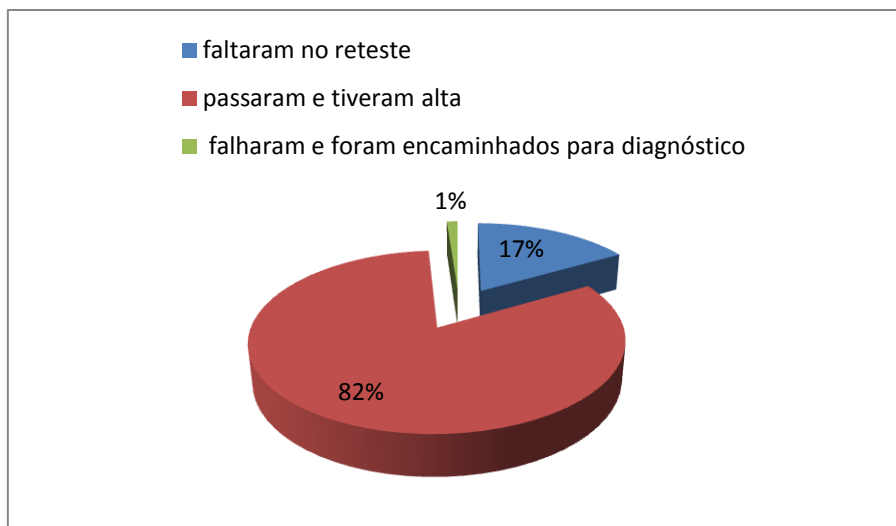


Tabela 1: Resultado do encaminhamento para o diagnóstico (n=6.448)

falharam e foram encaminhados para diagnóstico	normal	DANS	Faltaram no diagnóstico
8	2	4	2
0.12%	0.03%	0.06%	0.03%
		0.6:1000	

2. Análise dos fatores que interferem na adesão das famílias após a falha na TANU.

O gráfico 4: Caracteriza o resultado do teste e motivo do encaminhamento ao reteste (n=99).

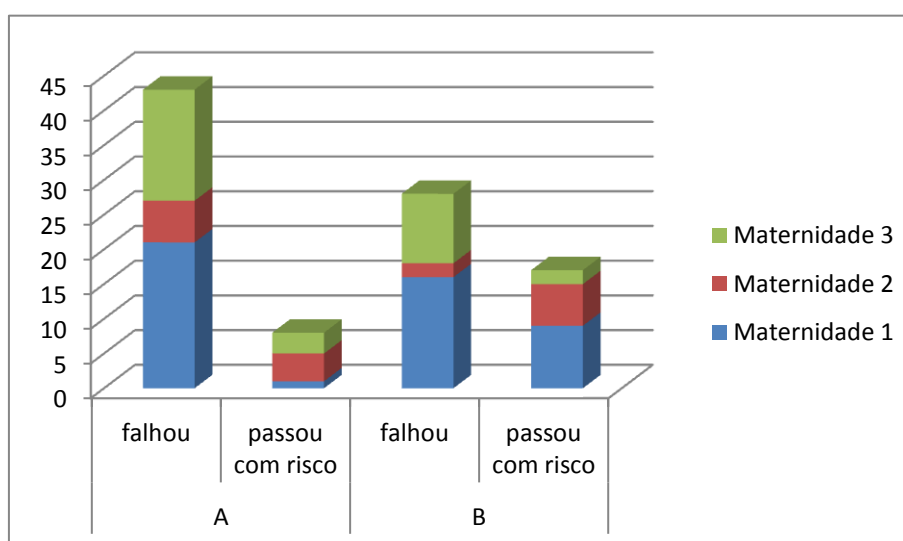


Gráfico 5: Demonstra a porcentagem de mães faltosas que não foram localizadas em 3 tentativas de ligação em diferentes horários e períodos (manhã, tarde e noite)

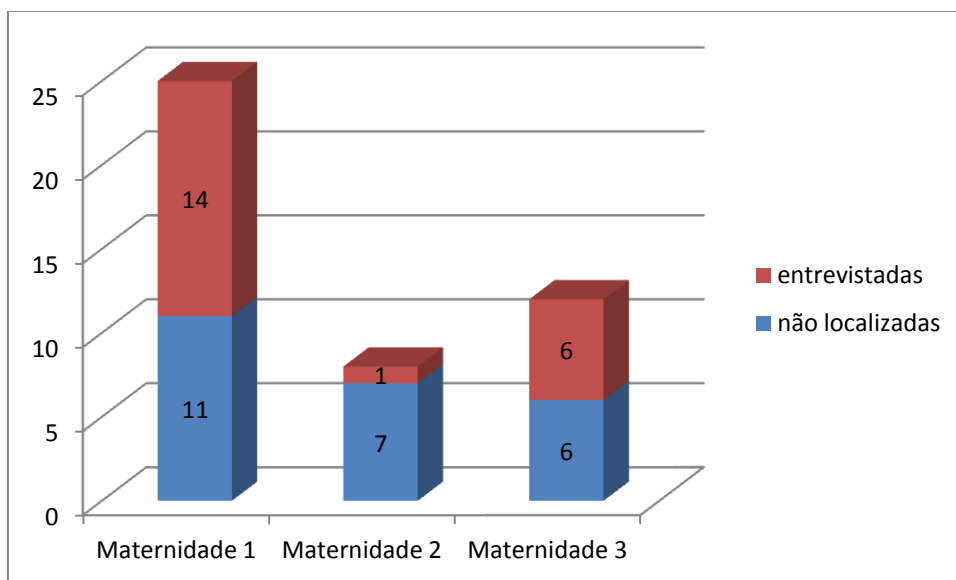
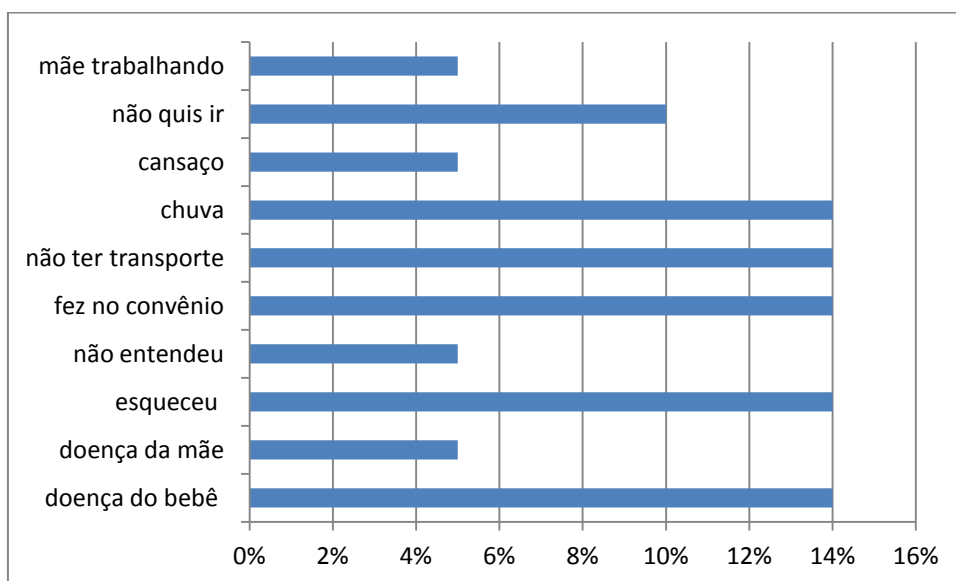


Gráfico 6: justificativas das faltas.



Discussão

De acordo com a caracterização do programa o gráfico um mostra a cobertura da Triagem nas três maternidades SUS do município de Sorocaba no período estudado, como mostra, apenas 1% da população não foi triada.

O gráfico dois mostra o resultado do teste realizado nas maternidades, apenas 1% dos bebês não fizeram a triagem, 8% falharam na triagem e 91% da população passaram no exame.

Dos pacientes que fizeram o reteste na APADAS (n= 698) apenas 1% destes falharam no exame e foram encaminhados para diagnósticos 17% falharam e foram encaminhados para reteste e a grande maioria 82% passaram no teste e tiveram alta.

De acordo com os estudos que veem sendo realizados na Inglaterra, a meta dos programas de triagem, é realizar o exame de triagem auditiva de todas as crianças antes da alta hospitalar, para diminuir a idade da intervenção, o que de acordo com os gráficos comprova que no município de Sorocaba que esta sendo estudado isto esta sendo realizado.

Baseando-se no propósito do programa de triagem auditiva os principais objetivos são avaliar todos os recém-nascidos por volta de três meses de idade e registrar os bebês diagnosticados com perda de audição para uma intervenção precoce.

De acordo com os fatores que interferem na adesão das famílias após a falha na TANU, podemos observar que o gráfico quatro caracteriza o resultado do teste e o motivo do encaminhamento ao reteste por maternidade, a grande maioria dos bebês de ambos os grupos, o motivo do encaminhamento foi por que falharam no exame e a maternidade um é a que tem a maioria dos casos.

O gráfico cinco demonstra a porcentagem de mães faltosas que não foram localizadas em três tentativas de ligação, em diferentes horários e períodos (manhã, tarde e noite). A maternidade um tem a maioria dos casos sendo 14 as mães entrevistadas e 11 que não foram localizadas, a maternidade dois em relação as mães que foram entrevistadas e as que não foram localizadas, o resultado foi a grande maioria que não foi localizada.

A justificativa das faltas, a maioria dos motivos alegados pelas mães por não comparecerem a consulta foram doença do bebê, esquecimento, já realizou o exame no convenio, não ter transporte ou por estar chovendo no dia marcado.

Conclusão

A análise dos resultados nos permitiu verificar que o principal fator de adesão ou abandono do programa de saúde auditiva foi a compreensão que os familiares tiveram das explicações recebidas pelos profissionais sobre a importância e objetivo do acompanhamento. O fator de transporte, foi o mais citado como impedimento de comparecimento às consultas, assim como doença do bebê e mal tempo, porém não foram motivos de abandono o que indica que o follow-up é possível no serviço público de saúde, sendo necessário que todos os profissionais envolvidos no atendimento ao bebê forneçam orientação e informação aos pais sobre a importância da audição no desenvolvimento do bebê.

Referências Bibliográficas

Sharma, 2009

Ching TY, Crowe K, Martin V, Day J, Mahler N, Youn S, et al. Language development and everyday functioning of children with hearing loss assessed at 3 years of age. **Int J Speech Lang Pathol** 2010 Apr;12(2):124-31.

COMUSA, 2010

HILÚ M & ZEIGELBOIM., Rev CEFAC, São Paulo, v.9, n.4, 563-570, out-dez, 2007.

FIGUEIREDO, 2006 Conhecimentos essenciais para entender bem Emissões Otoacústicas e Bera. 1ªed. São José dos Campos: Pulso; 2003.).

ISAACSON G. Universal Newborn Hearing Screening in an Inner-City, Managed Care Environment. *Laryngoscope*, 110:881-894, 2000.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING – Year 2007. Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*; 120(4):898-817, 2007

KIMBERLEY BP. Applications of Distortion-Product Emmissions to na Otological Practice. *Laryngoscope*; 109(12): 1908-1918, 1999.

LEWIS, DR; MARONE, SAM; MENDES, BCA; CRUZ, OLM; NÓBREGA, M. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva – Comusa. *Braz J Otorhinolaringol*;76(1);121-8, 2010.

OWEN, M; WEBB, M; EVANS, K. Community based universal neonatal hearing screening by health visitors using otoacoustic emissions. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 84: F157-F162, 2001.

MARTINEZ, MANS; REZENDE, J. S.; BERTOLACCINI, S.R.C O intervalo de tempo entre a falha na triagem auditiva neonatal e o inicio da (Re)Habilitação dificuldades do follow-up [Iniciação Científica – PIBIC /CNPq – PUCSP],2003.

WITTMANN-PRICE, RA; POPE KA. Universal newborn hearing screening. *Am J Nurs*; 102 (11) : 71-7, 2002.

GORDON-L, A. – Universal Newborn Hearing Screening: the time is here – **Volta Voices**, Jul/Ago, 1999.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING - 1982, Position Statement. *ASHA*, 24 (12):1017-1018, 1982.

Shulman S; Besculides,M; Saltzman,A; Ireys,H; White,KR; Forsman, I.Evaluation of the Universal Newborn Hearing Screening and Intervention Program. *Pediatrics*;126;S19, 2010

ANEXO 1

Questionário

(Martinez, Rezende, Bertolaccini,2003)

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Nome do Responsável: _____ Data: __/__/__

grau de parentesco: _____

1. De qual hospital você veio encaminhada?

2. É sua primeira consulta?

3. Porque você veio/faltou na consulta

4. Por que foi marcada essa consulta na APADAS?

5. Como você vem para a APADAS ?
() Condução Própria () Ambulância ou transporte da Prefeitura
() Transporte Público Municipal () Transporte Público Inter-Municipal
6. Precisa de ajuda financeira para a condução? () Sim () Não
7. Quanto tempo gasta para vir para a consulta?
() até 1 hora () até meio período () o dia todo
8. Tem outros filhos? () Sim () Não
9. Se sim, tem facilidade para deixá-los e vir para a consulta? () Sim () Não
10. Tem que acompanhar o bebê ou outro filho, ou outro membro da família em consultas e tratamento? Se sim, qual a frequência?
() 1 vez por semana () 1 vez por mês () Mais de uma vez por semana
11. Você acha importante fazer este acompanhamento na APADAS? Por que?

12. Qual a maior dificuldade que você possui para vir ao atendimento?

Anexo 2

5- Como voce vem para a APADAS?	8-Precisa de ajuda financeira para a condução?	9- Quanto tempo gasta para vir a consulta?	10- Tem outros filhos?	11- Tem facilidade para deixa-los e vir para consulta?	12- Tem que acompanhar algum em consultas/tratamento? Frequencia
.....
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATÉ 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO INTER-MUNICIPAL	NÃO	ATÉ MEIO PERIODO	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATÉ MEIO PERIODO	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	SIM	ATÉ MEIO PERIODO	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATÉ MEIO PERIODO	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	SIM	ATÉ MEIO PERIODO	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATÉ MEIO PERIODO	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO

TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATÉ MEIO PERIODO	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO INTER-MUNICIPAL	NÃO	ATÉ MEIO PERIODO	NÃO	.....	NÃO
.....
.....
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
.....
.....
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
.....
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO INTER-MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO

TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	NÃO TROUXE JUNTO	...............
.....
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
.....
.....
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO INTER-MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
.....
.....
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
.....
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	NÃO	NÃO
.....
.....
.....
.....
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO

.....
CONDUÇÃO PRÓPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
CONDUÇÃO PRÓPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PÚBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE MEIO PERÍODO	NÃO	..... ..... .....	NÃO
CONDUÇÃO PRÓPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
TRANSPORTE PÚBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
CONDUÇÃO PRÓPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
.....
.....
.....
CONDUÇÃO PRÓPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
.....
TRANSPORTE PÚBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE MEIO PERÍODO	SIM	NÃO	NÃO
CONDUÇÃO PRÓPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
TRANSPORTE PÚBLICO INTER- MUNICIPAL	NÃO	ATE MEIO PERÍODO	NÃO	..... ..... .....	NÃO
CONDUÇÃO PRÓPRIA	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
.....	NÃO	O DIA TODO	SIM	NÃO	NÃO
TRANSPORTE PÚBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
TRANSPORTE PÚBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
AMBULANCIA/ TRANSPORTE DA PREFEITURA	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO
CONDUÇÃO PRÓPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	..... ..... .....	NÃO

TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	SIM	ATE MEIO PERIODO	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	SIM	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	SIM	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
AMBULANCIA/TRANSPORTE DA PREFEITURA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
.....
.....
.....
.....
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
AMBULANCIA/TRANSPORTE DA PREFEITURA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO
TRANSPORTE PUBLICO MUNICIPAL	SIM	ATE 1H	SIM	SIM	NÃO
AMBULANCIA/TRANSPORTE DA PREFEITURA	SIM	ATE MEIO PERIODO	SIM	NÃO	NÃO
AMBULANCIA/TRANSPORTE DA PREFEITURA	SIM	ATE MEIO PERIODO	NÃO	.....	NÃO
CONDUÇÃO PROPRIA	NÃO	ATE 1H	NÃO	.....	NÃO

13- Voce acha importante fazer este acompanhamento na APADAS Pq?	14- Qual a maior dificuldade que voce possui para vir ao atendimento
.....
SIM "SABER COMO ESTA A SAUDE"	MAL TEMPO
SIM "SABER DE A ORELHINHA ESTA BOA"	MAL TEMPO
"NÃO SEI"	NÃO PODE TODOS OS DIAS/ TRABALHO
SIM "SABER SE TEM PROBLEMA DE AUDIÇÃO"	MAL TEMPO
SIM "SEGURANÇA SABER SE A AUDIÇÃO ESTA BOA"	NENHUMA
SIM " PARA VER COMO É O EXAME"	NÃO GOSTA DE PEGAR ONIBUS
SIM "SABER O RESULTADO"	HORARIO DOS ATENDIMENTOS
SIM " SABER SE HAVERÁ PROBLEMAS"	NENHUMA
SIM "BOM PARA AUDIÇÃO"	NÃO CONHECIA O LUGAR
SIM "PQ PRECISA"	DINHEIRO PARA TRANSPORTE
SIM "IMPORTANTE FAZER O ACOMPANHAMENTO"	CONDUÇÃO
SIM "SABER SE TEM PROBLEMA DE AUDIÇÃO"	CONDUÇÃO
SIM " PARA DESCOBRIR E TRATAR"	NENHUMA
SIM "SABER SE HÁ ALTERAÇÃO E TRATAR"	CONDUÇÃO
SIM " SABER SE VAI OUVIR"	NENHUMA
SIM "SABER SE ESTA TUDO BEM"	NENHUMA
SIM "TENHO CASOS NA FAMILIA"	NENHUMA
SIM "PQ SE TIVER PROBLEMA TRATAR"	NENHUMA
SIM "PREVENÇÃO"	DEIXAR A FILHA EM CASA
SIM " SABER COMO ESTA A AUDIÇÃO"	NENHUMA
SIM " PARA SAUDE SABER SE IRA USAR APARELHO"	CONDUÇÃO
SIM" PARA JÁ TRATAR CASO NECESSARIO"	CONDUÇÃO
SIM " SABER SE ESTA TUDO BEM COM A SAUDE"	NENHUMA
SIM " PQ SIM"	MORAR NA CIDADE VIZINHA COMPLICA A DISTANCIA
.....

.....
SIM " HISTORICO FAMILIAR"	CONDUÇÃO
.....
.....
SIM " TER CERTEZA QUE O BEBE ESTA BEM"	NENHUMA
.....
SIM "SABER SE ESTA TUDO BEM"	NENHUMA
SIM "SABER SE ESTA TUDO BEM"	NENHUMA
SIM "SABER SE TEM PROBLEMA"	NENHUMA
SIM " PQ TEM QUE FAZER"	HORARIO DOS ATENDIMENTOS
SIM "SABER SE HAVERÁ PROBLEMA"	NENHUMA
SIM " SABER SE ESTA TUDO BEM"	NENHUMA
SIM "PENSANDO NO FUTURO"	CONDUÇÃO
SIM " SABER A SAUDE DA CRIANÇA"	NENHUMA
SIM " SABER SE ESTA TUDO BEM"	NENHUMA
SIM "TEM ANTECEDENTES FAMILIARES"	NÃO SABIA CHEGAR
.....
SIM "PARA TER TRATAMENTO SE HOVER ALTERAÇÃO"	CHUVA
.....
.....
SIM "PQ DOS OUTROS FILHOS FEZ"	CHUVA
SIM " SABER SE ELA ESCUTA BEM"	NÃO SABIA CHEGAR
.....
.....

SIM "SABER SE TEM DEFICIENCIA AUDITIVA PARA TRATAR"	NENHUMA
SIM "SABER SE TERÁ PROBLEMAS FUTUTOS"	NÃO SABIA CHEGAR
.....
SIM "TENHO MEDO DE TER ALGO MAIS PRA FRENTE"	NENHUMA
NÃO ACHA IMPORTANTE REALIZA-LO	NENHUMA
.....
.....
.....
.....
.....
SIM "SABER SE TEM ALGUMA COISA NO OUVIDO"	NENHUMA
.....
.....
SIM "SABER SE O BEBE ESTA BEM"	NENHUMA
SIM "SABER SE TERÁ PROBLEMAS FUTUTOS"	NENHUMA
SIM "POR QUE É PRO BEM DO BEBE"	NENHUMA
SIM "SABER SE ESTA TUDO BEM"	NENHUMA
SIM "PARA A SAUDE"	NENHUMA
SIM "POR QUE TEM ANTECEDENTES FAMILIARES"	TRANSITO
.....
.....
.....
SIM "PARA SABER SE TERÁ PROBLEMAS FUTURAMENTE"	NÃO SABIA CHEGAR
.....
.....
SIM "POR QUE PENSO QUE PRECISARIA USAR APARELHO"	TER QUE DEIXAR OS FILHOS COM A MAE QUE MORA LONGE
SIM "POR QUE APRENDEU COMO AMAMENTAR CERTO"	ACORDAR CEDO
SIM "SABER SE ESTA TUDO BEM"	TRANSPORTE

SIM " POR QUE É DE GRAÇA"	NENHUMA
SIM MAIS EM UMA CIDADE MAIS PROXIMA	DISTANCIA
SIM "PARA TIRAR DUVIDA SE ESTA OUVINDO BEM"	NENHUMA
SIM "PARA DETECTAR PROBLEMAS NA AUDIÇÃO"	NENHUMA
SIM "SABER SE TEM PROBLEMAS E TRATAR"	NENHUMA
SIM "SABER SE ESTA TUDO BEM"	MAL TEMPO
SIM "SE TIVER PROBLEMA FAZER TRATAMENTO"	TRANSPORTE
SIM "POR QUE NÃO SABE SE A CRIANÇA TEM PROBLEMA"	TRANSPORTE
SIM "PRA NO FUTURO NÃO TER PROBLEMAS"	TRANSPORTE
SIM "SABER TE SEM ALGUM PROBLEMA"	NENHUMA
SIM "POR QUE ELE PODE TER QUE USAR APARELHO"	NENHUMA
"SEI LÁ, ACHO QUE SIM"	NENHUMA
.....
.....
.....
.....
SIM "PARA SABER O TRATAMENTO"	NENHUMA
SIM "SABER SE A AUDIÇÃO ESTA BEM"	NENHUMA
SIM "SABER SE ESTA TUDO BEM"	ESTAR DOENTE
SIM "POR QUE SIM"	TRANSPORTE O CARRO ESTAVA QUEBRADO
"ACHA QUE SIM, NÃO QUERO QUE USE APARELHO"	NENHUMA
SIM "SEMPRE É IMPORTANTE"	MAL TEMPO
SIM "NÃO QUER QUE FIQUE DOENTE"	TRANSPORTE
SIM "PARA CUIDAR DA SAUDE"	NENHUMA
SIM " PARA NÃO TER PROBLEMAS NA ORELHA"	NENHUMA