

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

**ESTADO EMOCIONAL MATERNO, FATORES
OBSTÉTRICOS, DEMOGRÁFICOS,
SOCIOECONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS COMO
RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM
DÍADES MÃE/BEBÊ DA TRIAGEM AUDITIVA
NEONATAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Fernanda Donato Mahl

Santa Maria, RS, Brasil

2014

ESTADO EMOCIONAL MATERNO, FATORES OBSTÉTRICOS, DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS COMO RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM DÍADES MÃE/BEBÊ DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Fernanda Donato Mahl

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: clínica e promoção, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Themis Maria Kessler

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliara Pinto Vieira Biaggio

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Mahl, Fernanda Donato
ESTADO EMOCIONAL MATERNO, FATORES OBSTÉTRICOS,
DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS COMO RISCO
AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM DÍADES MÃE/BEBÊ DA
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL / Fernanda Donato Mahl.-2014.
160 p.; 30cm

Orientadora: Themis Maria Kessler
Coorientadora: Eliara Pinto Vieira Biaggio
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2014

1. Desenvolvimento Infantil 2. Fatores de Risco ao
Desenvolvimento Infantil 3. Interação Mãe-Bebê 4.
Linguagem 5. Triagem Auditiva Neonatal I. Kessler,
Themis Maria II. Biaggio, Eliara Pinto Vieira III. Título.

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Fernanda Donato Mahl. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua: Tuiuti,1741/406, Bairro Centro, Santa Maria,RS. CEP: 97015-663.

Fone: (55) 81525345; E-mail: fe.donato@hotmail.com

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

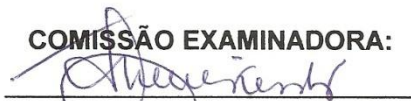
**ESTADO EMOCIONAL MATERNO, FATORES OBSTÉTRICOS,
DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS COMO
RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM DÍADES MÃE/BEBÊ
DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL**

elaborada por

Fernanda Donato Mahl

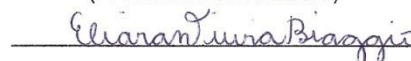
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

COMISSÃO EXAMINADORA:



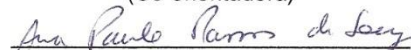
Themis Maria Kessler, Dr^a (UFSM)

(Presidente/Orientadora)



Eliara Pinto Vieira Biaggio, Dr^a (UFSM)

(Co-orientadora)



Ana Paula Ramos de Souza, Dr^a (UFSM)



Caroline Rossato Pereira, Dr^a (UFSM)

RESUMO

Dissertação de Mestrado

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana

Universidade Federal de Santa Maria

ESTADO EMOCIONAL MATERNO, FATORES OBSTÉTRICOS, DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS COMO RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM DÍADES MÃE/BEBÊ DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Autora: Fernanda Donato Mahl

Orientadora: Themis Maria Kessler

Co-Orientadora: Eliara Pinto Vieira Biaggio

Esta pesquisa teve como objetivo comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, considerando o contexto de "passa", bem como, o resultado "falha" na primeira etapa de avaliações auditivas do bebê. O segundo objetivo foi analisar a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença/ausência de risco ao desenvolvimento infantil de bebês que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN. Realizou-se um estudo quantitativo e descritivo com caráter comparativo sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê. A amostra foi composta por 169 bebês de zero a quatro meses incompletos de idade, que realizaram a TAN em um Hospital Universitário de referência no interior do Rio Grande do Sul e suas respectivas mães, no período de setembro de 2012 a julho de 2013. Considerando o primeiro objetivo, os bebês foram distribuídos em grupo controle (GC) e grupo estudo (GE). O GC foi constituído por 84 bebês que apresentaram resultado "passa" na primeira etapa do Programa de TAN e o GE foi composto de 85 bebês que apresentaram resultado "falha" na mesma etapa e suas respectivas mães. Além disso, para o segundo objetivo foi estudado as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais maternas e sua relação com presença/ausência de risco ao desenvolvimento infantil, apenas no GE. Os instrumentos de coleta de dados constaram de uma entrevista com as mães sobre informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas, psicossociais e a respeito da constituição da experiência da maternidade. Além disso, para investigar o estado emocional materno foi aplicado o Inventário de Ansiedade (BAI) e Depressão de Beck (BDI). Para avaliação dos bebês ocorreu a aplicação e filmagem da primeira fase (0-4 meses) do Protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS). A análise estatística deu-se pela aplicação de testes não paramétricos e pela estimação de modelos de regressão logística. Os resultados demonstraram que existe uma correlação entre o bebê apresentar resultado falha na TAN e a presença de risco ao desenvolvimento infantil. A maioria das díades apresentou (presente) os IRDIS, contudo, houve ausência desses indicadores entre as mães de bebês com falha na TAN com maior frequência do que entre díades cujos bebês haviam passado na TAN, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Além disso, as mães dos bebês que apresentaram resultado "falha" na TAN demonstraram com maior frequência níveis de ansiedade entre leve e moderado. No entanto, os níveis de depressão materna não foram associados ao resultado "falha" na TAN. Observou-se também, que existiu associação entre IRDIS alterados e o resultado "falha" na TAN em mães ansiosas ou depressivas. Verificou-se também que existe uma associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas no contexto do reteste da TAN. Portanto, o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, sendo que a circunstância do reteste da TAN pode alterar os IRDIS e tornar-se um agente potencializador de dificuldades no estabelecimento do vínculo mãe/bebê, somado a questões emocionais maternas. Acrescenta-se ainda, que as condições socioeconômicas, demográficas e obstétricas também podem oferecer riscos ao desenvolvimento infantil em bebês que falharam na TAN.

Palavras-Chave: Desenvolvimento Infantil. Fatores de Risco. Interação Mãe-Bebê. Linguagem. Triagem Neonatal.

ABSTRACT

Master Dissertation

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana

Universidade Federal de Santa Maria

MATERNAL EMOTIONAL STATE, OBSTETRIC, DEMOGRAPHIC, SOCIOECONOMIC AND PSYCHOSOCIAL FACTORS AS RISK TO CHILD DEVELOPMENT IN MOTHER-BABY DYAD OF NEWBORN HEARING SCREENING

Author: Fernanda Donato Mahl

Adviser: Themis Maria Kessler

Co-Adviser: Eliara Pinto Vieira Biaggio

This research aimed to compare the maternal emotional state and its relationship with risk for child development in mother/baby dyads coming from a program of *Newborn Hearing Screening* (NHS), considering the result in the first step of this program (pass or fail in NHS). The second objective was to analyze the association between obstetric, demographic, socioeconomic factors and maternal psychosocial with the presence/absence of risk to child development at the ages of zero to four incomplete months of babies who presented "fail" result in the first stage of Neonatal Hearing Screening (NHS). It was performed a quantitative and descriptive study with comparative data about the behavioral manifestations of the mother-baby interactive process. The sample consisted by 169 babies aged zero to four incomplete months of age, who performed the NHS in a University Hospital reference in the interior of Rio Grande do Sul and their mothers, from September 2012 to July 2013. Considering the first objective, the babies were distributed in the control group (CG) and study group (SG). The CG was composed of 84 babies who presented results of "pass" in the first step of NHS program and the SG was composed of 85 babies with "fail" result in the same step and their mothers. Also, for the second objective was studied socioeconomic, demographic, obstetric and maternal psychosocial variables and its relation to the presence / absence of risk to child development, only in SG. The procedures for data collection consisted of an interview with the mothers on socioeconomic, demographic, obstetric, and psychosocial information about the constitution of the motherhood experience. Furthermore, to investigate the maternal emotional state was applied the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI). To assessment of babies occurred the application and filming of the first phase (0-4 months) the protocol of Indicators of Risk in Child Development (IRDI). Statistical analysis was due to the application of non-parametric tests and for the estimation of logistic regression models. The results showed that there was correlation between the babies fails in NHS and the absence of IRDI in mothers without emotional disorder. Furthermore, the mothers of babies who presented a result "fail" in NHS showed anxiety levels between mild and moderate. In the NHS, the levels of maternal depression were not associated with outcome "fail" in the NHS. It was also observed that there was an association between IRDI altered and the "fail" result in the NHS in anxious mothers or depressive. It was also verified that there is an association between the presence of risk to child development and socioeconomic, demographic and obstetric variables in the context of the NHS retest. In NHS, the risk to child development is multifactorial, being that the condition in the NHS retest can become a potentiating agent for difficulties in the establishment of mother/baby dyads visualized through IRDI, NHS in mothers with levels of depression/anxiety altered, as mothers without these emotional disorders. Further this, the socioeconomic, demographic and obstetric conditions may also present risks to child development in babies who failed the NHS.

Keywords: Child Development; Risk Factors; Mother-Child Relations; Language; Neonatal Screening.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

ESTADO EMOCIONAL MATERNO E SUA RELAÇÃO COM O RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Tabela 1 - Resultado da TAN em relação aos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil - IRDIS.....71

Tabela 2 - Resultado da TAN em relação ao nível de ansiedade das mães.....72

Tabela 3 - Resultado da TAN em relação aos IRDIS em mães ansiosas.....72

Tabela 4 - Resultado da TAN em relação ao nível de depressão das mães.....73

Tabela 5 - Resultado da TAN em relação aos IRDIS em mães com depressão.....74

ARTIGO 2

FATORES SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS COMO RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM BEBÊS QUE FALHARAM NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Tabela 1 - Variáveis obstétricas e socioeconômicas em relação aos IRDIS 1, 2 e 4.....95

Tabela 2 - Variáveis demográficas e obstétricas em relação ao IRDI 5.....96

LISTA DE QUADROS

REVISÃO TEÓRICA

QUADRO 1 - Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil IRDIS.....28

QUADRO 2- Programa de TAN do Hospital Universitário de Santa Maria -
HUSM.....39

MÉTODO

QUADRO 1- Programa de TAN do Hospital Universitário de Santa Maria -
HUSM.....54

QUADRO 2- Classificação do grau de concordância do Coeficiente
Kappa.....57

QUADRO 3- Análise do Coeficiente Kappa.....57

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	130
APÊNDICE B - Termo de Confidencialidade (TC).....	133

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	134
ANEXO B - Entrevista sobre Experiência da Maternidade.....	137
ANEXO C - Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	138
ANEXO D - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	143
ANEXO E - Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil - IRDIS.....	145
ANEXO F - Roteiro de Entrevista para as Mães.....	147
ANEXO G - Normas de Publicação na Revista CoDAS.....	149
ANEXO H - Normas de Publicação na Revista Saúde e Sociedade.....	157

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 REVISÃO TEÓRICA.....	17
1. DESENVOLVIMENTO INFANTIL: IMPORTÂNCIA DAS FUNÇÕES PARENTAIS E DETECÇÃO PRECOCE DE RISCO	17
1.1.1 O exercício das funções parentais e sua importância para o desenvolvimento infantil.....	17
1.1.2 Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS) e suas implicações na detecção precoce de risco.....	24
1.2 TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL (TAN): PRINCÍPIOS, PROCEDIMENTOS, ESTADO EMOCIONAL MATERNO E POSSÍVEIS REPERCUSSÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	32
1.2.1 Princípios e procedimentos da TAN.....	32
1.2.2 Estado Emocional Materno e possíveis repercussões no desenvolvimento infantil no contexto da TAN.....	40
2 MÉTODO.....	51
2.1 Delineamento da Pesquisa.....	51
2.2 Procedimentos para a seleção da amostra.....	51
2.3 Considerações Éticas.....	51
2.4 Critérios de elegibilidade e composição da amostra.....	52
2.5 Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de Dados.....	53
2.6 Procedimentos para análise dos dados.....	59
3 ARTIGO 1 - ESTADO EMOCIONAL MATERNO E SUA RELAÇÃO COM O RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL.....	61
4 ARTIGO 2 - FATORES SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS COMO RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM BEBÊS QUE FALHARAM NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL.....	88
5 DISCUSSÃO.....	107
6 CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICES E ANEXOS.....	129

INTRODUÇÃO

O cuidado materno tem grande importância no desenvolvimento dos vínculos emocionais primitivos do bebê. Frente a isso, diversas pesquisas nacionais (KUPFER; VOLTOLINI, 2005; JERUSALINSKY, 2011; BELTRAMI, MORAES; SOUZA, 2013; CRESTANI, *et. al.*, 2013) e internacionais (LAZNIK, 2004; MAHDHAOUI *et. al.*, 2011) têm investigado os fatores que podem exercer influências sobre o desenvolvimento infantil. Em especial, a respeito das atitudes e o envolvimento materno que abrange a relação entre mãe/bebê e sua importância desde os primeiros meses de vida das crianças.

Neste momento inicial, o processo de comunicação da díade mãe-bebê está sendo estabelecido e uma ruptura relacional, nos primeiros meses de vida, pode colocar em risco o desenvolvimento afetivo, psíquico e social da criança (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). Sendo que o afeto, a percepção e a comunicação entre a mãe e seu bebê modelam a psique infantil (SPITZ, 1998).

Dessa maneira, um bom apego fortalece o contato mãe/bebê desde a mais tenra infância e introduz nessa relação um clima afetivo que precede todas as outras funções psíquicas (BRUM; SCHERMAN, 2004; LORDELO *et. al.*, 2006). Spitz (1998) ressalta que os afetos parecem manter essa tendência durante o restante do desenvolvimento do bebê, já que a experiência afetiva, no quadro da comunicação mãe-filho, age como um caminho inicial para o desenvolvimento de outros setores importantes da vida da criança, como a aquisição da linguagem infantil.

Portanto, acredita-se que o comportamento materno relativo ao cuidado com o bebê, surge como ponto fundamental para o desenvolvimento infantil. Tratando-se da relação entre mãe/bebê, sabemos, no entanto, que podem acontecer situações e/ou intercorrências que influenciam este momento. A identificação de suspeita de deficiência auditiva (DA), por meio da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), realizada nas primeiras semanas após o nascimento poderá comprometer as expectativas vivenciadas pelos pais, caso o bebê apresente um resultado de “falha”, indicando uma suspeita de DA. Entretanto, a detecção deste déficit sensorial nos primeiros meses de vida torna-se fundamental no prognóstico da linguagem da criança, pois

se sabe que nos primeiros anos de vida, o contato da criança com mundo sonoro e sua interação com o outro garantirá o aprendizado dos sons da fala, além de, desenvolver e organizar seus pensamentos e sentimentos (GATTO; TOCHETTO, 2007).

No contexto da TAN, dois resultados podem ocorrer com relação a audição do bebê: 1) passa na TAN: o bebê apresenta audição normal, 2) falha na TAN: a suspeita torna-se confirmada e o bebê é submetido, em até trinta dias, para uma reavaliação de sua audição (LEWIS *et. al.*, 2010). A partir do resultado "falha" na primeira etapa do Programa de TAN, os pais podem questionar se seu filho pode ser ou não deficiente auditivo (RIBEIRO, 2009).

Frente a isso, Solé (2005) ressalta que a mãe pode ter dificuldades na transição para a maternidade e tal processo pode gerar sintomas ansiosos ou depressivos. Alguns aspectos podem influenciar este momento, entre eles, a percepção de que bebê não será bem como seus pais imaginavam que o filho seria, o que ocorre principalmente quando o bebê apresenta alguma dificuldade e/ou deficiência. A identificação de alterações na audição do bebê pode ser um destes elementos. Por isso, o resultado "falha" na primeira etapa da TAN deve ser um aspecto a ser levado em consideração, pois uma suspeita de DA pode tornar o bebê menos atraente aos investimentos maternos.

Embora diversas pesquisas associem as relações parentais e seus reflexos no desenvolvimento infantil (BOING; CREPALDI, 2004; DADALTO; GOLDFELD, 2006; MELLO *et. al.*, 2009) poucas correlacionam o mesmo com índices evolutivos que sejam capazes de captar o que ocorre entre o bebê e seus familiares. Nesse sentido, pesquisas realizadas recentemente, observaram que estados emocionais maternos, bem como, dificuldades na experiência da maternidade podem estar relacionadas a presença de risco ao desenvolvimento infantil, analisados por meio de índices que observam a interação da díade adulto/bebê (BELTRAMI, 2011; CARLESSO, 2011; CRESTANI, 2012; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013).

Por isso, falhas interacionais também podem estar ligadas a possíveis estados emocionais maternos e se manifestam em estilos de interação distintos. Uma mãe depressiva pode se tornar apática, já uma mãe ansiosa pode acabar sendo intrusiva e ambas podem desajustar o funcionamento da criança e refletir em

uma comunicação deficitária da mãe com o bebê (CRESTANI, *et. al.*, 2012). Ou seja, alterações como a depressão e a ansiedade podem impedir a mãe de incluir o bebê no funcionamento lingüístico e na troca afetiva, podendo também constituir um risco para o equilíbrio emocional materno e para o desenvolvimento infantil.

Esses efeitos podem ser visualizados por meio dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS) que são eficientes para captar a interação da díade mãe/bebê, sendo que evidenciam alterações que podem desregular o desenvolvimento do bebê muito precocemente. Estes índices buscam avaliar crianças de 0 a 18 meses, para analisar o curso de seu desenvolvimento. Destaca-se que estes índices funcionam em uma lógica de tendência, ou seja, quando algo não vai bem no desenvolvimento da criança, indicado pelos IRDIS, pode haver uma estruturação patológica. Diante de tal informação, alguns autores referem que neste período inicial já torna-se possível prever risco psíquico ou ao desenvolvimento, por meio da análise destes índices (KUPFER; VOLTOLINI, 2005; LERNER; KUPFER, 2008).

O IRDIS são avaliados em quatro fases (0-4 meses, 4-8 meses, 8-12 meses e 12-18 meses do bebê). Frente a isso, o estudo longitudinal de Crestani (2012) comprovou que a primeira fase que compreende o período entre zero a quatro meses de idade do bebê, tornaram-se o mais sensível para captar risco à aquisição da linguagem, aspecto importante para esta pesquisa. Além disso, a autora destaca que os IRDIS desta primeira fase foram os que mais estiveram ausentes em bebês com menor produção inicial de fala, quando os mesmos foram reavaliados entre 12-18 meses de idade.

Além deste fato, outros estudos vêm argumentando sobre a interação do fator biológico e social como agentes de risco potencializadores nos efeitos ao desenvolvimento infantil (MARTINS, *et. al.*, 2004, HALPERN; FIGUEIRAS, 2004). Assim, percebe-se que questões socioeconômicas (renda familiar, escolaridade e profissão), psicossociais (suporte social e histórico de depressão na família), obstétricas (idade gestacional, tipo de parto, planejamento da gestação e intercorrências com o recém-nascido) e demográficas (idade, estado civil e número de filhos) podem agir como fatores protetivos ou de riscos ao desenvolvimento das crianças, pois, muitas vezes surgem como aspectos subjacentes as questões

ambientais e biológicas dos bebês (KLEIN; LINHARES, 2006; KLEIN; LINHARES, 2007; FERRIOLLI, MARTURANO; PUNTEL, 2007).

Ressalta-se ainda que, estes fatores devem sempre ser levados em consideração nos Programas de TAN com o intuito de maior sensibilização e acolhimento dessas mães. Dessa maneira, poderá ocorrer maior efetividade e adesão ao serviço de TAN e, conseqüentemente, um melhor prognóstico para o desenvolvimento de seus bebês (LIMA *et. al.*; 2008).

Sendo assim, com o intuito de favorecer uma reflexão sobre a primeira etapa da TAN e considerando o quadro emocional materno durante o processo de identificação de possíveis alterações auditivas, na fase entre 0-4 meses do bebê (primeira fase dos IRDIS) elaborou-se o presente estudo.

Considerando tais questões, o objetivo geral dessa pesquisa foi comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, considerando o contexto de "passa", bem como, o resultado "falha" na primeira etapa de avaliações auditivas do bebê, bem como, analisar a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença/ausência de risco ao desenvolvimento infantil de bebês que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN.

Os resultados da investigação foram expostos em dois artigos. O primeiro artigo, teve como objetivo comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, considerando o contexto de "passa", bem como, o resultado "falha" na primeira etapa de avaliações auditivas do bebê. O segundo artigo, objetivou analisar a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença/ausência de risco ao desenvolvimento infantil de bebês que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN.

Para abordar o tema, em uma breve revisão teórica, busca-se resenhar estudos que versam sobre a importância do exercício das funções parentais e a detecção precoce de risco ao desenvolvimento infantil para que se possa ter um

maior entendimento sobre como se forma o vínculo na primeira infância e suas implicações para a qualidade da interação pais-bebê/criança, bem como, a utilização dos IRDIS e suas implicações nas pesquisas com bebês. Em seguida, aborda-se os princípios da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), os procedimentos realizados, a TAN no Brasil e no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para apresentar o contexto no qual se insere este estudo. Além disso, discute-se sobre o estado emocional materno e possíveis repercussões no desenvolvimento infantil no contexto da TAN.

O método geral constitui a próxima seção. Os resultados são expostos na forma de dois artigos. No primeiro são analisados o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN. A associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença/ausência de risco ao desenvolvimento infantil de bebês que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN será apresentada no segundo artigo. A dissertação segue com a discussão dos artigos em conjunto e com a conclusão final.

1 REVISÃO TEÓRICA

Esta seção será composta de duas partes, sendo apresentadas através de um encadeamento de idéias sobre os respectivos temas que buscam sustentar teoricamente a pesquisa. Na primeira seção, serão relatados estudos acerca da importância do exercício das funções parentais e a detecção precoce de risco ao desenvolvimento infantil. Nessa seção é traçado um quadro teórico de referências para que se possa ter um entendimento sobre como se forma o vínculo na primeira infância e suas implicações para a qualidade da interação pais-bebê/criança, bem como, serão descritos os IRDIS e suas implicações nas pesquisas com bebês.

Na segunda seção, serão apresentados os princípios da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), os procedimentos realizados, a TAN no Brasil e no Hospital Universitário de Santa Maria. A primeira parte desta seção apresenta o contexto no qual se insere este estudo. Em seguida, discutem-se sobre o estado emocional materno e as possíveis repercussões no desenvolvimento infantil. Ao longo desta última seção, descreve-se os principais fatores que podem influenciar no desfecho do desenvolvimento infantil no contexto do reteste da TAN.

1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL: IMPORTÂNCIA DAS FUNÇÕES PARENTAIS E DETECÇÃO PRECOCE DE RISCO

1.1.1 O exercício das funções parentais e sua importância para o desenvolvimento infantil

O termo parentalidade foi proposto pela primeira vez pelo psicanalista Paul-Claude Racamier que, em 1961, traduziu o termo inglês *motherhood*, por maternalidade, na tentativa de conferir um significado mais dinâmico a este conceito. Em acordo com tal tradução, os psicólogos acrescentam os neologismos paternalidade ou parentalidade. A partir deste período, o processo de construção da maternidade e a interação mãe-bebê são vistos com fundamentais para a constituição da criança. Dessa maneira, nos anos 80, o processo chamado de transição á parentalidade vem sendo estudado em pesquisas no campo da psicologia do desenvolvimento infantil que têm como foco as mães (KROB, 2009; PICCININI *et. al.*, 2004) e também os pais, em trabalhos mais recentes (HENN; PICCININI, 2010; JAGER; BOTTOLI, 2011).

Em se tratando de teorias sobre o desenvolvimento infantil, a transição para a parentalidade torna-se um processo que se inicia antes mesmo do nascimento do primeiro filho do casal e permanece em constante construção. Este fato podendo provocar diferentes repercussões na vida do homem e da mulher (BRAZELTON; CRAMER, 1992; KLAUS; KENNELL, 1992; SOLIS-PONTON, 2004).

Tal capacidade estaria presente, teoricamente, em todas as pessoas, até mesmo naquelas que não possuem filhos (MORALES, 2004). De acordo com Brazelton e Cramer (2002), a maioria das mulheres, em alguma fase da vida, vivenciaram uma experiência de cuidado materno, recebendo o carinho ou a atenção de uma mulher mais velha. Este fato faz com que a mulher á medida que recebe, sente vontade de retribuir este carinho e cuidado, e não mais somente recebê-lo, ou seja, quando a menina obtém o cuidado materno, mais tarde deseja tornar-se sucessora do mesmo, com as suas respectivas figuras filiais.

Por isso, diversos autores (BERNARDINO, 1999; ZALCEBERG, 2003; RIBEIRO, 2004) sugerem que ter um filho pode ser uma forma de investimentos em si mesmo como uma ilusão de completude e/ou onipotência. As motivações narcísicas são uma forma de alimento para o desejo de filho, pois, assim, na relação com o outro, instala-se na futura mãe a necessidade de recuperar a sua própria perfeição narcisista (ZALCEBERG, 2003).

Conforme Brazelton e Cramer (2002) o desejo de completude pode ser satisfeito com a gravidez e com a própria existência da criança. Trata-se, de uma vontade inconsciente de se desdobrar na imagem do filho, e como consequência ter desejo de estar grávida e tê-lo. Então, para algumas mulheres a maternidade torna-se uma forma de reatualizar identificações referentes à feminilidade, sob forma de desejo de maternidade.

Portanto, pode-se inferir que o desejo da maternidade, surge para reorganizar e preparar a futura mãe para o apego com sua criança. Este desejo enriquece a relação de ambos, por isso a maternidade depende de como cada mulher vivenciou a relação com sua própria mãe ou cuidador próximo, por que esta relação torna-se reinaugurada sucessivamente (ZALCBERG, 2003). Logo, o modo como se deu o relacionamento da filha com seus progenitores ou quem exerceu as funções parentais, torna-se de grande importância para o percurso em direção á vivência da

maternidade. Já que são eles, os pais, e, principalmente as mães, que transmitem concepções e sentimentos relativos à feminilidade, proporcionando à mulher a construção de uma identidade feminina e posteriormente, determinando o modo como esta vai exercer a parentalidade com seus próprios filhos.

Nesse contexto, Houzel (2004) sugere que há diferença entre a prática da parentalidade e a experiência da parentalidade. O autor ressalta que a prática da parentalidade refere-se aos cuidados físicos e às tarefas cotidianas que os genitores realizam junto à criança. Dessa forma, ao assumir seus papéis parentais, pai e mãe permitem ao bebê um desenvolvimento favorável, pois, os laços afetivos que a criança nutre em relação a seu meio se apóiam diretamente na satisfação de suas necessidades corporais, nesta fase da vida. Assim, inclui-se neste eixo, não somente os cuidados físicos parentais como também os cuidados psíquicos.

Já a experiência da parentalidade, que tem sido amplamente estudada pela psicologia do desenvolvimento infantil, a partir de conceitos como Preocupação Materna Primária (WINNICOTT, 1988) corresponde ao fato da mulher imersa no estado de Preocupação Materna Primária, atingir um nível de sensibilidade aumentada, o que lhe permite adaptar-se delicada e sensivelmente às necessidades de seu filho. Ou seja, durante o último trimestre da gravidez e os primeiros meses da vida da criança, a mãe centraliza todos os seus investimentos no bebê e nas tarefas maternas, para que assim o desenvolvimento mental do bebê possa ocorrer adequadamente.

Para Bowlby (1989), as figuras parentais que são sensíveis e oferecem um ambiente saudável as suas crianças, estariam capacitando-as a seguir por um caminho saudável. Neste contexto, a teoria do apego (BOWLBY, 1989) pressupõe que a maneira pela qual a criança foi ou será tratada por seus pais e mães, especialmente pela figura materna, exerce influência direta sobre o desenvolvimento infantil. Este fato proporciona uma sintonia intensa, que permite à mãe uma relação empática com seu filho, fornecendo um espaço no qual o desenvolvimento saudável do bebê é possibilitado.

Neste contexto, autores psicanalíticos afirmam que o desenvolvimento saudável de uma criança não funciona apenas por automatismo biológico, pois, de nada adianta um organismo são se não houver quem o introduza no mundo humano

(JERUSALINSKY, 2002; VORCARO, 2003). Somente assim, um bebê poderá se desenvolver na linguagem, na psicomotricidade e em atividades de vida diária.

Nesse sentido, a teoria psicanalítica afirma que o bebê não nasce pronto, porque precisa sustentar-se em quem exerce a função materna e paterna, pois são estes que impulsionam o bebê para se desenvolver. Para que todo este processo ocorra, torna-se preciso que haja unidade familiar como forma de apoio para a mãe e o bebê (WINNICOTT, 2000). Dessa maneira, o mesmo autor considera que o papel paterno torna-se de grande relevância para a família, uma vez que nos primeiros meses de vida do bebê, o pai tem por função permitir a mãe dedicar-se ao filho, assumindo as tarefas práticas do cotidiano familiar, amparando sua companheira em suas necessidades.

Outro aspecto relacionado ao exercício da função paterna, são as condições para que a mãe gradativamente separe-se de seu bebê. A ausência materna constitui-se em oferecer a inserção da criança no campo simbólico, porque faz surgir a necessidade da criança lidar com a ausência, no caso, a mãe. Portanto, a função paterna que barra o desejo materno, produzindo um corte na relação da díade mãe-bebê e, dessa forma, evita-se que a criança fique aprisionada somente ao desejo materno (FARIA, 2003).

Nesse âmbito, havendo falhas na instalação das funções parentais, surge o risco de a criança se estruturar no campo dos transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil (CARVALHO, *et. al.*, 2008). Desse modo, o desenvolvimento emocional infantil está intimamente associado ao estado psíquico da mãe e também ao descolamento que a função paterna irá proporcionar na função materna. Sendo que este fato proverá o surgimento da linguagem infantil (KUPFER; BERNARDINO, 2009) foco deste trabalho e que será abordado em seguida.

No entanto, para este estudo, discute-se em particular, as questões relacionadas a função materna e suas implicações para a qualidade da interação com o bebê e, conseqüentemente para o desenvolvimento posterior da criança. Já que nas trocas estabelecidas nas interações entre a díade, a mãe serve de agente facilitador ao desenvolvimento do bebê, oferecendo a base necessária para que a comunicação se estabeleça na criança. Portanto, o vínculo, quando estabelecido, inicialmente de modo mais preponderante, pela mãe, torna-se de extrema importância para o desenvolvimento global das crianças, inclusive em relação a linguagem (CONDE; FIGUEIREDO, 2007).

Ainda em relação a função materna, toma-se como ponto de partida, que os primeiros cuidados, que vão além da maternagem e dos cuidados corporais, são operações que podem ou não serem desempenhadas e tem influência do inconsciente de quem ocupa (ou não) estas funções. Por isso, não se pode culpabilizar uma mãe pelas suas questões e repetições, já que estas não são intencionais (LICHT, 2006).

Em essência, o conceito de função materna consiste em assinalar que não basta ser genitor, nem ser designado como pai e mãe para preencher todas as condições, pois tornar-se pais. O que se faz por meio de um processo complexo implicando histórias e experiências da mulher que darão as condições (ou não) de autorizar-se como mãe, ou seja, uma função que torna-se totalmente construída. Uma relação que comporta sutilezas que muitas vezes escapam a própria mãe por que tratam da ordem inconsciente, que se mostram na forma como ela lida com seu bebê, suas concepções de maternidade e no exercício da feminilidade. Não se trata, portanto, de práticas materna definidas apenas por comportamentos específicos de cuidados, mas sim, o "a mais" que a mãe oferece ao bebê - a relação afetiva, o diálogo, o olhar, o toque - que possibilita o bebê construir sua vida mental (JERUSALINSKY, 2002).

Segundo Flores *et. al.* (2011) e Crestani (2012) uma mãe sensível, e possivelmente um pai também, entrariam facilmente em sintonia com sua criança e, ao manterem-se atentos aos comportamentos do bebê, logo conseguem descobrir o que lhe agrada. Contudo, na ausência de um vínculo adequado, podem surgir dificuldades na aquisição de habilidades futuras, pois nos primeiros meses e anos de vida, o desenvolvimento e crescimento infantil estão mais vulneráveis aos efeitos ambientais (ANDRADE, *et. al.*; 2005), fato que será abordado na terceira seção deste estudo.

Em relação aos primeiros meses de vida do bebê, o único meio de comunicação entre a mãe e a criança refere-se a expressão emocional e o comportamento que lhe acompanha. Ao nascer, o bebê tem muitos caminhos potencialmente abertos para si, o destino a ser seguido será determinado pela sua interação e o contexto em que vive, especialmente pela forma que os pais e as mães ou cuidadores primários o tratam e como ele responde a seus genitores (PESARO, 2010).

Dessa maneira, em relação a linguagem infantil, nota-se que a interação do bebê, em seus primeiros meses, dá-se pela demonstração de interesse pela fala da mãe. O bebê possui um número importante de competências que põe em jogo na parentalização de seus pais (SOLIS-PONTON, 2004). Assim, ao longo dos primeiros meses de vida, a criança mostra diferenças individuais que vão se encadear com o desejo dos pais. Hoje, sabe-se que entre as habilidades do recém nascido encontram-se: a capacidade de reconhecer a voz da mãe algumas horas depois de nascer, de interessar-se pelas diferenças de voz e de tonalidade, de identificar a língua materna e de reagir diferentemente segundo as variações afetivas da fala da mãe (BERNARDINO, 2000).

Em relação as variações afetivas maternas, a atitude emocional da mãe pode servir para orientar afetos do bebê e conferir qualidade de vida a sua existência (BOING; CREPALDI, 2004). O lugar da mãe tem um valor constitutivo e fundamental, ou seja, por meio das manifestações de afeto da mãe que o bebê torna-se incluído, desde seu nascimento, em um discurso que acalenta e prediz suas manifestações (SOLÉ, 2005).

Sendo assim, durante a aquisição da linguagem infantil torna-se comum observarmos as mães se dirigindo aos seus filhos de uma forma especialmente modificada, denominada manhês (ou mamanhês). O manhês caracteriza-se por ser uma forma simplificada de facilitar para a criança o desenvolvimento da linguagem (DADALTO; GOLDFELD, 2006; CATÃO, 2009; MELLO *et. al.*, 2009; FLORES *et. al.*; 2011).

A importância desse tipo de fala ocorre por que gera a construção do vínculo afetivo com profunda identificação entre a díade. Esta fala materna simplificada precede e faz projeções importantes sobre o bebê, como “testemunhos do desejo materno” (SOLÉ, 2005, p. 123). O bebê não compreende o sentido do que está sendo dito, mas a voz materna serve para a incorporação da linguagem e a criança deixa-se seduzir pelos elementos da fala da mãe, não pelo seu conteúdo lingüístico, mas pelos traços prosódicos que esta imprime á sua fala (CATÃO, 2009).

Para Catão (2009), o manhês está ligado a uma dupla capacidade da mãe: identificar-se com seu bebê e dirigir-se a ele como a um Outro. Este dialeto materno funciona como um "canto da sereia" que atrai o bebê de forma irresistível a seu alcance (LAZNIK, 2004). Na tentativa de envolver a criança no diálogo, a mãe utiliza formas variadas de fala com grande incidência de picos prosódicos (musicalidade na

voz), fazendo uso de diminutivos, repetição silábica e tom de voz mais agudo que o habitual (JERUSALINSKY, 2011). Entretanto, além da voz materna, a relação primordial entre mãe e bebê se dá de forma multimodal, a partir de expressões faciais exageradas, contato olho a olho e ajustes posturais, tais como pegar a criança no colo e aproximar o rosto, tudo isso contribui para o jogo relacional entre a díade (PARLATO-OLIVEIRA, 2009). Este conjunto focaliza a atenção do bebê e acentua seu interesse (CATÃO, 2009).

Como o bebê ainda não está apto a ocupar seu lugar no diálogo, a mãe assume, alternadamente, as duas posições: ela interpreta a vocalização do bebê e fala por ele (CATÃO, 2009). Pensando na importância do papel materno na aquisição da linguagem infantil Dadalto e Goldfeld (2006) verificaram que o manhês constrói um espaço na interação mãe-bebê onde são permitidas e valorizadas as trocas afetivas, tão importantes para o desenvolvimento da criança. Sendo que nesta relação de afeto torna-se possível perceber como a mãe facilita e possibilita à criança a continuidade do diálogo, conduzindo e estruturando sua fala.

Com o passar do tempo, o diálogo vai se modificando à medida em que se transformam as manifestações do bebê. No primeiro momento, a mãe fala "como se" fosse o bebê, no entanto, a medida que o bebê se desenvolve torna-se capaz de desempenhar o próprio papel de interlocutor ativo. Neste momento a mãe cessa de verbalizar sua interpretação e onde, mãe e bebê faziam um, a partir de então passa haver um par diferenciado (CATÃO, 2009).

A mãe cria e sustenta os intervalos para que o bebê possa se manifestar e toma suas produções como portadoras de sentido, ou seja, um espaço temporal durante o qual o bebê pode se manifestar, respeitando as regras do diálogo, a mãe dá ao seu filho um lugar de interlocutor (CATÃO, 2009). Este processo ocorre entre 4 e 12 semanas do bebê, onde ele torna-se muito ativo verbalmente nas trocas de turno, esta atividade diz respeito a protoconversação (LAZNIK, 2011).

O bebê torna-se, portanto sensível ao afeto vinculado a linguagem (BERNARDINO, 2008) e de fato pode reagir através de um evitamento explícito, quando os comportamentos de sua mãe não estão em sintonia (LAZNIK, 2011). Portanto, a presença ou não deste diálogo entre mãe e bebê consiste em um indicador de risco clínico para o desenvolvimento infantil. Ela dá a medida de como está se constituindo a interação mãe-bebê e portanto, como estão se constituindo as possibilidades de haver sujeito (CATÃO, 2009).

E, assim, as reações do bebê podem ser diferentes quando a mãe lhe fala de modo triste, alegre ou brava, pois, utilizará de suas experiências com o meio externo para organizar seus sentidos que serão fornecidos por quem exerce as funções parentais. Por isso, as primeiras relações da criança com seus progenitores são essenciais para o desenvolvimento infantil, sendo muito importante percebermos como estes se colocam em relação a seu filho (a). As mães precisam estar saudáveis para que possam entrar em contato com seus bebês e estabelecer identificações com eles para que possam ajudá-las a responder seus sinais (WINNICOTT, 1978).

Em se tratando do que já foi dito, percebe-se que o vínculo mãe e bebê torna-se muito importante para o desenvolvimento global do bebê, inclusive em relação à linguagem, foco deste estudo. Por isso, interessa à Fonoaudiologia, assim como à Psicologia, detectar e intervir precocemente com crianças em situações de risco ao desenvolvimento, que comumente são acompanhadas de distúrbios de linguagem.

No entanto, seja qual for a combinação que comprometa o exercício da função materna (fatores ambientais, estado emocional materno ou fatores biológicos do bebê, que serão discutidos no terceiro capítulo deste trabalho) há que se analisar de modo dinâmico as relações entre o ambiente e o bebê, para intervir o quanto antes na direção de um desenvolvimento saudável do bebê e de sua família. Em se tratando de detecção precoce, tem-se os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIS), tema que será exposto no item a seguir.

1.1.2 Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS) e suas implicações na detecção precoce de risco

Partindo da pouca disponibilidade de recursos para avaliar o desenvolvimento infantil, especificamente na primeira infância, um grupo de profissionais brasileiros especializados no atendimento de crianças pequenas formalizou um instrumento validado em 2008, com o objetivo de sistematizar indicadores observáveis da relação pais-bebê que podem dar o testemunho de uma constituição psíquica em andamento ou já em dificuldade (WANDERLEY, 2008). Uma vez que o desenvolvimento infantil, nos primeiros anos, está intimamente associado ao exercício das funções parentais, torna-se necessário que os instrumentos de avaliação captem o estabelecimento e como se manifesta a relação entre mãe-bebê

e pai-bebê. Frente a isso, para visualizar possíveis alterações precoces na interação entre pais/bebês surgem os Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS).

Dessa forma, ancorada na teoria psicanalítica, os índices foram formulados a partir da experiência clínica dos autores de mais de 30 anos no campo da infância. Houve, portanto, um padrão ouro na formulação dos índices. Os pesquisadores que participaram do estudo tem grande experiência clínica com bebês e crianças pequenas, e a partir disso, recolheram entre si aqueles indicadores já utilizados no cotidiano clínico para analisar o curso do desenvolvimento e da estruturação psíquica infantil. Por isso, os índices contém os indicadores na atenção a crianças de 0 a 18 meses de idade que são capazes de mostrar como está se estruturando o bebê na sua relação com quem exerce as funções parentais.

O principal pressuposto refere-se ao fato de estes indicadores clínicos serem empregados pelos pediatras durante a consulta nas Unidades Básicas de Saúde e/ou Centros de Saúde (KUPFER, 2008). No entanto, o que se pretende não é criar profissionais especialistas em diagnósticos precoces, mas sim, alertá-los para outro registro além do biológico, o registro psíquico, o qual torna-se de extrema importância para o desenvolvimento saudável da criança (KUPFER, *et. al.*, 2008). Logo, ressalta-se que sinais de risco não são um destino para uma criança, pois, ela é um eterno campo de possibilidades (PESARO, 2010). Assim como, deve-se lembrar que os indicadores, separadamente, não indicam nada. Sendo assim, eles precisam estar relacionados entre si para que possam apontar lógica em torno do contexto em que estão situados (KUPFER; VOLTOLINI, 2005).

Na mesma linha de raciocínio, Jerusalinsky (2002) ressalta que quando se fala em prevenção á saúde mental, torna-se necessário antecipar que qualquer indicador relativo a criança está submetido as vicissitudes da lógica da imprevisibilidade de acontecimentos sócio-históricos e familiares por vir, uma vez que, os transtornos do desenvolvimento infantil tendem a ser multifatoriais, podendo advir de dificuldades do bebê, dos pais ou de ambos.

Em relação ao método utilizado na elaboração destes índices, foi realizado um desenho de corte transversal, seguido de um estudo longitudinal. A amostra foi composta de quatro grupos de crianças nas faixas etárias de 1 a 3 meses e 29 dias;

4 a 7 meses e 29 dias; 8 a 11 meses e 29 dias e 12 a 18 meses, atendidas na clínica pediátrica de unidades básicas e/ou centros de saúde, de nove cidades brasileiras (totalizando 11 centros de saúde). Os pediatras foram capacitados e utilizaram os índices durante a consulta clínica regular, durante os 18 meses de idade das crianças, e as mesmas foram reavaliadas por meio de avaliação psicanalítica e psiquiátrica aos 3 anos de idade.

A análise de dados da primeira etapa do estudo foi composta de uma descrição epidemiológica para estimar a associação dos índices com variáveis clínicas e epidemiológicas. Após três anos de seguimento, as crianças foram avaliadas para identificação de transtornos psíquicos e psiquiátricos e verificadas as associações com os índices de risco ao desenvolvimento infantil.

Foram levantados, inicialmente, 51 indicadores que ficaram reduzidos a 31 porque nas experiências piloto os outros 20 mostraram estatisticamente não ser consistentes nem sensíveis para definir qualquer magnitude do que se pretendia medir (KUPFER, 2008). A partir das análises desses 31 IRDIs os autores chegaram a 18 IRDIs finais, significativos à pesquisa.

Nesse contexto, a pesquisa resultou em 18 indicadores clínicos, observáveis nos primeiros 18 meses da vida da criança e baseou-se em operações denominadas eixos teóricos, que têm a função de organizar a aplicação dos indicadores. Os eixos se entrelaçam nos cuidados que a mãe e pai dirigem a criança e também nas produções que a criança realiza durante seu desenvolvimento. Os indicadores clínicos obedeceram a quatro eixos que, segundo a autora Kupfer (2008), balizam a constituição da subjetividade: supor um sujeito, estabelecer a demanda da criança, alternar presença e ausência por parte da mãe e função paterna.

Segundo Kupfer (2008), o eixo "suposição de sujeito" (SS) trata-se de uma antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê, que ainda não se encontra, porém, realmente constituído. Tal constituição depende justamente de que esse sujeito seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). Nesse processo, a mãe (ou cuidador) supõe algo que o bebê queira e consegue atribuir a isso, uma interpretação possível, como, por exemplo: sentir sono, fome ou mudar de posição no colo.

Já o eixo "estabelecer demanda" (ED) refere-se as primeiras reações involuntárias e reflexas que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, a agitação motora, a sucção da própria língua, que precisam ser interpretadas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela e que a mãe se coloca em posição de responder. Esse processo, totalmente inconsciente, conduz a mãe a reconhecer em cada gesto insignificante de seu filhote um signo de demanda endereçada a ela. Isto torna-se uma interpretação em que a mãe usa a linguagem, "traduz" em palavras as ações do bebê e "traduz" em ações suas próprias palavras.

O eixo "alternar presença e ausência" (PA) implica que a mãe (ou cuidador) não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas que produza uma alternância física e simbólica na relação com o bebê, pois, a descontinuidade da satisfação tanto quanto a descontinuidade da presença materna são fundamentais para o surgimento das representações simbólicas que abrem caminho para a instalação do pequeno sujeito na linguagem. Para que o bebê se torne um ser (autônomo e singular), torna-se necessário que ele possa ter uma experiência de falta (KUPFER; VOLTOLINI, 2005). Ou seja, entre a demanda da criança e a experiência de satisfação, proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras (PESARO, 2010).

Em relação ao eixo "função paterna" (FP) trata-se do registro que a criança tem progressivamente da presença de uma ordem de coisas que não depende da mãe, embora essa ordem possa ser transmitida por ela. Esse lugar terceiro refere-se ao pai, que toma para a criança, e também para a mãe, a forma de regras e normas que introduzem a negativa (PESARO, op. cit.). O exercício da função paterna sobre o par mãe-bebê poderá ter como efeito uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como um "objeto" destinado unicamente para a sua satisfação. Essa função pressupõe, que a mãe situe a lei como uma referência a um terceiro em seu laço com a criança. Portanto, pela função paterna que a criança poderá se distanciar da mãe e utilizar a linguagem para buscar novas formas de satisfação (PESARO, op. cit.).

De acordo com esses quatro eixos, foram propostos, inicialmente, 51 indicadores, que ficaram reduzidos a 31 porque nas experiências piloto os outros 20

mostraram estatisticamente não ser consistentes nem sensíveis para definir qualquer magnitude do que se pretendia medir (KUPFER, 2008). A partir das análises desses 31 IRDIs os autores chegaram a 18 IRDIs finais, significativos à pesquisa, expostos no quadro 1 com as anotações SS, ED, PA e FP, que indicam os eixos aos quais se referem:

0 A 4 MESES INCOMPLETOS	EIXOS
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	SS
3. A criança reage ao manhês.	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 A 8 MESES INCOMPLETOS	
6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
8 A 12 MESES INCOMPLETOS	
9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP

13. A criança faz gracinhas.	ED
14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
12 A 18 MESES	
15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP
18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP

Quadro 1 – IRDIS conforme Kupfer *et al.* (2010). SS=supor um sujeito; ED=estabelecer a demanda da criança; PA=alternar presença-ausência por parte da mãe; FP=função paterna.

A análise estatística realizada no estudo dos IRDIS apontou que estes índices, como um todo, possuem uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico (KUPFER *et al.*, 2010). Sendo assim, a partir dos sintomas clínicos e da avaliação qualitativa realizada para cada criança, foi feita a anotação daquilo que constituiu propriamente o desfecho clínico da pesquisa: presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito.

No entanto, após análise preliminar estatística, verificou-se que os índices possuem uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico (KUPFER e BERNARDINO, 2009). Ou seja, o instrumento como um todo tem valor preditivo para problemas de desenvolvimento, mas não para risco psíquico (KUPFER, *et al.*, 2010). Porém, a autora destaca que há indicadores que ficaram sinalizados com capacidade de predição de risco psíquico de modo genérico e sem especificação de patologia.

Os seguintes conjuntos de indicadores apresentaram correlação significativa para predizer risco psíquico:

6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades;

12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela;

14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada;

18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Os indicadores a seguir, além de predizer risco psíquico, possuem maior predição de problemas de desenvolvimento:

16- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.

17- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.

Desta forma, torna-se possível falar em risco de uma tendência de a estruturação psíquica não acontecer de modo adequado, ou seja, indicativas de que pode haver a estruturação de uma psicose ou autismo em curso. No entanto, como dito anteriormente, ressalta-se a importância que esse risco seja tomado como uma tendência e não como uma profecia que possa obscurecer a relação dos pais com o seu filho.

Analisando atentamente os índices percebe-se que vários itens parecem ter relação direta com a protoconversação inicial (PARLATO-OLIVEIRA, 2010) (os cinco índices da primeira fase, o 11 e o 13) e os demais relacionam-se a funções importantes na constituição psíquica, sobretudo, no processo de resolução da simbiose inicial (15 ao 18). O que evidencia que a utilização dos índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil pode, fornecer elementos para a detecção precoce aos riscos relativos a aquisição da linguagem infantil.

A partir disso, novas pesquisas, utilizando os IRDIS, têm confirmado que eles podem ser elementos preditivos do processo de aquisição da linguagem. Crestani (2012), em pesquisa longitudinal comprovou que a aquisição da linguagem inicial

associa-se, de modo significativo, à presença de riscos ao desenvolvimento, visto que as crianças com risco apresentaram uma produção de fala inicial, em magnitude numérica, significativamente inferior em relação às crianças sem risco. Além disso, seu estudo comprovou estatisticamente que há uma associação entre a presença de risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, fato que será abordado no próximo item.

A referida autora ressalta ainda que, torna-se visível a necessidade de acompanhar o mais precocemente possível o exercício das funções parentais na saúde materno-infantil, pois é a etapa privilegiada para detecção e intervenção precoce. Sendo muito importante detectar precocemente o risco à aquisição da linguagem tendo em vista o fato de que linguagem e psique são aspectos intrinsecamente associados. Frente a este fato, a autora sugere que para a implementação deste tipo de índices em serviços de saúde materno-infantil deve ser feita uma formação continuada dos profissionais, pois, caso contrário, pode-se correr o risco de que seja tomado de modo profético, como alguns marcos do desenvolvimento infantil o são.

Frente a tudo o que foi dito até agora e considerando que a qualidade do vínculo influencia diretamente o desenvolvimento lingüístico e emocional do bebê, a utilização dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS) pode, em hipótese levantada em diversos estudos (BELTRAMI, 2011; CARLESSO, 2011; CRESTANI, 2012; FLORES, 2012; OLIVEIRA, 2013), fornecer elementos para a detecção precoce aos riscos no desenvolvimento infantil, e à aquisição da linguagem, cuja análise torna-se importante para impedir a instalação ou reverter o processo patológico em seus primórdios.

A partir das colocações feitas, fica evidente a importância de dedicar um olhar para os adultos, mais especificamente a mãe e para as formas de como esta se posiciona frente ao seu bebê. Considerando que o nascimento de um bebê que apresenta resultado "falha" na primeira etapa da TAN pode gerar um contraste muito grande entre o filho esperado e o filho que nasceu, o desenvolvimento destas crianças pode ser prejudicado por dificuldades emocionais da mãe e/ou por fatores ambientais (fato que será abordado a seguir), o que pode levar a mãe a ter dificuldades em comunicar-se com seu bebê.

No entanto, por meio de observações da interação mãe-bebê nos primeiros anos de vida, através da visualização dos IRDIS encontra-se a possibilidade de detectar precocemente riscos para o desenvolvimento infantil. O envolvimento materno, a relação mãe-bebê e a sensibilidade materna são promotoras de saúde para o bebê de uma maneira global. Por isso, a importância das primeiras relações no contexto do desenvolvimento infantil merecem destaque, pois, ao observar quem exerce a função materna torna-se possível se deparar com indícios que apontem para algum problema na díade mãe-bebê. Frente a isso, para este estudo, a temática em questão se dá em especial para a mãe principalmente no contexto do reteste da TAN, fato que será abordado a seguir.

1.2 TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL (TAN): PRINCÍPIOS, PROCEDIMENTOS, ESTADO EMOCIONAL MATERNO E POSSÍVEIS REPERCUSSÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

1.2.1 Princípios e procedimentos da TAN

Em 1971, nos Estados Unidos, formou-se um comitê, denominado *Joint Committe On Infant Hearing* (JCIH) que se reuniu para traçar recomendações sobre a triagem auditiva em recém-nascidos e lactentes, bem como, divulgar as indicações para a implementação da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), em hospitais e maternidades. Desde então, tal comitê tornou-se reconhecido mundialmente, inclusive no Brasil (JCHI, 2007; FERNANDEZ; NAZAWA, 2010).

Desde 1971, o JCIH desenvolveu um registro de alto risco para surdez que identificava critérios que enquadrariam os lactentes recém-nascidos com alta probabilidade de deficiência auditiva (DA) severa e profunda. A partir disso, foi criada uma lista de critérios de risco, com o objetivo de selecionar neonatos que deveriam realizar a triagem e serem inseridos em programas de monitoramento auditivo. Esses critérios de risco para DA eram divididos em duas categorias: os que estão presentes no período neonatal e os que poderiam se desenvolver como resultados de certas condições clínicas ou intervenções no tratamento de uma criança enferma (JCIH, 1971). Tais fatores podiam ser identificados em anamnese da parturiente ou por meio de análise do prontuário médico de cada lactente. Esta conduta de registro de alto risco para a DA foi uma tentativa de concentrar a atenção

naqueles bebês que tinham maior probabilidade de apresentar uma perda auditiva significativa, do que a triagem de todos os bebês nascidos (JCIH, 1973).

No entanto, o JCHI reuniu-se novamente em 1982, 1990, 1994 e 2000 para rever e atualizar as diretrizes, com base nos novos conhecimentos técnicos sobre procedimentos de identificação da DA e principalmente sobre a importância da audição logo nos primeiros meses de vida. Na década de 90, foi sugerida a implementação da triagem auditiva para todos os recém nascidos, conhecida como Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) que abrange todos os lactentes, independentemente da presença de fatores de risco. E em 1994, o JCHI introduziu o termo “indicadores de risco para a deficiência auditiva” (IRDA) em vez de “critérios de risco” (JCHI, 1982, 1990 e 1994). Segundo Vieira *et.al.* (2007), são considerados indicadores de risco para deficiência auditiva as intercorrências no período pré-natal, perinatal e pós-natal que podem causar deficiência auditiva.

De acordo com o JCHI (2000 e 2007) e Azevedo (1991) os critérios de risco para deficiência auditiva, do nascimento até os dois anos de idade, são os seguintes:

- Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consangüinidade devem ser incluídos nesse item;
- Permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia peri-natal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas;
- Infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalo-vírus, Herpes, Sífilis, HIV);
- Anomalias craniofaciais;
- Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras);
- Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth);
- Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes,

- sarampo, varicela e meningite;
- Traumatismo craniano (especialmente da parte basal do crânio e osso temporal);
 - Quimioterapia;
 - Alcoolismo ou uso de drogas durante a gestação (Azevedo, 1996).

O termo triagem tem sido utilizado em diversas áreas com o sentido de aplicar a um grande número de indivíduos determinadas medidas rápidas e simples, que identificarão alta probabilidade de doenças na função testada. Dessa forma, a TAN não refere-se a um procedimento diagnóstico; a triagem somente avalia grandes populações de pessoas assintomáticas e sem diagnóstico, para identificar aquelas com suspeita de serem portadoras do distúrbio e que exigem procedimentos diagnósticos mais elaborados (NORTHEN; DOWNS, 1998).

Lewis *et. al.* (2010) afirmam que a TAN consiste em um método eficaz, objetivo e não invasivo, que visa identificar aqueles recém nascidos com maior probabilidade de uma alteração auditiva. De acordo com Weber e Diefendorf (2001) considera-se primordial que a TAN seja eficiente para separar bebês com audição normal daqueles com deficiência auditiva.

A TAN consiste em um rastreamento auditivo ao qual todas as crianças devem ter acesso antes do primeiro mês de vida, sendo que os bebês que falharem na triagem auditiva inicial e no reteste devem receber avaliação médica e audiológica adequada para confirmar a perda auditiva antes dos três meses de idade. De acordo com Yoshinaga-Itano *et. al.* (1998), a época em que ocorre a detecção da deficiência auditiva implica diretamente na qualidade do desenvolvimento da linguagem oral. A identificação de perda auditiva por meio da triagem logo após o nascimento tem o potencial de melhorar a qualidade de vida e as oportunidades àqueles afetados pela deficiência auditiva e, por isso, os programas de TAN em hospitais são tão importantes (BEVILAQUA *et. al.*, 2012).

Conforme Lewis *et. al.* (2011), um programa de detecção precoce da deficiência auditiva na infância deve ser iniciado com a TAN antes de alta hospitalar e ser seguido de diagnóstico e reabilitação, contemplando as quatro etapas para que o programa seja efetivo: rastreamento auditivo e/ou triagem, diagnóstico audiológico, indicação, seleção e adaptação de aparelhos auditivos e re(ha)bilitação auditiva.

O protocolo mais atual de TAN sugere o uso do registro e análise das Emissões Otoacústicas (EOAs), nos neonatos sem IRDA (Lewis *et. al.*, 2010). Este procedimento trata-se de uma avaliação indolor e não invasiva, que busca avaliar o funcionamento coclear, especificamente células ciliadas externas (KEMP, 2002).

Ainda segundo Lewis *et. al.* (2010), o procedimento de rastreio auditivo dos neonatos com IRDA refere-se ao Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático (PEATE a). Por refletir a atividade do nervo auditivo e do tronco encefálico, a sensibilidade do PEATE torna-se superior quando comparada a das EOA. Além disso, o PEATE torna-se menos afetado pelos fluídos da orelha média (GUASTINI *et. al.*, 2010). No PEATE a presença ou ausência das respostas diz respeito a uma análise automática, o que contribui para diminuir erros decorrentes da má interpretação dos resultados e também o tempo de duração do teste, reforçando desta forma, sua utilização na TAN (LEWIS *et. al.*, 2010).

Desta forma, a TAN compreende a realização de testes eletroacústicos e/ou eletrofisiológicos para a identificação da deficiência auditiva. O critério em TAN consiste em passa (sem probabilidade de perda) ou falha (com probabilidade de perda auditiva e necessidade de avaliação diagnóstica) (LEWIS *et. al.*, 2010).

Nos casos de falha na TAN, realiza-se um reteste, até 30 dias após a primeira TAN. Neste reteste o procedimento utilizado refere-se ao PEATEa. Caso a falha na TAN se confirme, em alguns serviços realiza-se a pesquisa da curva timpanométrica, com a sonda de 1000Hz, própria para esta população, com o objetivo de avaliar as condições de orelha média que podem interferir na TAN. Os recém nascidos que falharam no reteste da TAN são encaminhados para uma avaliação médica e posterior diagnóstico audiológico completo, pois possuem alta probabilidade de apresentarem deficiência auditiva, caso as condições de orelha média forem adequadas e os procedimentos de TAN evidenciarem ausência de respostas (Lewis *et. al.*, 2011).

Nesta reavaliação auditiva, dois tipos de resultados podem ocorrer: "passa" o bebê apresenta audição normal, ou seja, o primeiro resultado seria um falso-positivo. Outra resposta refere-se a "falha", onde a suspeita poderá ser confirmada, e o bebê deverá ser acompanhado por um fonoaudiólogo e submeter-se ao processo diagnóstico, através de exames auditivos.

No entanto, em relação ao critério "passa-falha" na TAN, existem alguns resultados desejáveis: os positivos verdadeiros, ou seja, bebês com alteração auditiva que falham no exame e os negativos verdadeiros, aqueles em que os bebês com audição normal passam no teste. Os resultados indesejáveis: os falso-positivos, em que os bebês tem audição normal, mas falham no teste e os falso-negativos, em que os bebês passam na triagem, mas possuem uma deficiência auditiva (WEBER; DIEFENDORF, 2001).

Considera-se importante ressaltar que os resultados falso-positivos acarretam uma despesa desnecessária com testes complementares e podem causar um estresse emocional muito grande para a família do bebê, fato que será abordado na seção três deste trabalho. Por isso, a *American Academy of Pediatric* (AAP, 1999) e o JCHI (2007), estabeleceram padrões de qualidades dos programas de triagem, sugerindo que os mesmos devem ter índice de falso-positivo inferior ou igual a 4%.

Para verificar esse fato, Faistauer *et. al.*, (2012) realizaram um estudo transversal na região Sul do Brasil, no qual foram triadas 2.165 crianças, destas, 17% falharam no primeiro teste de EOA, e após o diagnóstico audiológico 0,2% apresentaram deficiência auditiva. Nota-se que o índice de falso-positivo neste programa de triagem consiste em mais de 16%, índice superior aos padrões estabelecidos pela AAP (1999). No entanto, na amostra de Onoda, Azevedo e Santos (2011), a porcentagem de crianças que falharam e que foram encaminhadas para diagnóstico foi de 1,7% em um hospital municipal na zona norte do município de São Paulo, SP. Este valor está de acordo com o recomendado pelo AAP (1999) e JCHI (2007), que sugerem que este índice não deve ultrapassar 4% dos bebês avaliados.

Frente a isso, no momento do nascimento, a realização da TAN alcança um maior número de neonatos, porque os bebês encontram-se no hospital e em estado propício para a realização da triagem, pois, permanecem por longos períodos em sono calmo. No entanto, Onoda, Azevedo e Santos (2011) afirmaram que a porcentagem de falhas sofre interferência de muitos fatores: ruído do ambiente ou do próprio bebê no momento da triagem, estado de sono ou alerta do neonato, experiência do avaliador com o equipamento e a possível presença de vernix no conduto auditivo do bebê, que pode interferir na captação das respostas das células

ciliadas externas a cóclea. Tudo isso pode contribuir para o alto índice de retestes nos Programas de TAN (KORRES, *et. al.*, 2003).

Outro desafio encontrado nos Programas de TAN, refere-se ao alto índice de evasão. As condições socioeconômicas da população atendida poderia ser um índice de alta evasão dos neonatos na segunda etapa da TAN. O elevado índice de evasão também pode ser explicado por falta de informação aos pais sobre a importância da TAN, do diagnóstico e intervenção precoce nos casos de deficiência auditiva (LIMA *et. al.*, 2008; e GRIZ *et. al.*, 2010; MAHL, *et. al.*, 2013).

Frente a isso, no Brasil, em 1998, umas das primeiras iniciativas de disseminação de informações e implementações da TANU foi desencadeada pelo Grupo de Apoio a Triagem Auditiva Neonatal Universal (GATANU). O GATANU foi implementado na Universidade Federal de São Paulo, atual Escola Paulista de Medicina e teve como objetivo conscientizar a população sobre a necessidade do diagnóstico precoce da surdez em neonatos, além de apoiar a implementação da TANU nos diferentes serviços hospitalares no Brasil.

A primeira recomendação nacional relacionada ao tema foi elaborada pelo Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI) que orientou a TANU na ocasião da alta hospitalar, reiterando as recomendações internacionais que estabelecem que todas as crianças devem ser testadas ao nascimento, ou no máximo, até os três meses de idade e em caso de deficiência auditiva confirmada, receber intervenção até os seis meses de idade. Esta resolução está justificada devido à elevada incidência de perda auditiva bilateral estimada em 1 a 3 neonatos em cada 1000 nascimentos e em cerca de 2 a 4% provenientes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (CBPAI, 2000).

Com o objetivo de discutir e referendar as ações voltadas à saúde auditiva de neonatos e lactentes, foi criado em 2007, o Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA) que consiste em uma comissão multiprofissional brasileira que agrega áreas de estudo da Fonoaudiologia, Otologia, Otorrinolaringologia e Pediatria. O principal objetivo do COMUSA foi elaborar um parecer sobre a TANU, de forma a nortear os profissionais envolvidos (Fonoaudiólogos, Pediatras e Otorrinolaringologistas) com a temática (Lewis *et. al.*, 2010).

Desde o final da década de 90, o Brasil apresenta ações no sentido de ressaltar a importância da identificação e tratamento precoce da deficiência auditiva infantil. Várias leis estaduais e federais foram aprovadas no país, tornando obrigatória a realização da TANU em maternidades (TOCHETTO; VIEIRA, 2005).

Em outubro de 2004, foi publicada a portaria GM 2073, instituindo a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, com o objetivo maior de proteger, recuperar a saúde e garantir a qualidade de vida e autonomia das pessoas com deficiência auditiva (GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA FONOAUDIÓLOGOS, 2011, p.06). E no ano 2010, foi aprovada a Lei Federal 12303/2010, que torna obrigatória a realização do exame Emissões Otoacústicas Evocadas - EOA, popularmente conhecido como o Teste da Orelhinha, em nível nacional, gratuito, em maternidades privadas e em todos os hospitais e maternidades públicas do país (BRASIL, 2008a; 2008b).

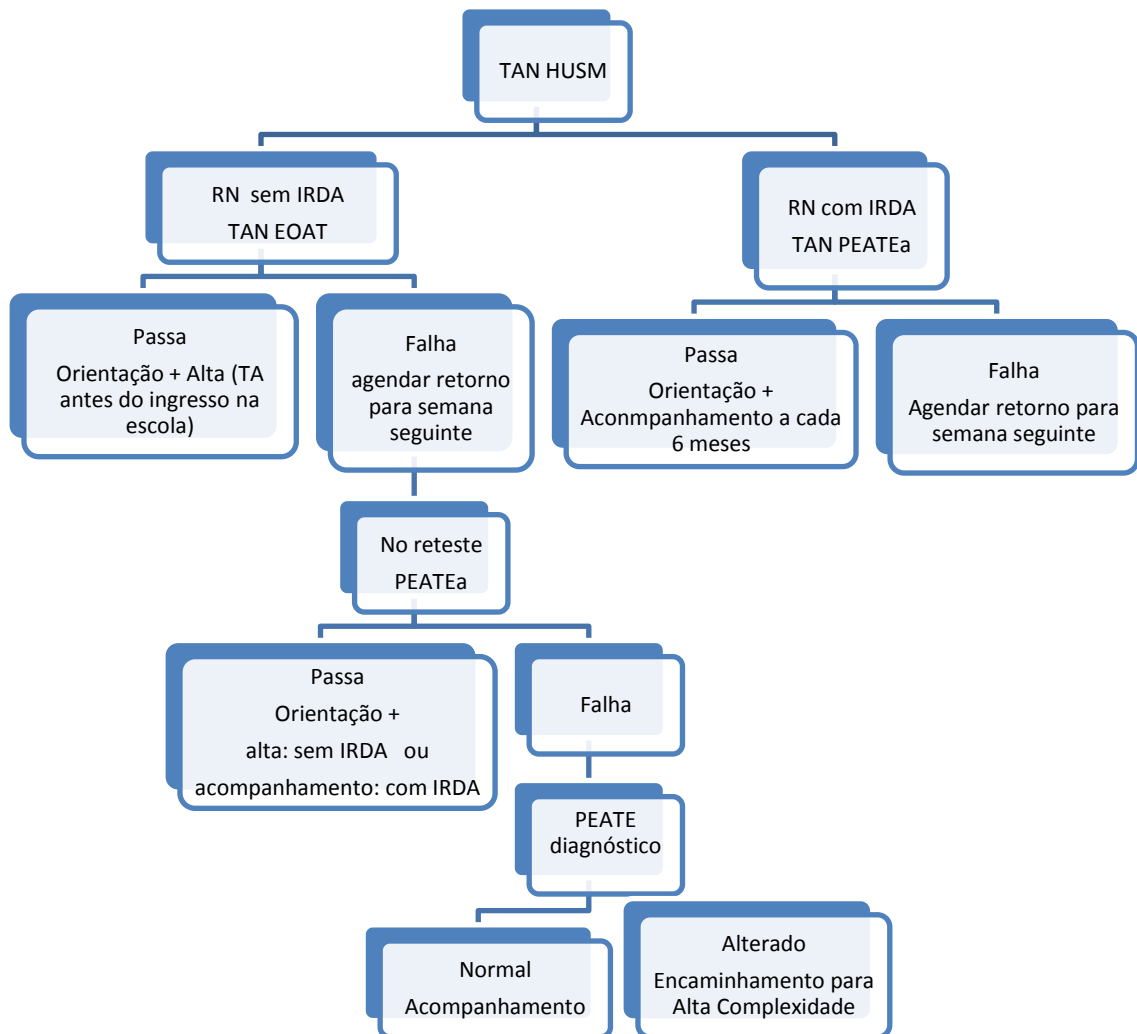
A partir de março de 2007, o programa da TAN passou a ser executado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo credenciado como serviço de média complexidade, do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Obedecendo às portarias GM/MS nº 2.073, de Setembro de 2004 e nº 587, de outubro de 2004, referentes à triagem e ao monitoramento da audição de neonatos em serviços de atenção à saúde auditiva de média complexidade (BRASIL, 2008a; 2008b).

A definição oficialmente adotada pelo Ministério da Saúde sobre o entendimento da atenção em média complexidade no SUS, afirma que, este tipo de serviço constitui-se de ações que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade de assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento.

Sendo assim, nos casos em que o bebê apresentar resultado "falha" na TAN e evidenciar perda auditiva, a média complexidade encaminhará os dados do paciente para o Conselho Regional de Saúde (CRS) correspondente, que irá agendá-lo na alta complexidade para procedimentos mais complexos de diagnóstico, protetização e consultas especializadas nas unidades de alta complexidade em saúde auditiva, disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado onde a família do bebê reside.

Atualmente, o Programa de Triagem Auditiva Neonatal do HUSM abrange 20 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) no teste de EOA e PEATE fazendo parte também, da Rede de Atenção à Saúde Auditiva do Rio Grande do Sul. Este programa estadual conta com três serviços de alta complexidade: Hospital de Clínicas - Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre e Hospital Universitário Universidade Luterana do Brasil - Canoas.

Para facilitar a compreensão das etapas apresenta-se a seguir o Programa de TAN do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM (Quadro 2) com base no JCIH (2007) e COMUSA (2010) para recém nascidos com e sem indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA).



Legenda:

TAN – Triagem Auditiva Neonatal

RN – Recém nascido

IRDA – Indicador de Risco para a Deficiência Auditiva

EOAT – Emissões Otoacústicas Transiente

PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

PEATEa – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático

1.2.2 Estado Emocional Materno e possíveis repercussões no desenvolvimento infantil no contexto da TAN

No ambiente familiar, paradoxalmente, a criança pode receber proteção ou conviver com riscos para seu desenvolvimento (ANDRADE *et. al.*, 2005). Ou seja, o ambiente em que o bebê vive pode favorecer ou dificultar seu desenvolvimento, já que durante os três primeiros anos de vida, ocorrem grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social da criança (CID; MATSUKURA; SILVA, 2007), bem como, na aquisição da linguagem, essencial para o desenvolvimento global da criança (JERUSALINSKY, 2002; CRESTANI, 2012; CRESTANI *et. al.*; 2013).

Frente a isso, alguns estudos mais recentes, vêm argumentando sobre a interação dos fatores biológicos (idade gestacional, baixo peso ao nascer e prematuridade) e ambientais (escolaridade, renda e profissão dos progenitores) como agentes de risco potencializadores nos efeitos ao desenvolvimento infantil (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004; MARTINS, *et. al.*, 2004; FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

Em revisão teórica realizada por Oliveira, Flores e Ramos (2011), as autoras evidenciaram que existe uma inter-relação entre o risco biológico e o ambiental, que deve ser entendido como uma variável moderadora, que pode interferir e modificar o desfecho do desenvolvimento de uma criança. Neste sentido, as autoras concluem que torna-se necessário compreender os múltiplos fatores investigando os que se relacionam especificamente à criança, assim como, aqueles que se relacionam ao ambiente, para proporcionar um melhor prognóstico para o desenvolvimento global da criança, principalmente nos primeiros anos de vida.

Diante do que foi dito até agora, ressalta-se a importância de um acompanhamento de alguns grupos que são mais vulneráveis. Visto que, crianças que apresentam algum atraso ou distúrbio, quando recebem algum tipo de intervenção precoce conseguem ultrapassar os obstáculos psíquicos e de linguagem

que impediam seu pleno desenvolvimento (OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2013).

No que se refere ao comportamento materno em interação com a criança, destaca-se que esse pode atuar como variável moderadora do risco ambiental ao nascimento à medida que exerce efeito diferencial em grupo de crianças vulneráveis, podendo tanto atenuar quanto agravar os efeitos adversos dos fatores de risco biológico. No contexto da TAN, as particularidades do perfil materno, como a idade, o nível de escolaridade, estado civil, suporte social e número de filhos são muitas vezes apontados como determinantes para a busca de auxílio durante a gestação e podem influenciar no modo como a mulher compromete-se com o desenvolvimento e saúde de seu bebê depois do parto (RANGEL; FERRITE; BEGROW, 2011), momento em que ocorre a TAN.

Os fatores socioeconômicos (renda familiar, escolaridade e profissão), demográficos (idade, estado civil e número de filhos) e psicossociais (suporte social e histórico de doença mental na família) devem sempre ser levados em consideração, pois os Programas de Triagem Neonatal precisam ser voltados de forma específica para diferentes realidades, com o intuito de maior sensibilização e acolhimento dessas mães para ocorrer maior efetividade e adesão aos Programas de TAN e, conseqüentemente, um melhor prognóstico para o desenvolvimento de seus bebês (LIMA *et. al.*; 2008).

Frente a isso, nos últimos anos, alguns pesquisadores têm se voltado para o estudo das atitudes dos familiares diante da TAN. Para Tochetto e Petry (2008), entre os principais empecilhos para o sucesso dos programas de triagem auditiva estão a falta de informação dos pais e a ansiedade desencadeada nas mães pela situação de seu filho estar sendo testado, fato que será abordado no próximo item.

Em estudo recente, Mahl *et. al.* (2013), evidenciaram que as principais características sociodemográficas e psicossociais de mães que compareceram a TAN em um Hospital Universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul, foram: mães adultas jovens, com ensino fundamental incompleto, donas de casa, casadas, com mais de um filho, tendo como suporte social o marido e que planejaram a gestação. Nesse aspecto, as autoras ressaltam que maior atenção deve ser dada às mães com baixa escolaridade e renda mensal familiar, pois, a compreensão desses dados socioeconômicos são importantes para traçar o perfil das mães atendidas,

para delinear estratégias de informações e orientações junto a essa população e também para definir ações em saúde na área materno-infantil.

Nesse contexto, o estudo de Lima *et. al.* (2008) e Griz *et. al.* (2010) afirmam que a baixa escolaridade pode diminuir as oportunidades de aprendizagem relacionadas aos cuidados com a saúde e, também, ocasionar a não valorização de ações preventivas de doenças, retardando a procura por assistência médica e propiciando um agravamento na doença. Resultados parecidos foram encontrados no estudo de Simão, *et. al.* (2008), ou seja, o ensino fundamental incompleto predominou entre as mães entrevistadas que realizaram a TAN em seus bebês.

Além da escolaridade materna, o nível socioeconômico dos pais, também reflete-se nas aquisições de novas competências das crianças. No estudo de Andrade *et. al.* (2005) os autores verificaram que a condição do trabalho materno, além de gerador de renda, promove grande satisfação ocupacional, proporcionando maior auto-estima nas mães e motivando as mesmas às experiências positivas com seus filhos.

Ainda quanto à variável socioeconômica, o estudo de Crestani *et. al.* (2012) mostrou ser fator de proteção as famílias possuírem uma renda maior que R\$ 201,00 por dependente. Nesse estudo, as autoras comprovam que a renda per capita da família ser menor que R\$ 200,00 por pessoa, representa uma chance seis vezes maior de a criança apresentar risco ao desenvolvimento infantil. Sobre este aspecto, Amorim *et. al.* (2009) afirmam que a situação socioeconômica dos pais influencia de forma direta ou indiretamente, e torna-se um fator determinante para o desenvolvimento infantil.

Quanto ao estado civil e planejamento da gestação, no estudo de Mahl *et. al.* (2013) 94,4% das mães que compareceram na TAN relataram serem casadas ou residirem com o companheiro e 88,78% afirmaram que haviam planejado a gestação. No contexto da TAN, as autoras afirmam que pode-se pensar que o estado civil, assim como o planejamento da gestação, são dados importantes, pois a formação de um novo núcleo familiar e o tipo de relacionamento (casada ou morando junto) pode muitas vezes motivar a mulher a engravidar e também a dedicar-se à saúde do neonato, sendo esse o período essencial para a realização da avaliação auditiva do bebê.

Frente a esse fato, quanto ao estado civil das puérperas, Venâncio *et. al.*, (2002) indicam que há influência no modo como a gestação torna-se percebida e

aceita, diferenciada na mãe que vive legalmente ou consensualmente em relação conjugal, das mães solteiras ou separadas. Corroborando com tal resultado, no estudo de Crestani *et.al.* (2012) foi considerado fator de risco a mãe do bebê não ter um companheiro, definido como estado civil solteira/separada. Essa pesquisa sugere que os filhos de mães solteiras ou separadas, possuem duas vezes mais chance de apresentar risco ao desenvolvimento em relação aos filhos de mães que vivem com seu cônjuge.

Gabriel e Dias (2011) afirmam que atualmente o homem tornou-se mais participante nas tarefas de cuidados e também mais atencioso e preocupado com a educação e saúde dos filhos. Por isso, pode-se pensar que a relação estável com o parceiro pode torna-se um fator protetivo, pois o cônjuge torna-se uma das referências mais importantes e tem influência direta sobre a mãe e suas ações durante e após a gestação, entre elas a realização da TAN.

Em relação ao número de filhos, para alguns estudiosos a quantidade de filhos favorece a identificação de alterações do bebê, já que mães com maior quantidade de filhos teriam maior experiência e poderiam comparar o desenvolvimento dos filhos. No estudo de Simão, Conto e Fujinaga (2008), os autores afirmam que, apesar de as mães não possuírem conhecimentos técnicos sobre prevenção em saúde e deficiência auditiva, a experiência, a capacidade de observação e cuidados com os outros filhos proporcionam outro tipo de conhecimento, o do senso comum.

No entanto, pesquisa realizada a respeito da participação familiar em um programa de triagem auditiva neonatal sinalizou que quanto maior o número de filhos, menor é a frequência de retorno das mães para o teste auditivo, apresentando a probabilidade 1,5 vezes maior de não retornar ao serviço em relação às mães de um filho só (FERNANDES; NOZAWA, 2010).

No mesmo contexto, porém relacionando a quantidade de filhos e risco ao desenvolvimento infantil, no estudo de Crestani *et. al.* (2012), o menor número de filhos apresentou-se como fator de proteção para o desenvolvimento do bebê. Diante disso, os resultados dessa pesquisa, indicam que o bebê que possui irmãos apresenta uma vez mais chance de risco ao desenvolvimento infantil em contraste com as mães primigestas. As autoras acreditam que mães com apenas um filho

entregam-se com maior cuidado e dedicação à realização da função materna, sustentando a demanda e o vínculo suficiente para uma adequada interação da díade nos primeiros meses de vida de seu bebê em relação ao segundo grupo de mães, que possuía mais filhos.

Assim, percebe-se o quanto as questões socioeconômicas, obstétricas e demográficas podem agir como facilitadoras de riscos ao desenvolvimento para as crianças, pois, muitas vezes surgem como aspectos subjacentes as questões ambientais e biológicas dos bebês (KLEIN; LINHARES, 2006; FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007). Além disso, essas variáveis podem ser um dos fatores desencadeantes de estados emocionais alterados, tais como ansiedade e depressão materna, fato que será abordado a seguir.

Existe uma complexa gama de fatores que se combinam para o desfecho do desenvolvimento infantil (OLIVEIRA; FLORES; SOUZA, 2011). Os bebês são muito vulneráveis por que dependem da qualidade dos cuidados, da sensibilidade materna e também sofrem influencia dos fatores ambientais. Do mesmo modo, mães com alguma dificuldade na experiência da maternidade ou estado emocional alterado podem não buscar uma protoconversa com seu bebê (CRESTANI, 2012). Isso pode trazer conseqüências para o desenvolvimento infantil, sobretudo de linguagem cuja estruturação se dá pela interação dialógica entre mãe-filho (DE LEMOS, 1997).

Para Flores (2012) o indicador manhês depende da posição materna em sentir prazer na relação e contato com a criança. Mas, isso pode se tornar especialmente difícil quando um bebê tem suspeita de deficiência auditiva ou encontra-se passando pelo reteste da TAN. As dificuldades podem aparecer cotidianamente, a cada mamada, a cada troca de fraldas, a cada momento que a mãe precisa estar com seu bebê e se comunicar com ele. Por isso, não torna-e difícil imaginar o quanto isso pode deixar a mulher vulnerável nesse período, até a confirmação ou não de um diagnóstico, o que pode torná-la deprimida e/ou até mesmo ansiosa.

A depressão pós-parto (DPP) que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto, alcança sua intensidade máxima nos primeiros seis meses e sua prevalência gira em torno de 18 a 39,4%, podendo haver variação dependendo dos critérios diagnósticos (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2007).

Com base nos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) a prevalência da DPP ocorre entre 10 a 15% da população mundial. Embora não se conheça claramente a etiologia da depressão pós-parto, sabe-se que há uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Em relação aos fatores de risco para a depressão pós-parto, o estudo de Carlesso (2011) em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul, afirmou que os fatores de risco associados significativamente com a depressão foram a baixa renda-familiar e o não planejamento da gravidez. Esse aspecto também foi evidenciado nos estudos de Zanotti (2003) e Saraiva e Coutinho (2007) que afirmam que a baixa educação e a pobreza são fatores significativos para o aparecimento da DPP. Além disso, os autores ressaltam que muitos casos estão associados ao fato da gravidez não ter sido planejada ou desejada.

Frente a isso, Frizzo (2004) ressalta que a severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas relacionadas à maternidade, com seu papel materno, com o bebê e como o tipo de vida que torna-se estabelecido com a chegada da criança. Nesse contexto, a autora concluiu que o comportamento de mães deprimidas pode influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em bebês, ou seja, a depressão materna pode afetar amplamente a vida das crianças, gerando conseqüências adversas.

Dentre os efeitos da depressão, encontram-se a apatia, o desânimo e o humor deprimido, que podem impedir ou dificultar os cuidados com a saúde do bebê (LORETO, 2009). Carlesso (2011) afirma que tais conseqüências no contexto de DPP ocorrem especialmente na interação da díade que pode sofrer empobrecimento, por ocasionar um prejuízo na responsividade materna. Este fato pode prejudicar tanto o vínculo emocional com o bebê ou até mesmo dificultar a comunicação entre a díade (RAMOS; FURTADO, 2007).

Dessa maneira, mães deprimidas podem ser menos engajadas na comunicação com seus bebês devido a seus comportamentos apáticos, quietos ou afastados, pois, o estado emocional materno impede que o diálogo se dê de modo mais fluente e muitas vezes ocorre uma falta de investimento total da mãe na comunicação com o bebê/criança (CRESTANI, 2012). No estudo de Rechia e Souza

(2010) as autoras afirmam que mães depressivas tendem a abandonar e afastar-se dos filhos na hora da brincadeira e muitas vezes ocorre ausência total da função materna e as mães acabam passando esse papel á outra pessoa da família. As autoras destacam ainda, que o comportamento de retraimento materno, dificulta o surgimento da fala especialmente dirigida e sintonizada com o bebê. Essa não sintonia pode refletir-se em dificuldades para a aquisição da linguagem por parte da criança.

Frente a isso, outro reflexo da depressão materna, refere-se a prejuízos na atenção compartilhada que a díade estabelece no momento da interação com a criança, fato importante para o desenvolvimento do vocabulário e comunicação da criança. Os estudos de Evans *et. al.* (2009) e Vliegen *et. al.* (2010) sugerem que mães deprimidas podem ser menos aptas o coordenar um foco de atenção com seus filhos, a medida em que se mostram mais preocupadas e pouco atentas as suas crianças.

Tal associação diz respeito também ao estudo de Carlesso (2011), o qual afirma que existe correlação entre alterações nos IRDIS e presença de depressão materna. Nesse estudo, mães acometidas de depressão (níveis leve, moderado e grave) apresentaram ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer), o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela, manhês) e o IRDI 5 (há trocas de olhares entre a mãe e a criança). Esse resultado demonstra dificuldades de as mães estabelecerem as demandas dos bebês (IRDI 1), de supor sujeito (IRDI 2) e de alterar presença/ausência (IRDI 5). O que comprova as previsões de diversos estudos sobre a interferência desse estado emocional materno alterado, no estabelecimento do vínculo e na interação com a criança (CARLESSO, 2011; CRESTANI, 2012; FLORES, 2012, OLIVEIRA, 2013).

Outra alteração emocional materna que pode prejudicar o vínculo inicial mãe-bebê refere-se a ansiedade (BELTRAMI, MORAES e SOUZA, 2013). A ansiedade pode apresentar-se sob forma de sintomas físicos como taquicardia, tontura, do de cabeça, e também, angústia, irritabilidade e tensão (FERREIRA, 2009). Em puérperas, a ansiedade pode levar a irritabilidade e a incapacidade de responder de forma adequada ao bebê, podendo prejudicar o desenvolvimento sócio-afetivo e de linguagem do bebê (FRAGA *et. al.*, 2008).

O alto nível de ansiedade pode levar as mães a serem mais intrusivas e menos responsivas, ou seja, com diminuição da sensibilidade na interação com seus filhos. Nesse sentido, Crestani *et. al.* (2010) afirmam que o diálogo mãe-filho pode ser alterado, uma vez que, mães ansiosas, tendem a falar de modo não sintonizado e excessivo, sem oferecer turno ao filho, o que pode refletir no funcionamento de linguagem infantil. Além disso, as autoras ressaltam que mães ansiosas ocupam excessivamente os lugares enunciativos e apresentam dificuldade de se interessar nas produções lingüísticas do bebê/criança.

Possivelmente, a mãe ansiosa perde o foco em relação ao bebê e conseqüentemente sente-se insatisfeita na interação com a criança. Beltrami (2011) afirma que a falta ou alteração na responsividade e contingência materna podem estar presentes em mães em estado ansioso, causando irritação e incapacidade de responder de forma adequada aos chamados do bebê.

Rechia e Souza (2010) em estudo sobre a dialogia mãe-filho em casos de dispraxia verbal afirmam que mães ansiosas falam de modo não sintonizado, sem dar turno às crianças e continuam a narrativa não dando tempo para a criança/bebê expressar suas necessidades. Evidenciando que mães ansiosas tendem a serem mais diretivas e intrusivas no interação com seus filhos. Podendo surgir, em vez de conversa, um monólogo ou uma diretividade lingüística. Este fato, acaba desestruturando a criança, pois as mães não se mostram facilitadoras da comunicação de seus filhos.

Entre os efeitos da ansiedade no desenvolvimento infantil, Beltrami, Moraes e Souza (2013) afirmam que existe uma associação positiva entre presença de risco ao desenvolvimento infantil e estado materno ansioso. As autoras observaram que mães com maior nível de ansiedade tendem a ter bebês com maior números de IRDIS ausentes. Esse resultado demonstra que a ansiedade materna possivelmente dificulta as trocas da mãe com o bebê de modo geral, tanto na modalidade oral (uso de linguagem particular dirigida ao bebê pela mãe e reação do bebê à mesma), quanto no estabelecimento de demanda (reações da mãe ao choro e demais demandas do bebê) e na modalidade corporal (troca de olhares entre mãe e bebê). Além disso, a pesquisa chama a atenção a ausência do IRDI 4 (a mãe propõe algo a criança, de modo verbal ou não verbal, e aguarda sua reação), no contexto de ansiedade materna. Nesse estudo, as mães ansiosas não conseguiram dar turno de

resposta ao bebê e aguardar sua reação. O que evidencia que a ansiedade afeta a troca de turnos, elemento essencial a geração de diálogo e tende a prejudicar a protoconversação inicial entre mãe-bebê, processo importante na apropriação ling stica pelo beb .

No contexto do reteste da TAN, a ansiedade materna tornou-se tamb  amplamente estudada, e pesquisas que relacionam questões emocionais e adesão na TAN são múltiplas e diversificadas (FERNANDEZ e NOZAWA, 2010; TOCHETTO; PETRY, 2008). O estudo de Mahl *et. al.* (2013) teve como objetivo conhecer todas as questões que podem influenciar na adesão aos programas de TAN, desde conhecimento sobre tal triagem por parte da família, as variáveis sociodemográficas e psicossociais, além de questões emocionais maternas. As autoras observaram que houve um predomínio de reações negativas (81,70%) frente a TAN, quando a mãe não conhecia o procedimento e existiu associação entre ansiedade e falta de conhecimento sobre tal teste. O estudo concluiu que a grande maioria das mães entrevistadas não sabia o que era a TAN, tinham sido informadas sobre o teste durante a internação hospitalar e houve predomínio de ansiedade nas mães que não sabiam o que era a teste.

Conforme já dito, o resultado de "passa" na TAN significa que o bebê apresenta as vias auditivas íntegras, já o resultado "falha" na TAN indica suspeita de alteração auditiva e necessidade de encaminhamento para a realização de exames mais elaborados a fim de se concluir o diagnóstico. Frente a isso, Ribeiro (2005) destaca que o "falha" representa um estresse emocional grande na família. A autora ressalta que a ansiedade desencadeada por esse resultado, pode persistir por muito tempo, mesmo após a confirmação da ausência de alterações auditivas. Além disso, os pais podem, então, apresentar um comportamento superprotetor, tratando a crianç a como se ela fosse facilmente susceptível a acidentes ou problemas médicos.

Preocupados com o efeito desse fato nas famílias, Clemends *et. al.* (2000) analisaram dados de 5010 beb s que realizaram a TAN no período de um ano. Segundo esses autores, 9% das mães disseram que passaram a tratar seus filhos de forma diferente no período compreendido entre o resultado "falha" no primeiro teste e o resteste, e 14% relataram que se sentiram ansiosas mesmo após o resultado de "passa" no reteste. Em 2001, Yoshinaga-Itano e cols. estudaram os sentimentos desencadeados nos pais pela "falha" na TAN. Os autores relatam que

os sentimentos mais comuns foram: ansiedade (42%), medo (52%) e depressão (37%).

No entanto, assim como existem famílias que ficam preocupadas e até mesmo sentem-se ansiosas frente a reavaliação de seus bebês na TAN, ocorre um alto índice de não comparecimento ao retorno da testagem. Rangel, Ferrite e Begrow (2011) destacam que o alto índice de não comparecimento ao retorno da TAN, relaciona-se ao fato de que a deficiência auditiva ser um distúrbio não aparente e a mãe tende a ignorar a possibilidade de sua ocorrência. Também no presente estudo, os autores destacam que o não comparecimento ao retorno mostrou-se mais frequente (48,1%), nos casos em que o bebê não possuía indicadores de risco para a deficiência auditiva.

Frente a isso, a relevância da triagem auditiva neonatal ainda consiste em um assunto pouco conhecido pela população em geral (AURÉLIO; TOCHETTO, 2010). Portanto, torna-se necessário difundir conhecimentos a respeito, em benefício de um número cada vez maior de crianças com deficiência auditiva e suas famílias.

De uma maneira geral, pode-se concluir que o nível de ansiedade materna alterado no contexto do reteste da TAN pode tornar-se prejudicial ao bebê, pois, a mãe sendo intrusiva diminui a sensibilidade frente a criança que precisa de artifícios que vão muito além da prosódia, como o olhar e expressões corporais. Fato que pode ser exacerbado pela ansiedade vivida pela mãe nesse momento de confirmação ou não da deficiência auditiva do bebê.

No entanto, no estudo de Flores *et. al.* (2011), houve associação significativa entre ansiedade e depressão maternas e presença de risco ao desenvolvimento infantil, na primeira fase dos IRDIS. Esse estudo demonstrou que mães com maior grau de depressão, também obtiveram maior grau de ansiedade. Além disso, as autoras afirmam, que ambos estados emocionais se refletiram nos IRDIS, ressaltando que, os mais ausentes foram aqueles relacionados à iniciativas da mãe (IRDI 1, 2 e 4).

Os estudos citados nesta seção, sugerem que uma análise dos primórdios do diálogo mãe/bebê, ou seja, das respostas que a mãe dá para as vocalizações do bebê ou mesmo se a mãe utiliza o manhês, são índices de construção da linguagem e evidenciam se há riscos para a mesma. Portanto, mesmo que não se possa generalizar acerca do comportamento de uma mãe ansiosa e/ou depressiva na

interação com seu bebê, sabe-se que, muitas vezes, é possível que a relação entre eles esteja fraturada, o que pode acarretar futuros problemas ao desenvolvimento infantil, sobretudo riscos para aquisição da linguagem (PEROSA *et. al.*; 2008; CRESTANI, *et. al.*, 2011). Além disso, a construção do vínculo mãe-bebê é apontada como determinante no desenvolvimento infantil global, nesse sentido torna-se extremamente relevante analisar as implicações da suspeita de deficiência auditiva no comportamento materno e na vida do bebê desde o momento da comunicação da falha na TAN.

2 MÉTODO

2.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo quantitativa, de caráter transversal com delineamento comparativo, descritivo e de regressão logística multivariada sendo que, visa descobrir existência de associações entre variáveis (GIL, 2002) sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe/bebê, oriundos do Programa de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

2.2 Procedimentos para a seleção da amostra

Participaram do estudo bebês com idade de zero a quatro meses incompletos, de ambos os gêneros, nascido a termo, pré-termo ou pós-termo e que foram atendidos no Programa de TAN no HUSM e suas respectivas mães, no período de setembro de 2012 a julho de 2013.

Para o primeiro artigo os neonatos foram divididos em grupo controle (GC) e grupo estudo (GE). O GC foi constituído por 84 bebês que apresentaram resultado "passa" na primeira etapa do Programa de TAN e o GE foi composto de 85 bebês que apresentaram resultado "falha" na mesma etapa e suas respectivas mães. Para o segundo artigo foi utilizado apenas o GE.

2.3 Considerações Éticas

O presente estudo está vinculado ao projeto "Suspeita de Deficiência Auditiva: relações entre o estado emocional materno e índices de risco ao desenvolvimento infantil", registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde sob o nº 06291712.0.0000.5346 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM com o parecer de nº 97.547 (ANEXO A).

A coleta de dados deste projeto foram realizadas no Programa de TAN do HUSM, com autorização prévia do local. Todas as mães participantes foram informadas sobre os objetivos, justificativa, benefícios, riscos e procedimentos da pesquisa; garantia de esclarecimentos ao participante; garantia de sigilo da identidade e dos dados obtidos, os quais ficaram sob-responsabilidade da pesquisadora responsável; liberdade de recusa à participação por qualquer motivo,

não sendo obrigatória a conclusão das avaliações; possibilidade de entrar em contato com o examinador pessoalmente ou por telefone quando achassem necessário.

Estes dados estavam contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), que foi devidamente lido e assinado por aqueles que concordaram em participar do estudo e a pesquisadora assinou o Termo de Confidencialidade - TC (APÊNDICE B). Portanto, participaram deste estudo somente mães, que após receberem informações sobre os objetivos e a método da pesquisa, concordaram com os procedimentos a serem realizados e assinaram o TCLE e TC.

Os pesquisadores declaram-se comprometidos a zelar pelo cumprimento dos direitos dos sujeitos da pesquisa, garantindo aos mesmos a privacidade e sigilo dos seus dados pessoais, o direito à informação continuada sobre o estudo, o encaminhamento para auxílio de saúde quando fosse necessário.

Esta pesquisa foi isenta de despesas ou quaisquer compensações financeiras. Não esperava-se que este estudo gerasse benefício imediato aos participantes da pesquisa, contudo, ele poderá trazer benefícios a longo prazo para as famílias que venham a viver esta mesma experiência. Este projeto ajudou no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão beneficiar as participantes e outras pessoas no futuro.

Esta pesquisa buscou atender todas as normas éticas de condutas em pesquisa com seres humanos, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

2.4 Critérios de elegibilidade e composição da amostra

Para a seleção da amostra elaborou-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- **Critérios de Inclusão:** a mãe do bebê deveria ter aceitado participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A); o bebê ter de zero a quatro meses incompletos de idade; de ambos os gêneros; nascido a termo, pré-termo ou pós-termo e ter

sido atendido no Programa de TAN no HUSM, no período de setembro de 2012 a julho de 2013.

- **Critérios de Exclusão:** mães dos bebês que não realizaram a TAN, que nasceram com malformações ou síndromes, e cujas mães apresentaram estrutura psíquica muito comprometida (psicose ou esquizofrenia).

A partir destes critérios a amostra foi distribuída em dois grupos:

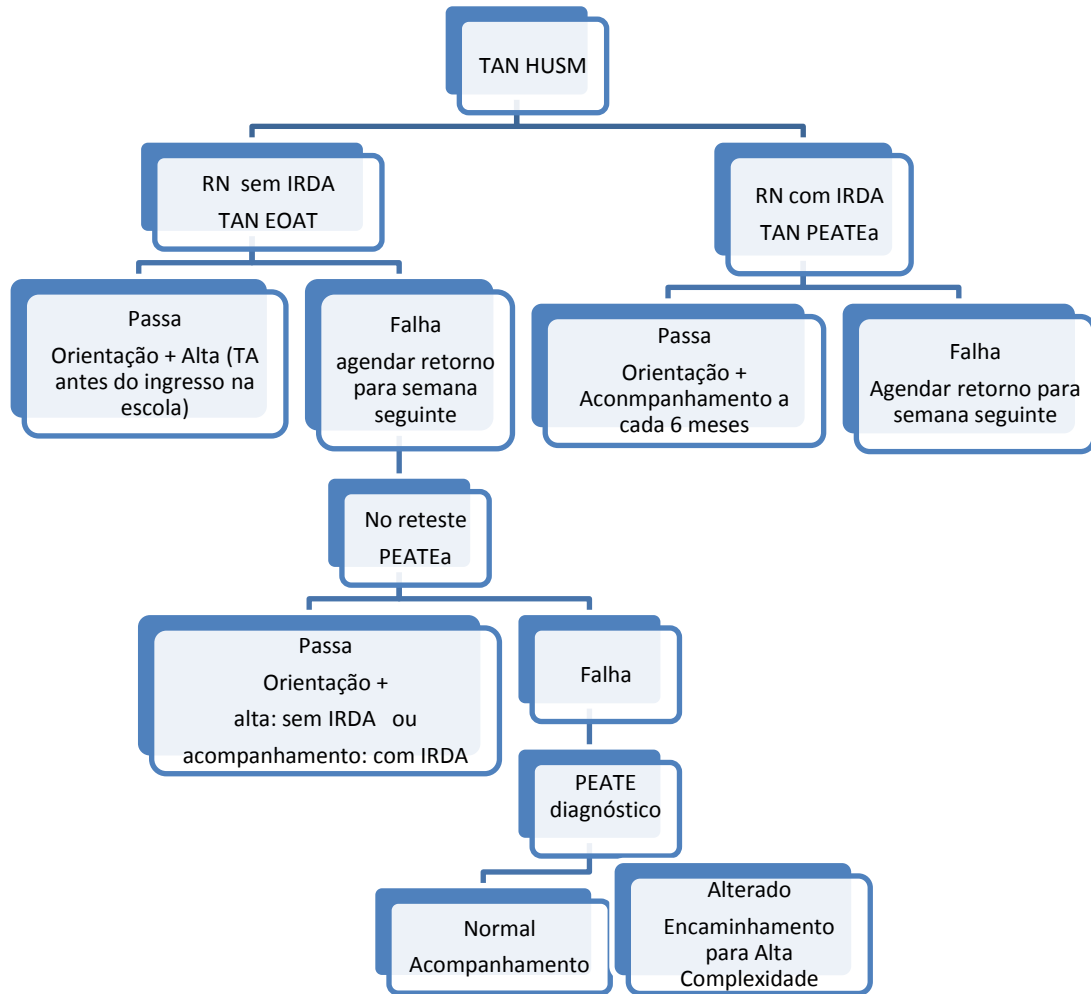
- Grupo Controle (GC): além dos critérios expostos anteriormente, ter apresentado resultado passa na primeira etapa do Programa de TAN.
- Grupo Estudo (GE): além dos critérios expostos anteriormente, ter apresentado resultado falha na primeira etapa do Programa de TAN do HUSM e comparecer ao atendimento para reteste da TAN.

2.5 Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de Dados

Após as assinaturas dos termos, as mães dos bebês foram entrevistadas em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio HUSM, no Ambulatório de Audiologia, local onde é realizada a TAN dos recém-nascidos de Santa Maria e região. Tendo a duração máxima de 40 minutos, toda a coleta.

Para facilitar a compreensão das etapas deste estudo, apresenta-se a seguir o organograma do Programa de TAN do HUSM (Quadro 1).

Quadro 1 - Organograma do Programa de TAN do HUSM:



Legenda:

TAN – Triagem Auditiva Neonatal

RN – Recém nascido

IRDA – Indicador de Risco para a Deficiência Auditiva

EOAT – Emissões Otoacústicas Transiente

PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

PEATEa – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático

Os bebês e as suas respectivas mães do grupo controle foram avaliados logo após a conclusão da TAN. Já o grupo estudo foi avaliado antes do atendimento fonoaudiológico para o reteste da TAN, uma vez que tais bebês haviam falhado na primeira triagem. Este atendimento aconteceu em média 15 dias após a falha na TAN.

Em relação aos procedimentos selecionados para esta pesquisa, optou-se por aplicar os seguintes instrumentos: entrevista baseada no roteiro sobre a Experiência da Maternidade - (NUDIF, 2003) (ANEXO B), instrumento utilizado em projetos de pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Inventário de Depressão - BDI (BECK e STEER, 1993) (ANEXO C), Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (BECK e STEER, 1993) (ANEXO D) e Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS) (Kupfer, 2008) (ANEXO E). Tais procedimentos foram realizados em apenas uma sessão, desde que o bebê estivesse acordado e em situação confortável.

Para a realização da entrevista, foi utilizado o roteiro com o objetivo de investigar as informações socioeconômicas (renda familiar, escolaridade, ocupação), demográficas (idade, estado civil, número de filhos), obstétricas (número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, peso do bebê, intercorrências com o recém nascido, idade gestacional, tipo de aleitamento) e psicossociais (suporte social, histórico de doença mental na família e experiência da maternidade). Este roteiro foi baseado na Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (ANEXO F), instrumento utilizado em projetos de pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Após a entrevista estruturada, as mães responderam ao Inventário de Depressão de Beck – BDI tem a finalidade de investigar risco para a depressão materna no período pós-parto, portanto, não possui pretensão diagnóstica, sendo que refere-se a um instrumento de rastreamento. Consiste de 21 itens com diferentes alternativas de respostas a respeito de como o sujeito tem se sentido na semana anterior a aplicação e no dia atual, e que correspondem a diferentes tipos de gravidade de depressão. A soma dos escores fornece níveis: mínimos (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos), grave (36 a 63 pontos). Quanto ao tempo de aplicação, estima-se de 5 a 10 minutos. A forma de execução deste inventário instituída para esta pesquisa, foi a auto-aplicação do inventário e quando a mãe apresentou alguma dúvida a pesquisadora a auxiliou.

A seguir foi aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI. Esta escala é apropriada para idades entre 17 e 80 anos e pode ser usada em sujeitos não-

psiquiátricos. O instrumento mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. É constituído de 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade: mínimo de 0 a 10, leve de 11 a 19, moderado de 20 a 30 e grave de 31 a 63. Sendo considerada ansiedade clinicamente importante a partir do estágio leve. Quanto ao tempo de aplicação, estima-se de 5 a 10 minutos.

Ressalta-se que as mães que apresentaram dificuldade na constituição da experiência da maternidade, depressão pela avaliação do BDI e ansiedade pela avaliação BAI, ou seja, consideradas acometidas de alterações emocionais para exercer a função materna, assim como as que apresentaram bebês com índices de risco ao desenvolvimento, foram convidadas a participar de grupos terapêuticos e também de acompanhamento psicológico individual.

Por fim, avaliou-se a interação da díade por meio da aplicação dos IRDIS. Este instrumento foi escolhido porque os índices da fase correspondente de 0 a 4 meses captam de modo importante o funcionamento da posição materna e envolvem diretamente a protoconversaçãõ inicial da díade. No primeiro momento, a partir da observação, sem filmagem, a pesquisadora atribuiu a presença ou a ausência para cada um dos índices. Como todos os bebês estavam na faixa etária de 0 a 4 meses, apenas os cinco primeiros IRDIS foram avaliados, conforme segue:

1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer: Este índice foi observado a partir de situações em que a mãe supunha que o bebê queria algo e se ela conseguia atribuir uma interpretação possível a esta demanda, como por exemplo, dormir, mudar de posição no colo, fome, etc.

2. A mãe fala com a criança em um estilo particularmente dirigido a ela (manhês): Aqui foi analisada a interação entre a mãe e a criança em termos de sintonia, não só se a mãe falava em manhês, mas se sua fala era sintonizada às produções do bebê.

3. A criança reage ao manhês: Neste item, foi observado se a criança era engajada na protoconversaçãõ, e , sobretudo, se buscava ativamente tal participaçãõ. Como algumas mães em função do estado emocional depressivo ou ansioso, não conseguiam conversar com seus filhos de modo sintonizado, a

pesquisadora buscou fazer isso com os bebês e analisar tal resposta quando isso ocorria. Como algumas mães não realizavam manhês com os filhos, a pesquisadora testou a reação das crianças dirigindo-lhes fala com a prosódia manhês e sintonizada às reações das mesmas. O resultado computado foi a resposta dada à pesquisadora, nesses casos.

4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação: Aqui foi observada a capacidade de a mãe esperar a resposta do bebê, ou seja, de conferir-lhe turno durante a protoconversação.

5. Há troca de olhares entre a criança e a mãe: Este item foi observado a comunicação visual entre o bebê e a mãe.

A seguir, foi feita uma filmagem, com duração aproximada de 10 minutos, no intuito de outro pesquisador experiente em desenvolvimento e linguagem infantil julgar os valores atribuídos, pela examinadora, aos IRDIS. Sendo assim, buscou-se analisar a concordância as atribuições destes dois juízes. Para tanto, foi utilizado o teste de concordância de Kappa. O Coeficiente Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação (KOTZ & JOHNSON, 1983). Frente a isso, Moreira (2001) sugere a seguinte interpretação (quadro 2):

Valor do Kappa	Interpretação
$0 \leq k < 0.20$	Ruim
$0.20 \leq k < 0.39$	Razoável
$0.40 \leq k < 0.59$	Bom
$0.60 \leq k < 0.79$	Muito bom
$0.80 \leq k < 1.00$	Excelente
$K=1$	Perfeita

Abaixo, a análise do Coeficiente KAPPA, para verificar a concordância entre a pesquisadora (P) e o avaliador (A) (quadro 3).

Questões	P	A	Valor Kappa*
P1 X A1	98,2%	98,2%	0,96
P2 X A2	96,1%	96,6%	0,92

P3 X A3	100,0%	98,2%	0,72
P4 X A4	100,0%	98,3%	0,97
P5 X A5	93,5%	97,1%	0,88

Analisando a tabela acima podemos verificar que a concordância entre os avaliadores foi classificada, observando os valores de Kappa, como "muito bom" a "excelente" para todos os itens avaliados. Desta forma, conclui-se que os juízes concordaram em relação as respostas dadas para os IRDIS. No entanto, nota-se que os IRDIS 3 e 5 foram os que mais apresentaram desacordos entre a pesquisadora e a avaliadora. Quando este fato ocorreu, no momento da análise o resultado computado foi o da avaliadora, devido a sua maior experiência em desenvolvimento e linguagem infantil.

Quanto a realização da filmagem, as mães foram orientadas em relação ao procedimento necessário para a mesma. Sendo assim, foram convidadas a falar/interagir com seu bebê como usualmente fazem em casa, de forma natural. Para realizar este procedimento, seria importante que o bebê estivesse acordado, em situação confortável e a mãe deveria segurar o bebê no colo numa posição que pudesse ficar face-a-face com o mesmo, assim seria possível observar o processo comunicativo da díade.

O processo interativo foi filmado em torno de 10 minutos e todos os itens foram observados em situação natural durante a chegada da mãe com o bebê para a entrevista, e depois foi filmada a interação de ambos. A coleta sem filmagem foi considerada fundamental, pois, se previu que as mães pudessem mudar de comportamento frente a câmera. Ressalta-se que as mães apresentaram o mesmo comportamento da observação sem filmagem durante a filmagem. Este fato se deu por que foram tomadas medidas que minimizassem a interferência da filmagem na interação com seu bebê. Nesse sentido, foi realizada a filmagem, a certa distância com o zoom da câmera. Buscou-se deixar a mãe bem à vontade, dando um tom de registro de filmagem familiar e não de avaliação, ou seja, como uma lembrança desta fase de vida do bebê.

Do total de bebês avaliados, 13 do GC e sete no GE estavam dormindo. Nestes casos, foi marcado o reteste dos IRDIS e a díade foi convidada a regressar ao Programa de TAN, no entanto, não compareceram na nova avaliação. Frente a isso, estes bebês foram excluídos da amostra desta pesquisa.

2.6 Procedimentos para análise dos dados

No primeiro artigo, para a análise dos dados foi realizado um estudo quantitativo, para o qual após a coleta de dados, os resultados foram tabulados e analisados. Nesta etapa realizou-se a análise descritiva e testes não paramétricos para avaliação da associação do resultado do teste (“passou” e “não passou” na TAN) com relação às variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas, presença/ausência de índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDI), níveis de depressão e ansiedade.

A partir desse procedimento, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado, quando os pressupostos foram atendidos e quando isso não acontecia, o Teste Exato de Fisher era aplicado para as variáveis que eram pertinentes, após essa investigação, as variáveis que estavam associadas ao resultado do teste eram avaliadas pela análise de resíduos, para identificar quais classes eram associadas. Foram utilizados intervalos de confiança de 95%, considerando-se $p < 0,05$.

Os dados referentes ao presente estudo foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS).

No segundo artigo, os dados foram organizados em categorias de respostas que foram processadas e analisadas de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007). Dessa forma, o banco de dados geral desta pesquisa foi composto de alguns fatores obstétricos (número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, peso do bebê, intercorrências com o recém nascido, idade gestacional, tipo de aleitamento), demográficos (idade, estado civil, número de filhos), socioeconômicos (renda familiar, escolaridade, ocupação), psicossociais

(suporte social, histórico de doença mental na família e experiência da maternidade) e pelos IRDIS analisados por meio da interação entre as díades mãe-bebê.

Posteriormente estes dados foram analisados em um programa específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS). Realizou-se a análise de regressão logística múltipla para cada um dos cinco primeiros índices, compreendidos entre zero e quatro meses do bebê, que identificam os fatores de risco para alterações nos IRDIS.

Foi realizado, inicialmente, o teste não-paramétrico de associação do Qui-Quadrado no qual as variáveis que obtiveram o valor de $p \leq 0,25$ entraram na testagem do modelo múltiplo da análise de regressão logística. Neste modelo múltiplo, as variáveis que não alcançaram o p valor menor ou igual a 0,10 foram retiradas do modelo e o programa era novamente processado. As variáveis que permaneceram no modelo final foram as estatisticamente significantes com nível de significância de 10%, a fim de identificar os fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais das díades mãe-filho para a ocorrência de alterações nos IRDIs nos cinco índices da primeira fase dos IRDIS. Optou-se por um índice de significância de 10% em função do tamanho da amostra e das demandas para a análise multifatorial.

3 ARTIGO 1 - ESTADO EMOCIONAL MATERNO E SUA RELAÇÃO COM O RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL¹

RESUMO

Objetivo: Comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, considerando o contexto de "passa", bem como, o resultado "falha" na primeira etapa de avaliações auditivas do bebê. **Métodos:** A amostra foi composta por 169 bebês com idade de zero a quatro meses incompletos, que realizaram TAN e suas respectivas mães, distribuídos em grupo controle (GC): 84 crianças que apresentaram resultado de "passa" e grupo estudo (GE): 85 crianças com resultado de "falha". A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck e análise da interação mãe-bebê avaliados através dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil - IRDIS. **Resultados:** Constatou-se que existiu correlação entre o bebê falhar na TAN e alteração dos IRDIS 1, 2 e 4. Além disso, as mães dos bebês que apresentaram resultado "falha" na TAN demonstraram com maior frequência níveis de ansiedade entre leve e moderado. No entanto, os níveis de depressão materna não foram associados ao resultado "falha" na TAN. Observou-se também que existiu associação entre IRDIS alterados e o resultado "falha" na TAN em mães ansiosas ou depressivas. **Conclusão:** A circunstância do reteste da TAN pode torna-se um risco ao desenvolvimento infantil, visualizado por meio dos IRDIS. Frente a isso, sugere-se a inserção de políticas públicas de acompanhamento psicológico pós-natal da saúde materno infantil desde etapas precoces, inclusive em Programas de TAN.

¹ Artigo elaborado para publicação na Revista CoDAS.

Descritores: Ansiedade Materna; Audição; Depressão Materna; Fatores de Risco, Interação Mãe-Bebê; Linguagem; Triagem Neonatal

MATERNAL EMOTIONAL STATE AND ITS RELATION TO THE RISK OF CHILD DEVELOPMENT IN NEWBORN HEARING SCREENING

ABSTRACT

Purpose: Compare the maternal emotional state and its relationship with risk for child development in dyads mother/baby coming from a program of *Newborn Hearing Screening* (NHS), considering the result in the first step of this program. **Method:** The sample consisted by 169 babies up to four months age incomplete, who performed the NHS in a University Hospital and their mothers. They were distributed in control group (CG): 84 children who presented results of "pass" in the NHS and study group (SG): 85 children with result "fail". The data collection occurred through an interview, application of Beck Anxiety Inventory and analyzing the mother-child interaction made based on the first phase the protocol of Indicators of Risk in Child Development – IRDI. **Results:** It was found a correlation between the baby fails in NHS and alteration of IRDI 1, 2 and 4 in mothers without emotional disorder. Furthermore, the mothers of babies who presented a result "fail" in NHS showed anxiety levels between mild and moderate. In the NHS, the levels of maternal depression were not associated with outcome "fail" in the NHS. It was also observed an association between IRDI altered and the "fail" result in the NHS in anxious mothers or depressive. **Conclusion:** The condition of retest in NHS can become a risk to child development, viewed through IRDIS. Faced with this, it is suggested the inclusion of postnatal psychological monitoring of maternal and child health public policies since the early stages, including NHS Programs.

Keywords: Anxiety; Hearing; Depression; Risk Factors; Mother-Child Relations; Language; Neonatal Screening

INTRODUÇÃO

O cuidado materno tem grande importância no desenvolvimento dos vínculos emocionais primitivos do bebê. Frente a isso, diversas pesquisas nacionais^(1,2,3,4) e internacionais^(5,6) têm investigado os vários fatores que podem exercer influências sobre o desenvolvimento infantil. Em especial, a respeito das atitudes e o envolvimento materno que abrange a relação entre a mãe e o bebê e sua importância desde os primeiros meses de vida das crianças.

Frente a isso, acredita-se que o comportamento parental relativo ao cuidado com o bebê surge como ponto fundamental para o desenvolvimento infantil. Sabemos, no entanto, que podem acontecer situações e/ou intercorrências que influenciam este momento. Neste período emocionalmente delicado para a mãe^(7,8), na época do pós-parto, o bebê precisa passar por uma série de avaliações clínicas da sua saúde, o que pode influenciar de alguma forma o emocional materno e a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) está inserida neste contexto de avaliações realizadas com o bebê no período neonatal. Entretanto, a detecção da deficiência auditiva (DA) nos primeiros meses de vida é fundamental no prognóstico da linguagem da criança, pois se sabe que nos primeiros anos de vida, o contato da criança com o mundo sonoro e sua interação com o outro garantirá o aprendizado dos sons da fala, além de, desenvolver e organizar seus pensamentos e sentimentos^(9,10).

No contexto da TAN, dois resultados podem ocorrer com relação a audição do bebê: 1) passa na TAN: o bebê apresenta audição normal, 2) falha na TAN: a suspeita torna-se confirmada e o bebê é submetido, em até trinta dias, a uma reavaliação de sua audição⁽¹⁰⁾. A partir do resultado "falha" na primeira etapa do

Programa de TAN, os pais podem questionar se seu filho pode ser ou não deficiente auditivo⁽¹¹⁾. Por isso, este resultado deve ser um aspecto a ser levado em consideração, pois uma suspeita de DA pode tornar-se um elemento que pode gerar dificuldades na transição para a maternidade⁽¹²⁾.

Neste âmbito, Ribeiro (2005)¹¹ destaca que o resultado "falha" na TAN pode representar um estresse emocional grande na família. A autora ressalta que a ansiedade ou depressão materna desencadeada por esse resultado, pode persistir por muito tempo, mesmo após a confirmação da ausência de alterações auditivas. Por isso, não torna-se difícil imaginar o quanto isso pode deixar a mãe vulnerável nesse período, até a confirmação ou não de um diagnóstico, o que pode torná-la deprimida e/ou até mesmo ansiosa⁽¹²⁾.

Dessa maneira, falhas interacionais entre mãe e bebê também podem estar ligadas a possíveis alterações emocionais maternas e se manifestar em estilos de interação distintos. Uma mãe depressiva pode se tornar apática⁽¹³⁾ já uma mãe ansiosa pode acabar sendo intrusiva⁽³⁾ e ambas podem prejudicar o funcionamento da criança e refletir em uma comunicação deficitária da mãe com o bebê⁽¹⁴⁾. Ou seja, a depressão e a ansiedade podem impedir a mãe de incluir o bebê no funcionamento lingüístico e na troca afetiva, podendo constituir um risco tanto para o equilíbrio emocional materno, quanto para o desenvolvimento infantil.

Por muito tempo não era possível detectar riscos ao desenvolvimento infantil, pois não havia como precipitar sua aparição. No entanto, hoje por meio de observações da interação mãe-bebê nos primeiros anos de vida do bebê, encontra-se a possibilidade de detectar riscos para o desenvolvimento infantil⁽¹⁵⁾. Em relação a este aspecto, surgem os Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS) que

buscam avaliar crianças entre 0 e 18 meses de idade distribuídos em quatro fases, para analisar o curso de seu desenvolvimento⁽¹⁶⁾. Estes índices reconhecem não somente o papel comunicativo da linguagem, mas abordam sua dimensão constitutiva, sendo que a alteração destes indicadores podem dificultar a evolução lingüística e psíquica da criança^(15,16).

Em relação às quatro fases que compõe os IRDIS (0-4 meses, 4-8 meses, 8-12 meses e 12-18 meses), o estudo de Crestani (2012)⁽¹⁷⁾ comprovou que a primeira fase que compreende o período entre zero a quatro meses de idade do bebê, tornaram-se o mais sensível para captar risco à aquisição da linguagem, aspecto importante para esta pesquisa. Além disso, os IRDIS desta primeira fase foram os que mais estiveram ausentes em bebês com menor produção inicial de fala, quando os mesmos foram reavaliados entre 12-18 meses de idade⁽¹⁷⁾. O que torna-se a justificativa deste estudo e confirma a importância da relação inicial entre mãe-filho como facilitadora da aquisição da linguagem, destacada também outros estudos^(3,13).

Sendo assim, com o intuito de favorecer uma reflexão sobre o resultado “falha” na primeira etapa da TAN e considerando o quadro emocional materno durante o processo de identificação de possíveis alterações auditivas, na fase entre 0-4 meses do bebê elaborou-se o presente estudo. Dessa forma, tem-se como objetivo comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, considerando o contexto de “passa”, bem como, o resultado “falha” na primeira etapa de avaliações auditivas do bebê.

MÉTODOS

Para a execução deste trabalho, foram seguidas as normas éticas e obrigatórias para pesquisas em seres humanos (Resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde) sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade no qual este estudo foi realizado e em seguida foi registrado no protocolo de número 06291712.0.0000.5346. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinaram o mesmo.

Quanto ao delineamento, esta pesquisa é do tipo quantitativa, de caráter transversal e descritivo, visando descobrir a existência de associações entre variáveis⁽¹⁸⁾. Dentre elas, os IRDIS e as variáveis maternas, tais como a ansiedade e a depressão, bem como, o resultado da TAN do bebê (passa ou falha).

A amostra foi composta de 169 bebês com idade de zero a quatro meses incompletos, que realizaram a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) em um Hospital Universitário de referência no interior do Rio Grande do Sul e suas respectivas mães, no período de setembro de 2012 a julho de 2013. Os bebês foram divididos em grupo controle (GC) e grupo estudo (GE).

O GC foi constituído por 84 bebês que apresentaram resultado "passa" na primeira etapa do Programa de TAN e o GE foi composto de 85 bebês que apresentaram resultado "falha" na mesma etapa e suas respectivas mães. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, os bebês que apresentassem malformações congênitas ou síndromes genéticas detectadas no período neonatal, pois tais questões poderiam modificar a relação entre a díade e influenciar na alteração dos IRDIS.

Ressalta-se que o Programa de TAN onde ocorreu a coleta de dados desta pesquisa, traça o perfil de todas as famílias que comparecem para a triagem auditiva para investigar os fatores que podem interferir na saúde materno-infantil. Dessa forma, ocorreu uma entrevista inicial com o objetivo de investigar aspectos socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais das famílias. Nesta entrevista, também foram investigados aspectos relacionados ao desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade⁽¹⁹⁾, com objetivo de investigar vivências emocionais em relação a maternidade, habilidades e características emocionais do bebê, os sentimentos e atitudes no desempenho do papel materno.

Em seguida, as mães foram convidadas a responder o Inventário de Ansiedade (BAI) e Depressão (BDI) de Beck (1998) para a identificação do estado emocional materno⁽²⁰⁾. Por último, foram observados os IRDIS para a avaliação da interação entre a mãe e o bebê.

O Inventário de Ansiedade de Beck – BAI mede a intensidade dos sintomas de ansiedade e consiste em 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que permitem a classificação em níveis de intensidade de ansiedade: mínimo de 0 a 10, leve de 11 a 19, moderado de 20 a 30 e grave de 31 a 63. O Inventário de Depressão de Beck – BDI tem a finalidade de investigar risco para a depressão materna no período pós-parto e compõe-se de 21 itens com diferentes alternativas de respostas a respeito de como o sujeito tem se sentido na semana anterior a aplicação e no dia atual, e que correspondem a diferentes tipos de gravidade de depressão. A soma dos escores fornece níveis: mínimos (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos), grave (36 a 63 pontos).

A observação dos bebês foi feita através da aplicação dos IRDIS. Em seu método, os índices dos IRDIS prevêm um acompanhamento longitudinal de bebês

nos períodos correspondentes a 4 fases: 0 a 4 meses incompletos, 4 a 8 meses incompletos, 8 a 12 meses incompletos e 12 meses a 18 meses incompletos.

Para este estudo foram avaliados apenas os cinco primeiros IRDIS, pois, todos os bebês estavam na faixa de 0 a 4 meses incompletos de idade. Os IRDIS correspondentes a esta fase são: 1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer; 2- A mãe fala com a criança em um estilo particularmente dirigido a ela (manhês); 3- A criança reage ao manhês; 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação; 5- Há troca de olhares entre a criança e a mãe.

Além de tal observação, foi feita uma filmagem de 10 minutos com o intuito de outro examinador experiente em desenvolvimento e linguagem infantil julgar os IRDIS. Sendo assim, buscou-se analisar a concordância as atribuições destes dois juízes. Para tanto, fez-se um estudo estatístico onde se utilizou o teste de concordância de Kappa. O Coeficiente Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação⁽²¹⁾.

Analisando os valores de Kappa⁽²²⁾, a concordância entre os avaliadores foi considerada de "muito bom" a "excelente" para todos os itens avaliados. Desta forma, conclui-se que os juízes concordaram em relação as respostas dadas para os IRDIS. No entanto, nota-se que os IRDIS 3 e 5 foram os que mais apresentaram desacordos entre a pesquisadora e a avaliadora. Quando este fato ocorreu, no momento da análise o resultado computado foi o da avaliadora, devido a sua maior experiência em desenvolvimento e linguagem infantil.

Para a análise dos dados, os resultados foram tabulados e analisados. Nesta etapa realizou-se a análise descritiva e testes não paramétricos para avaliação da

associação do resultado do teste (“passou” e “falha” na TAN) com relação às variáveis presença/ausência de índices de risco ao desenvolvimento infantil (IRDIS), níveis de depressão e ansiedade. A partir disso, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado, quando os pressupostos forem atendidos, caso, isso não acontecia, o Teste Exato de Fisher era aplicado para as variáveis que eram pertinentes, após essa investigação, as variáveis que estavam associadas ao resultado do teste eram avaliadas pela análise de resíduos, para identificar quais classes eram associadas. Foram utilizados intervalos de confiança de 95%, considerando-se $p < 0,05$. Os dados referentes ao presente estudo foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (*Excel*® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o *Software Statistical Package For Social Science 15.0 (SPSS)*.

RESULTADOS

Em relação ao perfil materno, a maioria das mães apresenta uma rede de apoio social significativa, onde a maioria vive com o companheiro, tanto no GC (72, 85,7%) quanto no GE (77, 90,6%). Além disso, não mencionaram histórico de depressão na família, tanto no GC (68, 81,0%), quanto no GE (69, 81,21%). Também foi constatado por meio de uma entrevista que a maioria das mães não relataram dificuldades na experiência da maternidade, em ambos os grupos, no GC (64, 76,2%) e no o GE (60, 70,6%). Destaca-se também, que em relação aos fatores obstétricos, pouco mais que a metade dos bebês (46, 54,1%) que apresentaram resultado falha na primeira etapa da TAN apresentaram alguma intercorrência ao nascer, tais como: infecções congênitas (rubéola ou sífilis) e/ou permaneceram na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI-NEO).

Objetivando facilitar a visualização dos resultados da análise estatística optou-se por apresentá-los na tabela 1 onde são analisadas a associação entre o resultado da TAN e os IRDIS, tanto para o GC como para o GE.

Tabela 1 : Resultado da TAN em relação aos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil - IRDIS

Variáveis	Resultado da TAN		P-valor
	Grupo Controle "Passa" na TAN (N=84)	Grupo Estudo "Falha" na TAN (N=85)	
IRDI 1 - Quando a Criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer?			
Ausente	19 (22,6%)	37 (43,5%)	0,004*
Presente	65 (77,4%)	48 (56,5%)	
IRDI 2 - A mãe fala com a criança num estilo particular (manhês)			
Ausente	14 (16,7%)	37 (43,5%)	<0,0001*
Presente	70 (83,3%)	48 (56,5%)	
IRDI 3 - A criança reage ao manhês			
Ausente	3 (3,6%)	1 (1,2%)	0,306

Presente	81 (96,4%)	84 (98,8%)	
IRDI 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação			
Ausente	11 (13,1%)	37(43,5%)	<0,0001*
Presente	73 (86,9%)	48 (56,5%)	
IRDI 5 -Há trocas de olhares entre a criança e a mãe			
Ausente	18 (21,4%)	13 (15,3%)	0,303
Presente	66 (78,6%)	72 (84,7%)	

Legenda:

*Valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$); Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fischer

N= número de sujeitos avaliados

IRDIS= Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil

Ausente: IRDI alterado; Presente: IRDI não alterado

TAN= Triagem Auditiva Neonatal

A seguir na Tabela 2, observa-se a relação entre o resultado da TAN e os níveis de ansiedade materna, no GC e GE.

Tabela 2: Resultado da TAN em relação ao nível de ansiedade das mães

Nível de Ansiedade	Resultado da TAN		P-valor
	Grupo Controle "Passa" na TAN N=84	Grupo Estudo "Falha" na TAN N=85	
Mínimo	70 (83,3%)	47 (55,3%)	<0,0001*
Leve	8 (9,5%)	31 (36,5%)	
Moderado	6 (7,1%)	7 (8,2%)	

Legenda:

*Valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$); Teste Qui-Quadrado

N= número de sujeitos avaliados

TAN= Triagem Auditiva Neonatal

A seguir na Tabela 3, foi testada a associação entre os IRDIS com o resultado da TAN ("passa" ou "falha") somente para o grupo de 52 mães que estavam com algum nível de ansiedade alterado, tanto do GC como do GE.

Tabela 3: Resultado da TAN em relação aos IRDIS em mães ansiosas (N=52)

Variáveis	Resultado da TAN		P-valor
	Grupo Controle "Passa" na TAN N= 14	Grupo Estudo "Falha" naTAN N= 38	
IRDI 1 - Quando a Criança chora ou grita, a mãe sabe o			

que ela quer?				
Ausente	13 (92,9%)	37 (97,4%)		0,470
Presente	1 (7,1%)	1 (2,6%)		
IRDI 2 - A mãe fala com a criança num estilo particular (manhês)				
Ausente	8 (57,1%)	37 (97,4%)		0,001*
Presente	6 (42,9%)	1 (2,6%)		
IRDI 3 - A criança reage ao manhês				
Ausente	3 (21,4%)	1 (2,6%)		0,055
Presente	11 (78,6%)	37 (97,4%)		
IRDI 4 - A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação				
Ausente	11 (78,6%)	37(97,4%)		0,055
Presente	3 (21,4%)	1 (2,6%)		
IRDI 5 - Há trocas de olhares entre a criança e a mãe				
Ausente	3 (24,2%)	22 (62,8%)		0,001*
Presente	11 (75,3%)	16 (37,2%)		

Legenda:

*Valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$); Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fischer

N= número de sujeitos avaliados

IRDIS= Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil

Ausente: IRDI alterado; Presente: IRDI não alterado

TAN= Triagem Auditiva Neonatal

Na Tabela 4, observa-se a relação entre o resultado da TAN e os níveis de depressão materna, no GC e GE.

Tabela 4: Resultado da TAN em relação ao nível de depressão das mães

Nível de Depressão	Resultado da TAN		P-valor
	Grupo Controle "Passa" na TAN N=84	Grupo Estudo "Falha" na TAN N=85	
Mínimo	67 (79,8%)	65 (76,5%)	0,434
Leve	12 (14,3%)	16 (18,8%)	
Moderado	3 (3,6%)	4 (4,7%)	
Grave	2 (2,4%)	0(0,0%)	

Legenda:

N= número de sujeitos avaliados

TAN= Triagem Auditiva Neonatal

A seguir na Tabela 5, foi testada a associação entre os IRDIS com o resultado da TAN (“passa” ou “falha”) somente para o grupo de 37 mães que estavam com algum nível de depressão alterado, tanto do GC como do GE.

Tabela 5 : Resultado da TAN em relação aos IRDIS em mães com depressão (N=37)

Variáveis	Resultado da TAN		P-valor
	Grupo controle “Passa” na TAN: N= 17	Grupo estudo “Falha” na TAN N= 20	
IRDI 1 - Quando a Criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer?			
Ausente	15 (88,2%)	20 (100,0%)	0,204
Presente	2 (11,8%)	0 (0,0%)	
IRDI 2 - A mãe fala com a criança num estilo particular (manhês)			
Ausente	14 (82,4%)	20 (100,0%)	0,088
Presente	3 (17,6%)	0 (0,0%)	
IRDI 3 - A criança reage ao manhês			
Ausente	3 (17,6%)	1 (5,0%)	0,217
Presente	14 (82,4%)	19 (95,0%)	
IRDI 4 - A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação			
Ausente	7 (41,2%)	20 (100,0%)	<0,0001*
Presente	10 (58,8%)	0 (0,0%)	
IRDI 5 - Há trocas de olhares entre a criança e a mãe			
Ausente	10 (65%)	17 (83%)	<0,0001*
Presente	7 (35%)	3 (17%)	

Legenda:

*Valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$); Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fischer

N= número de sujeitos avaliados

IRDIS= Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil

Ausente: IRDI alterado; Presente: IRDI não alterado

TAN= Triagem Auditiva Neonatal

DISCUSSÃO

Em relação aos IRDIS na fase entre 0-4 meses de idade do bebê, no presente estudo foi possível detectar uma correlação entre o bebê apresentar o resultado falha na TAN e a possibilidade de risco ao desenvolvimento infantil.

Neste estudo, a maioria das díades possuíam os IRDIS, contudo, houve ausência desses indicadores entre as díades com falha na TAN (GE) com maior frequência do que entre díades cujos bebês haviam passado na TAN (GC). Frente a isso, as díades cujos bebês não passaram na TAN apresentaram ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer), IRDI 2 (a mãe fala com a criança em um estilo particularmente dirigido a ela - manhês) e o IRDI 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação).

A ausência do IRDI 1 (Tabela 1) demonstra dificuldade da mãe em perceber as demandas do bebê e atribuir a isso uma interpretação possível^(15,16). A literatura tem evidenciado que este índice apresenta alta frequência de alteração em se tratando de responsividade da mãe às demandas do bebê^(3,13,17). Ou seja, as condutas contingentes, apropriadas e imediatamente relacionadas aos comportamentos dos bebês poderão ficar comprometidas a partir da ausência deste índice. No entanto, pesquisas^(3,13) destacam que devem ser sempre analisadas as condições do bebê ao nascer e a possibilidade de isso influenciar nas respostas maternas. No presente estudo, sobre as manifestações do bebê, este fato foi observado por meio do IRDI 3 e será abordado em seguida.

No contexto de reavaliação auditiva do bebê, supõe-se que a mãe poderá estar preocupada com relação ao reteste da TAN e, muitas vezes, não vai conseguir dedicar-se a descobrir quando o choro de seu bebê pode ser sinal de dor, fome ou

sono e não conseguirá, perceber as manifestações que o bebê emite, ocasionando a ausência do IRDI 1 neste contexto.

Em se tratando de atitudes maternas, o enfrentamento de dificuldades neste período de reavaliações auditivas do bebê na TAN, pode ser vivenciado pelas mães de diversas formas. Frente a isso, Rangel, Ferrite e Bregow (2011)²³ verificaram que muitas mães que passam pelo processo de reavaliação auditiva não comparecem para o reteste do bebê na TAN, devido a falta de interesse da família em concluir as avaliações auditivas do neonato. Neste mesmo contexto, Tochetto e Petry (2008)²⁴ ressaltam que 76% das mães que realizam a TAN em seus bebês, negaram a possibilidade do filho apresentar DA. No entanto, em ambas as pesquisas as autoras destacam que como a DA não é um distúrbio aparente, muitos pais acabam negando ou até mesmo não dando importância a possibilidade de sua existência no período neonatal.

Seguindo a análise estatística, as mães e seus bebês que não passaram na TAN, apresentaram ausentes o IRDI 2 (a mãe fala com a criança em um estilo particularmente dirigido a ela - manhês) com maior frequência do que entre as díades cujos bebês haviam passado na TAN (Tabela 1). A forma como emerge ou não, o manhês dirá da relação da díade mãe-bebê. Além disso, Flores (2012)²⁵ afirma que tal associação, depende da posição materna em sentir prazer na relação e contato com a criança.

Nos achados do atual estudo, a situação de reavaliação da TAN pode tornar a mãe mais silenciosa nas trocas interativas com seu bebê. No período entre a primeira TAN e retorno para novas avaliações auditivas do bebê, as mães podem adotar uma postura menos participativa no diálogo em função da ansiedade advinda

do resultado falha, apresentando dificuldades em desfrutar da interação com seu bebê tendo em vista a dúvida se ele ouve ou não. Portanto, estes bebês podem não estarem sendo convocados pelo manhês.

De acordo com a literatura, a atitude dos pais na interação com seus bebês poderá sofrer alterações conforme o resultado da avaliação auditiva do neonato. Os resultados da TAN foram considerados confiáveis para 73,12% dos pais cujos filhos apresentaram resultado passa e para 38,19% dos pais de crianças que não apresentaram respostas esperadas⁽²⁶⁾. Frente a este contexto, o estudo de Ribeiro (2009)¹¹ teve com objetivo analisar a vivência de pais durante o período compreendido entre a suspeita de deficiência auditiva nos filhos e a conclusão do diagnóstico, a partir dos relatos de suas experiências com Programas de TAN. Nesse sentido, a autora ressalta que o resultado falha na TAN não deixa de ser uma interferência no processo da construção do vínculo mãe-bebê.

Neste momento, como o bebê ainda não está apto a ocupar seu lugar no diálogo, a mãe assume, alternadamente, as duas posições: ela interpreta a vocalização do bebê e fala por ele⁽²⁷⁾. E quando isto não ocorre, poderá surgir repercussões importantes na protoconversa inicial entre mãe e bebê e, como consequência, no processo de aquisição da linguagem.

No entanto, nota-se que o IRDI 3 esteve presente na maioria dos bebês (Tabela 1), ou seja, a pesquisadora buscou investigar se o bebê se engajava na protoconversa e se buscava ativamente tal participação, o que está diretamente relacionado a apetência simbólica⁽⁵⁾. Portanto, nos casos em que as mães não conseguiam conversar com seus filhos de modo sintonizado, a pesquisadora procurou fazer isso e analisar tal resposta.

Este fato permitiu observar que a grande maioria dos bebês da amostra aqui analisada eram capazes de responder e reagir ao manhês. Em outras pesquisas, este índice também chama a atenção, sendo o que menos teve alteração, ou seja, os bebês reagem ao manhês produzido pelo examinador (IRDI 3), demonstrando que, a alteração dos IRDIS podem estar relacionados diretamente a iniciativas maternas^(3,13,17).

Seguindo a análise estatística, houve ausência do IRDI 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação) entre as mães de bebês com falha na TAN com maior frequência do que entre as díades cujos bebês haviam passado na TAN (Tabela 1). Na análise da interação mãe-bebê, este indicador evidencia que entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, haja um intervalo diante do qual venha surgir a resposta da criança^(15,16).

Frente a isso, no contexto dessa pesquisa, na dúvida sobre a audição do neonato as mães podem não conseguir propor algo ao seu bebê, de modo verbal ou não, ou também apresentar dificuldade em esperar o tempo de resposta ao bebê. O que demonstra que a ausência do IRDI 4 afeta a troca de turnos, elemento essencial para a geração do diálogo⁽³⁾.

Em 2000, Yoshinaga-Itano e Hergils⁽²⁸⁾ estudaram os sentimentos desencadeados nos pais pela falha na TAN. Os autores relatam que os sentimentos mais comuns foram: estado de choque (42%), ansiedade (52%) e confusão (42%). Portanto, esta vivência pode desencadear sentimentos negativos na mãe e conseqüentemente pode ter efeito sobre a relação entre mãe e bebê, resultando em ausência do IRDI 4.

Frente aos sentimentos maternos desencadeados no período entre as reavaliações auditivas do bebê, na atual pesquisa, outro fator que se associou estatisticamente com o reteste da TAN foi a presença de ansiedade materna (Tabela 2). As mães em que seus bebês passaram na TAN apresentaram nível de ansiedade mínimo, já as mães em que os bebês não passaram na TAN demonstraram níveis de ansiedade entre leve e moderado.

Nesse contexto, existem evidências que comprovam que ocorre um efeito negativo sobre a qualidade de vínculo mãe/bebê⁽³⁾, inclusive de repercussões emocionais dos quadros de ansiedade materna, tanto na mulher⁽⁸⁾, como no desenvolvimento da linguagem na criança⁽¹⁴⁾. Isto pode ocorrer no momento do reteste da TAN, que coincide com o período em que os pais estão buscando suas identidades e o novo papel que irão desempenhar na estrutura familiar com a chegada do novo membro.

Além disso, as emoções estão focalizadas no estabelecimento do vínculo entre os pais e a criança⁽⁷⁾. E quando ocorre a falha na TAN, a mãe pode vivenciar um período que potencializa a ansiedade, pois o bebê precisa realizar novos exames audiológicos para a confirmação ou não do diagnóstico de deficiência auditiva.

Frente a isso, nos últimos anos, alguns pesquisadores têm se voltado para o estudo das atitudes dos familiares diante da TAN. Estudos destacam que dentre os principais empecilhos para o sucesso dos programas de TAN estão à falta de informação dos pais e a ansiedade desencadeada nas mães pela situação de seu filho estar sendo testado⁽²⁴⁾. Mahl *et. al.* (2013)²⁹ verificaram que existe tal associação por que ocorre o predomínio de reações negativas frente à testagem do

bebê quando as mães não sabem o que significa a TAN e neste contexto os sentimentos mais frequentes são a ansiedade (50%), a preocupação (18,29%) e medo (13,41%) em relação a saúde auditiva do bebê na sua primeira avaliação da TAN.

No presente estudo, um aspecto que pode ter contribuído para a ansiedade materna foi que a maioria dos bebês que apresentaram resultado falha na primeira etapa da TAN apresentaram alguma intercorrência ao nascer, tais como: infecções congênitas (rubéola ou sífilis) e/ou permaneceram na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI-NEO). No período neonatal todas estas intercorrências podem originar alterações do desenvolvimento infantil, inclusive são importantes fatores de risco para a ocorrência da deficiência auditiva⁽³⁰⁾. Além disso, a vulnerabilidade biológica dos recém nascidos agrava a dificuldade de adaptação dos pais⁽⁷⁾, pois, logo após o nascimento a maioria dos neonatos são encaminhados para a UTI, onde, muitas vezes o contato com a mãe torna-se restrito e a separação pode potencializar dificuldades emocionais maternas e a instalação de quadros ansiosos ou depressivos.

Além disso, observa-se também a relação entre os IRDIS nos casos específicos de ansiedade materna em que o bebê não passou na TAN (tabela 3). Nesse contexto, estiveram ausentes o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particular) e o IRDI 5 (há trocas de olhares entre a criança e a mãe).

No IRDI 2 foi analisado a interação entre a mãe e a criança em termos de sintonia, não só se a mãe falava em manhês, mas se sua fala era sintonizada às produções do bebê. Este fato ocorreu em análises realizadas em pesquisas anteriores em que também foram utilizados os IRDIS^(3,13,17).

Para Beltrami, Moraes e Souza (2013)³ a ansiedade materna reflete em dificuldades no investimento no dialógico com o bebê, pela ausência de um estilo de linguagem particular dirigido ao filho. No contexto do resultado falha do bebê na TAN, a mãe ansiosa pode acabar perdendo o foco na comunicação com o bebê, apresentando pouco interesse nas produções lingüísticas da criança ou até mesmo não conseguindo agir de forma sintonizada devido a este estado emocional alterado, somado ao cenário de reavaliação auditiva da TAN, resultando na alteração do IRDI 2.

Além disto, as mães ansiosas em que seus bebês não passaram na TAN, apresentaram ausentes o IRDI 5 (Tabela 3). Frente a este resultado, sugere-se que no contexto do reteste da TAN, o impacto da ansiedade materna pode refletir-se em um impedimento da mãe sentir prazer em olhar para o seu bebê (alteração do IRDI 5). Além da voz materna, a relação primordial mãe-bebê se dá de forma multimodal, a partir dos canais sensoriais, como o olhar, o qual contribui para o jogo relacional entre a mãe e o bebê⁽⁵⁾. O olhar da mãe consiste em permitir que o bebê, por volta dos seis meses de vida, reconheça sua própria imagem e consiga espelhar-se nas emoções presentes nesta voz e olhar para se organizar⁽²⁾.

Frente a isso, sugere-se que em contextos onde a mãe encontra-se com níveis de ansiedade alterados, pode haver dificuldades da mesma sustentar a interação com seu bebê. A mãe pode estar menos sensível aos sinais da criança e principalmente ter dificuldade de responder a eles, o que ocasiona a alteração deste índice.

No entanto, a depressão não houve diferença com relação ao reteste da TAN (Tabela 4). Uma possível justificativa para este fato é que as mães dos bebês não

apresentaram dificuldades na experiência da maternidade, em ambos os grupos, no GC (64, 76,2%) e no GE (60, 70,6%). Além disso, outro elemento interessante parece auxiliar para a ausência da depressão materna, pois a maior parte das mães tinham um rede de apoio social significativa e possuíam companheiro.

Já em relação aos IRDIS nos casos de presença de depressão materna em que o bebê não passou na TAN, estiveram ausentes o IRDI 4 e o IRDI 5 (Tabela 5). O IRDI 4 permite uma avaliação da interação inicial da mãe e do bebê, no entanto, depende diretamente de iniciativas maternas⁽²⁵⁾. Dessa forma, as mães com níveis de depressão alterado podem estar apresentando dificuldades em propor algo ao bebê. Soma-se a este fato, o contexto do reteste da TAN, o que pode refletir em uma falta de investimento na interação por parte da mãe.

Frente a isso, o estudo de Crestani *et. al.* (2012)¹⁴ comprovou que existe relação entre a experiência materna depressiva e o tipo de diálogo mãe-filho. As autoras concluíram que mães deprimidas são menos engajadas na comunicação com seus bebês devido a seus comportamentos apáticos, quietos ou afastados, pois, o estado emocional materno impede que o diálogo se dê de modo mais fluente e muitas vezes pode ocorrer uma falta de investimento total da mãe na comunicação com o bebê/criança.

Em seqüência, as mães acometidas de depressão apresentaram ausentes o IRDI 5 na análise da interação da díade durante os momentos de protoconversa ou trocas silenciosas (Tabela 5). No contexto da depressão materna, as mães depressivas podem estar temporariamente impossibilitadas de se conectarem com o seu bebê, sendo menos sensitivas aos sinais de seu filho, tornando-se apáticas e

sem manejo com a criança, podendo até mesmo apresentar um olhar não responsivo⁽⁷⁾.

Dessa maneira, a depressão vivenciada pelas mães pode dificultar o ajustamento e a habilidade materna em perceber as necessidades em relação ao bebê. Nesse contexto, bebês de mães deprimidas demonstram aversão ao olhar e menor orientação da cabeça em direção a mãe⁽¹²⁾. Toda esta situação pode contribuir para a ausência do IRDI 5 na interação da díade. Logo, as bruscas mudanças de humor das mães e a repetição deste comportamento, podem tornarem-se fatores de risco para o desenvolvimento saudável do bebê.

CONCLUSÃO

A análise do estudo realizado apontou que há maior proporção de bebês com IRDIS alterados, quando o mesmo apresentou resultado "falha" na primeira etapa de avaliação da TAN. Portanto, a circunstância do reteste da TAN pode torna-se um fator de risco ao desenvolvimento infantil, visualizado por meio dos IRDIS. Cabe destacar que dos cinco IRDIS estudados, os IRDIS 1, 2 e 4 se relacionam diretamente as iniciativas da mãe e foram os mais ausentes nesta população.

Frente a isso, estes resultados sugerem a inserção de políticas públicas de acompanhamento psicológico pós-natal da saúde materno infantil desde etapas precoces, inclusive em Programas de TAN. Por isso, este trabalho sugere novas medidas no modo de organização do acompanhamento, da prevenção e do suporte psicológico especialmente quando for verificado indícios de possíveis problemas na relação entre mãe e bebê no contexto da TAN.

Ainda que os dados do presente estudo possibilitem comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, bem como, analisar os riscos ao desenvolvimento infantil, a aplicação dos IRDIS em uma única fase (0-4 meses do bebê) impede a investigação do processo de forma mais ampla. Frente a isso, sugere-se que pesquisas futuras realizem estudos longitudinais, acompanhando pais e bebês até a finalização do processo de identificação da deficiência auditiva. Almeja-se também que as conclusões aqui expostas possam estimular pesquisas futuras, bem como fornecer subsídios aos profissionais que atuam diante destas situações.

REFERÊNCIAS

1. Kupfer, MCM.; Voltolini, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Rev Psic Teor e Pesq.* 2005;21(3):359-64.
2. Jerusalinsky, A. Para compreender a criança: chaves psicanalíticas. São Paulo: Instituto Langage: 2011.
3. Beltrami, L.; Moraes, AH.; Souza, APR. Ansiedade Materna Puerperal e Risco para o Desenvolvimento Infantil. *Revista Distúrb. Comun.* 2013;25(2):229-39.
4. Crestani, AH.; Mattana, F.; Moraes, AHB.; Souza, APR. Fatores Socioeconômicos, Obstétricos, Demográficos e Psicossociais como Risco ao Desenvolvimento Infantil. *Revista CEFAC.* 2013;15(4):847-56.
5. Laznik, MC.; Parlatto-Oliveira, E. Em busca da Melodia. *Rev Mente e Cérebro,* São Paulo: Duetto Editorial. 2010;2:56-61.
6. Mahdhaoui, A.; Chetouani, M.; Cassel, RS.; Saint-Georges, C.; Parlato-Oliveira, E.; Laznik, M.C.; Apicella, F.; Muratori, F.; Maestro, S.; Cohen, D. Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2011;20(1):6-18.
7. Brum, EHM.; Schermann, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc Saúde coletiva.* 2004;9(2):457-67.
8. Lordelo, ER.; França, CB.; Lopes, LMS.; Dacal, MPO.; Carvalho, CS.; Guirra, RC.; Chalub, AA. Investimento parental e desenvolvimento da criança. *Estudos de Psicologia.* 2006;11(3):257-64
9. Gatto, CI.; Tochetto, TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Rev. CEFAC.* 2007; 9(1): 110-15.
10. Lewis, DR.; Marone, SAM.; Mendes, BCA.; Cruz, OLM., Nóbrega, M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva – COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010;76(1):121-8.

11. Ribeiro, FG. Da Triagem Auditiva Neonatal ao Diagnóstico: os pais diante da suspeita da deficiência auditiva no filho. [dissertação]. São Paulo, 2005. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.
12. Solé, MCP. O Sujeito Surdo e a Psicanálise. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.
13. Carlesso, JP.; Souza, APR. Dialogia Mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. Revista CEFAC. 2011;13(6):1119-26.
14. Crestani, AH.; Rosa, FFM.; Souza, AP.; Pretto, J.; Moro, MP.; Dias, L. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. Revista CEFAC. 2012;14(2):350-60.
15. Kupfer, MCM. Relatório Científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7, 2008.
16. Kupfer, MCM.; Voltolini, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. Rev Psic Teor e Pesq. 2005;21(3):359-64.
17. Crestani, AH. Produção Inicial de Fala, Risco ao Desenvolvimento Infantil e Variáveis Socioeconômicas, Demográficas, Psicossociais e Obstétricas. Santa Maria, 2011. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana). Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, 2011.
18. Gil, AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa, 4.ed. São Paulo: 2002.
19. Grupo de pesquisa em infância, desenvolvimento e psicopatologia; núcleo de infância e família (NUDIF). Entrevista sobre a Experiência da Maternidade. Manuscrito não- publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS, 2003.
20. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
21. Kotz S, Johnson NL. Encyclopedia of statistical sciences. New York: John Wiley & Sons; 1983.

22. Moreira, MA. Fundamentos do sensoriamento remoto e metodologias de aplicação. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais- INPE. São José dos Campos, 1 Ed. 310 p, 2001.
23. Rangel SB, Ferrite S, Begrow DDV. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a triagem auditiva neonatal. Rev Baiana Saúde Pública. 2011;35(4):948-65.
24. Tochetto TM, Petry T, Gonçalves MS, Silva ML, Pedroso FS. Sentimentos manifestados por mães frente à triagem auditiva neonatal. Revista CEFAC. 2010;10(4):566-71.
25. Flores, MR; Beltrami, L.; Souza, APR. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. Distúrb Comun. 2011;23(2):143-52.
26. Zhao PJ, Shen XM, Xu ZM, Wu SH, Jin CH, Jiang F. The parents' opinions on screening program regarding newborn hearing. Shanghai Children's Medical Center, Xinhua Hospital, Shanghai Second Medical University. 2003;24(7):608-10.
27. Catão, I. O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2009.
28. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early – and later – identified children with hearing loss. Pediatrics. 1998;102(5):1161-71.
29. Mahl, FD.; Mattiazzi, A. Angst, OV.; Kessler, TM.; Biaggio, EPV. Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal. O Mundo da Saúde. 2013;37(3):35-43.
30. Joint Committee on Infant Hearing JCIH. Year 2007 Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2007;120(4):898-921.

4 ARTIGO 2 - FATORES SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS COMO RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM BEBÊS QUE FALHARAM NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL²

Resumo

Objetivo: analisar a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com índices de risco ao desenvolvimento infantil em bebês com idade de zero a quatro meses incompletos que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da Triagem Auditiva Neonatal (TAN). **Método:** A amostra foi composta por 85 bebês que realizaram TAN em um Hospital Universitário de referência no interior do Rio Grande do Sul e que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN e suas respectivas mães. A coleta de dados ocorreu por meio da análise da interação mãe/bebê feita com base na primeira fase dos Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS) e de uma entrevista que investigou aspectos socioeconômicos, demográficos, obstétricos e psicossociais. Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica e posteriormente convertidos para o *Software Statistical Package for Social Science* 15.0 (SPSS). Realizou-se a análise de regressão logística múltipla, com nível de significância de 10%. **Resultados:** Os fatores de risco ao desenvolvimento infantil para o período entre zero e quatro meses do bebê foram a escolaridade materna, o planejamento da gestação e idade gestacional para o IRDI 1, 2 e 4. Para o IRDI 5, os fatores de risco foram o estado civil da mãe e a idade gestacional. **Conclusão:** A pesquisa demonstrou que condições socioeconômicas, obstétricas e demográficas podem oferecer riscos ao desenvolvimento infantil no contexto do reteste da TAN. Frente a isso, sugere-se a inserção de políticas públicas de acompanhamento psicológico pós-natal da saúde materno infantil desde etapas precoces, inclusive em Programas de TAN.

Descritores: Audição, Desenvolvimento Infantil, Fatores de Risco, Fatores Socioeconômicos, Linguagem, Triagem Neonatal.

² Artigo elaborado para publicação na Revista Saúde e Sociedade.

SOCIOECONOMIC, DEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC FACTORS AS RISK TO CHILD DEVELOPMENT IN BABIES WHO FAILED IN THE NEONATAL HEARING SCREENING

Abstract

Purpose: analyze the association between obstetric, demographic, socioeconomic factors and maternal psychosocial with the presence / absence of risk to child development at the ages of zero to four incomplete months of babies who presented "fail" result in the first stage of Neonatal Hearing Screening (NHS). **Method:** The sample consisted of 85 babies aged zero to four incomplete months of age, who performed the NHS in a University Hospital reference in the interior of Rio Grande do Sul and showed results that "fail" in the first stage of the NHS and their mothers. Data collection occurred through analysis of the mother/baby interaction made based on the first phase of protocol of Indicators of Risk in Child Development (IRDI) and an interview that investigated socioeconomic, demographic, obstetric and psychosocial aspects. Data were organized in an electronic spreadsheet and then converted to software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS). It was performed the analysis of multiple logistic regression with a significance level of 10%. **Results:** The significant risk factors for the first phase of IRDI (0-4 months) were maternal schooling (OR=3,161), the planning of pregnancy (6,024) and gestational age (OR=16,914) for the IRDI 1, 2 and 4. To the IRDI 5, the risk factors were marital status of the mother (OR=10,89) and gestational age (OR=5,772). **Conclusion:** Research has shown that socioeconomic, demographic and obstetric conditions may pose risks to child development in the context of the NHS retest. Faced with this, it is suggested the inclusion of postnatal psychological monitoring of maternal and child health public policies since the early stages, including NHS Programs.

Keywords: Hearing; Child Development; Risk Factors; Socioeconomic Factors; Language; Neonatal Screening.

INTRODUÇÃO

No ambiente familiar, paradoxalmente, a criança pode receber proteção ou conviver com riscos para seu desenvolvimento (Andrade et. al., 2005). Ou seja, o ambiente em que o bebê vive pode favorecer ou dificultar seu desenvolvimento, já que durante os três primeiros anos de vida, ocorrem grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social da criança (Cid; Matsukura; Silva, 2007), bem como, na aquisição da linguagem, essencial para o desenvolvimento global do bebê (Jerusalinsky, 2011; Crestani, 2012; Crestani *et. al.*; 2013).

Frente a isso, alguns estudos mais recentes, vêm argumentando sobre a interação do fator biológico e ambiental como agentes de risco potencializadores nos efeitos ao desenvolvimento infantil (Halpern; Figueiras, 2004). Em revisão teórica realizada por Oliveira, Flores e Ramos (2011), as autoras evidenciaram que existe uma inter-relação entre o risco biológico e o ambiental, que deve ser entendido como uma variável moderadora, que pode interferir e modificar o desfecho do desenvolvimento de uma criança. Neste sentido, as autoras concluem que torna-se necessário compreender os múltiplos fatores que envolvem o desenvolvimento infantil, investigando os que se relacionam especificamente à criança, assim como, aqueles que se relacionam ao ambiente, para proporcionar um melhor prognóstico para o desenvolvimento global da criança, principalmente nos primeiros anos de vida.

Assim, percebe-se o quanto as questões socioeconômicas, obstétricas e demográficas podem agir como fatores protetivos ou de riscos ao desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida. Sendo que muitas vezes surgem como aspectos subjacentes as questões ambientais e biológicas dos bebês (Fraga *et. al.*, 2000; Klein; Linhares, 2006; Ferriolli, Marturano; Puntel, 2007).

Alem disso, durante o período pós-natal, o bebê precisa passar por uma série de avaliações clínicas da sua saúde e a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) está inserida neste contexto de avaliações realizadas. Nesta ocasião, pode ocorrer a identificação da suspeita de deficiência auditiva (DA), por meio da TAN, realizada nas primeiras semanas após o nascimento do neonato. Frente a este fato, no contexto dos Programas de TAN, as particularidades do perfil materno, como a idade, o nível de escolaridade, estado civil, estado emocional materno, suporte social e número de filhos são muitas vezes apontados como determinantes para a busca de auxílio durante a gestação e podem influenciar no modo como a mulher compromete-se com o desenvolvimento e saúde de seu bebê depois do parto (Rangel; Ferrite; Begrow, 2011), momento em que ocorre a TAN.

Os fatores socioeconômicos (renda familiar, escolaridade e profissão), demográficos (idade, estado civil e número de filhos) e obstétricos (idade gestacional, tipo de parto, planejamento da gestação e intercorrências com o recém-nascido) devem sempre ser levados em consideração, pois os Programas de TAN precisam ser voltados de forma específica para diferentes realidades, com o intuito de maior sensibilização e acolhimento dessas mães. Dessa maneira, poderá ocorrer maior efetividade e adesão ao serviço de TAN e, conseqüentemente, um melhor prognóstico para o desenvolvimento dos bebês (Lima *et. al.*; 2008).

No Programa da TAN, dois resultados podem ocorrer com relação a audição do bebê: 1) passa na TAN: o bebê apresenta audição normal, 2) falha na TAN: a suspeita pode ser confirmada e o bebê é submetido, em até trinta dias, para uma reavaliação de sua audição. (Lewis *et. al.*, 2010). A partir do resultado "falha" na primeira etapa do Programa de TAN, os pais podem questionar se seu filho é ou não deficiente auditivo (Ribeiro, 2009).

Neste contexto, a identificação de suspeita de DA, por meio da TAN, poderá comprometer as expectativas vivenciadas pelos pais, caso o bebê apresente um resultado de "falha", indicando esta suspeita. Por isso, este fato, também deve ser levado em consideração na primeira etapa da TAN, pois o cuidado materno tem grande importância no desenvolvimento dos vínculos emocionais do bebê. Neste momento inicial, o processo de comunicação entre a díade mãe-bebê está sendo estabelecido e uma ruptura relacional, nos primeiros meses de vida, pode colocar em risco o desenvolvimento afetivo, social e de linguagem da criança (Klaus; Kennel; Klaus, 2000; Jerusalinsky, 2011; Beltrami; Moraes; Souza, 2013; Crestani, *et. al.*, 2013).

Em relação a este aspecto, Kupfer (2008) realizou uma pesquisa, por meio da qual pôde verificar índices de risco capazes de predispor fatores de risco ao desenvolvimento infantil. Os Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIS) buscam avaliar bebês de zero a 18 meses, para analisar o curso de seu desenvolvimento, este conjunto de índices, cuja ausência pode indicar uma perturbação do curso evolutivo, não possui um caráter de previsão e sim de tendência (Kupfer; Voltolini, 2005).

Atualmente alguns estudos têm demonstrado que os IRDIS têm potencial de detectar risco ao desenvolvimento como um todo, inclusive para a linguagem. Em relação às quatro fases que compõe os IRDIS (0-4 meses, 4-8 meses, 8-12 meses e 12-18 meses), o estudo longitudinal de Crestani (2012) comprovou que a primeira fase dos IRDIS que compreendem o período entre zero a quatro meses de idade do bebê, tornou-se a mais sensível para captar

um atraso na aquisição da linguagem. Além disso, a autora destaca que os IRDIS desta primeira fase foram os que mais apresentaram ausência em bebês de risco, quando os mesmos foram reavaliados entre 12-18 meses de idade. O que confirma a importância do fator ambiental em que o bebê vive, que implica a relação inicial mãe-filho como facilitadora da aquisição da linguagem, destacada por diversos estudos (Carlesso, 2011; Beltrami, 2011; Flores *et. al.*, 2011; Flores, 2012).

Sendo assim, com o intuito de favorecer uma reflexão sobre o resultado “falha” na primeira etapa da TAN, considerando os fatores ambientais do bebê, na fase entre 0-4 meses do bebê (primeira fase dos IRDIS) é que se elaborou o presente estudo. Dessa forma, tem-se como objetivo investigar a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa de idade de zero a quatro meses de bebês que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN.

MÉTODOS

Para a execução deste trabalho, foram seguidas as normas éticas e obrigatórias para pesquisas em seres humanos (Resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde) sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade no qual este estudo foi realizado e em seguida foi registrado no protocolo de número 06291712.0.0000.5346. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos e, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinaram o mesmo.

Quanto ao delineamento, esta pesquisa é do tipo quantitativa, de caráter transversal e descritivo, visando descobrir a existência de associações entre variáveis (Gil, 2002). Dentre elas, os IRDIS da primeira fase de 0-4 meses do bebê e as variáveis obstétricas, socioeconômicas, demográficas e psicossociais maternas. Em relação aos critérios de inclusão, a amostra desta pesquisa foi composta por 85 bebês com idade de zero a quatro meses incompletos, que realizaram a TAN em um Hospital Universitário de referência no interior do Rio Grande do Sul e que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN e suas respectivas mães. Sendo assim, foram excluídos da pesquisa os bebês que apresentaram resultado "passa" na primeira etapa da TAN e que nasceram com malformações ou síndromes visíveis, pois tais questões poderiam modificar a relação entre a díade e influenciar na alteração dos IRDIS.

Ressalta-se que o Programa de TAN onde ocorreu a coleta de dados desta pesquisa, traça o perfil de todas as famílias que comparecem para a triagem auditiva, por meio da aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas para investigar os fatores que podem interferir na saúde materno-infantil. Neste sentido, o questionário continha as seguintes informações maternas tais como: variáveis socioeconômicas (renda familiar, escolaridade, ocupação), demográficas (idade, estado civil, número de filhos), obstétricas (número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, peso do bebê, intercorrências com o recém nascido, idade gestacional, tipo de aleitamento) e psicossociais (suporte social, histórico de doença mental na família e experiência da maternidade).

Em seguida, após o término da entrevista inicial, foram observados os IRDIS para a avaliação da interação entre a mãe e o bebê (Kupfer, 2008). Em seu método, os índices dos IRDIS prevêem um acompanhamento longitudinal de bebês nos períodos correspondentes a quatro fases: zero a quatro meses incompletos de idade, quatro a oito meses incompletos de idade, oito a 12 meses incompletos de idade e 12 meses a 18 meses incompletos de idade.

Para este estudo foram avaliados apenas os cinco primeiros IRDIS, pois, todos os bebês estavam na faixa de idade de zero a quatro meses incompletos. Os IRDIS correspondentes a esta fase são: 1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2- A mãe fala com a criança em um estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3- A criança reage ao manhês. 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação. 5- Há troca de olhares entre a criança e a mãe. Além de tal observação, foi feita uma filmagem de 10 minutos com o intuito de outro examinador experiente em desenvolvimento e linguagem infantil julgar os IRDIS. Sendo assim, buscou-se analisar a concordância as atribuições destes dois juízes. Para tanto, fez-se um estudo estatístico onde se utilizou o teste de concordância de Kappa. O Coeficiente Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação (Kotz; Johnson, 1983).

Analisando os valores de Kappa, conforme Moreira (2001), a concordância entre os avaliadores foi considerada de "muito bom" a "excelente" para todos os itens avaliados. Desta forma, conclui-se que os juízes concordaram em relação as respostas dadas para os IRDIS. No entanto, nota-se que os IRDIS 3 e 5 foram os que mais apresentaram desacordos entre a pesquisadora e a avaliadora. Quando este fato ocorreu, no momento da análise o resultado

computado foi o da avaliadora, devido a sua maior experiência em desenvolvimento e linguagem infantil.

Os dados referentes ao presente estudo foram organizados em categorias de respostas que foram processadas e analisadas de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007). Dessa forma, o banco de dados geral desta pesquisa foi composto de fatores obstétricos (número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, peso do bebê, intercorrências com o recém nascido, idade gestacional, tipo de aleitamento), demográficos (idade, estado civil, número de filhos), socioeconômicos (renda familiar, escolaridade, ocupação), psicossociais (suporte social, histórico de doença mental na família e experiência da maternidade) e pelos IRDIS avaliados por meio da interação entre as díades mãe-bebê.

Posteriormente estes dados foram analisados em um programa específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o *Software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS)*. Realizou-se a análise de regressão logística múltipla para cada um dos cinco primeiros índices, compreendidos entre zero e quatro meses do bebê, que identificam os fatores de risco para alterações nos IRDIS.

Foi realizado, inicialmente, o teste não-paramétrico de associação do Qui-Quadrado no qual as variáveis que obtiveram o valor de $p \leq 0,25$ entraram na testagem do modelo múltiplo da análise de regressão logística. Neste modelo múltiplo, as variáveis que não alcançaram o p valor menor ou igual a 0,10 foram retiradas do modelo e o programa era novamente processado. As variáveis que permaneceram no modelo final foram as estatisticamente significantes com nível de significância de 10%, a fim de identificar os fatores de risco obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais das díades para a ocorrência de alterações nos IRDIS nos cinco índices da primeira fase. Optou-se por um índice de significância de 10% em função do tamanho da amostra e das demandas para a análise multifatorial.

RESULTADOS

Objetivando facilitar a visualização dos resultados da análise estatística, optou-se por apresentar o modelo de regressão logística referente ao IRDI 1, IRDI 2 e IRDI 4 pois tais IRDIS foram influenciados pelas mesmas variáveis (Tabela 1).

Em relação ao IRDI 3 (A criança reage ao manhês) destaca-se que este índice não apresentou relação estatística significativa, pois esteve presente na maioria dos bebês da

amostra estudada. Para a avaliação deste índice a pesquisadora buscou investigar se o bebê se engajava na protoconversaço e se buscava ativamente tal participaço. Portanto, foram computados os índices conforme este fato. Nas situaçoes em que as mães não conseguiam conversar com seus filhos de modo sintonizado, a pesquisadora procurou fazer isso e analisar tal resposta. Este fato permitiu observar que a maioria os bebês da amostra aqui analisada eram capazes de responder e reagir ao manhês. Por isso, o IRDI 3 teve pouca variabilidade e ficou fora do modelo de regressão logística.

Na tabela abaixo são demonstradas as frequências, os percentuais, as razões de risco (OR) com os respectivos intervalos de confiança (IC) para as faixas das variáveis (fatores de risco) que foram significativas no modelo de regressão logística múltipla para a fase de zero a quatro meses de idade dos bebês (primeira fase dos IRDIS) (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis obstétricas e socioeconômicas em relação aos IRDIS 1, 2 e 4

Variáveis (Fatores de Risco)	IRDIS 1, 2 e 4		OR Ajustado	IC 90%	Valor de p
	Ausente (%)	Presente (%)			
Escolaridade Materna					
Ensino Médio ou Superior	18 (34,0%)	35 (66,0%)	3,161	1,154 - 8,662	0,060*
Ensino Fundamental	19 (59,4%)	13 (40,6%)			
Planejamento da Gestação					
Sim	8 (18,6%)	35 (81,4%)	6,024	2,269 – 15,994	0,002*
Não	29 (69,0%)	13 (31,0%)			
Idade Gestacional					
Termo	16 (26,2%)	45 (73,8%)	16,914	4,811 – 59,463	0,001*
Prematuro	21 (87,5%)	3 (12,5%)			

Legenda: IRDI: Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; Ausente: IRDI alterado; Presente: IRDI não alterado; OR: razão de riscos; IC: intervalo de confiança; * Significativo pela análise de regressão logística, com nível de significância de 10%.

Da mesma forma que a tabela anterior, foram identificadas as frequências, os percentuais, as razões de risco (OR) com os respectivos intervalos de confiança (IC) para as faixas das variáveis (fatores de risco) que tornaram-se significativas no modelo de regressão logística múltipla referentes ao IRDI 5 (Há trocas de olhares entre a criança e a mãe).

Tabela 2 – Variáveis demográficas e obstétricas em relação ao IRDI 5

Variáveis (Fatores de Risco)	IRDI 5		OR Ajustado	IC90%	Valor de p
	Ausente (%)	Presente (%)			

Estado Civil da Mãe						
Casada	9 (11,5%)	69 (88,5%)				
Solteira	4 (57,1%)	3 (42,9%)	10,89	2,344 - 48,746	0,010*	
Idade Gestacional						
Termo	5 (8,2%)	56 (91,8%)				
Prematuro	8 (33,3%)	16 (66,7%)	5,772	1,865 - 17,870	0,011*	

Legenda: IRDI: Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; Ausente: IRDI alterado; Presente: IRDI não alterado; OR: razão de riscos; IC: intervalo de confiança; * Significativo pela análise de regressão logística, com nível de significância de 10%.

DISCUSSÃO

O modelo de regressão logística identificou como fatores de risco para alteração dos IRDIS 1, 2 e 4 as seguintes variáveis maternas: escolaridade, planejamento da gestação e idade gestacional (Tabela 1). Em relação a variável socioeconômica escolaridade, foi considerado risco ao desenvolvimento infantil a mãe ter menor nível de escolarização, definido como ensino fundamental. O fator descrito, sugere que mães com este nível de escolaridade apresentam duas vezes mais chance de ter uma criança, na etapa de zero a quatro meses, com risco ao desenvolvimento infantil em relação a mães que possuem o ensino médio ou superior. Os dados indicam que as mães com ensino fundamental (19, 59,4%) apresentaram ausentes os IRDI 1, 2 e 4 (Tabela 1).

O IRDI 1 foi observado a partir da situação em que a mãe supõe que o bebê queira algo e se ela consegue interpretar essa demanda, ou seja, a mãe precisa atribuir sentido ao que o bebê manifesta por meio do preenchimento de turno no lugar do bebê (Kupfer, 2008). Frente a isso, sugere-se que no âmbito de menor nível de escolarização, a mãe não consegue supor ou antecipar algo que o bebê queira e atribuir a isso uma interpretação possível. Neste contexto, a mãe pode não reconhecer as demandas do bebê como direcionadas a ela e acaba não se colocando em posição de responder ao filho e como consequência, não consegue traduzir em palavras as ações do bebê. Este fato pode justificar também a alteração do IRDI 2 e 4, que analisam se a mãe fala com o bebê num estilo particularmente dirigido e se propõe algo ao bebê e aguarda sua reação. Estes índices investigam se a mãe interage com seu filho de uma maneira particular e em sintonia com as produções do bebê (Kupfer, 2008).

Sugere-se que na presente pesquisa, este dado socioeconômico demonstra que os bebês podem não ter a sua disposição, em geral, subsídios eficazes para a estimulação de suas habilidades e seu desenvolvimento global. No que se refere ao desenvolvimento infantil, Andrade *et. al.* (2005) ressaltam que o nível de escolaridade materna, medida em anos,

apresenta uma associação positiva à melhor organização do ambiente físico, maior oportunidade de variação na estimulação diária, com disponibilidade de jogos apropriados para a criança, envolvimento verbal e emocional da mãe em relação a criança.

Como os primeiros recursos comunicativos são estabelecidos com a mãe (ou cuidador), estudos demonstram que o maior nível de escolaridade materna torna-se um fator que está diretamente relacionado a uma maior variedade de estimulação e interação entre díades mãe-filho (Holditch - Davis; Bartlett; Belyea, 2000; Cho; Holditch-Davis; Belyea, 2004; Ribas; Moura, 2007) e ainda, a um maior conhecimento sobre o desenvolvimento global do bebê (Hekavei; Oliveira, 2009).

Por isso, além da alteração nos IRDIS, a menor escolaridade materna no contexto do reteste da TAN pode refletir-se também nos cuidados com relação a saúde auditiva da criança. Frente a isso, os dados da presente pesquisa sugerem que as mães com menor grau de escolaridade podem ter mais dúvidas sobre o reteste devido ao seu baixo nível de instrução. Alguns estudos corroboram com este fato e indicam que a baixa escolaridade pode diminuir as oportunidades de aprendizagem relacionadas aos cuidados com a saúde e, também, ocasionar a não valorização de ações preventivas de doenças, tais como a TAN, retardando a procura por assistência médica e propiciando um agravamento na doença (Simão; Conto; Fujinaga, 2008; Lima *et.al.*, 2008).

Dessa maneira, outro aspecto a ser considerado refere-se ao baixo nível de escolarização materna que pode influenciar na adesão ou procura aos programas de TAN e podem interferir nas etapas posteriores como o diagnóstico e intervenção fonoaudiológica, quando necessário. Este torna-se um ponto importante a ser considerado no contexto do reteste da TAN, uma vez que, as mães com o perfil encontrado demandam orientações específicas quanto a esses aspectos, inclusive sobre alterações no desenvolvimento infantil e deficiência auditiva.

Seguindo a análise, a presente pesquisa aponta que mães que não planejam a gestação apresentam cinco vezes mais chance de ter uma criança, na etapa de zero a quatro meses, com risco ao desenvolvimento infantil em relação a mães que planejaram a gestação (Tabela 1). Os dados indicam que as mães que não haviam planejado a gestação (29, 69,0%) apresentaram ausentes os IRDI 1, 2 e 4.

Estes resultados corroboram com diversas pesquisas que apontam o planejamento da gestação como um fator de proteção para o desenvolvimento do bebê (Schwengber; Piccinini, 2003; Mendes; Galdeano, 2006). No entanto, em contextos onde não houve tal planejamento, existem possíveis relações entre estados depressivos maternos e alterações nos IRDIS. Por isso, constata-se que o não planejamento da gestação pode tornar-se uma variável obstétrica associada ao aparecimento da depressão no período puerperal e também, um fator de risco ao desenvolvimento infantil (Carlesso; Souza, 2011).

Nos achados do atual estudo, o não planejamento da gestação pode tornar as mães mais vulneráveis frente ao reteste auditivo de seu bebê. A possível alteração auditiva do neonato pode fazer ressurgir incertezas frente a não aceitação da gravidez, deixando-as sensibilizadas em relação a saúde e interação com o seu bebê. Dessa maneira, este antecedente obstétrico pode refletir-se na interação inicial entre a díade mãe/bebê, no período onde o neonato depende totalmente de quem exerce a função materna. O que pode ter influenciado na alteração do IRDI 1, pois a ausência deste índice demonstra dificuldades de as mães estabelecerem as demandas dos bebês e atribuírem a isso uma interpretação possível, sendo que a mãe precisa saber o que o bebê quer quando chora ou grita neste indicador (Kupfer, 2008).

Este fato pode trazer repercussões importantes na protoconversação inicial entre mãe e beb e e, como consequência, no processo de aquisição da linguagem. O que justifica também a ausência do IRDI 2, onde a fala materna dirigida a criança e a linguagem sintonizada as a oes do beb e podem estar prejudicadas. Para Carlesso (2011) e Beltrami, Moraes e Souza (2013) as variáveis obstétricas parecem, por outro lado, um sintoma, entre outros possíveis, de problemáticas pessoais que podem afetar a constitui o da maternidade em algumas mulheres e podem trazer riscos ao desenvolvimento do beb e, visualizados pelos IRDIS.

Como visto até agora, a protoconversa o inicial entre mãe e beb e torna-se um elemento fundamental para a aquisi o da linguagem, no entanto, a mãe deve ser capaz de conferir turno ao beb e durante o diálogo, propondo algo mas também aguardando a rea o do beb e, este fato refere-se a avalia o do IRDI 4. Neste  ndice se manifestam elementos que demonstram a maneira como a mãe se dirige ao beb e, pois ela convoca seu filho   troca prazerosa, fala de modo sintonizado as demonstra oes do beb e permitindo que ele a perceba, após, abre espaço para o beb e se manifestar e por fim, interpreta a resposta, preenchendo turnos.

Se a mãe não consegue esta sintonia com as demandas do bebê e não lhe oferece turno para expressá-las, o diálogo inicial, que ocorre por meio da protoconversa, pode ficar prejudicado, podendo ocorrer risco ao desenvolvimento infantil. Sendo assim, no âmbito do não planejamento da gestação, a troca prazerosa entre a díade pode ficar abalada. Por hora, torna-se possível afirmar, que este fato pode ser pensando especialmente no contexto do reteste da TAN, pois a ausência dos IRDIS 1, 2 e 4 são correlacionados e dependem diretamente a iniciativas maternas (Flores, *et. al.*, 2011). Logo, com relação ao presente estudo, a alteração dos IRDIS podem ser justificados duplamente, tanto pelo não planejamento da gestação destas mães, quanto pelo contexto de reavaliação auditiva do bebê na TAN.

Os resultados desta pesquisa sugerem que não planejar a gestação pode tornar-se um elemento negativo no contexto do reteste da TAN. Este fato pode exercer influencia direta e decisiva sobre as condutas da mãe em relação à saúde auditiva do bebê e até mesmo na adesão ao Programa da TAN e suas etapas posteriores de avaliação, quando necessária (Mahl, *et. al.*, 2013).

Outra variável obstétrica associada a alteração dos IRDIS 1, 2 e 4 foi a idade gestacional. Nota-se que as mães de crianças prematuras tem 16 vezes mais chance de apresentar risco ao desenvolvimento infantil em relação aos bebês nascidos a termo (Tabela 1). O que indica que as mães que tiveram bebês nascidos prematuros (21, 87,5%) apresentaram ausentes estes IRDIS.

Tal associação foi ressaltada em outros estudos, os quais elencam a prematuridade como um problema para o desenvolvimento global do bebê, além de ser um risco para a mortalidade, constitui-se em um risco relativo para transtornos de desenvolvimento e comportamento da criança (Correa, *et. al.*, 2004; Nobre, *et. al.*, 2009). Outras pesquisas indicam que questões obstétricas como a prematuridade tornam o transição para a maternidade um momento frágil necessitando de cuidados tanto para a mãe quanto para o bebê (Marson, 2008).

Considerando o presente resultado, acredita-se que mães de bebês que passam pela situação de "falha" na TAN e que tem menor idade gestacional apresentam risco porque pode haver uma associação entre expectativas, reações e sentimentos maternos negativos devido a este histórico obstétrico e a suspeita de DA. Frente a isso, Esteves, Anton e Piccinini (2011) também encontraram associação significativa entre a prematuridade e o aumento da

sensibilidade materna, que já pode ser esperada para o período pré-natal, mas que pareceu se exacerbar diante do nascimento pré-termo do bebê.

Portanto, sugere-se que as díades mãe/bebê que apresentam risco ao desenvolvimento infantil, associados ou não a alterações emocionais maternas, podem experimentar mais emoções e sentimentos negativos do que mães que não tiveram bebês prematuros e apresentaram resultado "passa" na TAN. Considerando o presente resultado, acredita-se que o nascimento de um bebê pré-termo pode tornar-se difícil para a mãe, uma vez que o impacto de um nascimento prematuro tende a ser uma experiência emocionalmente estressante para a maioria das mulheres, as quais podem estar mais expostas a vivenciar sintomas ansiosos (CASTRO; PICCININI, 2004), mesmo quando o bebê encontra-se clinicamente estável, como no momento do reteste da TAN. Por isso, o nascimento pré-termo, assim como não passar na TAN, merecem atenção especial por parte dos profissionais da saúde mental, pois trata-se de um momento delicado e complexo, que envolve uma adaptação não esperada pela mãe, fato este que poderá gerar tristeza e angústia, gerando influencia na interação entre ambos.

Também, neste sentido, Crestani *et. al.* (2012) sugerem que bebês que tiveram intercorrências peri e pós-natais e apresentam risco ao desenvolvimento infantil, podem sofrer rupturas nas relações iniciais entre mãe-bebê devido a ambos fatores. Tal dado reforça a ideia de que a população de bebês nascidos com intercorrências neonatais, merecem cuidado especial não só pelas seqüelas orgânicas, mas também pelas complicações interacionais que podem emergir em seu desenvolvimento, podendo resultar em alterações dos IRDIS. Na medida em que há uma correlação entre desenvolvimento infantil e condições para o exercício da função materna (Beltrami, 2012).

Portanto, o nascimento pré-termo, somado ao contexto de reteste da TAN, podem agregar algumas dificuldades a experiência da maternidade e, conseqüentemente, a interação da mãe com o bebê também pode ser afetada, fato visualizado por meio das alterações dos IRDIS. Estas questões adicionais podem prejudicar não só a maternidade, mas também o desenvolvimento emocional da criança, caso a mãe não consiga exercer a função materna.

Já em relação ao IRDI 5, a associação foi com os seguintes dados: o estado civil e a idade gestacional (Tabela 2). Em relação a variável demográfica estado civil, foi considerado fator de risco desenvolvimento infantil a mãe não ter um companheiro, definido como solteira. Este resultado sugere que mães sem companheiro possuem 10 vezes mais chance de ter uma criança, na etapa de zero a quatro meses, com risco ao desenvolvimento infantil em

relação aos filhos de mães casadas, sendo que as mães solteiras (4, 57,1%) apresentaram o IRDI 5 ausente.

Frente a este resultado, destaca-se o quanto o apoio familiar torna-se importante nos primeiros meses de vida do bebê e a figura do cônjuge torna-se um fator de proteção ao desenvolvimento infantil (Lima, *et. al.*, 2008; Calvasina, *et. al.*, 2007). Neste mesmo contexto, o estudo longitudinal de Crestani *et. al.* (2013) demonstra que este dado demográfico torna-se um fator, muitas vezes, significativo, pois o estado civil solteira/separada indica duas vezes mais chance de apresentar risco ao desenvolvimento infantil, na etapa de zero a quatro meses, em relação aos filhos de mães que vivem com o cônjuge. Além disso, a autora destaca que os IRDIS desta primeira fase foram os que mais apresentaram ausência em bebês de risco, quando os mesmos foram reavaliados entre 12-18 meses de idade e que as mães de bebês sem risco ao desenvolvimento não só viviam com os companheiros, mas tinham apoio e participação destes na criação e sustento dos filhos.

Chama-se a atenção para a diferença de resultados encontrados entre o atual estudo e o de Crestani *et. al.* (2013) em relação ao estado civil definido como solteira. No presente estudo os resultados sugerem que mães sem companheiro possuem 10 vezes mais chance de ter uma criança com risco ao desenvolvimento infantil em relação aos filhos de mães casadas. Já no estudo de Crestani *et. al.* (2013) a mãe ser solteira indica duas vezes mais chances do bebê apresentar risco ao desenvolvimento infantil. Um fator que pode ter contribuído para este fato foi a diferença na caracterização da amostra de ambos estudos, sendo que uma amostra foi composta de bebês que apresentaram resultado passa na TAN e o atual estudo foi composto de bebês que apresentaram apenas o resultado de falha na TAN.

Sugere-se que neste âmbito, a ausência de apoio do companheiro, pode ocasionar conseqüências negativas para a mãe e conseqüentemente para o desenvolvimento do bebê no contexto do reteste da TAN. Este resultado indica que as mães solteiras podem sofrer maior estresse e sentirem-se mais sensibilizadas pois precisam suprir sozinhas as demandas dos bebês, principalmente no seus primeiros meses de vida, o que pode trazer implicações para a relação da díade (Schwengber; Piccinini, 2007; Carlesso, 2011; Carlesso; Souza, 2011) e pode justificar a alteração do IRDI 5 no contexto do reteste da TAN.

Portanto, este estudo concorda com os demais acerca da importância do suporte paterno para que a mãe possa exercer sua função e estabelecer o vínculo inicial com seu bebê, especialmente entre os zero e quatro meses de vida da criança, período essencial para a

aquisição da linguagem e desenvolvimento global do bebê. No entanto, evidencia-se, neste sentido, que as mães sem apoio do companheiro em que seus bebês realizam o reteste da TAN, podem estar sendo afetadas por ambos fatores, que as impedem de sentir prazer em trocar olhares e interagir com seu bebê. Fato evidenciado pela alteração do IRDI 5 em que ocorre uma análise da interação e troca de olhares nos momentos de protoconversa ou trocas silenciosas entre a díade mãe-filho.

Cabe destacar que este índice se refere mais diretamente à relação entre a díade, pois tanto a criança age sobre a mãe através de olhares e balbucios, quanto a mãe age sobre seu filho por meio de sua fala e movimentação. Ou seja, o IRDI 5 permite uma avaliação da interação inicial da mãe e do bebê e, ao mesmo tempo, das condições de um e de outro. Frente a isso, sugere-se que neste contexto, podem estar ocorrendo dificuldades de ambos sustentarem a interação, pois, mãe e bebê podem estar menos sensíveis aos sinais um do outro e com dificuldade de responder a eles, principalmente em se tratando do reteste da TAN.

Enquanto que para a variável obstétrica referente a idade gestacional relacionada a alteração do IRDI 5, nota-se que as mães de crianças prematuras tem 5 vezes mais chance de apresentar risco ao desenvolvimento em relação aos bebês nascidos a termo (Tabela 2). Os dados indicam que as mães que tiveram bebês prematuros (8, 33,3%) apresentaram ausente este índice.

Quando ocorrem agravos como a prematuridade, ela gera um forte impacto nas mães e também nos seus familiares (Fraga, *et. al.*, 2008). O vínculo entre a díade mãe-filho pode tornar-se mais delicado e por isso, além da análise dos riscos biológicos para o desenvolvimento infantil, precisam ser averiguadas as variáveis do ambiente familiar do bebê, já que o desenvolvimento da criança torna-se produto da interação entre fatores biológicos e psicológicos.

Ainda em relação ao IRDI 5, Crestani *et. al.* (2013) destacam que no período de zero a quatro meses o estado emocional materno e as iniciativas maternas são bem captadas pelos IRDIS, pois identificam as dificuldades e oscilações no estabelecimento de demanda ou suposição de sujeito, por parte da mãe, ou mesmo na recusa do bebê em olhar para sua mãe. O que pode se refletir no índice acerca da mãe e bebê não trocarem olhares (IRDI 5) como ocorreu nesta pesquisa.

CONCLUSÃO

Considerando a proposta de análise inicial em relação a associação entre presença de risco ao desenvolvimento infantil com as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais no contexto do reteste da TAN, a presente pesquisa comprovou esta correlação na primeira fase dos IRDIS. Os resultados evidenciaram que o baixo nível de escolaridade materna (ensino fundamental), o não planejamento da gestação, a mãe do neonato não ter um companheiro (definido como estado civil solteira) e a prematuridade do bebê, são fatores de risco para o desenvolvimento infantil entre zero a quatro meses de vida da criança. Os IRDIS avaliados se relacionam diretamente ao uso do manhês e da fala sintonizada as ações do bebê, a possibilidade da mãe propor algo e aguardar a resposta da criança, aspectos que são as bases da aquisição da linguagem infantil.

Além disso, ressalta-se que a alteração dos IRDIS evidencia que estes índices são sensíveis as questões ambientais desde os primeiros meses de vida da criança. Ou seja, cada índice da primeira fase dos IRDIS, se relaciona diretamente com o ambiente e as situações nos quais o bebê está inserido e que tal condição pode facilitar ou não o desenvolvimento infantil. Desta forma, estes dados sugerem, também, que o desenvolvimento infantil torna-se multifatorial.

Por isso, considera-se importante que os profissionais que trabalham com os bebês e suas mães em Programas de TAN, reconheçam os fatores de risco ao desenvolvimento infantil e observem a inter-relação entre os fatores biológico e ambientais, para atuarem na detecção e intervenção precoce a partir de uma perspectiva de promoção de saúde desde o nascimento da criança. Frente a isso, cabe ressaltar que um desafio sugerido por esta pesquisa refere-se a importância de inserção de políticas públicas de acompanhamento psicológico pós-natal da saúde materno infantil desde etapas precoces, inclusive em Programas de TAN. Os resultados deste trabalho sugerem uma reflexão futura sobre novas medidas no modo de organização do acompanhamento, da prevenção e do suporte psicológico especialmente quando verificado indícios de possíveis problemas na relação entre mãe e bebê no contexto da TAN.

Ainda que os dados do presente estudo possibilitem analisar a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença de risco ao desenvolvimento infantil, a aplicação dos IRDIS em uma única fase (0-4 meses do bebê) impede a investigação do processo de forma mais ampla. Frente a isso, sugere-se que pesquisas futuras realizem estudos longitudinais, acompanhando pais e bebês até a finalização

do processo de identificação da deficiência auditiva. Almeja-se também que as conclusões aqui expostas possam estimular pesquisas futuras, bem como fornecer subsídios aos profissionais que atuam diante destas situações.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.A.; SANTOS, D.N.; BASTOS, A.C.; PEDROMÔNICO, M.R.M.; ALMEIDA, N.; FILHO e BARRETO, M.B. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev. Saúde Publica.* v.39, n.4, p.606-11, 2005.

BELTRAMI, L. Ansiedade Materna Puerperal e Risco para alterações no desenvolvimento infantil. Santa Maria, 2011. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana). Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, 2011.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. H.; SOUZA, A.P.R. Ansiedade Materna Puerperal e Risco para o Desenvolvimento Infantil. *Revista Distúrb. Comun., São Paulo*, v.25, n.2, p. 229-239, agosto, 2013.

CARLESSO, J.P. Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil. Santa Maria, 2011. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana). Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, 2011.

CARLESSO, J.P.; SOUZA, A.P.R. Dialogia Mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, v.13, n.6, p. 1119-1126, 2011.

CALVASINA, P.G.; NATIONS, M.K.; JORGE, M.S.B.; SAMPAIO HAC. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no nordeste brasileiro. *Cader de Saúde Publica.* v. 23, n. 2, p.371-80. Fev., 2007.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C.A. A experiência da maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estud. Psicol. (Natal)* v.9, n.1, 2004.

CHO, J., HOLDITCH-DAVIS, D. & BELYEA, M. Gender, ethnicity, and the interactions of prematurely born children and their mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 19, n.3, p. 163-175, 2004.

CID, M. F.B.; MATSUKURA, T. S.; SILVA, M. D. P. O impacto da saúde mental materna: estilo parental, suporte social e desenvolvimento sócio-emocional dos filhos. *CoPG. Congresso de Pós-Graduação, 7 e Jornada Científica da UFSCar Congresso de pós-graduação, 4, São Carlos. Anais UFSCar.* v.3. p. 1634, 2007.

CORREA, L.L.; LINHARES, M.B.M.; Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 4, 2007.

CRESTANI, A.H. Produção Inicial de Fala, Risco ao Desenvolvimento Infantil e Variáveis Socioeconômicas, Demográficas, Psicossociais e Obstétricas. Santa Maria, 2011. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana). Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, 2011.

CRESTANI, A. H.; MATTANA, F.; MORAES, A.H.B.; SOUZA, A.P.R. Fatores Socioeconômicos, Obstétricos, Demográficos e Psicossociais como Risco ao

Desenvolvimento Infantil. Revista CEFAC, São Paulo, v. 15, p. 4, p. 847-856, julho-agosto, 2013.

ESTEVEVES, C.M. ; ANTON, M. C. ; PICCININI, C.A . Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. Psicologia Clínica (PUCRJ. Impresso), 2011.

FERRIOLLI, S. H. T., MARTURANO, E. M., PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, v.41, n.2, p. 251-259, 2007.

FLORES, M.R. Exercício das funções parentais e funcionamento de linguagem em três casos de risco psíquico. Santa Maria, 2011. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana). Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, 2011.

FLORES, M.R.; SOUZA, A.P.R.; MORAES, A.H.B.; BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. Revista CEFAC, 2011.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. Psicologia em Estudo, v. 13, n. 2, p. 335-344, 2008.

GIL, A.C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa, 4.ed. São Paulo: 2002.

GRUPO DE PESQUISA EM INFÂNCIA, DESENVOLVIMENTO E PSICOPATOLOGIA; NÚCLEO DE INFÂNCIA E FAMÍLIA (NUDIF). Entrevista sobre a Experiência da Maternidade. Manuscrito não- publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS, 2003.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. Influências Ambientais na saúde mental da criança. Jornal de Pediatria, v. 80, n.2, p. 104-110, 2004.

HEKAVEI, T.; OLIVEIRA, J.P. Evoluções Motoras e Linguísticas em bebês com atraso de desenvolvimento na perspectiva das mães. Rev. Bras. Ed. Esp. Marília, v. 15, n. 1, p. 31-44, jan/abr, 2009.

HOLDITCH - DAVIS, D., BARTLETT, T. R.; BELYEA, M. Developmental problems and interactions between mothers and prematurely born children. Journal of Pediatric Nursing, v. 15, p.3, p.157-167, 2000.

JERUSALINSKY, A. Para compreender a criança: chaves psicanalíticas. São Paulo: Instituto Langage: 2011.

KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. Psicologia em Estudo, v. 11, p. 284-294, 2006.

KLAUS, M. H; KENNEL, J. H; KLAUS, P. H. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KUPFER, M.C.M. Relatório Científico Final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7, 2008.

KUPFER, M.C.M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Rev Psic Teor e Pesq.*, Brasília, v.21, n.3, 2005.

KOTZ S.; JOHNSON N. L. *Encyclopedia of statistical sciences*. New York: John Wiley & Sons, v.4, p.352-4, 1983.

LEWIS, D. R.; MARONE, S. AM.; MENDES, BCA.; CRUZ, OLM., NÓBREGA, M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva – COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol.*, v. 76, p. 121-128, 2010.

LIMA M.L.L.T.; ASSIS A.B.R.; MERCÊS G.B.; BARROS P.F.; GRIZ S.M.S. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. *Rev CEFAC*. v. 10, n.2, p.254-60, 2008.

MAHL, F.D.; MATTIAZZI, A. ANGST, O.V.; KESSLER, T.M.; BIAGGIO, E.P.V. Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, p. 35-43, 2013.

MARSON, A.P. Narcisismo Materno: "quando o meu bebê não vai pra casa..." *Rev SBPH*, v. 11, n.1, 2008.

MARTINS, M. F. D.; COSTA, J.S.D.; SAFORCADA, E.T.; CUNHA, M.D.C. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 710-718, 2004.

MENDES, A.P.D.; GALDEANO, L.E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Ciência, cuidado e saúde*. Maringá, v.5, n.3, p.363-371. Set./Dez., 2006.

MOREIRA, M. A. Fundamentos do sensoriamento remoto e metodologias de aplicação. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais- INPE. São José dos Campos, 1 Ed. 310 p, 2001.

NOBRE, F.D.A.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B.M. Estudo Longitudinal do Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo no Primeiro Ano Pós-natal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.22, n.3, p.362-369, 2009.

RANGEL S.B.; FERRITE S.; BEGROW D.D.V. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a triagem auditiva neonatal. *Rev Baiana Saúde Pública*, v.35, n.4, p. 948-65, 2011.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL de MOURA, M.L. Interação precoce mãe-bebê. *Cadernos de Psicologia*. v.9, p.50-66, 1998.

RIBEIRO, F. G. Da Triagem Auditiva Neonatal ao Diagnóstico: os pais diante da suspeita da deficiência auditiva no filho. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Programa de Pós Graduação em Fonoaudiologia, 2005.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol. Natal*, v.8, n.3, p.403-411, nov., 2003.

SIMÃO R.; CONTO J.D.; FUJINAGA C.I. Concepções de gestantes sobre a perda auditiva. *Rev Salus Guarapuava PR*, v.2, n.1, p.23-35, 2008.

5 DISCUSSÃO

O objetivo dessa pesquisa foi comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, considerando o contexto de "passa", bem como, o resultado "falha" na primeira etapa de avaliações auditivas do bebê. Além disso, investigou-se a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença/ausência de risco ao desenvolvimento infantil na faixa de idade de zero a quatro meses de bebês que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN.

A primeira hipótese investigada foi que os IRDIS teriam relação com o estado emocional materno alterado em díades que passam pelo contexto do reteste do bebê na TAN, tal questionamento foi comprovado. Além disso, a ansiedade materna esteve relacionada ao resultado de falha do bebê na TAN. Outra hipótese levantada foi que as variáveis socioeconômicas (renda familiar, escolaridade e profissão), demográficas (idade, estado civil e número de filhos) e obstétricas (idade gestacional, tipo de parto, planejamento da gestação e intercorrências com o recém-nascido) também influenciariam o desenvolvimento infantil de bebês que falharam na TAN, tal hipótese também foi sugerida ao longo deste estudo.

Inferiu-se também que a presença de IRDIS alterados poderia dificultar a qualidade da interação inicial entre a mãe e o bebê que passam pelo contexto do reteste da TAN, fato confirmando na análise utilizada neste estudo. Sendo que há maior proporção de bebês com IRDIS alterados, quando o mesmo apresentou resultado "falha" na primeira etapa de avaliação da TAN. Cabe ressaltar que dos cinco IRDIS estudados, os IRDIS 1, 2 e 4 se relacionam diretamente as iniciativas da mãe e foram os mais ausentes nesta população. Portanto, nota-se que a reavaliação auditiva do bebê na TAN pode atuar na díade mãe - bebê e refletir-se em uma dificuldade na interação entre ambos.

Frente a estes dados, considerando que estes IRDIS alterados se relacionam diretamente a aquisição da linguagem, como o uso do manhês e da fala sintonizada as ações do bebê e a possibilidade da mãe propor algo e aguardar a resposta da criança, a presente pesquisa revelou que estes fatores podem estar comprometidos em bebês que "falham" na primeira etapa da TAN.

Este fato comprova que os IRDIS observam a relação entre a díade e o contexto onde a mesma vive, pois investigou-se o desenvolvimento infantil como um todo no ambiente do reteste da TAN. Portanto, nota-se que a reavaliação auditiva do bebê na TAN pode atuar na díade mãe -bebê e refletir-se em uma dificuldade na interação entre a mãe e o seu bebê visualizados por meio dos IRDIS alterados.

Dessa maneira, o risco ao desenvolvimento infantil pode ser percebido como multifatorial e relacionado com aspectos constitucionais dos bebês, com o ambiente, e sobretudo, com a função parental. Contudo, diversos estudos ressaltam que não se pode afirmar que tais fatores apresentam uma relação de causa-efeito em associação aos seus reflexos sobre o desenvolvimento dos bebês (KUPFER; VOLTOLINI, 2008; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013; CRESTANI, *et. al.*, 2013). Trata-se, portanto, de um indício de que algo não vai bem no desenvolvimento da criança (JERUSALINSKY, 2011) e que existem diversas variáveis que produzem interferência nesse processo e que podem refletir no desenvolvimento do bebê como foi possível perceber nesta pesquisa.

Estudos anteriores, compreendendo a primeira fase dos IRDIS (0-4 meses), apontam que estes índices tem potencial de detectar risco ao desenvolvimento como um todo, inclusive para a linguagem (BELTRAMI, 2011; CARLESSO, 2011; CRESTANI, 2012), contexto especialmente importante para esta pesquisa. Já em relação as quatro fases que compõe os IRDIS (0-4 meses, 4-8 meses, 8-12 meses e 12-18 meses), o estudo longitudinal de Crestani (2012) comprovou que a primeira fase dos IRDIS que compreendem o período entre zero a quatro meses de idade do bebê, são o mais sensível para captar um atraso na aquisição da linguagem. Além disso, a autora destaca que os IRDIS desta primeira fase foram os que mais apresentaram ausência em bebês de risco, quando os mesmos foram reavaliados entre 12-18 meses de idade. O que confirma a importância do fator ambiental em que o bebê está inserido, que implica a relação inicial mãe/bebê como facilitadora da aquisição da linguagem, destacada por diversos estudos (CARLESSO, 2011; BELTRAMI, 2011; FLORES *et. al.*, 2011; FLORES, 2012).

Nesse sentido, o presente estudo amplia esta visão, pois contemplou a fase entre a realização da TAN e o reteste do bebê. Demonstrando que a identificação de suspeita de deficiência auditiva (DA), por meio da TAN durante a primeira etapa dos

IRDIS (0-4 meses), poderá comprometer as expectativas vivenciadas pelos pais, caso o bebê apresente um resultado de “falha”, indicando uma suspeita de DA, em mães com e sem alteração emocional identificadas por meio do Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck (BECK; STEER, 1993). Sendo que foi possível detectar uma correlação positiva entre o bebê apresentar resultado falha na TAN e presença de risco ao desenvolvimento infantil em ambos contextos.

Nos casos de alteração emocional materna, na atual pesquisa, outro fator que se associou estatisticamente com o reteste da TAN foi a ansiedade. As mães em que seus bebês passaram na TAN apresentaram nível de ansiedade mínimo, já as mães em que os bebês não passaram na TAN demonstraram níveis de ansiedade entre leve e moderado. Este resultado sugere que o momento do reteste da TAN, coincide com o momento em que os pais estão buscando suas identidades e o novo papel que irão desempenhar na estrutura familiar com a chegada do novo membro e as emoções estão focalizadas no estabelecimento do vínculo entre os pais e a criança (CASTRO; PICCININI, 2004). E quando ocorre a falha na TAN, a mãe pode vivenciar um período que potencializa a ansiedade, pois a criança precisa realizar novos exames audiológicos para a confirmação ou não do diagnóstico de deficiência auditiva.

Por outro lado, a depressão não apresentou resultado significativo com relação ao reteste da TAN. Uma possível justificativa para isto, refere-se ao fato de que no presente estudo, a maior parte das mães possuíam um rede de apoio social significativa. Corroborando com tal resultado, os estudos de Carlesso (2011) e Carlesso e Souza (2011) demonstram que tais circunstâncias fazem com que ocorra uma minimização do processo depressivo durante o período pós-parto, dentre elas: a mãe possuir um companheiro e não haver histórico de depressão na família.

Frente aos resultados deste estudo, sugere-se que as crianças pertencentes ao grupo dos IRDIS alterados e que ao mesmo tempo passam pelo reteste da TAN, podem ser convocadas a uma protoconversação inicial prejudicada, pois as falhas interacionais podem manifestar-se em estilos maternos distintos, tanto nos casos de ansiedade como nos casos de depressão. As mães deprimidas podem ser menos engajadas na comunica o com seus beb es devido a seus comportamentos apáticos, quietos ou afastados, pois, o estado emocional materno impede que o

diálogo se dê de modo mais fluente e muitas vezes ocorrem uma falta de investimento total da mãe na comunicação com o bebê/criança (CRESTANI, 2012). Já as mães ansiosas podem falar de modo não sintonizado, sem dar turno às crianças e continuam a narrativa não dando tempo para a criança/bebê expressar suas necessidades. Evidenciando que mães ansiosas tendem a serem mais diretivas e intrusivas na interação com seus filhos, podendo surgir, em vez de conversa, um monólogo ou uma diretividade linguística (RECHIA; SOUZA, 2010). Este fato sugere que estas mães não se tornem facilitadoras da comunicação de seus filhos.

Diante do que foi exposto até então, ressalta-se novamente que os IRDIS são indícios de que algo não está ocorrendo bem na relação da criança com seus pais e este fato pode refletir no desenvolvimento da mesma, seja em contextos de alteração emocional materna ou não. No entanto, estudos anteriores, compreendendo também a primeira fase dos IRDIS (0-4 meses), apontaram que existe uma associação entre estes índices e as situações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais da família (BELTRAMI, 2011; CARLESSO, 2011, CRESTANI *et. al.*; 2013). Da mesma forma, este fato foi observado neste estudo, sendo que as variáveis obstétricas, demográficas e socioeconômicas produziram interferências neste processo, além das condições maternas, no ambiente do reteste do bebê na TAN.

Os aspectos investigados na análise de associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas e os IRDIS demonstram em seus resultados, que os fatores de risco significativos para a alteração na primeira fase dos índices (0-4 meses), foram a escolaridade materna, o planejamento da gestação e idade gestacional para o IRDI 1, 2 e 4. Para o IRDI 5 os fatores de risco foram o estado civil da mãe e a idade gestacional.

Esses resultados indicam que a presença de maior nível de escolaridade materna, o planejamento da gestação, o nascimento a termo do bebê e uma relação estável com o parceiro e, como conseqüência, maior apoio recebido do companheiro, são fatores de proteção contra o risco ao desenvolvimento infantil na primeira fase dos IRDIS (0-4 meses), em especial no contexto do reteste da TAN.

No que se refere ao nível de escolaridade materna, em estudo recente, Mahl *et. al.* (2013), ressaltam que maior atenção deve ser dada às mães com baixa

escolaridade, pois a compreensão desses dados socioeconômicos são importantes para traçar o perfil das mães atendidas para delinear estratégias de informações e orientações junto a essa população e também para definir ações em saúde na área materno-infantil. Nesse contexto, os estudos de Lima *et. al.* (2008) e Griz *et. al.* (2010) afirmam que a baixa escolaridade pode diminuir as oportunidades de aprendizagem relacionadas aos cuidados com a saúde e, também, ocasionar a não valorização de ações preventivas de doenças, retardando a procura por assistência médica e propiciando um agravamento na doença. Resultados parecidos foram encontrados no estudo de Simão, *et. al.* (2008), ou seja, o ensino fundamental incompleto predominou entre as mães entrevistadas que realizaram a TAN em seus bebês.

Além disto, destaca-se também a importância do suporte paterno para que a mãe possa exercer sua função e estabelecer o vínculo inicial com seu bebê, especialmente entre os zero e quatro meses de vida da criança, período essencial para a aquisição da linguagem e desenvolvimento global do bebê. No entanto, evidencia-se, que as mães sem apoio do companheiro cujos bebês realizam o reteste da TAN, podem ser afetadas por ambos fatores (estado civil definido como solteira e o bebê apresentar resultado falha na primeira etapa da TAN), que as impedem de sentir prazer em trocar olhares e interagir com seu bebê, fato visualizado por meio da alteração do IRDI 4 e 5.

No contexto da TAN, pode-se pensar que o estado civil definido como casada/morando junto, assim como o planejamento da gestação, são dados importantes, pois a formação de um novo núcleo familiar e o tipo de relacionamento, pode muitas vezes motivar a mulher a engravidar e também a dedicar-se à saúde do neonato, sendo esse o período essencial para a realização da avaliação auditiva do bebê. A relação estável com o parceiro pode tornar-se um fator protetivo, pois o cônjuge torna-se uma das referências mais importantes e tem influência direta sobre a mãe e suas ações durante e após a gestação, entre elas a realização da TAN.

Outro fator relevante que esteve associado a alteração dos IRDIS 1, 2, 4 e 5 foi a prematuridade do bebê. Neste sentido, Crestani *et. al.* (2012) destacam que os bebês que tiveram presença de intercorrências peri e pós-natais e índices de risco ao desenvolvimento infantil alterados, ambos fatores sugerem que pode haver uma ruptura nas relações iniciais mãe-bebê. Frente a isso, tal dado reforça a idéia de que a população de bebês que nasceram com intercorrências neonatais merecem

cuidado especial, não só pelas seqüelas orgânicas, mas também pelas complicações interacionais, que podem emergir em seu desenvolvimento, podendo resultar em alterações dos IRDIS. Sendo que há uma correlação entre desenvolvimento infantil e condições para o exercício da função materna (BELTRAMI, 2011).

Tais aspectos, relacionados as questões ambientais e de pré e pós parto, também são abordados em outros estudos, apontando como facilitadores no desenvolvimento do bebê (CRESTANI, *et. al.*, 2013; BOSSARDI; VIEIRA, 2010; SILVA, *et. al.*, 2009). Ou seja, nos primeiros meses de vida do bebê para a interação entre a díade mãe/bebê possa ocorrer de forma adequada, percebe-se que vários fatores estão interligados. Quando essa interação não sobrevir de forma efetiva, pode haver uma falha no investimento do diálogo e as funções parentais, exercida de modo não suficiente, dificultar a evolução linguística e psicológica da criança (RECHIA; SOUZA, 2010), fato já discutido anteriormente neste estudo.

Além disso, as particularidades do perfil materno citadas são muitas vezes apontadas como determinantes para a busca de auxílio durante a gestação e podem influenciar no modo como a mulher compromete-se com o desenvolvimento e saúde auditiva de seu bebê depois do parto (RANGEL; FERRITE; BEGROW, 2011), momento em que ocorre a TAN. Os fatores obstétricos, socioeconômicos e demográficos devem sempre ser levados em consideração, pois os Programas de TAN precisam ser voltados de forma específica para diferentes realidades (LIMA *et. al.*; 2008).

6 CONCLUSÃO

Considerando que o primeiro objetivo desta pesquisa era comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, considerando o contexto de "passa", bem como, o resultado "falha" na primeira etapa de avaliações auditivas do bebê, os dados deste estudo sugerem que as mães dos bebês que apresentaram resultado "falha" na TAN demonstraram com maior frequência níveis de ansiedade entre leve e moderado. No entanto, os níveis de depressão materna não foram associados ao resultado "falha" na TAN. Além disso, observou-se que existiu associação entre IRDIS alterados e o resultado "falha" na TAN em mães ansiosas ou depressivas.

Constatou-se também, que há maior proporção de bebês com IRDIS alterados, quando o mesmo apresentou resultado "falha" na primeira etapa de avaliação da TAN. Este fato comprova que os IRDIS observam a relação mãe-bebê e o contexto onde a díade vive, pois investigou-se o desenvolvimento infantil como um todo no ambiente do reteste da TAN. Portanto, nota-se que a reavaliação auditiva do bebê na TAN pode atuar na díade mãe - bebê e refletir-se em uma dificuldade na interação entre ambos.

Sobre o objetivo de investigar a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença/ausência de risco ao desenvolvimento infantil que apresentaram resultado "falha" na primeira etapa da TAN, os resultados demonstraram que os fatores de risco significativos para a primeira fase dos IRDIS (0-4 meses) foram a escolaridade materna, o planejamento da gestação, idade gestacional e o estado civil da mãe. Ou seja, condições socioeconômicas, obstétricas e demográficas podem oferecer riscos ao desenvolvimento infantil, no contexto do reteste da TAN.

Por fim, pode-se afirmar que os IRDIS, utilizados nesta pesquisa, apresentaram-se como efetivos para prever risco ao desenvolvimento infantil, conforme já evidenciado em pesquisas anteriores. Cada índice da primeira fase dos IRDIS se relacionaram diretamente com o ambiente e as situações dos quais o bebê estava inserido e que tal condição pode facilitar ou não o desenvolvimento infantil. Desta forma, estes dados sugeriram, também, que o desenvolvimento infantil é

multifatorial abrangendo diversos aspectos no contexto do reteste da TAN e que foram discutidos ao longo deste trabalho.

Frente a isso, cabe ressaltar que um desafio sugerido por esta pesquisa refere-se a importância de inserção de políticas públicas de acompanhamento psicológico pós-natal da saúde materno infantil desde etapas precoces, inclusive em Programas de TAN. Os resultados deste trabalho sugerem uma reflexão futura sobre novas medidas no modo de organização do acompanhamento, da prevenção e do suporte psicológico especialmente quando for verificado indícios de possíveis problemas na relação entre mãe e bebê no contexto da TAN.

Considera-se importante também, que todos os profissionais que trabalham com os bebês e suas mães em Programas de TAN, reconhecerem os fatores de risco ao desenvolvimento infantil e observarem a inter-relação entre os fatores biológico e ambientais, para atuar na detecção e intervenção precoce a partir de uma perspectiva de promoção de saúde desde o nascimento da criança. Destaca-se que o uso dos IRDIS por profissionais envolvidos com a primeira infância (pediatras e enfermeiros, por exemplo), torna-se um fator fundamental, por que existe a possibilidade de realizar prevenções que abarcam a interação vincular mãe-bebê desde o momento da suspeita de algum diagnóstico. Por muito tempo não se pode evitar graves problemas psíquicos e do desenvolvimento (como de linguagem), pois não era possível precipitar sua aparição. No entanto, hoje através dos IRDIS trabalha-se com a percepção do risco avaliando precocemente os bebês na interação com suas mães.

Diante disso, torna-se fundamental que os profissionais dedicados a infância fiquem atentos aos sinais de riscos e diante disso possam fazer um encaminhamento adequado para um psicólogo e/ou fonoaudiólogo. Além disso, sugere-se que os aspectos levantados neste trabalho sejam considerados nos Programas de TAN, para que se tornem voltados de forma específica para diferentes realidades, com o intuito de maior sensibilização e acolhimento dessas mães para ocorrer maior efetividade e adesão a estes programas e, conseqüentemente, um melhor prognóstico para o desenvolvimento de seus bebês. Sendo que o êxito do desenvolvimento saudável das crianças depende das estratégias de comunicação desenvolvidas na família e de investimentos parentais. Torna-se necessário,

portanto, a atuação do Psicólogo e do Fonoaudiólogo para detecção e estimulação precoce em uma perspectiva promocional no âmbito da TAN.

Ainda que os dados do presente estudo possibilitem comparar e investigar o estado emocional materno e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil em díades mãe-bebê oriundas de um programa de TAN, bem como, analisar a associação entre os fatores obstétricos, demográficos, socioeconômicos e psicossociais maternos com a presença/ausência de risco ao desenvolvimento infantil, a aplicação dos IRDIS em uma única fase (0-4 meses do bebê) impede a investigação do processo de forma mais ampla. Frente a isso, sugere-se que pesquisas futuras realizem estudos longitudinais, acompanhando pais e bebês até a finalização do processo de identificação da deficiência auditiva. Almeja-se também que as conclusões aqui expostas possam estimular pesquisas futuras, bem como fornecer subsídios aos profissionais que atuam diante destas situações.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - AAP, Task Force on Newborn and Infant Hearing. **Pediatrics**. v. 103, p. 527-30, 1999.

ANDRADE, S.A.; SANTOS, D.N.; BASTOS, A.C.; PEDROMÔNICO, M.R.M.; ALMEIDA, N.; FILHO e BARRETO, M.B. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública**. v.39, n.4, p.606-11, 2005.

AURÉLIO FS, TOCHETTO TM. Triagem Auditiva Neonatal: experiências de diferentes países. **Arq Int Otorrinolaringol**. 2010;14(3):355-63.

AZEVEDO, K.R.; ARRAIS, A.R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

AZEVEDO, M.F. Avaliação subjetiva da audição no primeiro ano de vida. **Temas Desenvol**, v. 1, n. 3, p. 11-14, 1991.

AZEVEDO, M. F. Desenvolvimento das Habilidades Auditivas. In: Bevilacqua MC et al. **Tratado de Audiologia**. São Paulo, Santos Editora, 2011.

BATTIKHA, E. C. A inscrição do estranho no familiar. In: Kupfer, M. C. **O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, p. 135-145, 2008.

BECK A.T, STEER R.A. **Beck Depression Inventory Manual**. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.

BELTRAMI, L. **Ansiedade Materna Puerperal e Risco para alterações no desenvolvimento infantil**. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria - Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, 2011.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. H.; SOUZA, A.P.R. Ansiedade Materna Puerperal e Risco para o Desenvolvimento Infantil. **Revista Distúrb Comun**, São Paulo, 25 (2): 229-239, agosto, 2013.

BERNARDINO, L.M.F. Mãe é uma só? In: CALLIGARIS et. al. **Educa-se uma criança?** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

BISOL, C. A; SIMIONI, J; SPERB, T. Contribuições da Psicologia Brasileira para o Estudo da Surdez. **Psicologia Reflexão e Crítica**, 2008

BOSSARDI, C.N.; VIEIRA, M.L. Cuidado paterno e desenvolvimento infantil. **Rev de Ciências Humanas**. Florianópolis, v.44, n.1, p. 205-221. Abril, 2010.

BOING, E; CREPALDI M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fato de proteção. **Estudos de Psicologia**, v.21, n.3, p. 211-226, setembro/dezembro, 2004.

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. A pré-história do apego. In: BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. *As Primeiras Relações*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc Saúde coletiva**. v.9, n.2, p. 457-467, 2004.

CARLESSO, J.P. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil**. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria - Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, 2011.

CARLESSO, J.P.; SOUZA, A.P.R. Dialogia Mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, 13 (6): 1119-1126, 2011.

CARVALHO, A.L.; SILVA, L.F.F.; GRISI, S.J.F.E.; ESCOBAR, A.M.U. Clinical indicators of child development in the capitals of nine brazilian states: the influence of regional cultural factors. **Clinics**. v.63, n.1, p.51-8, 2008.

CALVASINA, P.G.; NATIONS, M.K.; JORGE, M.S.B.; SAMPAIO HAC. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no nordeste brasileiro. **Cader de Saúde Publica**. v. 23, n. 2, p.371-80. Fev., 2007.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C.A. A experiência da maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. **Estud. Psicol** (Natal) v.9, n.1, 2004.

CATÃO, I. O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

CHO, J., HOLDITCH-DAVIS, D. & BELYEA, M. Gender, ethnicity, and the interactions of prematurely born children and their mothers. **Journal of Pediatric Nursing**, 19(3), 163-175, 2004.

CID, M. F.B.; MATSUKURA, T. S.; SILVA, M. D. P. O impacto da saúde mental materna: estilo parental, suporte social e desenvolvimento sócio-emocional dos filhos. CoPG. Congresso de Pós-Graduação, 7 e Jornada Científica da UFSCar Congresso de pós-graduação, 4, São Carlos. **Anais UFSCar**. v.3. p. 1634, 2007.

CLEMENDS, C.J.; DAVI, S.A.; BAILEY, A.R. The false-positive in Universal Newborn Hearing Screening. **Pediatrics**. 2000.

COMITÊ BRASILEIRO SOBRE PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA - CBPAI. Recomendação 01/99. **Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia**. Brasília: CBPAI. v.5, p.3 -7, 2000.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Preocupação de mães e pais na gravidez, parto e pós-parto. **Análise Psicológ.** v. 3, p. 381-98, 2007.

CORREA, L.L.; LINHARES, M.B.M.; Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 4, 2007.

CRESTANI, A.H. **Produção Inicial de Fala, Risco ao Desenvolvimento Infantil e Variáveis Socioeconômicas, Demográficas, Psicossociais e Obstétricas**. [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria - Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, 2012.

CRESTANI, A. H.; MATTANA, F.; MORAES, A.H.B.; SOUZA, A.P.R. **Fatores Socioeconômicos, Obstétricos, Demográficos e Psicossociais como Risco ao**

Desenvolvimento Infantil. Revista CEFAC, São Paulo, 15 (4): 847-856, julho-agosto, 2013.

CRESTANI, A.H.; ROSA, F. F. M.; SOUZA, A.P.; PRETTO, J.; MORO, M.P.; DIAS, L. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. **Revista CEFAC**, 14 (2): 350-360, 2012.

DADALTO, E. V; GOLDFELD, M. Características do Maternalês em duas crianças de idades distintas. **Distúrbios de Comunicação**, São Paulo, v.18, n.2, p. 201-208, agosto, 2006.

DE LEMOS, C. Processos Metafóricos e Metonímicos: seu Estatuto Descritivo e Explicativo na Aquisição da Língua Materna. **Trabalho apresentado no The Trend Lectures and Wordshop on Metaphorand Analogy**, Trento, Itália, 1997.

ESTEVES, C.M. ; ANTON, M. C. ; PICCININI, C.A . Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. **Psicologia Clínica** (PUCRJ. Impresso), 2011.

FAISAL-CURY, A. MENEZES, P.R. Ansiedade no Puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.3, p. 171-178, 2006.

FARIA, M. R. **Constituição do sujeito e estrutura familiar** - O Complexo de Édipo de Freud a Lacan. São Paulo: Cabral, 2003.

FAISTAUER M, AUGUSTO T.A.M, FLORIANO M, TABAJARA CC., MARTINI C.M, SCHMIDT V.B, ROITHMANN R. Implementação do programa de triagem auditiva neonatal universal em hospital universitário de município da região Sul do Brasil: resultados preliminares. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 56 (1): 22-25, jan.-mar. 2012.

FERNANDEZ, J.C.; NOZAWA, M.R. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. **Ciênc Saúde Colet**. v.15, n.2, p. 353-61, 2010.

FERRIOLLI, S. H. T., MARTURANO, E. M., PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 251-259, 2007.

FLORES, M.R. **Exercício das funções parentais e funcionamento de linguagem em três casos de risco psíquico**. [dissertação] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria - Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, 2011.

FLORES, M.R.; BELTRAMI, L.; SOUZA, A.P.R. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. **Distúrb Comun**, v. 23, n.2, p. 143-152, 2011.

FLORES, M.R.; SOUZA, A.P.R.; MORAES, A.H.B.; BELTRAMI, L. **Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno**. Revista CEFAC, 2011.

FONSECA, V.R.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade materna. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p. 738-746, abr, 2010.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 335-344, 2008.

FRIZZO, G.B. **A qualidade da interação pai-mãe-bebê em situação de depressão materna**. [dissertação] Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2004.

FRIZZO, G. B. PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo (Maringá)** v.10, n.1, p. 47-55, 2005.

GABRIEL MR. DIAS ACG. Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. **Estudos Psicol.** 2011;16(3):253-61.

GATTO, C. I.; TOCHETTO, T. M. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. **Rev. CEFAC [online]**, vol.9, n.1, p. 110-115, 2007

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, 4.ed. São Paulo: 2002.

GRIZ S.M.S.; BARBOSA C.P.; SILVA A.R.A.; RIBEIRO M.A.; MENEZES D.C. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. v.15, n.2, p. 179-83, 2010.

GRUPO DE PESQUISA EM INFÂNCIA, DESENVOLVIMENTO E PSICOPATOLOGIA; NÚCLEO DE INFÂNCIA E FAMÍLIA (NUDIF). **Entrevista sobre a Experiência da Maternidade**. Manuscrito não- publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS, 2003.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck. Propriedades Psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; ZUARDI, A.W. **Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. Paris: Elsevier Masson SAS, v. 37, p. 195-200, 2000.

GUASTINI L, MORA R, DELLEPIANE M, SANTOMAURO V, MORA M, ROCCA A, SALAMI A. Evaluation of an automated auditory brainstem response in a multi-stage infant hearing screening. **Eur Arch Otorhinolaryngol**. Aug; 267(8):1199-205, 2010.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. Influências Ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n.2, p. 104-110, 2004.

HENN, C.G.; PICCININI, C.A. A experiência da paternidade e o envolvimento paterno no contexto da síndrome de down. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 26, n.4, p.623- 631, 2010.

HERGILIS L, HERGILIS A. Universal neonatal hearing screening-parental attitudes and concern. **Br J Audiol**. 2000;34(6):321-7.

HEKAVEI, T.; OLIVEIRA, J.P. Evoluções Motoras e Linguísticas em bebês com atraso de desenvolvimento na perspectiva das mães. **Rev. Bras. Ed. Esp**. Marília, v. 15, n. 1, p. 31-44, jan/abr, 2009.

HILU M.R.P.B, ZEIGELBOIM B.S. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. **Rev CEFAC**. 2007;9(4):563-70.

HOLDITCH - DAVIS, D., BARTLETT, T. R.; BELYEA, M. Developmental problems and interactions between mothers and prematurely born children. **Journal of Pediatric Nursing**, 15(3), 157-167, 2000.

HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In: Solis-Ponton, **Ser Pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

JAGER, M.E.; BOTTOLI, C. Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n.1, p. 141, 153, 2011.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem**: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, A. **Para compreender a criança: chaves psicanalíticas**. São Paulo: Instituto Langage: 2011.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING – JCIH. Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. **Pediatrics**. v. 120, n.4, p.898-921, 2007.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Position statement - 1971. **American Academy of Audiology**, 2000.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Position statement - 1971. **American Academy of Audiology**, 1971.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Position statement - 1973. **American Academy of Audiology**, 1973.

KEMP D.T, RYAN S, BRAY P. A Guide to the effective use of Otoacoustic Emissions. **Ear and Hearing**, v.11, n.2, p. 93-105, 2002.

KLEIN, V. C., LINHARES, M. B. M. Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. **Cadernos de Psicologia e Educação - Paidéia**, v. 17, n.36, p. 33-44, 2007.

KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 11, p. 284-294, 2006.

KLAUS, M. H; KENNEL, J. H; KLAUS, P. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KUPFER, M.C.M. **Relatório Científico Final**: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem interdisciplinar atravessada pela psicanálise. Projeto temático FAPESP n.2003/09687-7, 2008.

KUPFER, M.C.M.; BERNARDINO, L.M.F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar., 2009.

KUPFER, M.C.M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Rev Psic Teor e Pesq.**, Brasília, v.21, n.3, 2005.

KORRES, S., NIKOLOPOULOS T, FERKIDIS E, GOTZAMANOGLOU Z, GEORGIU A, BALATSOURAS DG. Otoacoustic emissions in universal hearing screening: which day after birth should we examine the newborns? **ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec**. v. 65, n.4, p.199-201, 2003.

KOTZ S.; JOHNSON N. L. **Encyclopedia of statistical sciences**. New York: John Wiley & Sons; 1983. v.4, p.352-4.

KROB, A.D. A transição para a parentalidade e a interação pais-bebê. [dissertação] Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

LAZNIK, M.C. **A voz da sereia**: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Agálma, 2004.

LAZNIK, M.C.; PARLATTO-OLIVEIRA, E. Em busca da Melodia. **Rev Mente e Cérebro**, São Paulo: Duetto Editorial. n.2, p. 56-61, 2010.

LERNER, R.; KUPFER, M.C.M. **Psicanálise com Crianças: clínica e pesquisa**. Fapesp/Escuta: São Paulo, 2008.

LICTH, R.W. Na sala de espera esperando o Outro: uma interlocução entre as pesquisas neurológicas e a psicanálise. In: BERNARDINO, L.M.F. (Org.) **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta. p. 67-80, 2006.

LIMA M.L.L.T.; ASSIS A.B.R.; MERCÊS G.B.; BARROS P.F.; GRIZ S.M.S. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. **Rev CEFAC**. 2008;10(2):254-60.

LEWIS, D. R.; MARONE, S. AM.; MENDES, BCA.; CRUZ, OLM., NÓBREGA, M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva – COMUSA. **Braz J Otorhinolaryngol.**, v. 76, p. 121-128, 2010.

LIMA M.L.L.T.; ASSIS A.B.R.; MERCÊS G.B.; BARROS P.F.; GRIZ S.M.S. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. **Rev CEFAC**. v. 10, n.2, p.254-60, 2008.

LORDELO, E.R.; FRANÇA, C.B.; LOPES, L.M.S.; DACAL, M.P.O.; CARVALHO, C.S.; GUIRRA, R.C. & CHALUB, A.A. Investimento parental e desenvolvimento da criança. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.257-64, 2006.

MAHDHAOUI, A.; CHETOUANI, M.; CASSEL, R.S.; SAINT-GEORGES, C.; PARLATO-OLIVEIRA, E.; LAZNIK, M.C.; APICELLA, F.; MURATORI, F.; MAESTRO, S.; COHEN, D. Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**. v.20, n.1, p. 6-18, 2011.

MAHL, F.D.; MATTIAZZI, A. ANGST, O.V.; KESSLER, T.M.; BIAGGIO, E.P.V. Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2013, v. 37, p. 35-43.

MARSON, A.P. Narcisismo Materno: "quando o meu bebê não vai pra casa..." **Rev SBPH**, v. 11, n.1, 2008.

MARTINS, M. F. D.; COSTA, J.S.D.; SAFORCADA, E.T.; CUNHA, M.D.C. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 710-718, 2004.

MELLO, D.F.; BARROS, D.M.; PINTO, I.C.; FURTADO, M.C.C. O seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.6. p.748-54, 2009.

MENDES, A.P.D.; GALDEANO, L.E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v.5, n.3, p.363-371. Set./Dez., 2006.

MORALES, A.T. Os predicados da parentalidade adotiva. In: Solis-Ponton, **Ser Pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MOREIRA, M. A. **Fundamentos do sensoriamento remoto e metodologias de aplicação**. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais- INPE. São José dos Campos, 1 Ed. 310 p, 2001.

MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; MANFRO, G.G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Rev Psiquiatr.** v.27, n.2, p.165-176, 2005.

NOBRE, F.D.A.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B.M. Estudo Longitudinal do Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo no Primeiro Ano Pós-natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.3, p.362-369, 2009.

NORTHERN J.; DOWNS, M.P. **Audição na infância**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

OLIVEIRA, L.D. **Da detecção à intervenção precoce em casos de risco ao desenvolvimento infantil e distúrbio de linguagem.** [dissertação] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria - Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, 2013.

OLIVEIRA, L. D; FLORES, M. R; SOUZA, A. P. R. Fatores de Risco Psíquico ao Desenvolvimento Infantil: Implicações para a Fonoaudiologia. **Revista CEFAC** (Impresso), São Paulo, v. 13, p. 10, 2011.

OLIVEIRA, L.D. PERUZZOLO, D.L. SOUZA, A.P.R. Intervenção precoce em um caso de prematuridade e risco ao desenvolvimento: contribuições da proposta de terapeuta único sustentado na interdisciplinidade. **Disturb. Comun.** v. 25, n.2. p. 187-202, 2013.

ONODA, R.M.; AZEVEDO, M.F.; SANTOS, A.M.N. Triagem auditiva neonatal: ocorrência de falhas, perdas auditivas e indicadores de riscos. **Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)** [online]. vol.77, n.6, p. 775-783, 2011.

PESARO, M.E. **Alcances e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores de risco ao desenvolvimento infantil.** [tese] Doutorado em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PEROSA, G.B.; SILVEIRA, F.C.P.; CANAVEZ, I.C. Ansiedade e Depressão de mães de recém nascidos com malformações visíveis. **Rev. Psicologia Teoria e Pesquisa**, v.24, n.1, Brasília, jan/mar, 2008.

PICCININI, C.A.; GOMES, A.; MOREIRA, I. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao bebê. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 20, n.3, p. 223-232, 2004.

RAMOS, S.H.A.S.; FURTADO, E.F. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF, v.1, n.1, p.20-28. Jan./Jun., 2007.

RANGEL S.B.; FERRITE S.; BEGROW D.D.V. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a triagem auditiva neonatal. **Rev Baiana Saúde Pública**. 2011; v.35, n.4, p. 948-65, 2011.

RECHIA, I.C.; SOUZA, A.P. Funções parentais e dialogia em casos de retardo de aquisição da linguagem com limitações práticas. **Psicologia em Estudo**, v.15, 2010.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL de MOURA, M.L. Interação precoce mãe-bebê. **Cadernos de Psicologia**. v.9, p.50-66, 1998.

RIBEIRO, F. G. **Da Triagem Auditiva Neonatal ao Diagnóstico: os pais diante da suspeita da deficiência auditiva no filho**. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Programa de Pós Graduação em Fonoaudiologia, 2005.

RIBEIRO, M. F. R. **Infertilidade e Reprodução Assistida: desejando filhos na família contemporânea**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

RIBEIRO F.G, MITRE E.L. Avaliação do Conhecimento sobre triagem auditiva Neonatal de pacientes no pós-parto imediato. **Rev CEFAC**. 2004;6(3):294-9.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud Psicol**. Natal, v.8, n.3, p.403-411, nov., 2003.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de Psicologia (Campinas)** v. 22, n.2, p. 143-156, 2005.

SILVA, J.O.; MARTINS, J.C.; MORAIS, R.L.S.; GOMES, W.F. Influência da estimulação aquática no desenvolvimento de crianças de 0 a 18 meses: um estudo piloto. **Fisioter Pesqui**. v.16, n.4, p.335-340. Out./Dez., 2009.

SIMÃO R.; CONTO J.D.; FUJINAGA C.I. Concepções de gestantes sobre a perda auditiva. **Rev Salus** Guarapuava PR, v.2, n.1, p.23-35, 2008.

SOLÉ, M. C. P. O Sujeito Surdo e a Psicanálise. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.

SOLIS-PONTON, L. A construção da parentalidade. In: Solis-Ponton, **Ser Pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SPITZ, R. A. **O Primeiro Ano de Vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

TOCHETTO T.M, PETRY T, GONÇALVES M.S, SILVA M.L, PEDROSO F.S. Sentimentos manifestados por mães frente à triagem auditiva neonatal. **Revista CEFAC**. 2008;10(4):566-71.

VIEIRA EP, MIRANDA EC, AZEVEDO MF, GARCIA MV. Ocorrência dos indicadores de risco para a deficiência auditiva infantil no decorrer de quatro anos em um programa de triagem auditiva neonatal de um hospital público. **Rev Bras Fonoaudiol**. 2007; 12(3):214- 20.

VIEIRA E.P, TOCHETTO T.M, PEDROSO F.S. Indicadores de risco para a deficiência auditiva infantil: infecções congênitas. **Fono Atual**. 2005;8(32):61-7.

ZALCBERG, M. **A Relação Mãe e Filha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

ZHAO P. J, SHEN X. M, XU Z.M, WU S.H, JIN C.H, JIANG F. The parents' opinions on screening program regarding newborn hearing. Shanghai Children's Medical Center, Xinhua Hospital, Shanghai Second Medical University, 2003 Jul;24(7):608-10.

WANDERLEY, D. B. Intervenção Precoce nos transtornos psicicos das crianças. In: WANDERLEY, D. B. (Org). **O cravo e a rosa - A Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?** Agálma, p. 83-100, 2008.

WEBER, J.; DIEFENDORF, A. Triagem Auditiva Neonatal. In: Musiek, F.E.; Rintelman, D.A. **Perspectivas Atuais em avaliação auditiva**. Barueri: Manole, p. 323-338, 2001.

WINNICOTT, D. Preocupação Materna Primária. In: D.W. Winicott: **Textos selecionados: da pediatria á psicanálise**. São Paulo: Imago, 1988.

YOSHINAGA-ITANO C, SEDEY AL, COULTER DK, MEHL AL. Language of arly- and later-identified children with hearing loss. **Pediatrics**, v. 102 p.1161–1171, 1998.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTURBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA

Título do Projeto: “Suspeita de Deficiência Auditiva: relações entre estado emocional materno e risco ao desenvolvimento infantil”.

Pesquisadoras Responsáveis:

Professora Doutora Fonoaudióloga: Themis Maria Kessler

Mestranda Pesquisadora: Psicóloga Fernanda Donato Mahl

Departamento /Instituição: Departamento de Fonoaudiologia/UFSM

Endereço para Contato: Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) – Rua Floriano Peixoto, 1751 – 7º andar – Telefone: (55) 32209239

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações contidas neste documento foram estabelecidas pela pesquisadora, Psicóloga Fernanda Donato Mahl, sob supervisão da Prof.^a Dra. Fga. Themis Maria Kessler, com o objetivo de obter a autorização da sua participação nesta pesquisa, por escrito, com conhecimento do que será realizado neste estudo.

Antes de concordar em participar você será informado (a) pela referida pesquisadora sobre o estudo conforme exposto a seguir, pois, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

A participação nesta pesquisa é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo à criança. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Caso você aceite, terá acesso, a qualquer momento, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O objetivo desse estudo é investigar o estado emocional materno e a interação mãe/bebê frente a suspeita de deficiência auditiva. Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a interação mãe/bebê e a melhor forma de facilitar o desenvolvimento da criança nesse contexto.

As avaliações serão realizadas no Setor de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A coleta de dados inclui entrevistas sobre a experiência da maternidade e filmagens de interações livre entre você e seu bebê, com duração aproximada de 40 minutos. Os vídeos da pesquisa não serão publicados em meios públicos, sendo usados apenas para análise da relação mãe/bebê. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis.

Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em meios científicos, pois, serão utilizados nomes fictícios, letras e/ou números, sendo que, as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

As informações serão mantidas em um banco de dados na sala número 720 do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) – Rua Floriano Peixoto, 1751 – 7º andar do Departamento de Fonoaudiologia e ficará armazenado em um computador com registro patrimonial número 182023, por um período de três anos sob a responsabilidade do Prof^a. Pesquisador (a) Dr^a. Themis Maria Kessler. Após este período, os dados serão destruídos.

Esta pesquisa é isenta de despesas ou quaisquer compensações financeiras. Não se espera que este estudo gere benefício imediato aos participantes do estudo, contudo, ele poderá trazer benefícios a longo prazo para as famílias que venham a viver esta mesma experiência que você. Sua participação ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão beneficiar você e outras pessoas no futuro.

A participação neste estudo não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Porém, eventualmente você e seu bebê poderão se sentir cansados durante a coleta, trazendo algum desconforto em função do tempo de entrevista.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com a psicóloga/mestranda Fernanda Donato Mahl sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem

penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo e assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ 2012.

Assinatura do Participante: _____

Número de Identidade: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Número de Identidade: _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa
Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE (TC)

Título da Pesquisa: “Suspeita de Deficiência Auditiva: relações entre estado emocional materno e risco ao desenvolvimento infantil”.

Pesquisador (a) Responsável: Prof^a. Dr^a. Themis Kessler

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia.

Telefone para Contato: (55) 32209239 - Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) – Rua Floriano Peixoto, 1751 – 7º andar

Local da Coleta: Hospital Universitário de Santa Maria - Setor de Triagem Auditiva Neonatal.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de entrevistas gravadas e filmagens de interação entre as mães e seus bebês atendidos no Setor de Triagem Auditiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em um banco de dados na sala número 720 do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) – Rua Floriano Peixoto, 1751 – 7º andar do Departamento de Fonoaudiologia e ficará armazenado em um computador com registro patrimonial número 182023, por um período de três anos sob a responsabilidade do Prof^a. Pesquisador (a) Dr^a. Themis Maria Kessler. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,.....dede 2012.

Prof^a. Dr^a. Themis Maria Kessler

Pesquisadora Responsável

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PROJETO DE PESQUISA

Título: SUSPEITA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA: RELAÇÕES ENTRE ESTADO EMOCIONAL MATERNO E RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06291712.0.0000.5346

Pesquisador: THEMIS MARIA KESSLER

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 97.547

Data da Relatoria: 11/09/2012

Apresentação do Projeto:

Introdução: O cuidado materno tem grande importância no desenvolvimento dos vínculos emocionais primitivos do bebê. Por isso, dificuldades na comunicação mãe/bebê têm um impacto na saúde mental da primeira infância e a suspeita de uma deficiência auditiva, por exemplo, pode tornar-se um fator de risco ao desenvolvimento infantil, considerando o quadro emocional vivido pela família durante o processo de identificação de possíveis alterações auditivas na criança. **Justificativa:** O nascimento de um filho é uma etapa importante no ciclo vital da família, podendo por vezes se constituir em um momento de crise, devido às diversas mudanças que acarreta. Dessa forma, através desta pesquisa, espera-se contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a interação mãe/bebê e a melhor forma de facilitar o desenvolvimento da criança nesse contexto. Frente a isso, este trabalho visa a partir das idéias expostas sobre a importância das relações nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento da criança, analisar os aspectos emocionais que abarcam a interação vincular mãe-bebê na deficiência auditiva, desde o momento da sua suspeita. **Objetivos:** O objetivo deste projeto é investigar o estado emocional materno puerperal e a interação mãe/bebê frente a suspeita de deficiência auditiva e sua relação com risco ao desenvolvimento infantil. **Método:** A amostra dessa pesquisa será composta por aproximadamente 30 bebês de zero a quatro meses incompletos de idade que apresentarem indicadores de suspeita de perda auditiva, caracterizado pelo resultado falha na Triagem Auditiva Neonatal do HUSM e suas respectivas mães. A coleta de dados ocorrerá depois do primeiro resultado falho e também no reteste da TAN. Os instrumentos utilizados serão: entrevistas que examinam o modo como a mãe exerce a maternidade e sua satisfação com esse papel até o presente momento, avaliações psicológicas para a identificação do estado emocional materno nesse contexto e filmagens de interações entre a criança e sua mãe, para avaliar a relação mãe/bebê.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o estado emocional materno puerperal e a interação mãe/bebê frente a suspeita de deficiência auditiva e sua relação com o risco ao desenvolvimento infantil.

Objetivo Secundário:

Verificar a presença ou ausência de indicadores maternos de ansiedade e/ou depressão no contexto de suspeita de deficiência auditiva. Verificar a presença ou ausência de indicadores de risco ao desenvolvimento infantil no contexto de suspeita de deficiência auditiva. Analisar o comportamento parental frente a suspeita de deficiência auditiva, considerando as interpretações da mãe e suas estratégias de comunicação com a criança.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: 5532-2093

Fax: 5532-2080

E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão previstos no projeto e as medidas para prevenir os riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e trata de um tema sensível para as mães. O projeto apresentado tem todos os cuidados descritos e demonstra preocupação com as mães a serem entrevistadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar o projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 13 de Setembro de 2012

Assinado por:
Félix Alexandre Antunes Soares

ANEXO B - ENTREVISTA SOBRE EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

II. Eu gostaria que tu me falasse sobre o teu dia-dia com o bebê:

1. Como tu descreveria o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?
2. Era como tu imaginavas? (se não era) O que está diferente?
3. Como tu vêes a comunicação entre vocês dois?
4. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
5. O que é mais fácil e o que é mais difícil? Como tu sabes que entendeste teu bebê?
6. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes?
7. Que coisas tu mais gosta de fazer com ele? Por quê?
8. Que coisas tu menos gosta de fazer com ele? Por quê?
9. O que tu acha que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
10. E o que mais desagrada? Por quê?
11. Tu costumavas brincar com o bebê? Com que frequência? Do que vocês brincam? Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

II. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe:

1. Como tu estas te sentindo como mãe?
2. O que mais te agrada em ser mãe?
3. E o que é mais difícil pra ti?
4. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais? Tu imaginava que seria assim? Como tu te sentes?
5. O que mudou pra ti agora que és mãe?
6. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
7. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? O que? Como te sentes?
8. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com teus pais? Como te sentes?
9. Como tu te vêes ou te descreve como mãe?
10. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo nesse modelo?
11. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo nesse modelo?
12. Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras? E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
13. Como as pessoas te vêem como mãe?

III. Eu gostaria que tu me falasse se outras pessoas te ajudam a cuidar do bebê:

1. Quem costuma te ajudar? Como é a ajuda dessa pessoa? Quantas horas estas pessoas ficam com teu bebê?
2. Tu pedes a ajuda dessa pessoa nos cuidados com o bebê?
3. Como é para ti pedir essa ajuda? Como tu te sentes?
4. Tu te sentes apoiada por essa pessoa?
5. O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?
6. Como imaginas que essa pessoa te vê como mãe?
7. Tem alguém que atrapalha o teu relacionamento com o bebê? (em caso afirmativo: Quem? O que essa pessoa faz te agrada?)

ANEXO C - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Nome: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Data de aplicação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

0 Não tenho qualquer idéia de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

ANEXO D - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atorreado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				

20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO E - INDICADORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL - IRDIS

0 A 4 MESES INCOMPLETOS
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).
3. A criança reage ao manhês.
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação.
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.
4 A 8 MESES INCOMPLETOS
6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.
7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.
8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.
8 A 12 MESES INCOMPLETOS
9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.
10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.
11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.
12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.
13. A criança faz gracinhas.
14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.
12 A 18 MESES
15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.
16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.
17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.

18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

ANEXO F - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS MÃES

Identificação da Mãe:

Nome da mãe: _____

Idade: _____

Data da Entrevista: _____

Telefones para contato: _____

Endereço: _____

Variáveis Sociodemográficas e Histórico Obstétrico das Puérperas

Estado Civil:

Solteira () Casada () Separada () Viúva () outra: _____

Escolaridade:

Ensino fundamental () Ensino médio () Superior ()

Ocupação:

Dona de casa ()

Outras () _____

Renda familiar (salário mínimo): () Menos de um () Um a dois () Três ou mais

Número de gestações:

Cinco ou mais () Duas a quatro () Uma ()

Número de partos:

Cinco ou mais () Duas a quatro () Um ()

História de aborto: Não () Sim ()

História de partos prematuros: Não () Sim ()

Número de consultas pré-natal:

Nenhuma () Até 5 () Seis ou mais consultas ()

Número de filhos: Nenhum () 1 () 2 () 3 ou mais ()

Características Obstétricas das puérperas, dos recém-nascidos, tipo de aleitamento e suporte social

Planejamento da gestação: Planejada () Não planejada () Indesejada ()

Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()

Idade gestacional: Termo () Pré-termo () Pós-termo () _____ semanas

Intercorrências com o recém-nascido: Não () Sim ()

Quais: _____

Baixo peso: Não () Sim ()

Tipo de aleitamento:

Materno exclusivo ()

Artificial exclusivo ()

Misto ()

Suporte social:

Nenhum () Marido () Mãe () Outros ()

Temas acrescentados para a análise da experiência da maternidade e desenvolvimento do bebê:

- Como está teu bebê?

- Como você está se sentindo atualmente?

(Se há problemas: Quando começou? O que tu acha que te levou a isso?)

- Como está sendo pra ti cuidar dele?

- Crise situacional (se está passando por algum problema familiar, pessoal, no momento, que possam estar gerando sentimentos e dificuldades em relação à maternidade)

Observações: _____

ANEXO G - NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA CoDAS



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

ISSN 2317-1782 versão on-line

Escopo e política

São aceitos trabalhos originais, em Português, Inglês ou Espanhol. Todos os trabalhos, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e revisores os trabalhos serão encaminhados para publicação. O conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores. Os artigos que não estiverem de acordo com as normas da revista não serão avaliados.

Todos os trabalhos terão publicação bilíngue Português/Inglês (ou Espanhol/Inglês), e a tradução para o Inglês será de responsabilidade dos autores.

A revista publica os seguintes tipos de artigos: Artigos originais, Revisões sistemáticas ou meta-análises, Comunicações breves, Relatos de casos, Cartas ao editor.

Artigos originais: são trabalhos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, *abstract e keywords*, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. O resumo deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A introdução deve apresentar uma breve revisão de literatura que justifique os objetivos do estudo. Os métodos devem ser descritos com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os resultados devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados recebam análise estatística inferencial para que sejam mais conclusivos. A discussão não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos,

indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira preferencialmente nos últimos cinco anos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados no item métodos.

Revisões sistemáticas ou meta-análises: artigos destinados a identificar sistematicamente e avaliar criticamente todas as evidências científicas a respeito de uma questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar estudos que testam uma mesma hipótese, sistematicamente reúnem os mesmos dados, dispõem estes dados em gráficos, quadros e/ou tabelas e interpretam as evidências. As revisões sistemáticas de literatura devem descrever detalhadamente o método de levantamento dos dados, justificar a escolha das bases de dados consultadas e indicar a relevância do tema e a contribuição para a Ciência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos de meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica. Revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a estrutura: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, objetivos, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão e referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

Relatos de casos: artigos que apresentam casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras com até dez sujeitos (ou casos), com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados. Deve conter: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução (com breve revisão da literatura), apresentação do caso clínico, discussão, comentários finais e referências (máximo 15). O arquivo não deve conter mais do que 20 páginas.

A apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação da pesquisa e seus resultados. No caso de utilização de imagens de pacientes, anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido

dos mesmos, constando a aprovação para reprodução das imagens em periódicos científicos.

Comunicações breves: artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a Fonoaudiologia. São limitados a 6000 caracteres (da introdução à conclusão). Seguem o mesmo formato dos Artigos originais, devendo conter: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. Devem conter no máximo duas tabelas/quadros/figuras e 15 referências, das quais pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

Cartas aos editores: críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade. Serão publicadas a critério dos Editores. As cartas devem ser breves (até por volta de 4000 caracteres).

A CoDAS apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org>) ou em <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html>. O número de identificação deverá ser apresentado ao final do resumo.

Forma e preparação de manuscritos

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo "*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*", versão de abril de 2010, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, além do arquivo do artigo, os seguintes documentos suplementares (digitalizados):

1. carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor;
2. aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição

- onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais;
3. cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), autorizando o uso de imagem, quando for o caso;
 4. declaração de conflitos de interesse, quando pertinente.

PREPARO DO MANUSCRITO

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitad. em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, n. seguinte sequência: página de identificação, resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), agradecimentos, referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos, com suas respectivas legendas. A extensão do manuscrito (incluindo página de rosto, resumo e *abstract*, texto, tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar as indicações mencionadas na descrição: 30 páginas para Artigos originais e Revisões sistemáticas ou meta-análises, 20 páginas para Relatos de casos, 4500 caracteres para Comunicações breves, e 3000 caracteres para Cartas aos editores.

Página de identificação

Deve conter:

1. título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês. O título deve ser conciso, porém informativo;
2. título do artigo resumido com até 40 caracteres;
3. nome completo de cada autor, seguido do departamento e/ou instituição;
4. departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado;
5. nome, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
6. fontes de auxílio à pesquisa, se houver;
7. declaração de inexistência de conflitos de interesse;
8. texto breve descrevendo a contribuição de cada autor listado.

Resumo e descritores

A segunda página deve conter o resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, métodos, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, methods, results, conclusion*. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção,

análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion*. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/*keywords* que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Texto

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e preferencialmente sem referência ao nome dos autores, como no exemplo:

"... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13)..."

Palavras ou expressões em Inglês que não possuam tradução oficial para o Português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso.

No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostas ao final do artigo, após as referências.

Agradecimentos

Inclui reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ou financiamentos para a execução da pesquisa, inclusive explicitando números de processos, quando for o caso.

Referências

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de

seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Recomenda-se utilizar preferencialmente referências publicadas nos últimos cinco anos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. *Hearing in children.* 3r. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Iwin J. *Pragmatics: the role in language development.* La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

CAPÍTULOS DE LIVROS (mesma autoria)

Russo IC. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. *Distúrbios da audição: a presbiacusia;* p. 51-82.

TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: *Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research;* 1984 Sep 6-10; Toronto. *Proceedings.* Toronto: AMA; 1984; 25:2293-4.

DISSERTAÇÕES E TESES

Rodrigues A. Aspectos semânticos e pragmáticos nas alterações do desenvolvimento da linguagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas; 2002.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. *Otitis media, hearing and language development.* [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens] Available

from: http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm

Tabelas

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

Quadros

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. As figuras poderão ser anexadas como documentos suplementares em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens ("scan") deverá obedecer os seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/*bitmap* para traço; para ilustrações e fotos usar 300 dpi/*RGBougrayscale*. Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

Legendas

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Tradução

A versão em Inglês será de responsabilidade dos autores. Após revisão técnica do manuscrito aprovado em Português os autores serão instruídos a realizarem a tradução do documento para a língua inglesa, garantindo pelo menos a correção por empresa especializada com experiência internacional.

Envio de manuscritos

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo Sistema de Editoração *Online*, disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo>.

Os autores dos artigos selecionados para publicação serão notificados, e receberão instruções relacionadas aos procedimentos editoriais técnicos. Os autores de manuscritos não selecionados para publicação receberão notificação com os motivos da recusa. Os trabalhos em análise editorial não poderão ser submetidos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente o editor poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na CoDAS em outro periódico.

Em casos de dúvidas, os autores deverão entrar em contato com a secretaria executiva pelo e-mail revista@codas.org.br.

ANEXO H - NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

**SAÚDE
SOCIEDADE**

ISSN 0104-1290 *versão
impressa*
ISSN 1984-0470 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de instituições de ensino e pesquisa que desenvolvem pesquisa interdisciplinar e contam com o concurso de diferentes áreas do saber (ciências exatas, biológicas e sociais) e socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de pesquisadores e de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos de pesquisa, avaliação de programas, etc., com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de idéias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

Áreas de interesse: Desde sua criação, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da emergente ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos: Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) artigos de atualização de literatura;

e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;

f) comunicações de estudos, pesquisas ou experiências práticas em andamento, assim como resultados preliminares;

g) cartas à redação com comentários sobre idéias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

h) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área;

i) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse; e

j) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados *ad-hoc*, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a convivência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20

(incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de et. al.

Referencias

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos (mais detalhes no site da revista):

◆ Livro

MINAYO, M. C. de S.; e DESLANDES, S. F. (Org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

◆ Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.

Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX.
In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP,
2002. p. 45-72.

◆ Artigo de Periódico

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFVRE, F. A prescrição de medicamentos
sob a ótica do paciente idoso. Revista de Saúde Pública, São
Paulo, v.35, n.2, p. 207-213, abr. 2001.

◆ Tese

LIMA, R. T. Condições de nascimento e desigualdade social.
São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública)
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo,
2001.

◆ Documentos Eletrônicos

SALES, A. C. C. L. Conversando sobre educação sexual.
Disponível em: <http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando_ed_sexual_ana_carla.pdf>
Acesso em: 13 jan. 2003.

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:
<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>