

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ESTRESSORES E *COPING* DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS
DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTÁVEIS E SEUS CUIDADORES**

LARA SESSA CAMPOS

Vitória, ES

2021

LARA SESSA CAMPOS

**ESTRESSORES E *COPING* DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS
DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTÁVEIS E SEUS CUIDADORES**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre no Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da Universidade
Federal do Espírito Santo, sob a orientação da
Professora Dra. Alessandra Brunoro Motta
Loss e coorientação da Professora Dra. Carmen
Silvia Carvalho Barreira-Nielsen.

Vitória, ES

2021

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S493e Sessa Campos, Lara, 1996-
Estressores e Coping de crianças e adolescentes usuários de
dispositivos auditivos implantáveis e seus cuidadores / Lara
Sessa Campos. - 2021.
137 f. : il.

Orientadora: Alessandra Brunoro Motta Loss.

Coorientadora: Carmen Barreira-Nielsen.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Psicologia. 2. Fonoaudiologia. 3. Coping. 4. Perda
auditiva. 5. Dispositivos auditivos implantáveis. I. Brunoro
Motta Loss, Alessandra. II. Barreira-Nielsen, Carmen. III.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP

**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado
EM PSICOLOGIA DA ALUNA LARA SESSA CAMPOS**

Aos três dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e um, às treze horas, com participação remota da mestranda e dos membros da Banca por meio de webconferência, nos termos da Portaria Normativa PRPPG/UFES n° 08, de 1° de julho de 2021, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelas Professoras Dra. Alessandra Brunoro Motta Less (PPGP/UFES), Dra. Kely Maria Pereira de Paula (PPGP/UFES) e Dra. Aline Neves Pessoa Almeida (Dep. Fonoaudiologia/UFES) para a sessão pública da defesa de dissertação de Mestrado de Lara Sessa Campos, intitulada: "Estressores e coping de crianças e adolescentes usuários de dispositivos auditivos implantáveis e seus cuidadores", sob a orientação da Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Less, que presidiu a Sessão. Realizada a arguição, a defesa foi dada por encerrada e os membros da Banca, reunidos, decidiram pela aprovação da Dissertação da aluna. Por fim, a presidente da sessão alertou que a aluna somente terá direito ao título de Mestre após entrega da versão final de sua dissertação, em papel e meio digital, a Secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Nada mais havendo a acrescentar, eu, Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Less, lavrei esta ata que vai assinada digitalmente por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.

Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Less
Orientadora e Presidente da Sessão - PPGP/UFES

Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula
Examinadora Interna - PPGP/UFES

Profa. Dra. Aline Neves Pessoa Almeida
Examinadora Externa - Dep. Fonoaudiologia/UFES

Av. Fernando Ferrari, 514. Vitória/ES - Ed. Prof. Lúcio de Souza
Campus de Goiabens - CEP: 29075-910 - tel. 4009-2501 - E-mail: ppgp.ufes@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ALESSANDRA BRUNORO MOTTA LOSS - SIAPE 2582809
Departamento de Fonoaudiologia - DF/OCS
Em 03/09/2021 às 15:35

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://apl.leplisma.ufes.br/arquivos-assinados/262537?tipoArquivo=0>



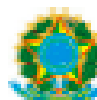
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ALINE NEVES PESSOA ALMEIDA - SIAPE 2018293
Departamento de Fonoaudiologia - DF/OCS
Em 03/09/2021 às 15:37

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://apl.leplisma.ufes.br/arquivos-assinados/262538?tipoArquivo=0>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
KELY MARIA PEREIRA DE PAULA - SIAPE 2319185
Departamento de Psicologia Social e Desenvolvimento - DP/SD/OCHN
Em 14/09/2021 às 17:51

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://apl.leplisma.ufes.br/arquivos-assinados/267341?tipoArquivo=0>

Dedico às crianças usuárias de dispositivos auditivos implantáveis e seus familiares.

E aos meus tios Valquíria e Gerson, por me motivarem a seguir meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e à Nossa Senhora Aparecida, pela proteção.

Agradeço à Profa Dra Alessandra Brunoro Motta, minha orientadora, pelo carinho, amizade e transmissão de conhecimento, sempre atenta e disponível para contribuir com as questões referentes a pesquisa e a vida.

Agradeço à Profa Dra Carmen Barreira Nielsen, minha coorientadora, pelo carinho, amizade, atenção e transmissão de conhecimento, por me permitir acompanhá-la nos atendimentos e atividades de pesquisa e extensão desde a graduação.

Às professoras Dra Aline Neves Pessoa-Almeida e Dra. Kely Pereira de Paula, por aceitarem o convite em contribuir no exame de qualificação e na defesa, acrescentando suas experiências e reflexões.

À Laís Sessa pelo apoio indispensável na construção dessa pesquisa, desde as ideias iniciais, dando vida aos meus pensamentos, sempre atenta, cuidadosa e dedicada. Não seria a mesma coisa sem você.

À minha mãe Débora, minha irmã Clara e José Lúcio, por me apoiarem na trajetória estudantil e nos desafios da vida, me proporcionando segurança, carinho, afeto e amor.

Aos meus avós Maria Isaura e João, e meu pai, Marcelo, pelo entusiasmo e alegria que expressam com as minhas vitórias, pelo carinho, amor e cuidado.

Aos meus tios Valquíria e Gerson, por serem lar e por me apoiarem em todas os sonhos que quero alcançar. Ao Érick, Henrique e Letícia, pelo carinho e atenção, por me acolherem para que eu pudesse concluir minha pesquisa e manter minha contribuição no programa em meio a pandemia.

À minha avó Hilma Sessa (*sempre presente*) a quem tenho gratidão pelo amor, carinho, exemplo e fé. Às tias, Valeska, Cristina e Simone, e ao tio Jorge (*sempre presente*), demais tios e tias, primos e primas, pelas orações, desejo de sucesso e apoio.

Ao José Lucas, que apoia meus sonhos e partilha da vida com leveza, amor, e cuidado, impulsionando meus voos, sempre atento e a postos para contribuir no que preciso. Estendo meus agradecimentos aos seus familiares, pela acolhida e carinho.

Aos amigos Tereza, Dharah, William, Willaby, Larissa, Letícia e Taynara, pela compreensão da ausência, pelo apoio e por estarem sempre perto – mesmo longe. Aos amigos Mariana, Sthefany, Delly e Rafael, agradeço a companhia, as refeições compartilhadas, as caronas, as risadas e o apoio indispensável durante o curso do mestrado.

Aos colegas do Programa de Implante Coclear Ufes/Hucam pela partilha de conhecimentos e experiências profissionais.

Aos professores e servidores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, que foram fundamentais para a minha formação no mestrado.

À agência de fomento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio recebido através da bolsa para realização do mestrado.

Sumário

RESUMO.....	11
ABSTRACT	14
APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 DA: definição, diagnóstico e reabilitação	22
1.2 Os dispositivos implantáveis e percepção de benefícios para a criança com DA	25
1.3 <i>Coping</i> : definição e compreensão na condição da DA e da reabilitação por IC	29
1.4 O problema de pesquisa e sua relevância.....	36
1.5 Objetivos da pesquisa.....	38
2 MÉTODO.....	38
2.1 Participantes	39
2.2. Local de coleta de dados.....	40
2.3 Materiais e Instrumentos	41
2.4 Procedimentos.....	45
2.5 Processamento e análise de dados	50
2.6 Avaliação ética de riscos e benefícios.....	51
3 RESULTADOS	52
3.1 Dados clínicos e características biossociodemográficas	52
3.1.1 Dados sobre o risco psicossocial, medido pelo <i>Psychosocial Assessment Tool</i> (PAT)	54
3.1.2 Indicadores comportamentais das crianças, na percepção dos cuidadores, medidos pelo SDQ	56
3.2 Dados referentes ao processo de <i>coping</i> dos cuidadores diante de estressores relacionados à DA, motivações e expectativas relacionadas ao IC	56
3.2.1 Dados da análise do questionário sobre estressores, <i>coping</i> , motivação e expectativas dos cuidadores de crianças usuárias de dispositivos auditivos....	58
3.3 Dados referentes à percepção das crianças /adolescentes sobre o processo de reabilitação	64
3.4 Dados referentes à integração das variáveis do estudo em um relato de caso..	72
4 DISCUSSÃO	76
5 CONCLUSÃO.....	95
6 REFERÊNCIAS	97
7 APÊNDICES	122
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
APÊNDICE B - Termo de Assentimento.....	125
APÊNDICE C – Instrumento de rastreio de risco psicossocial – PAT.....	126

APÊNDICE D– Questionário de dados clínicos e do histórico do diagnóstico e reabilitação.....	127
APÊNDICE E– Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).....	128
APÊNDICE F- Roteiro de Entrevista sobre estressores, coping, expectativas e motivação.	129
APÊNDICE G– Escala de <i>coping</i>	130
APÊNDICE H- Instrumento elaborado pela autora para avaliação das estratégias de <i>coping</i> da criança e adolescente.....	133
APÊNDICE J - DIFICULDADES REFERIDAS PELOS CUIDADORES SOBRE AS CRIANÇAS/ADOLESCENTES (N = 9)	137

RESUMO

Campos, Lara Sessa (Agosto, 2021). Estressores e *coping* de crianças e adolescentes usuários de dispositivos auditivos implantáveis e seus cuidadores. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 137 p.

A deficiência auditiva (DA) é um tipo de privação sensorial que se caracteriza pela reação atípica diante de estímulos sonoros, trazendo prejuízos à comunicação do indivíduo, podendo gerar danos emocionais, sociais, psicológicos e intelectuais. No diagnóstico, inicia-se o processo de reabilitação, o qual pode culminar em uma cirurgia de Implante Coclear (IC) ou Prótese Auditiva Ancorada ao Osso (PAAO). A cirurgia é somente uma etapa que se desdobra em acompanhamento sistemático para ativação, mapeamento e terapia fonoaudiológica. Trata-se de um processo complexo, que pode somar estressores àqueles já relacionados à DA, a saber: exposição a procedimento invasivo, alteração da aparência, desafios de interação social, adaptação ao dispositivo, idas frequentes a centro de tratamento, entre outros. A criança e a família precisam lidar com esses estressores, buscando adaptar-se à situação para obter os benefícios que os dispositivos auditivos implantáveis podem trazer. Este estudo teve o objetivo de verificar e descrever como crianças usuárias de dispositivos auditivos implantáveis e seus cuidadores lidam com os estressores relacionados ao processo de reabilitação auditiva. Foi constituída uma amostra de nove crianças e adolescentes usuários de IC/PAAO, com idade entre 6 e 12 anos e seus cuidadores familiares. Os cuidadores responderam aos instrumentos para registro de características sociodemográficas e clínicas das crianças e adolescentes (Critério de classificação econômica Brasil – ABEP), instrumento para avaliação de risco psicossocial (Instrumento de Avaliação Psicossocial – PAT), de indicadores comportamentais da

criança/adolescente (*Strengths and Difficulties Questionnaire* [SDQ]), estressores e expectativas em relação ao IC/PAAO (entrevista semiestruturada), *coping* (Escala de *Coping*). Para a entrevista com a criança/adolescente foi elaborado um instrumento com desenhos de situações estressoras e perguntas para a avaliação do *coping*. Os dados dos instrumentos padronizados e de características sociodemográficas e clínicas foram submetidos à estatística descritiva e os dados da entrevista e instrumento elaborado foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados mostraram que, do ponto de vista psicossocial, houve predomínio da classificação de risco psicossocial leve e moderado, e em todos os casos há percepção de suporte social. Os indicadores comportamentais das crianças compuseram grupos clínicos e não clínicos para problemas de comportamento e a maioria das crianças apresenta comportamento pró-social. Os cuidadores percebem estressores comuns para eles e para as crianças, como a cirurgia e a comunicação do filho, a exceção foi o manejo do dispositivo para a criança e o acesso ao serviço para os pais. Diante dos estressores, os cuidadores referiram tristeza e medo, mas houve predomínio de famílias de *coping* relacionadas à percepção do estressor como desafio, com destaque para a “busca de informação” e “resolução de problemas”. Sobre o *coping* das crianças/adolescente, a reação emocional diante dos estressores foi a tristeza e os comportamentos de *coping* que foram referidos se relacionam a estratégias adaptativas. Apesar da limitação no relato verbal de algumas crianças, decorrentes da heterogeneidade da história de DA e reabilitação, a análise preliminar da adequação do instrumento proposto é favorável ao uso na assistência à criança, de modo a obter sua autopercepção, o que se coloca como inovador. Conclui-se que a integração dos dados psicossociais e de comportamento aos dados da percepção e do *coping* sobre o processo de reabilitação auditiva por meio de dispositivos implantáveis auxiliaram na compreensão do processo

de cada criança/adolescente e seus familiares, contribuindo para direcionar a assistência e promover o alcance do potencial da criança.

Palavras-chave: Deficiência auditiva. Implante coclear. *Coping*. Estratégias de enfrentamento. Desenvolvimento da criança. Desenvolvimento do adolescente. Cuidador familiar.

ABSTRACT

Campos, Lara Sessa (August 2021). Stressors and coping of children and teenagers using implantable hearing devices. (Master's degree dissertation). Graduate Program in Psychology, Federal University of Espírito Santo. Vitória, ES.137 p.

Hearing impairment (HI) is a type of sensory deprivation that is characterized by the atypical reaction to sound stimuli, causing damage to the individual's communication, which can generate emotional, social, psychological and intellectual damage. After diagnosis, the rehabilitation process begins, which may culminate in cochlear implant (CI) surgery or bone-anchored hearing aids (BAHA). Surgery is only one step that unfolds in systematic follow-up for activation, mapping and speech therapy. It is a complex process, which can add stressors to those already related to AD, namely: exposure to invasive procedure, change of appearance, difficulty in social interaction, adaptation to the device, frequent trips to the treatment center, among others. The child and the family need to deal with these stressors, seeking to adapt to the situation to obtain the benefits that implantable hearing devices can bring. This study aimed to verify and describe how children using implantable hearing devices and their parents deal with stressors related to the rehabilitation process. A sample of nine children and adolescents who use CI/BAHA, aged between six and 12 years, and their family caregivers were constituted. Family caregivers answered the instruments for recording sociodemographic and clinical characteristics of children and adolescents (Brazil Economic Classification Criterion - ABEP), psychosocial risk assessment instrument (Psychosocial Assessment Instrument - PAT), child/adolescent behavioral indicators (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]), stressors and expectations in relation to CI/BAHA (semi-structured interview),

copied (Coping Scale). For the interview with the adolescent child, an instrument was elaborated with drawings of stressful situations and questions for the evaluation of coping. Data from standardized instruments and sociodemographic and clinical characteristics were submitted to descriptive statistics, while data from the interview and instrument elaborated were submitted to content analysis. The results showed that, from the psychosocial point of view, there was a predominance of mild and moderate psychosocial risk classification, and in all cases there is a perception of social support. The behavioral indicators of the children comprised clinical and non-clinical groups for behavioral problems, but most children have prosocial behavior. Caregivers perceive common stressors for them and for the children, such as surgery and child communication, with the exception being the management of the device for the child and the access to the service for parents. In the face of stressors, caregivers reported sadness and fear, but there was a predominance of coping families related to the perception of the stressor as a challenge, with emphasis on "information search" and "problem solving". About the coping of children/adolescents, the emotional reaction to the stressors was sadness and the coping behaviors that were mentioned are related to adaptive strategies. Despite the limitation in the verbal report of some children, resulting from the heterogeneity of the history of HI and rehabilitation, the preliminary analysis of the adequacy of the proposed instrument is favorable to the use in child care, in order to obtain its self-perception, which is placed as innovative. It is concluded that the integration of psychosocial and behavior data with data on perception and coping on the auditory rehabilitation process through implantable devices helped to understand the process of each child/adolescent and their families, contributing to a more focused care and the possibility for the children to reach their full potential.

Keywords: Hearing impairment. Cochlear implant. Coping. Coping strategies. Child development. Adolescent development. Family caregiver

Área(s) de conhecimento: Psicologia (7.07.00.00-1)

Sub-área (s) de conhecimento: Tratamento e Prevenção Psicológica (7.07.10.00-7)

Financiamento: CAPES (bolsa de mestrado)

APRESENTAÇÃO

A (DA) é um tipo de privação sensorial que se caracteriza pela reação atípica diante de estímulos sonoros. Ela pode ser classificada de acordo com o local da lesão e quanto ao grau, que varia de leve a severo ou profundo (Costa Filho, Bevilacqua, Amantini, & Braite, 1994). Quando a DA acontece na infância, são observados impactos no desenvolvimento. Crianças com DA de grau severo e/ou profundo são as mais afetadas em termos desenvolvimentais, uma vez que a falta de percepção adequada dos estímulos sonoros pode levar a dificuldades de percepção de fala e aprendizagem da linguagem oral de forma espontânea impactando a comunicação, a aquisição da linguagem e o aproveitamento escolar (Bevilacqua & Lins, 1987). Aspectos do desenvolvimento socioemocional dos cuidadores também são afetados pela DA, como revolta, não aceitação, susto, ódio, confusão e inadequação, fazendo-se necessárias adaptações e reformulações de significados, principalmente com relação à expectativa envolvida nas possibilidades para a criança (Bevilacqua & Formigoni, 2012; Vieira, Bevilacqua, Ferreira, & Dupas, 2012; Gatto & Tochetto, 2007).

Como forma de reabilitação da função auditiva, alguns recursos tecnológicos têm se mostrado eficientes, trazendo benefícios para a audição e amortecendo os riscos sobre o desenvolvimento. Dentre esses recursos estão a Prótese auditiva ancorada ao osso (PAAO) e o Implante coclear (IC), que consistem em próteses parcialmente implantáveis. A PAAO estimula a audição através da vibração óssea e o IC estimula diretamente o nervo auditivo possibilitando a detecção do som e o desenvolvimento das demais habilidades auditivas, como discriminação, reconhecimento e compreensão (Bento et al., 2018).

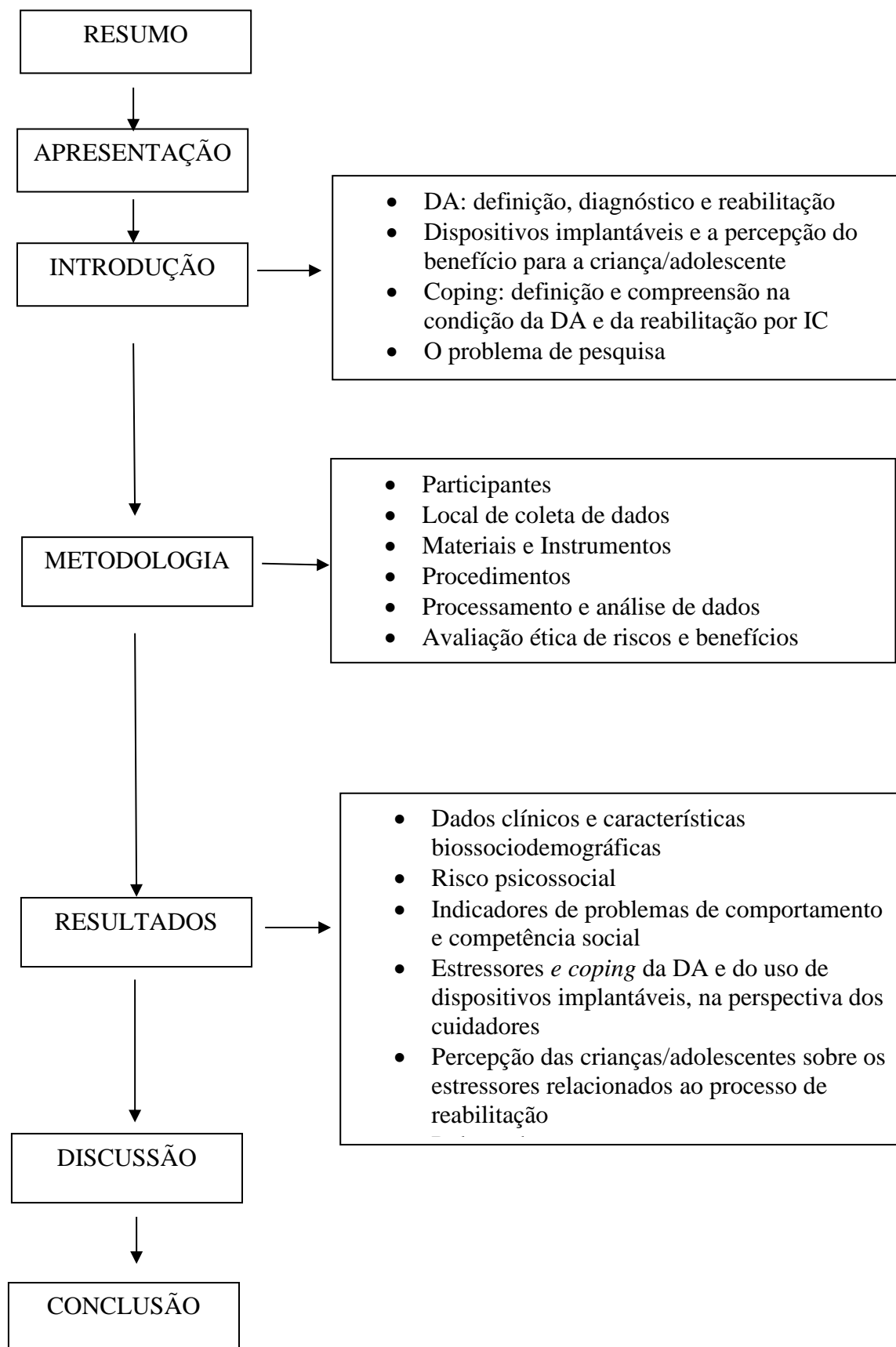
A reabilitação auditiva por meio da PAAO e do IC está prevista nas diretrizes estabelecidas para a assistência às pessoas com DA no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo caracterizada como um serviço de alta complexidade (Portaria nº 2.776, de 18/12/2014). É nesse contexto de assistência global à criança com DA, usuária de dispositivos auditivos implantáveis, que surge o interesse em compreender aspectos psicossociais do processo de reabilitação, na perspectiva da criança e de seus pais, denominados neste estudo de cuidadores familiares. De modo particular, o interesse da pesquisadora pela interface de áreas (Fonoaudiologia e Psicologia) surge ainda na graduação em Fonoaudiologia, a partir do contato com disciplinas específicas e do estágio obrigatório em Audiologia e Audiologia Educacional, no Núcleo da Audição, local em que está inserido o Programa de IC UFES/HUCAM. Durante o estágio foi possível atuar na prática da avaliação, diagnóstico e reabilitação de pessoas com DA, inclusive, pacientes usuários de IC. Esta prática teve continuidade, por meio da atuação como fonoaudióloga voluntária no programa.

Diante do exposto, é relevante afirmar que a proposta deste estudo está inserida em uma perspectiva de saúde. Neste sentido, considera a DA como uma condição atípica do desenvolvimento da função auditiva, sendo os indivíduos nesta condição referidos como pessoa com DA (Bisol & Sperb, 2010).

Com o foco na busca de evidências científicas relacionadas às variáveis psicológicas (estressores, *coping* e funcionamento social) de crianças e adolescentes usuários de dispositivos auditivos implantáveis e de seus familiares cuidadores, delineou-se a pesquisa que se estrutura nos capítulos teóricos: (a) DA: definição, diagnóstico e reabilitação; (b) O IC e a PAAO e a percepção de benefícios para a criança com DA; e (c) *Coping*: definição e compreensão na condição da DA e da reabilitação por dispositivos implantáveis em prol do uso da audição residual. Com base nos temas

revisados na introdução, propõe-se o problema da pesquisa, seus objetivos, e procedimentos metodológicos que viabilizaram a ampliação do conhecimento na interface Fonoaudiologia e Psicologia.

MAPA DA DISSERTAÇÃO



1 INTRODUÇÃO

1.1 DA: definição, diagnóstico e reabilitação

Segundo a Organização Mundial de Saúde -OMS (WHO, 2019), 466 milhões de pessoas no mundo possuem DA incapacitante e desse montante, 34 milhões são crianças. No Brasil, de acordo com o último levantamento divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 9,7 milhões de brasileiros são surdos ou apresentam alguma dificuldade para ouvir (Brasil, 2010).

A DA (DA) é um tipo de privação sensorial que se caracteriza pela reação atípica diante de estímulos sonoros. A depender do local da lesão, a DA pode ser classificada em três tipos: condutiva, mista e sensorio-neural (Silman & Silverman, 1997); e pelo impacto na inteligibilidade de fala, pode ser classificada de diferentes maneiras, de acordo com diversos autores. Alguns utilizam o resultado da média dos limiares de audibilidade¹ das frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz (Davis, 1798; Lloyd & Kaplan, 1978), outros a média dos limiares das frequências de 500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz (OMS, 2014; *Bureau International d'Audio Phonologie* [BIAP], 1997). O resultado da média de limiares indica o grau da lesão, classificando-a como: audição normal, perda auditiva leve, moderada, moderadamente severa, severa e profunda (Lloyd & Kaplan, 1978). A DA traz prejuízos à comunicação do indivíduo, podendo impactar sobre aspectos globais do desenvolvimento, especialmente, sobre os domínios socioemocionais e cognitivos (Samuel et al., 2010, Anmyr, Olsson, Larson, & Freijd, 2011; Calháu, Júnior, Penna, Reis, Capistrano, Lima, & Rodrigues Júnior, 2011; Warner-Czyz, 2011;).

¹Limiares de audibilidade: menor intensidade na qual o indivíduo reconhece 50% dos estímulos sonoros apresentados (Momensohn - Santos & Russo, 2009).

No caso de bebês e crianças, a descoberta da DA geralmente ocorre a partir da desconfiança da família de que existe algo diferente na interação da criança com os objetos e as pessoas; há ainda a observação de ausência de reação aos estímulos sonoros e a comparação com o desenvolvimento de filhos mais velhos ou crianças com desenvolvimento típico na mesma idade (Vieira et al., 2012). Esse processo pode ser demorado, levando a diagnósticos tardios, o que pode representar mais dificuldades para a criança e a família. Ademais, existem os casos de perdas auditivas progressivas, súbitas/adquiridas, entre outras. Isso porque os melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, e do processo de aprendizagem em crianças com DA, são observados quando o diagnóstico funcional e a intervenção são estabelecidos antes dos 6 meses de vida da criança (Brasil, 2012).

Dada a relevância da detecção precoce da DA, o Ministério da Saúde propôs a realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) que, no Brasil, é de realização obrigatória a partir das 24 horas e até 48 horas de vida da criança, ainda na maternidade (Brasil, 2012). A TAN é regulamentada pelas Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal, que orientam os exames que devem ser realizados para crianças com e sem indicador de risco para DA, desde a avaliação, passando pelo diagnóstico e acompanhamento no Sistema Único de Saúde (SUS), quando necessário (Brasil, 2012).

Com a descoberta da DA na infância e as emoções decorrentes do processo, são necessárias ações com atenção para a reformulação de significados e manejo de expectativas relacionadas às possibilidades de reabilitação para a criança (Gatto & Tochetto, 2007; Bevilacqua & Formigoni, 2012; Vieira et al., 2012). As queixas apresentadas com maior frequência pelos familiares de crianças com DA estão relacionadas à dificuldade de comunicação, o atraso de aquisição de fala em crianças pequenas e queixas relacionadas à dificuldade de aprendizagem e atenção em crianças

com mais de seis anos de idade (Campos & Costa, 2002). Os familiares podem confundir situações relacionadas ao desenvolvimento com a DA, propiciando maior atenção a criança, o que pode levar a expectativas muito baixas com relação ao comportamento dos filhos (Luterman, 1979; Luterman & Ross, 1991; Bevilacqua & Formigoni, 2012).

Como exposto anteriormente, a DA se diferencia de acordo com o local da lesão, tipo, etiologia, grau, estabilidade do limiar e pode estar associada a outras deficiências. Estes fatores influenciam no tipo de conduta a ser tomada no processo de reabilitação, bem como no sucesso da intervenção e, conseqüentemente, no desenvolvimento psicossocial da criança com DA. A terapia para reabilitação da função auditiva deve começar pela adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), quando possível, ou através do uso de dispositivos implantáveis (Bevilacqua & Formigoni, 2012).

Mais de 95% das crianças diagnosticadas com DA possuem audição residual (Bevilacqua & Formigoni, 2012). A audição residual consiste em uma quantidade de células que funcionam e que permitem a amplificação do sinal acústico com o uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), garantindo algum benefício auditivo ao usuário, quando suas características são bem selecionadas e ajustadas (Teixeira & Garcez, 2015).

No caso das perdas auditivas sensoriais, de grau severo e/ou profundo, verifica-se pouco ou nenhum benefício com o uso do AASI para acesso eficiente à inteligibilidade de fala, ou seja, essa tecnologia não é capaz de atender as necessidades desse grau de perda auditiva. Nesses casos, pode haver indicação de uso do IC, dispositivo que foi desenvolvido para realizar a função das células ciliadas que estão danificadas ou ausentes, proporcionando a estimulação elétrica das fibras remanescentes do nervo auditivo, e permitindo acesso aos sons de fala que garantem a sua inteligibilidade (Costa, Bevilacqua, & Amantini, 2005; Moret & Costa, 2015). No caso de perdas auditivas condutivas, devido

a condições anatômicas que impedem a passagem do som por via aérea, pode-se utilizar a PAAO para acesso aos sons por meio da vibração óssea (Snik, Mylanus, & Cremers, 2001; Catalani, et al., 2021).

Concomitante ao uso da tecnologia (AASI ou IC), a abordagem aurioral é uma opção para a (re)habilitação da função auditiva em crianças. Esta abordagem contempla um conjunto de ações terapêuticas para o desenvolvimento da competência comunicativa a partir da audição, da estimulação da fala, linguagem, cognição, comunicação e comportamento (Alves, 2002). Assim, dentro de uma abordagem aurioral, os recursos tecnológicos se somam à realização de terapia com enfoque no desenvolvimento das habilidades auditivas, fundamentada em níveis crescentes de dificuldades, que vão desde a detecção, discriminação, reconhecimento até a compreensão dos sons (Estabrooks, 2006; Bevilacqua & Alves, 2015). Esse processo de reabilitação auditiva inclui a família e a escola, junto às quais serão estabelecidos objetivos a serem trabalhados em curto, médio e longo prazo, de acordo com as etapas de desenvolvimento das habilidades auditivas e de construção da linguagem oral, possibilitando a interação com o meio social (Bevilacqua & Formigoni, 2012).

1.2 Os dispositivos implantáveis e percepção de benefícios para a criança com DA

Neste tópico serão abordados dois tipos de dispositivos implantáveis utilizados na reabilitação auditiva: o IC e a PAAO. O IC é uma prótese parcialmente implantável, que possui um componente interno, implantado cirurgicamente, e outro externo, que se apoia no pavilhão auricular; e seu funcionamento se dá pela estimulação direta, de forma elétrica, das terminações nervosas do nervo auditivo, a partir dos sons recebidos e processados pelos componentes externo e interno (Bento et al., 2018).

Existem registros da estimulação elétrica da cóclea e do nervo auditivo desde o século XVIII em diferentes países. Em 1972, um processador de fala foi desenvolvido para utilização junto ao IC monocanal e utilizado com sucesso em pacientes com DA. No Brasil, em 1989, foi desenvolvido um IC com 16 canais e monoelétrodos (Bento et al., 2018).

A PAAO é uma prótese implantável que consiste na colocação de um pino fixo na mastóide, que permite a adaptação de uma parte externa, o processador de áudio. A utilização da PAAO possibilita a recepção e acesso aos sons por meio da vibração óssea, estimulando diretamente a orelha interna (Snik, Mylanus, & Cremers, 2001; Catalani, et al., 2021).

O Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS nº2.776, de 18 de Dezembro de 2014, apresentou as “Diretrizes Gerais para Atenção Especializada às pessoas com DA no Sistema Único de Saúde (SUS)”. A diretriz estabeleceu critérios de indicação e contraindicação para a realização da cirurgia de IC/PAAO. Tais critérios incluem fatores, como: faixa etária, tempo de experiência com o aparelho de amplificação sonora individual, limiares de audibilidade, compromisso com os componentes externos e internos do implante, acesso à reabilitação auditiva na cidade de origem e, também, expectativa e motivação da família para o uso do IC e manutenção/cuidados com o mesmo, e para o processo de reabilitação fonoaudiológica, entre outros (Brasil, 2014).

Atendendo aos critérios estabelecidos, o paciente é encaminhado para a cirurgia. Após a cirurgia, o componente externo é ativado após um prazo máximo de 45 dias da data do procedimento cirúrgico. O processo inclui ainda o acompanhamento multiprofissional garantido pelo centro credenciado, assim como a realização de terapias para reabilitação auditiva no próprio serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados (Brasil, 2014).

Com relação à idade para a realização da cirurgia, nos casos do IC, os primeiros dois anos de vida são o período de maior plasticidade neural, o que facilita a reorganização cerebral a novos estímulos e contribui com o período previsto para a aquisição normal da linguagem (Magalhães, Ramos, Neme, & Yamada, 2007). Após três anos de idade, a indicação para cirurgia é feita levando em consideração o tempo de privação auditiva, a menor plasticidade neurológica e o atraso para a aquisição de linguagem, entre outros (Costa Filho, Bevilacqua & Amantini, 2005). Já nos casos de PAAO, a criança precisa ter idade superior a cinco anos, devido a formação da estrutura óssea do crânio. Dessa forma, é indicada a adaptação do processador de áudio posicionado na mastóide por meio de banda elástica (Brasil, 2014). Os benefícios da cirurgia da PAAO são menos descritos na literatura quando comparados ao IC, entretanto, estudos descrevem benefícios imediatos após a ativação e melhora significativa na percepção da fala (Almeida, Ribas, & Ataíde, 2017).

A literatura tem indicado os benefícios da cirurgia de IC para a criança e o adolescente com perda auditiva (Costa Filho, Bevilacqua & Mesquita, 1995; Svirsky, Robbins, Kirk, Pisoni, & Miyamoto, 2001; Magalhães et al., 2007; Bittencourt et al., 2012; Granço, Fernandes, Morettin, Costa Filho, & Bevilacqua, 2013). Esses estudos mostram os melhores resultados de crianças com perda auditiva severa e profunda, que receberam o IC, em comparação com crianças usuárias de AASI, no que diz respeito à aprendizagem da fala e ao desenvolvimento de habilidades auditivas de detecção, discriminação, reconhecimento e emissão de sinais acústicos.

No geral, estudos com foco na busca de evidências científicas relacionadas aos benefícios do IC têm sido utilizados em delineamentos diversos, com a comparação de amostras de crianças usuárias de IC e crianças usuárias de AASI (Jackson, Wegner & Turnbull, 2010; Duarte, Santos, Rego, & Nunes, 2014) e, também, crianças sem perda

auditiva (Motesadi, Rezaei, Mahdavi, & Golestan, 2009). Há ainda estudo que inclui somente crianças usuárias de IC (Huttunen & Valima, 2012). Outra característica desses estudos é a obtenção de dados a partir do relato dos cuidadores das crianças sobre variáveis, como o desempenho escolar (Motesadi et al., 2009), comunicação oral (Jackson, Wegner, & Turnbull, 2010; Huttunen & Valima, 2012), e interação social (Huttunen & Valima, 2012).

De modo específico, os familiares cuidadores de crianças com IC referiram experiências positivas com relação ao uso do dispositivo, especialmente, em relação à comunicação oral e à expansão da vida social em família, além de aspectos relativos à organização e ao conteúdo abordado nas terapias de reabilitação auditiva (Huttunen & Valima, 2012). O uso do IC associado à comunicação oral também teve o desfecho de melhor produção de fala para os familiares, quando comparado à percepção de familiares de crianças usuárias de AASI (Jackson, Wegner, & Turnbull, 2010).

O estudo de Motesadi et al. (2009) comparou o relato de cuidadores de crianças com IC e cuidadores de crianças com audição típica sobre o desempenho escolar. Os resultados mostraram que na percepção dos familiares, crianças com IC podem atingir um desempenho acadêmico satisfatório nas escolas regulares.

Um estudo comparou amostras de crianças e adolescentes com perda auditiva usuária de IC, usuárias de AASI e crianças e adolescentes sem perda auditiva (Duarte et al., 2014). Este estudo comparou o autorrelato da criança com o relato dos cuidadores sobre a percepção de qualidade de vida da criança. Os resultados mostraram que cuidadores de crianças surdas usuárias de IC percebem maior autonomia de seus filhos quando comparados aos cuidadores de crianças surdas que não utilizam IC ($p=0,049$). Crianças e adolescentes com DA e seus cuidadores apresentam respostas semelhantes

com relação aos domínios de qualidade de vida pesquisados, exceto no domínio *bullying* ($p=0,005$) (Duarte et al., 2014).

A despeito desses benefícios, a condição da DA e do processo de reabilitação é um desafio para crianças, adolescentes e famílias, inclusive no início, quando as respostas ainda não são consistentes (Miguel & Novaes, 2013), impactando especialmente o bem-estar emocional. Para alguns autores, o IC é considerado como um fator protetivo para o desenvolvimento de problemas psicológicos (Jackson, Wegner, & Turnbull, 2010; Huber et al., 2015). No caso do uso de IC, há preocupação com o pós-operatório (Yorgun et al., 2015) e com a queda acentuada da qualidade de vida no início do atendimento aos candidatos ao IC (Burger et al., 2008), além de dificuldades de regulação emocional e menor competência social quando comparado com crianças com audição dentro do esperado (Wiefferink, Rieffe, Ketelaar, & Frijns, 2012).

Segundo Yamada e Bevilacqua (2005) cada pessoa da família vivencia de um modo particular a surdez, e os benefícios do IC passam pelos objetivos e pelas possibilidades físicas, emocionais e sociais dos envolvidos. As crianças e suas famílias tendem a trazer mensagens conflitantes com relação à educação e altas expectativas pelo uso da tecnologia, o que pode gerar sentimentos de decepção e baixa autoestima quando relacionadas ao desenvolvimento das habilidades de comunicação (Sessa & Sutherland, 2013). Essas características da DA podem se constituir em estressores com os quais crianças, adolescentes e familiares precisam lidar, de modo a preservar o desenvolvimento adaptativo de ambos.

1.3 Coping: definição e compreensão na condição da DA e da reabilitação por IC

Demandas internas e externas do indivíduo, originadas pelo estresse, podem ser avaliadas como sobrecarga e um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais são

acionados para manejá-las, constituindo-se o que se denomina por *coping*. Esta definição foi proposta dentro do modelo cognitivo de estresse e *coping*, proposto de Lazarus e Folkman (1984), que considera central a avaliação cognitiva que o indivíduo faz do estressor. Esta avaliação ocorre quando o indivíduo está diante de uma situação que seja significativa para ele e que ultrapassa sua capacidade de enfrentamento. A maneira com que as pessoas detectam e respondem aos estressores é difícil de ser prontamente identificada e deve ser descrita de forma individual, com a finalidade de traçar quais caminhos são percorridos por cada um (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Autores contemporâneos têm abordado o *coping* em uma perspectiva desenvolvimentista, buscando atender a necessidade de investigação desse construto em crianças (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; 2009; 2011; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; 2009; Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; 1997; Skinner, 1992; 1999; 2007;). Nesta perspectiva, o *coping* é compreendido como ação de regulação sob estresse, considerando a forma com que as pessoas mobilizam, modulam, gerenciam e coordenam seus comportamentos, emoções e atenção, ou não o fazem sob estresse (Eisenberg, Fabes, & Guthrie, 1997; Skinner, 1999; Compas et al., 2001).

Adotando uma perspectiva desenvolvimentista, em que o *coping* é visto como ação de regulação sob estresse, a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC), do inglês *Motivational Theory of Coping* (MTC), considera que o *coping* acontece em tempo real, para que as pessoas regulem comportamento, emoção e orientação motivacional em condições de estresse psicológico (Skinner & Wellborn, 1994). A TMC permite a compreensão do *coping* em sua relação com o processo adaptativo. Nesse caminho, alguns componentes se relacionam teoricamente para explicar os possíveis desfechos, adaptativos ou não. Inicialmente, entende-se que quando o indivíduo está diante de uma

situação estressora, ele pode avaliá-la como uma ameaça ou desafio. Em uma perspectiva motivacional, essa percepção de desafio ou ameaça se relaciona às necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia, e podem estar dirigidas ao *self* (si mesmo) ou ao contexto. A depender dessa avaliação o indivíduo poderá empregar uma variedade de estratégias de *coping*, cuja funcionalidade permite compreendê-las em macrocategorias de *coping* (também referidas como famílias de *coping*), as quais se relacionam com um processo adaptativo.

Ao propor 12 macrocategorias de *coping*, Skinner e seus colaboradores estabelecem suas relações com diferentes processos adaptativos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011). Isso significa que diante do estressor, inicia-se o processo de *coping* que poderá ter desfechos adaptativos e mal adaptativos relacionados à: (a) coordenação de ações e contingências no ambiente, por meio das macrocategorias de *coping* adaptativas resolução de problema e busca de informação, e mal adaptativas, desamparo e fuga; (b) coordenação da confiança e recursos sociais disponíveis, por meio das macrocategorias adaptativas autoconfiança e busca de suporte, e mal adaptativas delegação e isolamento social; e (c) coordenação de preferências e opções disponíveis, por meio das macrocategorias adaptativas acomodação e negociação, e mal adaptativas submissão e oposição. Essas macrocategorias de *coping* estão organizadas na *Motivational Theory of Coping Scale – 12* (MTC-12), como forma de mensuração do *coping* (Skinner & Wellborn, 1994).

Para a avaliação do *coping* em crianças, usando a perspectiva motivacional, Lees (2007) investigou a adequação da MTC-12 para diferentes situações estressoras, exibidas em vídeos para crianças de diferentes idades e sexo. A MTC-12 é baseada em uma perspectiva desenvolvimental e permite a avaliação do *coping* em crianças por meio das macrocategorias.

No Brasil, pesquisadores que investigam o *coping* a partir da TMC tem desenvolvido instrumentos específicos para seus estudos (Motta & Enumo, 2010; Motta, 2007; Garioli, 2016; Oliveira, Enumo & Paula, 2017), tomando como base as 12 famílias de *coping*. É o caso do instrumento de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEH), desenvolvido inicialmente para crianças hospitalizadas com câncer (Motta & Enumo, 2010) e adaptado para uma versão escala, obtendo evidências de validade junto a crianças hospitalizadas por diversas doenças (Garioli, 2016).

A TMC tem fundamentado diversos estudos com crianças e adolescentes na área da saúde (Ramos et al., 2015). Este fato foi confirmado no estudo de Enumo, Oliveira, Bellodi, & Motta (2019), que descreveu a variedade de estudos brasileiros em condições de doenças crônicas e de adoecimento, como: o enfrentamento da hospitalização por mães de bebês prematuros e com baixo peso (Ramos et al., 2011; Ramos, 2012); diabetes em adolescentes (Santos & Enumo, 2003; Victório, Andrade, Silva, Machado, & Enumo, 2019); obesidade em crianças e adolescentes (Cunha, et al., 2018); anemia falciforme (Oliveira, Enumo, & Paula, 2017; Dias, et al., 2019; Garioli, Paula, & Enumo, 2019); e fissura labiopalatina (Ribeiro & Enumo, 2018).

Apesar da variabilidade de condições em que o *coping* tem sido investigado na infância e adolescência (Enumo et al., 2019), verifica-se que a DA não tem sido alvo de estudos sobre *coping* fundamentados na TMC. A revisão da literatura nacional e internacional também mostrou que há escassez de estudos quando se consideram outras bases teóricas. A literatura é ainda mais rara, quando a população de interesse é constituída por crianças e adolescentes com DA usuárias de IC.

A despeito dessa escassez de estudos no que se referem ao *coping* nessa população, a busca na literatura na base de dados *Google scholar*, no período entre os anos de 1990 e 2019, retornou estudos que permitiram identificar alguns estressores para

essa população (Punch & Hyde, 2011; Rich, Levinger, Werner, &Adelman, 2013; Zaidman-Zait & Dotan, 2017), o que já representa um ponto de partida para a compreensão do *coping*. Esses estressores eram referidos como dificuldades e preocupações, obtidos a partir das percepções de familiares cuidadores sobre aspectos da DA e da reabilitação por meio do IC.

Todos os estudos indicaram a adolescência como sendo uma etapa do desenvolvimento em que os usuários de IC referiram mais dificuldade. Tais dificuldades se dão nos relacionamentos sociais, estabelecidos com colegas (Punch & Hyde, 2011; Rich et al., 2013; Zaidman-Zait & Dotan, 2017) e professor (Zaidman-Zait & Dotan, 2017), além de relacionamentos amorosos (Punch & Hyde, 2011; Zaidman-Zait & Dotan, 2017). O estudo de Punch e Hyde (2011), que incluiu o autorrelato de adolescentes, cuidadores e professores verificou que a adolescência foi referida como um período difícil, pois alguns participantes estavam lidando com sentimentos relacionados à autoconsciência sobre a surdez e o IC e preocupações sobre o futuro, além das dificuldades já referidas nas amizades e namoros.

O estudo de Zaidman-Zait e Dotan (2017) utilizou um questionário de *coping*, por meio do qual descreveu domínios de estressores para adolescentes usuários de IC, através do autorrelato. Este estudo encontrou níveis mais altos de estresse relacionado ao futuro, seguido daqueles referentes aos relacionamentos com colegas e à escola. De modo específico, a análise do domínio escola permitiu verificar estressores, como a aprendizagem, interação/relacionamento professor-aluno, dificuldades na participação em sala de aula e dificuldades relacionada à acústica da sala de aula. Dificuldades com o ambiente de sala de aula também foram referidas no estudo de Rich et al. (2013), com adolescentes usuários de IC.

Achados correlacionais também foram descritos por Zaidman-Zait e Dotan (2017), que verificaram que quanto maior o grau da perda auditiva, maior era a percepção de estresse no ambiente de lazer. Os autores mostraram ainda que as habilidades pragmáticas dos adolescentes se associaram negativamente com estresse percebido em quatro domínios: futuro, tempo de lazer, relacionamentos românticos e com relação a si mesmo (Zaidman-Zait&Dotan, 2017). É importante destacar que estes estudos através de autorrelatos se restringem aos adolescentes, não sendo encontrado na literatura artigos com participantes com idades inferiores.

Em relação ao *coping*, a literatura foi ainda mais escassa. Entretanto, verifica-se uma preocupação com os desfechos adaptativos da experiência com o uso do IC. Isso se verificou em estudos com foco no funcionamento social, medido por meio de indicadores comportamentais (Wiefferink et al., 2012), participação social (Punch & Hyde, 2011), estados emocionais e atividades de vida diária (Freeman, et al., 2017).

A perspectiva de *coping* adotada neste estudo compreende o fenômeno em sua relação com o processo adaptativo. Nesse sentido, a depender do modo com o indivíduo regula suas emoções, comportamento, atenção e orientação em situação de estresse, diferentes desfechos adaptativos poderão ser observados (Skinner et al., 2003).

Com base nesse entendimento, os estudos empíricos encontrados contribuem para o entendimento psicológico dessas crianças em situação de estresse. No caso dos adolescentes do estudo de Zaidman-Zait e Dotan (2017), a estratégia de fuga se associou positivamente aos estressores referentes aos relacionamentos com colegas, tempo de lazer, relacionamentos românticos, futuro e escola.

A regulação emocional, que pode ser referida como uma estratégia de *coping* na TMC (Skinner et al., 2003), foi investigada em crianças pequenas (1 ano e meio a 5 anos) usuárias de IC e crianças com audição típica (Wiefferink et al., 2012). Este estudo

comparativo relacionou a regulação emocional com o funcionamento social, medido a partir de indicadores comportamentais. Os autores concluíram que as crianças usuárias de IC apresentam estratégias de regulação emocional menos adequadas e menor competência social quando comparadas com seus pares ouvintes. Para as crianças usuárias de IC, o modo como regulam a emoção não se associou com maior competência social, diferente do observado em crianças ouvintes. De outro lado, estratégias de regulação emocional parecem ter explicado a ocorrência de problemas comportamentais externalizantes no grupo de crianças usuárias de IC.

Indicadores do processo adaptativo de crianças e adolescentes foram verificados por Freeman et al. (2017), em estudo sobre a inteligibilidade de fala em crianças e adolescentes usuárias de IC e seus pares com audição típica. O processo adaptativo foi verificado em diferentes domínios, a saber: clínicos (ansiedade, depressão e fuga) e de adaptação (adaptabilidade, atividades de vida diária e comunicação funcional). Os autores concluíram que a inteligibilidade de fala pode contribuir com vários domínios psicossociais das crianças e adolescentes com IC, principalmente os domínios socialização, comunicação e ajuste emocional.

O funcionamento socioemocional de crianças com DA usuárias de AASI e IC foi comparado, a partir do relato dos pais, no estudo de Michael, Attias e Raveh (2019). Os autores verificaram que cuidadores de crianças com IC tenderam a relatar níveis mais baixos de dificuldades socioemocionais e níveis mais altos de comportamento pró-sociais do que os cuidadores de crianças com aparelho auditivo.

Na condição da DA e IC, os cuidadores também têm sido foco de estudos sobre processos adaptativos da experiência com o estressor e suas influências sobre a criança. Pilarska e Sekula (2019) verificaram as relações entre a ansiedade das mães e a dificuldade de desenvolvimento social dos seus filhos com DA, usuárias de AASI ou IC.

Como resultados, os autores encontraram associação positiva entre essas variáveis, ou seja, quanto pior o desenvolvimento da criança, maior o nível de ansiedade das mães. Destaca-se que as crianças com DA de grau profundo usuárias de IC tiveram melhor desempenho do que o grupo de crianças com DA semelhante, usando aparelhos auditivos.

Em outro estudo com foco nos pais, analisou-se a diferença entre a aceitação da criança com DA e o senso de autoeficácia dos cuidadores e recursos de enfrentamento social de mães e pais de crianças com DA. A análise de correlação indicou que os pais que possuíam mais suporte social para o enfrentamento, tinham menores níveis de estresse, e as mães relataram uma autoeficácia significativamente maior (Zaidman-Zait, et al., 2016).

Estes achados científicos, embora escassos, corroboram com a necessidade da realização de estudos sobre como crianças usuárias de IC e seus cuidadores lidam com os estressores relacionados ao processo de reabilitação pela utilização de IC.

1.4 O problema de pesquisa e sua relevância

Os benefícios do IC em crianças e adolescentes incluem a aprendizagem da fala, permitindo a detecção, discriminação, reconhecimento e emissão de sinais acústicos (Bittencourt et al., 2012; Granço et al., 2013; Magalhães et al., 2007; Svirsky et al., 2001; Costa Filho, Bevilacqua, & Mesquita, 1995). Por outro lado, nem sempre as expectativas relacionadas ao impacto do IC sobre aspectos comportamentais da criança são adequadas, o que pode decorrer do não entendimento dos cuidadores sobre os problemas de desenvolvimento e problemas resultantes da DA (Luterman, 1979; Luterman & Ross, 1991; Bevilacqua & Formigoni, 2012).

Estudos sobre *coping* têm sido realizados no contexto de doenças crônicas e doenças pouco estudadas no Brasil (Santos & Enumo, 2003; Oliveira et al., 2017; Ribeiro & Enumo, 2018; Dias et al., 2019; Victório et al., 2019; Garioli, Paula, & Enumo, 2019).

Entretanto, estudos com foco nos estressores relacionados à DA e reabilitação pelo IC e o modo como crianças, adolescentes e familiares lidam com eles, ainda são escassos.

Todavia estudos com relação ao *coping* apresentaram preocupação com os desfechos adaptativos da experiência com o uso do IC (Wiefferink et al., 2012), como a participação social (Punch & Hyde, 2011), estados emocionais, atividades de vida diária e inteligibilidade de fala em crianças e adolescentes usuários de IC (Freeman et al., 2017). Estudos realizados com cuidadores abordaram os processos adaptativos da experiência com o estressor e suas influências sobre a criança, comparando a relação entre o pior nível de desenvolvimento da criança e o nível de ansiedade mais alto das mães de forma significativa (Pilarska & Sekula, 2019), assim como os cuidadores com mais recursos de enfrentamento apresentaram menores níveis de estresse, e as mães uma autoeficácia significativamente maior (Zaidman-Zait et al., 2016).

Diante da literatura revisada algumas lacunas foram encontradas, e podem se traduzir em questões de investigação de relevância científica e social. *Quais são os estressores percebidos por crianças e adolescentes com DA e seus pais, durante o processo de reabilitação por IC? Como crianças e adolescentes com DA e suas famílias lidam com o processo de reabilitação via IC? Como os cuidadores percebem os benefícios do IC e o funcionamento social de sua criança/adolescente com DA? A escassez de estudos sobre o tema limita o estabelecimento de hipóteses, mas considerou-se que as crianças e adolescentes com DA, usuários de IC, percebem estressores relacionados ao ambiente da terapia, da escola, da família e social. No manejo desses estressores, levantou-se a hipótese de que estratégias de *coping* adaptativas e mal adaptativas estivessem presentes, tanto no *coping* referido pela criança e pelo adolescente, como por seus familiares cuidadores. Levantou-se ainda a hipótese que as mães*

apresentam maior percepção dos estressores relacionados ao desenvolvimento da criança/adolescente.

1.5 Objetivos da pesquisa

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar como crianças usuárias de dispositivos auditivos implantáveis e seus cuidadores lidam com os estressores relacionados ao processo de reabilitação. Como objetivos específicos, foram propostos:

- (a) caracterizar o perfil clínico, sociodemográfico e o risco psicossocial das crianças/adolescentes;
- (B) descrever a percepção dos cuidadores sobre a DA e o uso de dispositivos implantáveis;
- (d) verificar indicadores de problemas de comportamento e comportamento pró-social de crianças usuárias de IC/PAAO, a partir do relato de seus pais;
- (e) descrever indicadores de adequação do instrumento sobre as percepções da criança/adolescente sobre o implante coclear, estressores, estados emocionais associados e *coping*;
- (f) descrever as relações entre características comportamentais, sociodemográficas e clínicas, e o *coping* das crianças e dos pais, por meio de um relato de caso.

2 MÉTODO

Com a finalidade de atender ao objetivo principal de analisar as estratégias de *coping* de crianças/adolescentes usuárias de dispositivos auditivos implantáveis e seus familiares cuidadores, a presente pesquisa foi delineada como um estudo descritivo, de

corte transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa CAAE nº 35661920.0.0000.5542 e 35661920.0.3001.5071.

2.1 Participantes

Participaram dessa pesquisa nove crianças, com idade entre 6 e 12 anos, usuárias de IC e PAAO, e seus respectivos cuidadores. Essas crianças estavam inscritas no Programa de IC da Universidade Federal do Espírito Santo e Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Programa de IC UFES/HUCAM), credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização de cirurgia de IC e prótese auditiva ancorada no osso, no estado do Espírito Santo, ES. O programa recebe pacientes procedentes da Grande Vitória e de municípios do interior do ES, encaminhados dos centros de saúde auditiva do ES, via regulação do SUS (UFES, acesso em 22/04/2020).

A princípio, a amostra seria composta apenas de crianças/adolescentes usuários de IC, entretanto, considerando o período da pandemia da covid-19 e a dificuldade de recrutar participantes, foram inseridos na amostra, dois participantes usuários de PAAO. A PAAO também consiste em um dispositivo implantável que permite a estimulação auditiva por vibração óssea. Considerando o processo de avaliação, cirurgia e reabilitação, todos os questionários e protocolos propostos foram aplicados sem diferenciação para crianças/adolescente com IC e PAAO.

A amostra foi constituída a partir dos critérios de inclusão estabelecidos: (a) ser usuária de dispositivo auditivo implantável (IC ou PAAO); (b) estar em acompanhamento no Programa de IC da UFES/HUCAM e estar realizando terapia para reabilitação auditiva na Clínica Escola da UFES/HUCAM; (c) a criança deveria ter idade entre 6 e 12 anos; (d) estar em categoria 3, 4 ou 5 de linguagem (Melo, Yamaguti, Moret, & Bevilacqua, 2012); e (e) no caso do cuidador, este deveria ser o responsável principal pelos cuidados com a criança. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: (a) crianças/adolescentes

que estavam em acompanhamento por teleatendimento; e (b) crianças/adolescentes com algum comprometimento neurológico ou cognitivo que impossibilite a compreensão do instrumento.

2.2. Local de coleta de dados

A pesquisa foi realizada no espaço físico do Núcleo da Audição, que integra parte das atividades do Programa de Implante Coclear UFES/HUCAM. O Núcleo da Audição desenvolve suas ações em parceria com o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e se constitui como órgão interdisciplinar, também ligado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS). No Núcleo da Audição são realizadas as atividades de pesquisa e extensão, apoio às atividades do curso de graduação em Fonoaudiologia, dos programas de pós-graduação e atendimento à comunidade externa. As atividades são relacionadas ao estudo dos procedimentos comportamentais, eletroacústicos e eletrofisiológicos da audição em indivíduos com audição típica e com DA. As atividades realizadas têm como objetivo promover a prevenção, o diagnóstico e a intervenção dos distúrbios da audição, considerando também os aspectos psicológicos e apoio para criança/adulto e sua família. O Núcleo da Audição fornece aparelhos de médio e alto custo para reabilitação, como o IC e a prótese auditiva ancorada no osso (UFES, acesso em 22/04/2020).

É válido ressaltar que, em dezembro de 2016, o HUCAM foi habilitado para a cirurgia de IC, por meio da Portaria nº 3.400, de 29/12/2016 (Habilitação como Serviço de Atenção Especializada às Pessoas com DA – IC e Próteses Ancoradas no Osso). Além do Núcleo de Audição e Clínica Escola, o Programa de IC da UFES/HUCAM realiza atividades no hospital, em nível de ambulatório, enfermaria e centro cirúrgico.

O Programa de IC UFES/HUCAM recebe crianças, adolescentes, adultos e idosos para avaliações clínicas multidisciplinares, com objetivo de verificar o atendimento de

critérios estabelecidos para indicação de cirurgia de IC. Tais critérios estão previstos nas Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com DA no Sistema Único de Saúde (SUS) - Portaria GM/MS nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014 e são realizados por uma equipe multiprofissional, composta pelas áreas: fonoaudiologia, serviço social, psicologia, neuropediatria, otorrinolaringologia e enfermagem. Esta equipe é responsável pelas ações ambulatoriais (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamento e reabilitação) e hospitalares (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório).

2.3 Materiais e Instrumentos

A pesquisa utilizou instrumentos para a coleta de dados junto às crianças/adolescentes e, também, seus cuidadores familiares. Estes forneceram suas percepções sobre o *coping* das crianças/adolescentes, bem como sobre seus comportamentos, além de referirem sobre o próprio enfrentamento e percepções sobre a reabilitação auditiva. Os instrumentos respondidos pelos cuidadores estão descritos, a seguir.

2.3.1 Questionário Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP (BRASIL, 2008). Questionário para registro da classificação econômica da população brasileira. É composto por quatro grupos (itens de conforto, proveniência da água, condições da rua e grau de instrução do chefe da família). Cada opção de resposta apresenta uma pontuação equivalente, que ao final é somada e permite identificar a classificação econômica da família, podendo variar entre as opções: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

2.3.2 *Psychosocial Assessment Tool - PAT 2.0* (Pai et al., 2008). Instrumento de rastreio criado para avaliar o risco psicossocial em famílias de crianças com câncer recém diagnosticadas. Entretanto, seu uso foi ampliado para outras condições de saúde (Kazak, et al., 2015). O instrumento foi validado para população brasileira em 2012 (Santos,

2012). O instrumento é composto de sete subescalas: (a) Estrutura familiar e fontes, (b) Suporte social, (c) Problemas familiares, (d) Reações ao stress, (e) Crenças familiares, (f) Problemas com as crianças, e (g) Problemas com os irmãos. O resultado final é dado a partir da somatória das respostas para gerar as classificações de risco psicossocial: *Universal*, caracterizada por risco leve, cuja pontuação total é menor que 1; *Alvo*, com risco moderado e pontuação total igual ou maior que 1 e menor que 2 (≥ 1 , e < 2); e *Clínico*, com risco elevado e pontuação total maior ou igual a 2 (≥ 2) (Pai et al., 2008) (Apêndice C- Instrumento de rastreio de risco psicossocial – PAT).

2.3.3 Protocolo elaborado para o registro das características sociodemográficas e clínicas da criança, como: sexo, idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, configuração da perda auditiva, procedência, tempo de cirurgia, possui IC/PAAO unilateral ou bilateral, realização de terapia fonoaudiológica, categoria de linguagem, entre outros (Apêndice D- Questionário de dados clínicos e do histórico do diagnóstico e reabilitação).

2.3.4 Questionário de capacidades e dificuldades: *Strengths and difficulties questionnaire* (SDQ) (Fleitlich, Cortazar, & Goodman, 2000). Este questionário foi utilizado com a finalidade de avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes. É dividido em cinco subescalas e cada uma possui cinco afirmações: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social. Para avaliação da resposta foram atribuídas pontuações para cada alternativa, como descrito no guia de correção, podendo ser assinalada apenas uma única opção por item. Para cada uma das cinco subescalas a pontuação pode variar de 0 a 10, sendo a pontuação do escore total de dificuldades gerada pela soma dos resultados de todas as subescalas, exceto a de sociabilidade, podendo variar de 0 a 40 pontos (Saur & Loureiro, 2012). Este instrumento possui três versões que podem ser respondidas pelas próprias crianças com idade superior a 11 anos, seus pais, responsáveis e professores.

Para este estudo foi utilizada a versão para pais e responsáveis, em que a nota de corte para o escore total de dificuldades, estabelecida para a população da Inglaterra, local de condução dos estudos originais de padronização do SDQ, foi de 17. O SDQ apresentou propriedades psicométricas adequadas para estudos com a população brasileira em um estudo realizado com 898 crianças e adolescentes de 7 a 14 anos (Woerner et al., 2004) (Apêndice E- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)).

2.3.5 Entrevista Semiestruturada com o objetivo de verificar a percepção dos familiares cuidadores sobre o IC. Essa entrevista foi adaptada do protocolo de entrevista psicológica do Programa de IC da UFES/HUCAM. Para esse estudo, a adaptação permitiu obter relatos dos familiares cuidadores sobre os benefícios do IC, as expectativas em relação ao processo de reabilitação, os principais estressores percebidos pelos familiares cuidadores e como lidam com eles. As perguntas permitiram respostas abertas, que foram transcritas em questionário impresso, no momento da coleta, pela pesquisadora (APÊNDICE F- Roteiro de Entrevista sobre estressores, *coping*, expectativas e motivação).

2.3.6 Escala de *Coping* - baseada em Lees (2007), traduzida por Justo (2013), para a avaliação do *coping*, a partir da Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner et al., 2003; Zimmer-Gembeck, Skinner, Morris, & Thomas, 2013). A escala permitiu a avaliação das reações emocionais, ameaça às necessidades, e das macrocategorias de *coping* propostas pela TMC. No total, são 21 itens para avaliar: as reações emocionais (3 itens, questões 1, 2 e 5, sendo um para tristeza, um para medo e um para raiva) ; a percepção de ameaça às necessidades psicológicas básicas (3 itens, sendo um para relacionamento -questão 6-, um para competência -questão 3- e um para autonomia -questão 7); a percepção do estressor como um desafio (questão 4); a orientação em relação ao estressor (questão 20); as macrocategorias de *coping* adaptativas (6 itens, questões 8 a

13, sendo um para cada macrocategoria: resolução de problema, busca de suporte, busca de informação, negociação, acomodação e aceitação); e as macrocategorias de *coping* não adaptativas (6 itens, questões de 14 a 19, sendo uma para cada macrocategoria: submissão, isolamento, fuga, desamparo, delegação e oposição). Cada item tem cinco possibilidades de respostas e pontuações específicas, sendo apresentadas em uma escala do tipo *Likert*, com as variações: nem um pouco (um ponto), pouco (dois pontos), mais ou menos (três pontos), bastante (quatro pontos) e muito (cinco pontos). Os familiares cuidadores escolheram uma alternativa. O cálculo foi feito a partir da soma das respostas dos itens de cada uma das medidas. (APÊNDICE G- Escala de *Coping*). Este instrumento foi aplicado com o objetivo de verificar o enfrentamento dos familiares cuidadores, diante dos estressores relacionados à reabilitação da criança.

2.3.7 Para a obtenção de dados junto às crianças e adolescentes, foi utilizado um instrumento especialmente elaborado para este estudo, com o objetivo de verificar as percepções da criança/adolescente sobre o IC, estressores, estados emocionais associados e *coping*. Trata-se da apresentação de imagens com situações possivelmente estressoras que tem o objetivo de acessar as percepções da criança em relação ao processo de reabilitação por meio do IC/PAAO. O instrumento foi proposto como uma entrevista semi-estruturada, com perguntas sobre os temas: (a) percepção da criança em relação ao dispositivo do IC; (b) estressores relacionados ao processo de reabilitação, incluindo adaptação ao IC, adesão à terapia fonoaudiológica, e relacionamento social; (c) reações emocionais diante desses estressores; e (d) *coping* dos estressores (APÊNDICE H- Instrumento elaborado pela autora para avaliação das estratégias de *coping* da criança e adolescente).

O instrumento² prevê o uso de recursos para favorecer a comunicação com a criança, como desenhos de situações estressoras e expressões faciais de reações emocionais. No caso dos estressores, foram apresentados desenhos com as situações: 1- Quando a criança quer retirar o dispositivo e a mãe diz que não pode; 2- Criança aguardando a terapia para reabilitação auditiva; 3- Criança sendo alvo de risos por outras crianças; e 4- Criança isolada dos seus pares no ambiente escolar. Para a expressão das reações emocionais diante dos estressores, foram utilizadas reações faciais representando as emoções de valência negativa: raiva, medo e tristeza, e uma emoção de valência positiva, alegria. As situações são apresentadas individualmente para as crianças, por meio da apresentação das personagens principais: “Essa é a Maria, a Maria usa IC/PAAO igual você” ou “Esse aqui é o João, o João usa IC/PAAO igual você. O João vai para a fono toda semana”. Em seguida, as crianças são solicitadas a dizer sobre o que trata cada uma das situações. Após confirmação da compreensão da situação, são realizadas as perguntas: Isso acontece com você? Caso a resposta seja sim, pergunta-se: “O quanto isso acontece com você? / Quantas vezes isso acontece com você?” Em seguida, a criança é solicitada a responder a pergunta: “Como você se sente quando isso acontece?” E, por fim, pergunta-se: “Como você lida com essa situação? / O que você faz quando isso acontece?”. Ainda como parte do instrumento, foi utilizado um diário de campo para registro das percepções e acontecimentos durante a coleta dos dados com o objetivo de acrescentar informações a serem analisadas posteriormente.

2.4 Procedimentos

² Ilustrações elaboradas para este estudo por Laís Sessa Almança.

Com a finalidade de atender os objetivos propostos nesta pesquisa, as atividades foram desenvolvidas na seguinte ordem:

Etapa 1- Após aprovação pela Banca Examinadora do Programa de Pós- Graduação em Psicologia (PPGP), o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), para aprovação da realização da pesquisa, seguido da apresentação do projeto ao Programa de IC UFES/HUCAM, para a autorização e realização da mesma. Esta pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer favorável para realização, em consonância com a Norma nº. 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Etapa 2- Identificação dos participantes e caracterização dos mesmos, realizado a partir de levantamento de informações com os profissionais do Programa de IC UFES/HUCAM. Nesta etapa, foi realizado o contato com o local da coleta de dados, afim de identificar, por meio da indicação do profissional responsável, as crianças/adolescentes que se encaixavam nos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa.

Etapa 3- Nos meses de março e abril de 2021 foram realizadas as aplicações dos instrumentos da pesquisa nos participantes, cumprindo a etapa de coleta de dados. Esta etapa foi realizada utilizando diretrizes internacionais de biossegurança devido à pandemia da covid-19 (OMS, 2021), com a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), como jaleco descartável, máscara N-95, touca, *face shield*, entre outros. Também foi realizado procedimento de limpeza e desinfecção do ambiente de coleta, seguindo as normas internas estabelecidas pela clínica escola interprofissional da universidade, onde acontecem as atividades práticas de ensino e extensão do curso de Fonoaudiologia e também do programa de IC (Medidas de prevenção e controle da transmissão da covid-19 na Clínica Escola. Acesso em 15/03/2021). Após a identificação

dos participantes, foi realizado o convite para a participação na pesquisa, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A- Termo de consentimento Livre e Esclarecido) e o Termo de Assentimento (APÊNDICE B- Termo de Assentimento), aos cuidadores e crianças/adolescentes, respectivamente. Por meio dos referidos termos, foram explicados os objetivos do estudo, os riscos e benefícios e a garantia de sigilo e confidencialidade das informações e de respeito pelo bem-estar dos participantes, bem como o caráter voluntário da sua participação. Após concordância e assinatura do TCLE e do Termo de Assentimento, os familiares responderam aos instrumentos na seguinte ordem: Questionário Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP, *Psychosocial Assessment Tool* – PAT, Protocolo elaborado para o registro das características sociodemográficas e clínicas da criança; Questionário de capacidades e dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ); Entrevista Semi-estruturada sobre a percepção dos cuidadores em relação ao IC; e Escala de *Coping*.

Considerando que o estudo elaborou e aplicou pela primeira vez o instrumento proposto, mostra-se pertinente o detalhamento da aplicação em crianças com DA, usuárias de dispositivos auditivos. As crianças/adolescentes usuárias de IC/PAAO responderam ao instrumento, especialmente elaborado para este estudo, com o objetivo de verificar as percepções da criança/adolescente sobre o IC/PAAO, estressores, estados emocionais associados e *coping*. A aplicação seguiu as diretrizes do instrumento proposto, de modo que as situações representando estressores foram apresentadas individualmente para as crianças, que foram solicitadas a dizer sobre o que tratava a situação, suas emoções e *coping*.

A aplicação do instrumento foi precedida por um momento inicial com a criança, caracterizado por uma interação livre, em que a pesquisadora demonstrava interesse pelas

preferências das crianças e pelo seu cotidiano. Esse momento permitiu estabelecer um *rapport* com a criança/adolescente, fazendo com que ela se sentisse segura e confortável para responder às questões. Esse momento foi ainda mais importante pela necessidade de organização criteriosa do ambiente e paramentação da pesquisadora com os EPI's, o que dificultava a visualização da face da pesquisadora. Essa condição de coleta de dados com a criança se deu pela pandemia da covid-19 e justificou a tomada de decisão da pesquisadora por não gravar a aplicação do instrumento, evitando mais um elemento não familiar à criança, no caso, a câmera. A filmagem da coleta estava prevista para registrar a interação da criança e captar possíveis reações e respostas que pudessem contribuir com o estudo, considerando a possível dificuldade de comunicação oral verbal com esta população. Entretanto, para evitar constrangimento e desconforto da criança, optou-se por não realizar a filmagem, de modo que a pesquisadora estivesse totalmente disponível para que a criança se familiarizasse com ela paramentada e se sentisse à vontade para responder ao instrumento.

Dessa forma, durante a aplicação as respostas das crianças eram registradas nos instrumentos e, logo ao final da coleta, a pesquisadora completava o registro de relatos espontâneos e impressões sobre a criança no diário de campo. A transcrição imediata da resposta da criança foi possível pelas categorias de linguagem que foram estabelecidas como critério de inclusão na amostra, e identificadas pelos profissionais do serviço, a saber: (a) categoria 3, em que a criança/adolescente constrói frases de duas ou três palavras; (b) categoria 4, em que a criança constrói frases de quatro ou cinco palavras, e inicia o uso de elementos conectivos (pronomes, artigos, preposições); e categoria 5, em que a criança apresenta fluência na linguagem oral, constrói frases de mais de cinco palavras, usando elementos conectivos, conjugando verbos, usando plurais, entre outros (Geers, 1994; Melo, Yamaguti, Moret, & Bevilacqua, 2012).

Após a interação inicial com a criança, iniciou-se a aplicação, seguindo a ordem de apresentação das situações. As ilustrações foram apresentadas na tela do *notebook* da pesquisadora, em modo colorido. Além disso, foi disponibilizada para cada participante, uma cópia em preto e branco do instrumento, em que cada ilustração é apresentada em uma folha A4, ocupando a metade da folha. Na mesma folha é apresentado o quadro de respostas.

A pesquisadora apresentou o personagem principal do instrumento como uma criança que utiliza dispositivos auditivos implantáveis, tal como a criança participante. A Tabela 1 descreve o modo como cada situação foi apresentada para a criança.

Tabela 1

Descrição da apresentação das situações do instrumento

Situação	Apresentação
1	<i>“Essa é a Maria (nome fictício), a Maria usa IC/PAAO como você. A Maria quer tirar o IC/PAAO e mãe diz que não pode.”</i>
2	<i>“Essa é a Maria (nome fictício), a Maria usa IC/PAAO como você. A Maria está sozinha na escola, isolada dos colegas por causa do IC/PAAO.”</i>
3	<i>“Essa é a Maria (nome fictício), a Maria usa IC/PAAO como você. A Maria está aguardando a terapia da fono.”</i>
4	<i>“Essa é a Maria (nome fictício), a Maria usa IC/PAAO como você. Os colegas da Maria estão rindo e falando sobre o IC/PAAO que ela usa.”</i>

As crianças participantes do estudo interagiram com a pesquisadora, dando nomes aos personagens. Após a explicação da ilustração, foi pedido que cada criança/adolescente relatasse o que havia compreendido. Caso a criança/adolescente não

compreendesse a situação, a mesma era repetida pela pesquisadora, utilizando gestos, mostrando os elementos da figura e consultando, novamente, o entendimento da criança.

Logo após certificar a compreensão da situação pela criança/adolescente, as perguntas seguintes foram feitas, sem dificuldades acentuadas para a compreensão dos participantes. A partir da situação 2, após a explicação da ilustração, as crianças responderam as situações seguintes, sem a necessidade da leitura por parte da pesquisadora, demonstrando a compreensão da estrutura instrumento proposto.

O registro do tempo de aplicação dos instrumentos da pesquisa foi total, considerando aqueles respondidos pelos cuidadores e o instrumento elaborado para as crianças e adolescentes. Assim, o tempo da aplicação dos instrumentos variou entre uma hora e meia até duas horas e meia, de acordo com as particularidades dos participantes, interação com a pesquisadora, higienização e desinfecção do ambiente. Os familiares participaram da aplicação do instrumento elaborado para criança/adolescente, e as intervenções dos mesmos foram registradas em diário de campo. Para a maioria dos participantes foi necessário somente um encontro para a realização da coleta de dados. A exceção foi uma criança, cuja mãe respondeu aos instrumentos para familiares, mas teve necessidade de interromper por motivo de outro compromisso. Neste caso, novo encontro foi agendado para a coleta de dados com a criança, o que ocorreu após dois dias, quando a criança retornou à clínica para a sessão de reabilitação auditiva acompanhada da mãe.

2.5 Processamento e análise de dados

Os dados sociodemográficos das famílias e clínicos das crianças foram analisados de forma descritiva, calculando frequência, proporção, média e desvio-padrão. Os dados obtidos pelo PAT (*Psychosocial Assessment Tool*), SDQ (funcionamento social) e Escala de *Coping* foram processados conforme as orientações dos autores, detalhada na seção de

descrição dos instrumentos e, posteriormente, submetidos à análise descritiva. As respostas à Entrevista Semiestruturada sobre a percepção dos cuidadores em relação ao IC/PAAO têm questões com opções de resposta, que foram submetidas à análise estatística descritiva e as respostas às questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo, de modo a estabelecer categorias que representam as expectativas, motivações e benefícios do dispositivo auditivo. As categorias foram elaboradas conforme proposto por Bardin (2008), e estão descritas na seção Resultados, juntamente com os dados gerados. As respostas das crianças ao instrumento sobre estressores e *coping* foram analisadas de modo quantitativo, com cálculo de frequência de reações emocionais, e de modo qualitativo, visando classificar o relato das crianças sobre enfrentamento das macrocategorias de *coping* da TMC.

2.6 Avaliação ética de riscos e benefícios

Os procedimentos adotados nesta pesquisa ofereceram risco mínimo para crianças/adolescentes, cuidadores e/ou responsáveis; e cumpriram todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, em consonância com a Norma nº. 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos de avaliação foram conduzidos de modo que os participantes se sentissem confortáveis e motivados para responder as perguntas, garantindo respeito para casos de dificuldade de entendimento das questões, e suporte da pesquisadora. As gravações (áudio e vídeo) não foram realizadas, considerando o desconforto apresentado pelas crianças/adolescentes. Para os cuidadores, na interação com o pesquisador, apresentaram reações emocionais negativas e de difícil manejo na condição de pesquisa, foi previsto o encaminhamento para o atendimento com o profissional de Psicologia do Programa de IC –UFES/HUCAM, entretanto, não foi o caso dos participantes dessa pesquisa.

Esta pesquisa trouxe benefícios para as crianças/adolescentes e seus familiares cuidadores, considerando a oportunidade de expressão de suas percepções e emoções com relação ao processo de reabilitação auditiva, assim como a possibilidade de identificação de possíveis situações estressoras, além das apresentadas no instrumento, contribuindo com a elaboração de um produto final, proposto no formato de um livreto sobre o processo de enfrentamento da reabilitação auditiva por meio do IC, com indicação de uso na prática clínica.

3 RESULTADOS

Os dados deste estudo serão apresentados em quatro partes. Na primeira parte estão descritos os dados de caracterização biossociodemográfica e clínica das crianças, incluindo também a medida de risco psicossocial familiar e indicadores de problemas de comportamento e comportamento pró-social, obtidos por meio do relato dos cuidadores familiares. A segunda parte apresenta os dados sobre o processo de *coping* dos cuidadores diante de estressores relacionados à DA da criança e ao uso de dispositivos implantáveis. Esta parte descreve ainda motivações e expectativas dos cuidadores em relação uso de dispositivos implantáveis. Na terceira parte são descritos os dados obtidos diretamente com as crianças, por meio de instrumento especialmente elaborado, sobre a percepção de estressores relacionados ao processo de reabilitação. Esta parte inclui, ainda, dados referentes aos aspectos metodológicos da medida proposta. Por fim, é apresentado um relato de caso de um menino, 10 anos, em reabilitação auditiva por meio de IC.

3.1 Dados clínicos e características biossociodemográficas

Para esta pesquisa foi composta uma amostra de nove crianças e adolescentes usuárias de IC ($n = 7$) e PAAO ($n = 2$), com idades entre seis e 12 anos ($8,78; \pm 1,79$),

distribuídas entre meninos ($n = 4$) e meninas ($n = 5$). Também participaram da pesquisa os respectivos cuidadores de cada criança/adolescente.

Em relação à escolaridade, as crianças estavam matriculadas em escolas de Ensino Fundamental (EF), sendo que três cursavam o 5º ano e duas cursavam o 2º ano. As demais estavam distribuídas no 3º, 4º e 6º anos do EF. E uma criança ainda não havia ido para escola, nem para a terapia de reabilitação auditiva devido à pandemia da covid-19.

Os responsáveis familiares que participaram da pesquisa eram os principais cuidadores das crianças e adolescentes, sendo a maioria mães ($n=8$), com idade entre 29 e 42 anos ($M = 33,5$; $DP\pm 5,31$). O nível de escolaridade dos cuidadores variou entre EF incompleto, EF completo, Ensino Médio (EM) incompleto e EM completo. Este último caracterizou a maior parte da amostra ($n = 6$). A avaliação de nível socioeconômico pela ABEP (BRASIL, 2008) mostrou que as famílias participantes da pesquisa pertenciam predominantemente à classe C, sendo quatro famílias pertencentes à classe C1 (renda média domiciliar R\$ 3.085,48) e três famílias à classe C2 (renda média domiciliar R\$ 1.748,59). As classes B2 (renda média domiciliar R\$ 5.641,64) e D-E (renda média domiciliar R\$ 719,81) caracterizaram uma família, respectivamente.

Ainda em relação à caracterização da amostra, a Tabela 2 descreve as características clínicas das crianças, permitindo destacar que a causa da DA da maioria das crianças ($n = 6$) é desconhecida e do tipo sensorineural de grau profundo bilateral ($n = 7$).

Tabela 2

Características clínicas auditivas das crianças (N=9)

Características das crianças e adolescentes	Valores
Etiologia da perda auditiva - f (%)	
Desconhecida	6 (66,6)
Meningite	1 (11,1)
Malformação congênita	2 (22,2)
Perfil audiométrico - f (%)	
Tipo sensorioneural de grau profundo bilateral	7 (77,7)
Tipo condutivo de grau profundo bilateral	2 (22,2)
Modalidade do dispositivo auditivo - f (%)	
IC bilateral	3 (33,3)
PAAO unilateral	2 (22,2)
AASI- IC bimodal	4 (44,4)
Idade auditiva em meses (Média; DP)	
IC bilateral (n = 3)	
	Primeira cirurgia 92 ± 18,33
	Segunda cirurgia 28 ± 6,92
PAAO unilateral (n=2)	24 ± 0,00
IC bimodal (n=4)	30 ± 14,36
Categoria de linguagem n (%)	
Categoria 3	2 (22,2)
Categoria 4	4 (44,4)
Categoria 5	3 (33,3)

Legenda: IC = implante coclear; PAAO = Prótese auditiva ancorada ao osso; AASI=Aparelho de amplificação sonora individual; Bilateral= dispositivos auditivos iguais em ambas as orelhas; Unilateral= dispositivo auditivo em uma orelha; Bimodal= dispositivos distintos em cada orelha. Idade auditiva = Tempo de utilização do dispositivo implantável a partir da ativação.

3.1.1 Dados sobre o risco psicossocial, medido pelo *Psychosocial Assessment Tool* (PAT)

A medida de risco psicossocial indicou o predomínio de famílias na classificação de risco psicossocial “universal” (44,4%) e “alvo” (33,3%), conforme mostra a Figura 1. Tais classificações representam risco psicossocial leve e moderado, respectivamente.

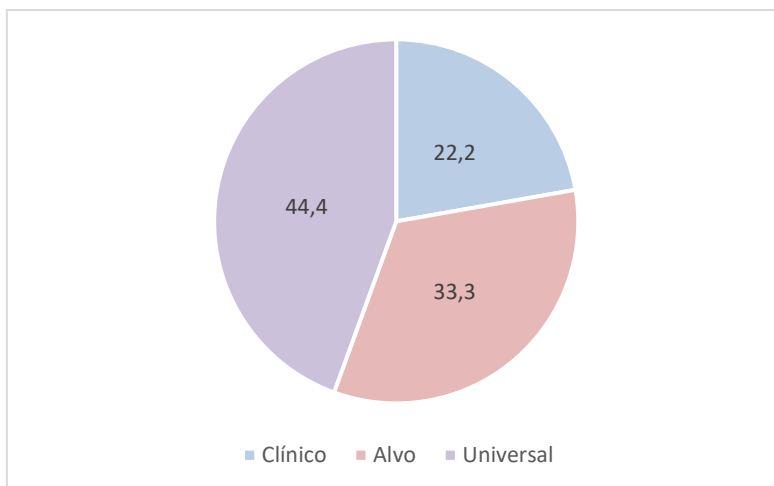


Figura 1. Classificação de risco PAT.

Além da classificação de risco psicossocial, o PAT permite a análise por domínios de risco (Tabela 3). Destacam-se na tabela os domínios que alcançaram média superior a 0,50. A maior vulnerabilidade encontra-se nos domínios “problemas com as crianças” (M = 0,83; DP = ±0,21) e “reações de estresse dos pais” (M = 0,8; DP = ±0,30), seguido de “problemas familiares” (M = 0,52; DP = ±0,14). Observou-se também que as famílias deste estudo não apresentaram risco nos domínios suporte social e problemas com os irmãos.

Tabela 3

Dados descritivos de risco psicossocial, medidos pelo PAT (N = 9)

Domínios de risco psicossocial	Média	DP	Mediana	Máximo	Mínimo
Estrutura familiar e recursos	0,49	0,08	0,29	0,43	0,14
Suporte social					
Problemas com crianças	0,83	0,21	0,41	0,76	0,12
Problemas com irmãos					
Problemas familiares	0,52	0,14	0,3	0,5	0,1
Relações de estresse com os pais	0,8	0,30	0,6	0,8	0,2
Crenças familiares	0,41	0,14	0,17	0,5	0,08
Escore Total	2,47	0,77	1,23	2,85	0,58

Nota. DP: Desvio padrão.

3.1.2 Indicadores comportamentais das crianças, na percepção dos cuidadores, medidos pelo SDQ

A análise descritiva dos dados do SDQ indicou que um pouco mais da metade das crianças (n = 5) foi referida com indicadores clínicos de problemas comportamentais, na escala total de problemas (Tabela 4). A análise por domínios, considerando classificações limítrofes e clínicas, permitiu verificar que os problemas mais referidos foram “problemas de conduta” (n = 6) e “sintomas emocionais” (n = 5).

Tabela 4

Dados descritivos de problemas comportamentais totais e por domínio, e de comportamento pró-social, a partir do SDQ (N = 9)

Escalas SDQ	Média	Desvio Padrão	Normal f (%)	Limítrofe f (%)	Clínico f (%)
Comportamento pró-social	16,4	1,69	8 (88,88)	1 (11,11)	
Hiperatividade	8,4	3,04	6 (66,66)	1 (11,11)	2 (22,22)
Sintomas emocionais	6,6	2,39	4 (44,44)	3 (33,33)	2 (22,22)
Problemas de relacionamento com os colegas	5,4	2,95	6 (66,66)		3 (33,33)
Problemas de conduta	6,8	3,11	3 (33,33)	2 (22,22)	4 (44,44)
Escore total de dificuldades	27,2	9,03	4 (44,44)		5 (55,55)

3.2 Dados referentes ao processo de *coping* dos cuidadores diante de estressores relacionados à DA, motivações e expectativas relacionadas ao IC

O *coping* dos cuidadores foi avaliado por meio da Escala de *Coping*, que fornece informações sobre as reações emocionais, ameaça às necessidades psicológicas básicas, e famílias de *coping*, tendo como base a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC). A Tabela 5 descreve as reações emocionais de valência negativa dos cuidadores, com destaque para a tristeza (M = 2,22) e medo (M = 2,11). Apesar de serem as maiores médias, representam

pontuações que se localizam entre as classificações “um pouco” e “mais ou menos”, no instrumento utilizado.

Tabela 5

Reações emocionais dos cuidadores familiares, diante de estressores relacionados à DA da criança e ao processo de reabilitação por dispositivos auditivos (N = 9)

Reação emocional diante do estressor	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Tristeza	1	5	2,22	1,25
Medo	1	5	2,11	1,64
Raiva	1	5	1,56	2,94

Em relação às necessidades psicológicas básicas (NPBs) dos cuidadores familiares, a Tabela 6 mostra uma média superior a três em todas elas, com destaque para a necessidade de relacionamento (M = 3,78). Médias mais altas indicam que as NPBs estão protegidas.

Tabela 6

Percepção dos estressores em relação às necessidades psicológicas básicas (N = 9)

Necessidades psicológicas básicas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Competência	1	5	3,44	0,83
Relacionamento	1	5	3,78	2,38
Autonomia	1	5	3,56	1,67

A Escala de *Coping* também permitiu verificar que as estratégias adaptativas (que indicam a percepção do estressor como um desafio) apareceram em maiores médias quando comparadas às famílias de *coping* referidas como mal adaptativas (Tabela 7). As estratégias como “busca de informação” (M = 4,44) e “resolução de problemas” (M = 4,33) apareceram com as maiores médias. Já nas famílias de *coping* mal adaptativas, o

“desamparo” (M = 2,44) e a “oposição” (M = 2,33) aparecem com as maiores médias (Tabela 7).

Tabela 7

Dados descritivos das famílias de coping de cuidadores de crianças usuárias de dispositivos auditivos (N = 9)

Estratégias de <i>coping</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Autoconfiança	2	5	3,22	1,48
Busca de suporte	1	5	3,33	0,83
Resolução de problemas	2	5	4,33	2,04
Busca de informação	2	5	4,44	2,49
Acomodação	1	5	3,67	9,0
Negociação	1	5	3,89	2,48
Total de famílias de <i>coping</i> adaptativas	1	5	3,81	0,51
Delegação	1	2	1,11	3,49
Isolamento	1	3	1,44	2,48
Desamparo	1	5	2,44	1,30
Esquiva	1	2	1,22	3,03
Submissão	1	2	1,11	3,49
Oposição	1	4	2,33	1,64
Total de famílias de <i>coping</i> mal adaptativas	1	5	1,61	0,62

3.2.1 Dados da análise do questionário sobre estressores, *coping*, motivação e expectativas dos cuidadores de crianças usuárias de dispositivos auditivos

Os dados sobre o *coping* de cuidadores de crianças usuárias de dispositivos auditivos foram obtidos também por meio de perguntas abertas em um questionário. A análise incluiu a elaboração de categorias, com base na metodologia de Bardin (2008) e está descrita nesta seção, de modo a retratar as percepções dos cuidadores.

Inicialmente, buscou-se compreender o que era mais difícil para os cuidadores responsáveis no manejo da DA das crianças e do processo de reabilitação. Para tanto, foram analisadas duas questões do questionário, a saber: “*O que você acha mais difícil no processo de reabilitação do seu filho (a) com IC?*” e “*Em sua opinião, quais são as principais dificuldades/ principais estressores de seu filho (a), na condição de ter uma DA e ser usuário de IC?*”, além da questão aberta, apresentada antes da apresentação dos itens da Escala de Coping: “*Quando você pensa na condição (DA/IC) do seu filho (a), o que é mais difícil para você?*”.

A Tabela 8 apresenta a categoria de dificuldade elaborada, sua definição, exemplo de relato e sua frequência. Todos os relatos estão apresentados no APÊNDICE J (Dificuldades referidas pelos cuidadores sobre as crianças/adolescentes (n = 9).

Tabela 8

Análise qualitativa e frequência das dificuldades referidas pelos cuidadores (N = 9)

Tipo de dificuldade referida	Definição	Exemplo de relato dos cuidadores	Valor (f)
Procedimento cirúrgico	Relatos relacionados a procedimentos cirúrgicos, tanto cirurgias para colocação de IC, PAAO ou cirurgias estéticas e funcionais na orelha, que tenham relação com a perda auditiva.	"o mais difícil foi a cirurgia plástica" (Mãe, C1, 10 anos)	3
Manejo do dispositivo auditivo	Relatos sobre o dispositivo auditivo, limpeza, cuidados e uso.	"a limpeza da prótese" (Mãe, C6, 10 anos)	1
Comunicação e desenvolvimento da criança	Relatos sobre a comunicação da criança/adolescente, sobre o desenvolvimento auditivo e de linguagem; e sobre o desenvolvimento em geral.	"tanta coisa...ver que ele perdeu a audição e que não pode brincar direito. Ver ele tentando ouvir e não conseguindo...quando ele coloca música como se tivesse (sic) ouvindo" (Mãe, C9, 11 anos) "difícil é administrar que ela não é mais criança" (Mãe, C3, 9 anos)	3
Rede de atenção à saúde	Relatos sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde auditiva	"conseguir as consultas no começo, demorava muito... no início do diagnóstico" (Mãe, C3, 9 anos) "tive que ter paciência e aprendi a entender o sistema e ser gentil com as pessoas, isso ajuda" (Mãe, C3, 9 anos)	4
Sem dificuldade	Quando o cuidador não referiu dificuldade	Não se aplica	1

Nota. Os valores de cada categoria podem ser superiores à 9 (tamanho da amostra), pois o relato do participante pode ter sido classificado em mais de uma categoria.

Para lidar com essas dificuldades, os cuidadores relataram comportamentos e estratégias de *coping*. O tipo de resposta fornecida pelos cuidadores não permitiu identificar todos os componentes do *coping*, de acordo com a TMC. Assim, do total de 8 cuidadores que responderam à questão “*O que você acha mais difícil no processo de reabilitação do seu filho (a) com IC?*”, verificou-se que a busca de suporte religioso esteve presente no relato de dois cuidadores: “*entreguei nas mãos de Deus e confiei*” (Pai, C8, 10 anos). e “*rezei, entreguei nas mãos de Deus*” (Mãe, C5, 7 anos). A busca de suporte social também foi dirigida ao contexto familiar “*tento conversar com o pai dele, ele vem me ajudando*”, e ao serviço “*eu busco aqui*”, referindo-se ao Programa de IC (Mãe C9, 11 anos). Verificou-se ainda um relato de regulação emocional e resignificação: “*tive que ter paciência e aprendi a entender o sistema e ser gentil com as pessoas, isso ajuda*” (Mãe, C3, 9 anos). O comportamento de chorar para enfrentar as dificuldades foi referido por uma mãe, porém não foi acompanhado de um relato sobre sua funcionalidade. Dois relatos denotaram passividade “*vivendo*” (Mãe, C4, 7 anos) e exaustão cognitiva “*foi muito difícil, não sei o que falar*” (Mãe, C6, 10 anos). Um pai referiu “*tenho a consciência que ele ouve e sem (o aparelho) ele não ouve. Ele não é como outras crianças, mas não deixo isso ficar na minha mente*” (Pai, C8, 10 anos); Uma mãe apresentou emoções de valência oposta, “*tristeza e felicidade por ela estar ouvindo*” (Mãe, C6, 10 anos).

O sistema de categorias utilizado para a análise das dificuldades e estressores das crianças, na percepção dos cuidadores, teve como base o sistema elaborado para a autopercepção de dificuldades para os cuidadores, com ajustes para contemplar particularidades da criança (Tabela 9).

Tabela 9

Análise qualitativa e frequência das dificuldades referidas pelos cuidadores sobre as crianças/adolescentes (N = 9)

Tipo de dificuldade referida	Definição	Exemplo de relato dos cuidadores	Valor (f)
Procedimento cirúrgico	Relatos relacionados ao procedimento cirúrgico, tanto no que se refere ao pré-operatório quanto aos pós-operatório, em que há restrição no tipo de brincadeira e outros cuidados.	"a cirurgia plástica. Da última vez ele não quis entrar para a cirurgia..." (Mãe, C1, 10 anos)	2
Manejo do dispositivo auditivo	Relatos sobre o dispositivo auditivo, limpeza, cuidados e uso.	"o aparelho parar de funcionar e ela ficar sem o IC" (Mãe, C3, 11 anos)	3
Comunicação e desenvolvimento da criança	Relatos sobre a comunicação da criança/adolescente, sobre o desenvolvimento auditivo e de linguagem; e sobre o desenvolvimento em geral.	"a comunicação. Tem momentos que as pessoas não tem muita paciência, não explica pra ele. Fala: deixa pra lá C9" (Mãe, C9, 11 anos)	3
Processo de reabilitação	Relatos sobre a dinâmica do tratamento: distância, horário e reações emocionais. funcionamento da rede de atenção à saúde auditiva	"Distância para terapia e atendimentos. O horário das consultas e a distância. A ansiedade para o tratamento e consultas"(Mãe, C2, 8 anos)	1
Sem dificuldade	Quando o cuidador não referiu dificuldade	Não se aplica	1

Nota. Os valores de cada categoria podem ser superiores à 9 (tamanho da amostra), pois o relato do participante pode ter sido classificado em mais de uma categoria.

Nas respostas dos cuidadores sobre a percepção dos estressores da criança/adolescente, os relatos foram sobre o desenvolvimento da linguagem e da audição

(n = 3), dos fatores relacionados ao uso do dispositivo (n = 3), seguidos do procedimento cirúrgico (n = 2). Um responsável relatou questões sobre o processo de reabilitação.

Ao serem perguntados sobre a “motivação” e a “satisfação” em relação à reabilitação auditiva da criança, os cuidadores foram solicitados a atribuírem uma nota de 0 a 10, respectivamente. A análise das pontuações indicou que os cuidadores se sentem motivados (M = 9,77; DP = ±0,66) e satisfeitos (M = 9,77; DP = ±0,66) com o processo de reabilitação do seu filho(a). Buscou-se ainda conhecer quais fatores que poderiam aumentar essa motivação e satisfação. Para dois cuidadores não há nada a ser melhorado. Para os demais, fatores como melhoria no *sistema de atenção à saúde auditiva* (n = 3), no *desenvolvimento da fala e da linguagem da criança* (n = 2), *apoio familiar* (n = 1) e *oferta de grupos de pais* (n = 1), poderiam aumentar a motivação e satisfação dos cuidadores, em relação ao processo de reabilitação auditiva da criança.

Para conhecimento das expectativas dos cuidadores sobre o desenvolvimento dos filhos (Tabela 10), foram analisadas as respostas à pergunta: “*O que você espera que aconteça de melhor para o seu filho (a) com a reabilitação por meio do IC/PAAO?*”. As respostas foram na maior parte relacionadas ao desenvolvimento da criança e a comunicação (n= 7), seguidas de uma fala relacionada ao processo de reabilitação (n=1) e uma mãe não respondeu quais são as expectativas sobre o desenvolvimento da criança (n=1).

Tabela 10

Análise qualitativa e frequência das expectativas referidas pelos cuidadores sobre as crianças/adolescentes (N = 9)

Tipo de expectativa referida	Definição	Exemplo de relato dos cuidadores	Valor (f)
Adesão ao processo de reabilitação	Relatos sobre a manutenção de comportamentos de adesão da criança à reabilitação auditiva.	<i>"que ela não abandone os ICs e todo o processo"</i> (Mãe, C3, 11 anos).	1
Comunicação e desenvolvimento da criança	Relatos sobre a comunicação da criança/adolescente, sobre o desenvolvimento auditivo e de linguagem; e sobre o desenvolvimento em geral.	<p><i>" fazer mais amizades, melhorar a fala e a linguagem"</i> (Mãe, C2, 8 anos)</p> <p><i>"fale normalmente, sem gestos"</i> (Mãe, C5, 7 anos)</p> <p><i>"ela conseguir se expressar"</i> (Mãe, C7, 6 anos)</p> <p><i>" já melhorou, poder ouvir as coisas e soltar (falar) mais.."</i> (Mãe, C6, 10 anos)</p> <p><i>"questão dele ouvir eu falar a frase completa e que ele consiga ouvir"</i> (Mãe, C9, 11 anos)</p> <p><i>"conseguir se desenvolver e se tornar independente"</i> (Mãe, C4, 7 anos)</p> <p><i>"que ele vai poder... Tipo, não vai ser dependente, vai ser independente"</i> (Pai, C8, 10 anos)</p>	7
Sem dificuldade	Quando o cuidador não referiu dificuldade	Não se aplica	1

Nota. Os valores de cada categoria podem ser superiores à 9 (tamanho da amostra), pois o relato do participante pode ter sido classificado em mais de uma categoria.

3.3 Dados referentes à percepção das crianças /adolescentes sobre o processo de reabilitação

3.3.1 Resultados referentes à adequação do instrumento

Considerando que o estudo elaborou e aplicou pela primeira vez o instrumento proposto, mostrou-se relevante a análise de aspectos de sua adequação. Para tanto, foram analisadas as seguintes características: (a) adequação do conteúdo do instrumento; (b) adequação das ilustrações; (c) capacidade do instrumento de estimular relatos espontâneos; e (d) engajamento e motivação da criança durante a aplicação. A Tabela 11 define as categorias elaboradas para a análise proposta, em termos do que é avaliado, levando em consideração os registros da pesquisadora durante a aplicação.

Tabela 11

Categorias de análise dos instrumentos

Categoria	Objetivo
Adequação do conteúdo do instrumento	Analisar se as situações propostas eram estressoras para a criança/adolescentes com DA, usuárias de dispositivos auditivos.
Adequação das ilustrações	Analisar se as ilustrações foram fiéis à proposta da situação e permitiram a compreensão por parte da criança/adolescente.
Capacidade do instrumento de estimular relatos espontâneos	Analisar se a situação proposta permitiu o relato espontâneo de outras questões relacionadas à condição de DA e reabilitação, ou seja, se os participantes se sentiram à vontade para expor percepções que não diziam só sobre a situação estressora proposta.
Engajamento e motivação da criança	Analisar, por meio da interação com o participante, se o mesmo se sentiu engajado e motivados a participar da pesquisa.

A partir dessas categorias, foi atribuída uma pontuação para a presença (igual a 1) e ausência (igual a 0) de cada característica, a partir dos registros da pesquisadora durante a coleta de dados. A pontuação está distribuída na Tabela 12, que apresenta a análise de cada uma das características em cada situação e para cada criança.

Tabela 12

Resultados de adequação do instrumento

Características do instrumento por situação		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	Total por situação (n = 9)	Total geral <i>n</i> = 36; <i>f</i> (%)
Adequação do conteúdo	S1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	22 (61%)
	S2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	7	
	S3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	S4	1	1	1	1	1	1	0	1	0	7	
Adequação das ilustrações	S1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	32 (88,9%)
	S2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	
	S3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	
	S4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	
Capacidade de estimular relatos espontâneos	S1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7	28 (77,8%)
	S2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7	
	S3	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7	
	S4	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7	
Engajamento e motivação da criança	S1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7	28 (77,8%)
	S2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7	
	S3	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7	
	S4	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7	

Nota. S = situação; C = criança.

Verifica-se que a adequação do conteúdo alcançou menor percentual de adequação (61%). A análise da tabela permite constatar que a Situação 3 (“aguardando a terapia”) representou um conteúdo que, para as crianças do estudo, não se caracteriza como um estressor. Para algumas crianças, a ilustração permitiu expressar que a terapia é estratégia para resolver o problema, uma vez que é o momento de treino da audição pelo dispositivo.

As ilustrações alcançaram a maior proporção de adequação (88,9%), exceto para C7, que teve dificuldade em identificar os elementos do desenho e sua ideia principal. Este fato pode estar relacionado ao entendimento de que o comportamento de tirar o dispositivo ocorre quando a bateria acaba (Situação 1- quando a criança quer tirar o dispositivo e a mãe fala que não pode), e à ausência de vivência das demais situações relacionadas ao ambiente escolar, pois a criança, ainda com seis anos de idade, não havia frequentado a escola devido à pandemia da Covid-19.

Para algumas crianças, o instrumento permitiu apresentar relatos espontâneos, exceto para C5, que necessitou de reforço e apoio para responder as questões. O mesmo ocorreu com C7, que não havia vivenciado a maioria das situações apresentadas.

Por fim, o instrumento foi capaz de gerar interesse para a maioria das crianças, alcançando um percentual de 77,8%. A proposição do instrumento e das perguntas diretamente para a criança parece ter sido percebida como um momento de atuação importante, e a maioria se engajou no preenchimento dos campos destinados às respostas de todas as situações, com pouco ou sem auxílio da pesquisadora e do responsável. O relato de C3 remete à atribuição de um valor para o momento: ela escolheu uma “*caneta especial*” (*sic*) para responder as questões e, ao final, presenteou a pesquisadora com a caneta escolhida. O interesse também foi verificado pelos relatos: “*Já acabou?*” (C1); “*podia ter mais, tem tanta coisa que pode perguntar*” (cuidador de C3); e “*agora que a brincadeira estava ficando boa*” (cuidador de C2). Tais relatos demonstraram interesse em continuar e, em algumas crianças foi acompanhado pela procura de mais situações após a situação 4. O interesse foi observado também nas falas dos cuidadores (C1, C2, C6, C7 e C8), pois percebem que não sabem o que os seus filhos sentem e pensam. Somente em C6 não foi possível verificar indicadores de engajamento e motivação em participar e responder as perguntas. Mesmo concordando em participar, precisou de reforço e apoio do cuidador e da pesquisadora.

3.3.2 Resultados referentes às respostas das crianças ao instrumento

As respostas das crianças ao instrumento estão descritas na Tabela 13. A análise da tabela é feita por situação apresentada à criança, incluindo os relatos de cuidadores e crianças durante a aplicação do instrumento.

Tabela 13

Instrumento crianças/adolescentes (N = 9)

Perguntas e tipos de respostas		Situação 1	Situação 2	Situação 3	Situação 4
		(f)	(f)	(f)	(f)
Isto acontece com você?	Sim	4	2	6	4
	Não	5	7	3	5
Quantas vezes isso acontece com você?	Pouco			1	2
	As vezes		1	1	
	Quase sempre		1	2	
	Sempre	2		2	2
	NR	2			
Como você se sente quando isto acontece	Felicidade			6	
	Tristeza	2	2		1
	Medo				1
	Raiva				
	NR	2			2

Nota. Situação 1: Quando a criança quer retirar o dispositivo e a mãe diz que não pode; Situação 2: Criança isolada dos seus pares no ambiente escolar; Situação 3: Criança aguardando a terapia para reabilitação auditiva; Situação 4: Criança sendo alvo de risos por outras crianças. NR: não respondida.

Situação 1 - Quando a criança quer retirar o dispositivo e a mãe diz que não pode

Na Situação 1 “*Essa é a Maria (nome fictício), a Maria usa IC/PAAO como você. A Maria quer tirar o IC/PAAO e mãe diz que não pode*”, buscou-se verificar se o uso do dispositivo auditivo se constituía em um estressor, bem como as reações emocionais associadas e as vivências relacionadas. Em relação às reações emocionais associadas à Situação 1, verificou-se que a tristeza foi a mais referida (n = 2).

Primeiramente, verificou-se que 4 crianças referiram ter passado pela situação. Entretanto, o inquérito sobre sua vivência mostrou que para duas crianças (C1 e C7) o comportamento de retirar o dispositivo externo da orelha somente ocorre quando a bateria acaba. E, de acordo com a mãe de C1 (menino, 10 anos), que acompanhava a entrevista,

para a criança ficar sem o dispositivo é o estressor: “*É estressante quando acaba a bateria, se não tiver bateria tem que voltar pra casa*” (Mãe de C1), pois o filho não gosta de ficar sem o dispositivo.

Duas crianças referiram que a situação de querer retirar o dispositivo e ser advertido pelos cuidadores acontece, o que é seguido da obediência das crianças. Entretanto, enquanto para C8 (menino, 10 anos) é necessário que o pai coloque o dispositivo novamente no lugar, pois a criança chega a retirá-lo; para C9 a advertência da mãe parece ser suficiente, e a criança diz: “fica na cabeça” (C9, menino, 10 anos) para referir o que faz nessa situação.

Situação 2 - Criança isolada dos seus pares no ambiente escolar

Na Situação 2 “*Essa é a Maria (nome fictício), a Maria usa IC/PAAO como você. A Maria está sozinha na escola, isolada dos colegas por causa do IC/PAAO*”, buscou-se verificar se no ambiente escolar, a criança se sentia isolada dos colegas, pela DA e/ou pelo uso do dispositivo auditivo, e se a situação representava um estressor para ela. Para os casos em que a situação se fez presente, as reações emocionais associadas e as vivências relacionadas foram investigadas, também. Em relação às reações emocionais associadas à Situação 2, verificou-se que a tristeza foi a mais referida (n = 2).

Duas crianças referiram ter passado pela situação. A mãe de C3 (menina, 11 anos) referiu que a filha “*Não gosta de grupos grandes e de brincar. Fica conversando com poucos amigos*”, e a criança complementou a fala da mãe relatando que na hora do intervalo tem “*muito barulho*” e só participa de brincadeiras na educação física. O relato de C3 indicou que, para ela, ficar isolada ou com poucos amigos no ambiente escolar, não é um estressor relacionado ao uso do dispositivo. No ambiente escolar, mais precisamente, no momento do intervalo (recreio), o estressor para C3 é a presença de

ruído. Já o pai de C8 (menino, 10 anos), relatou que quando essa situação acontece, *"Ele abraça a gente pelas pernas e fica perto"*, se referindo ao momento de chegada no ambiente escolar. O pai relatou que essa situação acontece em outros ambientes diferentes da escola, como na igreja.

Situação 3 - Criança aguardando a terapia para reabilitação auditiva

Na Situação 3 *"Essa é a Maria (nome fictício), a Maria usa IC/PAAO como você. A Maria está aguardando a terapia da fono"*, buscou-se verificar se a realização da terapia fonoaudiológica se constituía em um estressor, bem como as reações emocionais associadas e as vivências relacionadas ao ambiente terapêutico. Em relação às reações emocionais associadas à Situação 3, verificou-se que a felicidade foi a mais referida (n = 6).

Primeiramente, verificou-se que 6 crianças referiram ter passado pela situação. Apenas uma criança, C9 (menino, 10 anos) referiu que quando vai a terapia está *"treinando o aparelho"*. Durante a aplicação do instrumento, C9 trouxe outros elementos que sinalizaram a compreensão sobre o processo pós cirúrgico, sobre a construção gradativa das habilidades auditivas e de linguagem, que requer estimulação e terapia. A mãe de C3 (menina, 11 anos), referiu que a filha *"fica mal humorada"*, entretanto, a criança marcou a opção equivalente a felicidade em ir para a terapia fonoaudiológica.

Situação 4 - Criança sendo alvo de risos por outras crianças

Na Situação 4 *"Essa é a Maria (nome fictício), a Maria usa IC/PAAO como você. Os colegas da Maria estão rindo e falando sobre o IC/PAAO que ela usa"*, buscou-se verificar se a criança estava exposta a uma situação de *bullying* no ambiente escolar, pelo fato do uso do dispositivo auditivo. Verificou-se ainda as reações emocionais associadas

e as vivências relacionadas. Em relação às reações emocionais associadas à Situação 4, verificou-se que a tristeza (n=1) e o medo (n=1) foram as emoções mais referidas. Duas crianças não responderam esta pergunta, apesar de terem afirmado que acontecia com elas e a frequência de ocorrência (pouco).

Para 4 crianças, a situação referida ocorre. Diante dessa situação, C1 (menino, 10 anos) respondeu sobre o que faz: *"Eu quero bater, quando o menino quer pegar meu aparelho eu guardo na mochila"*. C1 afirma que a situação ocorre com frequência. Ao retirar o dispositivo, C1 se priva da informação auditiva. Já a criança 9 (menino, 10 anos) referiu *"já aconteceu, mas sem aparelho. A professora fez isso. Ela fica falando. As pessoas falam de mim pelas costas"*. Para C9, a cena ilustrada trouxe a recordação de uma situação relacionada à DA no ambiente escolar, e não do uso do dispositivo auditivo. Entretanto, o relato da criança revela a particularidade de sua vivência no período recente do diagnóstico, em que a privação da audição no ambiente ruidoso, típico da escola, e as conversas e comportamentos de professora e crianças foram interpretados por C9 como brincadeiras dirigidas a ela e a sua condição.

No caso de C2 (menina, 08 anos), a resposta sobre os desdobramentos dessa situação foi dada pela mãe. A mãe de C2 relatou que, quando percebeu que esta situação poderia acontecer, promoveu um teatro na escola, para que os colegas de classe da filha compreendessem a DA, bem como a necessidade e importância do uso do dispositivo. De acordo com a mãe, houve anuência e apoio da professora e pedagoga da escola. O teatro envolveu a explicação sobre os dispositivos auditivos utilizados em ambas as orelhas, e teve como inspiração os livros *"Lalá é assim: diferente igual a mim"* e *"E não é que eu ouvi?"*³. Após a explicação, a mãe criou uma situação real para mostrar a importância do

³ Livros referidos: *Lala é assim: diferente igual a mim* (Austregesilo, Lakshmi Eliane Lobato – São Paulo, SP. Sobretom Comunicação, 2020); *E não é que eu ouvi?* (Austregesilo, Lakshmi Eliane Lobato, Eduardo Suarez Braz da Silva. 2 ed. – São Paulo, SP. Sobretom Comunicação, 2019).

dispositivo para a filha, pedindo que ela ficasse de costas para a turma e retirasse os dispositivos. Em seguida, pediu que os colegas a chamassem bem alto pelo nome. C2 não ouviu o chamado dos colegas e a mãe pediu que ela colocasse novamente os dispositivos. Novamente, pediu que os colegas a chamassem pelo nome. C2 ouviu e virou o rosto em direção aos colegas.

3.4 Dados referentes à integração das variáveis do estudo em um relato de caso

Considerando o objetivo principal da pesquisa de verificar e descrever como crianças usuárias de dispositivos auditivos implantáveis e seus cuidadores lidam com os estressores relacionados ao processo de reabilitação, e entendendo que variáveis da criança (problemas de comportamento) e do contexto (risco psicossocial) afetam o processo de enfrentamento, optou-se por apresentar uma análise integradora das variáveis em um relato do caso de uma criança.

3.4.1 A história de C9

C9 é um menino, de 10 anos, que foi diagnosticado com DA sensorineural de grau profundo bilateral, após quadro de meningite bacteriana⁴ no ano de 2020. O quadro de perda auditiva de C9 aconteceu após estabelecimento da linguagem oral, portanto, os elementos da língua já haviam sido adquiridos anteriormente. As condições anatômicas permitiram a realização da cirurgia unilateral, com limitações presentes, devido ao quadro de início de ossificação coclear em ambas as orelhas.

⁴ A meningite bacteriana pode ocasionar perda auditiva devido a alteração do líquido, perilinfa, presente na cóclea, órgão da audição (Dodge et al., 1984); e há tendência a uma evolução com labirintopatia ossificante, o que provoca endurecimento da estrutura que compõe o órgão, impossibilitando muitas vezes a colocação do feixe de eletrodos do componente interno do implante coclear (Bevilacqua, Moret, Costa Filho, Nascimento, & Banhara, 2003).

C9 vive com a mãe e outros cinco familiares próximos em uma casa e faz visitas frequentes à casa do pai, que reside na mesma cidade. Os dados da classificação da ABEP indicaram classe C2, com renda média domiciliar de R\$ 1.748,59. Os protocolos PAT e SDQ, indicaram presença de risco psicossocial clínico e indicadores de problemas de comportamento. No PAT, o escore total igual a 2,85 indicou risco clínico e a maioria dos domínios apresentados se destacaram, como “problemas com a criança”, “problemas familiares”, “reações de estresse dos pais” e “crenças familiares”. No SDQ, os domínios “sintomas emocionais” e “problemas de conduta” apresentaram maiores escores.

Durante a entrevista, a mãe de C9 relatou que existem diferentes fatores que tornam o processo de reabilitação difícil, como a dificuldade de compreensão auditiva, alterações na rotina e dificuldade na comunicação: *"tanta coisa...ver que ele perdeu a audição e que não pode brincar direito. Ver ele tentando ouvir e não conseguindo..quando ele coloca música como se tivesse ouvindo" ; "eu não conseguir me comunicar com ele e ver ele triste porque quer voltar a ouvir"*. Entretanto, a mãe parece utilizar a estratégia adaptativa de busca de suporte para lidar com as dificuldades, sinalizando que pede auxílio do pai e do programa de IC, *"tento conversar com o pai dele. Ele vem me ajudando. E busco aqui (Programa de IC)"*.

Com relação à apresentação do instrumento elaborado para registro da resposta da criança/adolescente, C9 demonstrou motivação para responder as perguntas e preencher a ficha de respostas. A Situação 1 (quando a criança quer retirar o IC e a mãe diz que não pode) foi percebida como estressora por C9, que referiu a emoção de tristeza. Mesmo com a intenção de retirar o dispositivo, após a fala da mãe, C9 mantém o dispositivo na cabeça: *"fica na cabeça"*.

O isolamento dos pares no ambiente escolar (Situação 2) não foi referido por C9. E a Situação 3 pareceu não consistir em um estressor para C9, que demonstrou compreender o momento como oportunidade para desenvolver as habilidades auditivas

por meio do IC, respondendo: *“treinando o aparelho”*. Desse modo, o estímulo da cena permitiu que C9 demonstrasse o entendimento de que a terapia é uma forma de lidar com a situação, por meio da resolução do problema.

A situação 4 (*bullying* no ambiente escolar) permitiu que C9 demonstrasse o sentimento de não compreensão da fala da professora e dos colegas no ambiente escolar, gerando em C9 a sensação de estar sendo alvo das falas com conotação negativa: *“Já aconteceu, mas sem aparelho. A professora fez isso. Ela fica falando. As pessoas falam de mim pelas costas.”* Diante da fala de criança, a mãe perguntou se ela havia escutado o que foi dito. A criança respondeu: *“não, porque ainda estou treinando”* (na ocasião, a criança estava em adaptação do aparelho de amplificação sonora, e ainda não havia feito a cirurgia de IC).

O caso de C9 parece diferir da maioria das crianças que chegam para avaliação nesse programa, inclusive pelo quadro de DA pós-lingual. As características da perda permitem a melhor elaboração de resposta por parte de C9, trazendo elementos fonêmicos e na escrita correspondentes ao processo de alfabetização e dificuldade de criação da consciência fonológica, principalmente com relação aos fonemas com ponto e modo articulatorio semelhantes. Estes fatores contribuem para o processo de reabilitação, no sentido de a criança já ter adquirido auditivamente as informações auditivas dos sons da fala e dos sons ambientais, nas diferentes situações cotidianas. Este fato pode ser entendido como fator protetivo para o desenvolvimento, entretanto, a expectativa pela audição típica, parece gerar frustração na mãe, que traz mensagens conflitantes com relação às dificuldades relacionadas ao processo.

Durante as situações 1 e 3, C9 escreveu as frases das respostas da última pergunta, das situações 3 e 4 e apresentou troca fonética na escrita das palavras /fica/, escrevendo /vica/ (Figura 1) e omissão de alguns fonemas da palavra /treinando/ (Figura 2). Neste

momento, a pesquisadora realizou intervenção, no sentido de orientar a escrita correta por meio da consciência fonológica. A própria criança identificou que havia algo errado, mas não sabia ao que era. Após a explicação da diferença entre o modo articulatório dos pares mínimos /f/ e /v/, e também do /R/, C9 reescreveu as palavras e ficou repetindo a pronúncia dos fonemas, trabalhando a discriminação auditiva dos sons.

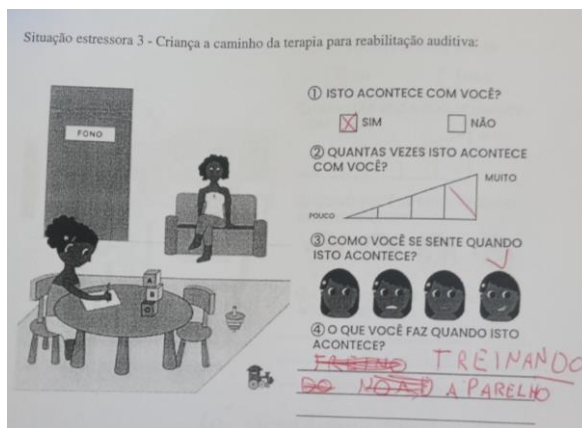


Figura 1. Omissão de fonemas na primeira escrita e correção após orientação.

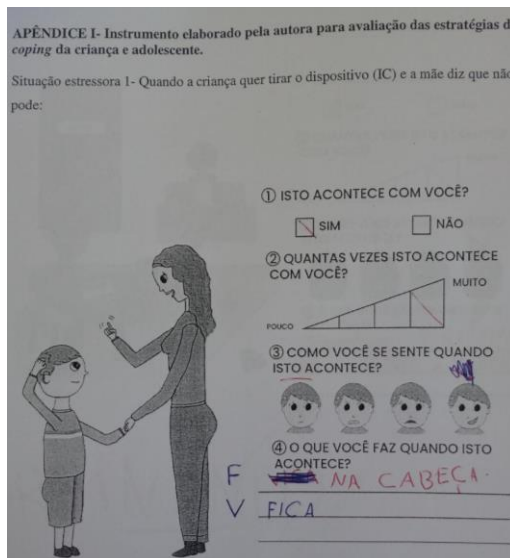


Figura 2. Troca de fonemas /v/ por /f/ na palavra /fica/ e correção após orientação

4 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve por objetivo verificar e descrever como crianças e adolescentes usuários de dispositivos auditivos implantáveis e seus familiares responsáveis lidam com os estressores relacionados ao processo de reabilitação. Este objetivo decorreu da constatação de lacunas na literatura para responder às questões: *Quais são os estressores percebidos por crianças e adolescentes com DA e seus pais, durante o processo de reabilitação por dispositivos implantáveis? Como crianças e adolescentes com DA e suas famílias lidam com o processo de reabilitação via dispositivos implantáveis? Como os cuidadores percebem os benefícios do IC/PAAO e o funcionamento social de sua criança/adolescente com DA?* A lacuna na área limitou a formulação de hipóteses, bem como fez emergir a necessidade de avanço metodológico no que diz respeito ao acesso aos conteúdos socioemocionais de crianças e adolescentes com DA, usuários de dispositivos auditivos.

Dessa forma, para conhecer o processo de enfrentamento das crianças, foi necessária a elaboração de um instrumento específico para esta população, o que direciona a discussão para aspectos metodológicos, também. Antes, porém, serão discutidos dados relativos às variáveis de interesse do estudo, desde a caracterização da amostra em termos sociodemográficos, clínicos, comportamentais e psicossociais das crianças, até o processo de *coping* dos cuidadores. De modo integrado à compreensão do *coping* dos cuidadores, são discutidos aspectos relacionados à motivação, benefícios e expectativas em relação à reabilitação auditiva da criança.

Este estudo, delineado como descritivo e transversal, permitiu compreender aspectos da experiência da reabilitação auditiva por dispositivo implantável, com foco no *coping*, sob a perspectiva das crianças com DA e seus cuidadores familiares. A amostra foi constituída em um Programa de IC e caracterizou quase a totalidade de crianças e

adolescentes que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, e que estavam frequentando as terapias de reabilitação auditiva. A respeito da regularidade da terapia, é importante considerar que a coleta de dados se deu em 2021, ainda em período pandêmico, de modo que as diretrizes governamentais relacionadas à suspensão de atendimentos eletivos presenciais, repercutiram sobre o processo de reabilitação auditiva da criança, em termos de regularidade e modalidade (casos de teleatendimento). Não somente a terapia, mas também a vida escolar estava alterada, com a realização de atividades escolares no ambiente de casa. Inclusive, na amostra desse estudo, uma criança ainda não havia frequentado a escola nem ido à terapia.

Essa questão relacionada à repercussão da pandemia sobre a reabilitação auditiva se faz necessária, pois incide também sobre o estudo realizado. Isso porque foram abordados aspectos do enfrentamento de estressores que incluíam o contexto escolar e terapêutico, benefícios, motivação e expectativa em relação ao dispositivo implantável. Em um contexto pandêmico de incertezas, restrições e riscos à vida, todos esses aspectos, ainda que particulares às demandas de saúde auditiva da criança, se viram afetados.

Em relação às características da amostra, o estudo compôs uma amostra distribuída quase que homogeneamente entre meninos e meninas, em sua maioria usuárias de IC. Neste ponto, é importante destacar que essa característica trouxe uma diferença em termos auditivos na amostra, uma vez que a indicação para PAAO se faz em uma condição de DA do tipo condutiva bilateral. A perda condutiva é caracterizada como uma alteração na condução do som por via aérea, ou seja, quando a estimulação direta por via óssea acontece, através do dispositivo, a sensação auditiva é imediata, trazendo ganhos mais rápidos quando comparado ao IC (Catalani, et al., 2021). Para uma das crianças do estudo, usuária de PAAO, havia uma condição de malformação da orelha externa, o que

exigiu a exposição a outros procedimentos cirúrgicos como a cirurgia plástica, para correção da estrutura anatômica

Falando agora das crianças com IC, as possibilidades de reabilitação acontecem ao encontro das particularidades de cada caso. Dessa forma, três crianças apresentavam IC bilateral e outras quatro amplificação bimodal, que corresponde ao IC em uma orelha e o AASI na outra. Ao observar o tempo médio de realização da primeira e da segunda cirurgia de IC observou-se um desvio padrão alto, significando que as primeiras cirurgias aconteceram em momentos distintos para os participantes, considerando as características individuais, da perda e o desenvolvimento. Considerando estes fatores, as diferentes categorias de linguagem observadas nessa amostra estão associadas não só às características da perda, mas também ao tempo de cirurgia, assim como da modalidade de utilização dos dispositivos auditivos em ambas as orelhas. As variáveis relacionadas ao processo de reabilitação por meio do IC devem ser manejadas considerando as características individuais de cada criança e dos seus familiares, com o objetivo de promover a melhor orientação e acompanhamento, de forma que todos tenham as mesmas possibilidades (Silva, et al., 2020).

Ainda em relação às características clínicas, a maior proporção de causa desconhecida para a DA pode estar relacionada a não identificação dos indicadores de risco para perda auditiva -IRDA, o que está em consonância com a realidade demonstrada por indicadores epidemiológicos da DA no país (Pupo, Balieiro, & Figueiredo, 2008; Walber, et al., 1995; Tabith, Franco, & Berbieri, 1989). Entre as causas conhecidas, a malformação caracterizou duas crianças e, de fato, nos casos de malformação a DA é uma comorbidade comumente associada, pois a alteração anatômica pode impedir de forma parcial ou total a passagem da onda sonora por via aérea. No caso da meningite como causa da DA, sabe-se que a maioria dos casos pode representar a perda a audição, dessa

forma, os quadros de meningite que evoluem para perda auditiva necessitam de intervenção imediata, incluindo a possibilidade de colocação de IC simultâneos ou sequenciais, com fins de aproveitar as estruturas remanescentes antes da ossificação coclear e proporcionar a reabilitação adequada da função auditiva (Brasil, 2014).

Em relação às características psicossociais, foi possível conhecer a amostra em termos de forças e dificuldades, o que incluiu os indicadores comportamentais da criança e de risco psicossocial familiar. Ambas medidas foram obtidas a partir do relato dos cuidadores familiares, em sua maioria, mães.

Na medida de risco psicossocial familiar foram obtidas classificações predominantes de risco leve e moderado. No risco psicossocial leve (44%), entende-se que a família apresenta preocupação com a condição da criança, mas tem se mostrado resiliente; e no risco psicossocial moderado (33%), algumas condições preexistentes podem dificultar a adaptação da família, indicando a necessidade de algum suporte específico (Pai et al., 2008). Esse dado se distingue daqueles encontrados em população de crianças com câncer (Caprini, & Motta, 2017), anemia falciforme (Caprini, & Motta, 2021) e obesidade (da Cunha, et al., 2018), em que as classificações de risco moderado e alto foram a maioria. Entretanto, quando comparados com o risco psicossocial familiar de crianças com fissura labiopalatina (Ribeiro, 2018), os achados foram similares, assim como se assemelharam aos dados obtidos nos estudos originais do PAT, em amostras norte-americanas (Pai et al., 2008).

O rastreio de risco psicossocial tem sido referido como padrão de cuidado em algumas condições crônicas de saúde, como o câncer, pela possibilidade de identificar áreas de maior vulnerabilidade para a família, capazes de repercutir sobre a adesão ao tratamento, e direcionar a intervenção (Wiener, et al., 2015). No caso dessa pesquisa, o domínio “problemas com as crianças” apresentou maior média de risco, indicando uma

área de maior vulnerabilidade, tal como observado em famílias de pré-adolescentes com fissura labiopalatina (Ribeiro, 2018). Essas condições impõem limites pela privação da audição (no caso da DA) ou podem compor quadros de síndrome e de comorbidade, que afetam aspectos globais do desenvolvimento, incluindo o desenvolvimento psicossocial da criança. Por esta razão, os cuidadores podem perceber maior vulnerabilidade nesse domínio, o que foi confirmado na percepção de dificuldades comportamentais, medidas por escala específica (SDQ), discutida ainda nesta seção.

O domínio “reações de estresse dos pais”, apresentou a segunda maior vulnerabilidade por domínio para população desse estudo. Estudos indicam que o desenvolvimento da criança é um fator condicionante para o surgimento de ansiedade das mães (Pilarska & Sekula, 2019). No caso de mães de filhos que possuem DA, são observados níveis mais elevados de estresse (Levinger, & Alhuzail, 2018). Essas reações de estresse podem advir da sobrecarga emocional e de cuidados que caracteriza a vida de cuidadores de crianças com desenvolvimento atípico, especialmente, as mães que tem assumido os cuidados diretos com a criança (Ferreira, Xavier, Baldini, Ferreira, Lima, & Okido, 2020). A importância do rastreio desses indicadores de estresse se dá, especialmente, pelo risco aumentado de problemas de saúde mental em cuidadores de crianças com DA; este risco ainda é maior quando a criança apresenta problemas de comportamento (van Driessche et al., 2014). Outras condições de saúde, como o autismo (Faro, Santos, Bosa, Wagner, & da Costa Silva, 2019), síndrome congênita (Gama, Silva, Ferreira, Tavares, & Melo, 2021) e paralisia cerebral (de Moura Souza, et al., 2018), também associam o estresse parental com a sobrecarga de cuidados. Essa sobrecarga pode ser ainda maior na ausência de suporte social, tendo como consequência estratégias de ajustes mais pobres (Calderon, & Greenberg, 1999). No caso desse estudo, a percepção

de suporte social referida pelas mães pode ter amortecido o impacto das reações de estresse, como observado em outros estudos (Lima, & Souza, 2021).

Dois domínios de risco psicossocial alcançaram médias próximas a 0,50, recomendando atenção. Trata-se de “problemas familiares” e “estrutura e recursos da família”. Tais domínios indicam que há presença de problemas psicossociais preexistentes em um dos membros da família, especialmente, pai ou mãe; e limitação de recursos, o que pode incluir dificuldades financeiras. Esses fatores de risco contemplam características socioeconômicas e podem ser analisados em relação aos dados da classificação da renda média domiciliar. Observou-se que a maioria das famílias desse estudo vive com renda entre R\$ 1.748,59 e R\$ 3.085,48, e ainda, que uma família possui renda média domiciliar de R\$ 719,81, reforçando possíveis dificuldades nessa área. Esta realidade de dificuldade financeira também se fez presente em crianças usuárias de IC da África do Sul, impactando sobre a manutenção do dispositivo e a demora entre o diagnóstico e a cirurgia de IC (Bhamjee, et al., 2019). Estes fatos reforçam a necessidade do apoio do SUS, no transporte, disponibilização das consultas e serviços e, também, na manutenção e suporte com relação as peças e funcionamento dos dispositivos, que são de alto custo.

Em consistência com os dados de risco psicossocial, que evidenciou maiores dificuldades relacionadas aos problemas com as crianças, a medida de indicadores comportamentais mostrou que um pouco mais da metade da amostra foi referida como clínica (55,5%), na perspectiva de seus cuidadores. Indicadores de problemas comportamentais também tem sido encontrado na literatura internacional com crianças com DA (Michael, Attis, & Rayeh, 2019, van Driessche et al., 2014, Theunissen et al., 2014). Quando se compara crianças escolares usuárias de IC com crianças usuárias de

AASI, os índices de problemas são menores nos casos de IC (Michael, Attis, & Rayeh, 2019, Theunissen et al., 2014). O tipo de dispositivo utilizado é uma das variáveis que explica a heterogeneidade do grupo de crianças com DA, e que se soma a outras características, como o tipo de escola e habilidades de linguagem, para explicar a origem dos problemas comportamentais (Theunissen et al., 2014). Na amostra desse estudo, apesar dos problemas de comportamento observados, também foram referidos comportamentos pró-sociais, o que significa que as crianças são queridas por outras pessoas e apresentam comportamentos relacionados a busca pela interação e comunicação. A presença de problemas de comportamento, assim como de comportamento pró-social na amostra, pode revelar a presença de risco e proteção, os quais devem ser rastreados, detectados e cuidados pelos profissionais que assistem a criança, de modo a contribuir para que ela alcance o seu potencial, dentro de suas particularidades (Theunissen et al., 2014).

O conhecimento sobre as características clínicas e psicossociais das crianças mostrou as particularidades da amostra, especialmente em relação ao histórico e momento atual da reabilitação auditiva. Do ponto de vista psicossocial, a análise indicou que a amostra se organizou em grupos que referiram risco psicossocial leve e moderado, com casos específicos de risco alto, em todos os casos com a percepção de suporte social. E os indicadores comportamentais das crianças, compuseram grupos clínicos e não clínicos para problemas de comportamento, mas a maioria das crianças apresenta comportamento pró-social.

A partir desse entendimento geral sobre as percepções dos cuidadores, realizou-se a análise sobre como eles enfrentam os estressores relacionados ao processo de reabilitação auditiva da criança, assim como sobre sua motivação e expectativas em

relação aos dispositivos implantáveis. Partindo da análise dos estressores, verificou-se que as respostas de distribuíram de modo similar nas categorias que abordavam dificuldades relacionadas à rede de saúde auditiva, à comunicação e desenvolvimento da criança e ao procedimento cirúrgico. Essa variação de estressores representa, em parte, a complexidade do processo de reabilitação, e a característica de perdurar por longo prazo. No caso do procedimento cirúrgico, apesar de ser pontual e representar o acesso aos sons por meio da implantação do dispositivo auditivo, é vivenciado pela família como um momento de ansiedade, medo e expectativas sobre “dar certo” (conseguir implantar o dispositivo) (Murakami, et al., 2001), presente em outras condições de adoecimento e que requer procedimentos de preparação para cirurgia dirigidos à criança e aos pais, também (Broering, & Crepaldi, 2018, Broering, et al., 2018; Broering, & Crepaldi, 2021).

Os demais estressores referidos podem se fazer presentes ao longo de todo o processo, sendo importante identificá-los para prover a melhor assistência e adaptação da família e da criança. O acesso ao sistema de saúde auditiva foi referido como dificuldade desde o período do diagnóstico da DA até o encaminhamento ao Programa de IC. Uma vez inseridos no Programa se faz necessária uma rede de assistência ampla para garantir o suprimento das demandas envolvidas no deslocamento da família do município de origem para o centro de tratamento, além do provimento de terapia nos municípios de origem (Brasil, 2014). O acesso ao serviço pode ser ainda mais difícil para as famílias que apresentaram risco psicossocial alvo e clínico, pois são indicadores de vulnerabilidades na estrutura e na presença de recursos. Além da oferta do serviço, é importante que o profissional fonoaudiólogo responsável pela reabilitação auditiva tenha conhecimento sobre a tecnologia e sobre as estratégias e possibilidades auditivas a serem desenvolvidas a partir do uso do dispositivo. (Silva, et al., 2020; Gonçalves, & Teixeira, 2019). Tais variáveis se somam àquelas já referidas na literatura, relacionadas à idade da

criança, tipo e tempo de uso do IC, estratégias de codificação da fala, tempo de privação e engajamento da família, para reforçar a complexidade do processo de reabilitação auditiva (Moret, Bevilacqua, & Costa, 2007).

Outro estressor que acompanha o processo de reabilitação auditiva da criança refere-se ao desenvolvimento auditivo e de linguagem da criança. Este, é acompanhado de carga emocional, pois representa toda a expectativa em relação a um caminho iniciado há algum tempo, a partir do recebimento de um diagnóstico de DA. Isso pode ser visto na análise das expectativas dos cuidadores que, em sua maioria, referiram a comunicação e o desenvolvimento auditivo, linguístico e geral, com sendo o que elas esperam com o uso do dispositivo implantável (Murakami, et al., 2001).

Diante desses estressores, os cuidadores têm empregado estratégias de de famílias de *coping* relacionadas a um desfecho adaptativo e, também, mal adaptativo, tomando como base o referencial teórico da TMC (Skinner & Welborn, 1994). A análise do *coping* foi realizada a partir dos dados da Escala de *Coping*, e permitiu conhecer ainda as reações emocionais diante dos estressor, bem como a percepção de ameaça às necessidades psicológicas básicas. As reações emocionais medidas pela escala são de valência negativa e, para os cuidadores das crianças e adolescentes desse estudo, a tristeza e o medo alcançaram as maiores médias. Tais reações emocionais são comumente referidas em estudos com foco na vivência da família de crianças com algum tipo de deficiência (Pintanel, Gomes, & Xavier, 2013; Crisostomo, da Silva, & dos Santos, 2019) e, também nos estudos específicos com crianças com DA (Yamada, Moretti, Prado, & Bevilacqua, 2014). Dados os estressores referidos, as reações emocionais de valência negativa podem ser esperadas em diferentes momentos do processo de reabilitação, podendo informar para o indivíduo a presença de uma ameaça ou desafio as suas necessidades, bem como

acionar o engajamento do indivíduo em respostas de *coping* para o manejo do estressor (Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley, & Skinner, 2009).

Apesar da presença de reações emocionais de valência negativa, as necessidades psicológicas básicas de competência, relacionamento e autonomia parecem estar protegidas para esses cuidadores, considerando que apresentaram médias de respostas altas. Além disso, podem sugerir que a presença dos estressores tem sido avaliada como um desafio às suas necessidades psicológicas básicas, mais do que uma ameaça. Dentro do modelo teórico da TMC isso pode explicar a média maior de estratégias da família de *coping* de desafio, com provável desfecho adaptativo. Para os cuidadores de crianças com DA, as estratégias de *coping* adaptativas mais referidas foram “busca de informação” e “resolução de problemas”.

Mesmo adotando outro referencial teórico, estudos encontraram estratégias adaptativas em cuidadores de crianças usuárias de IC (Brand, Zaidman-Zait, & Most, 2018, Lvinger & Alhuzail, 2018). Tais estudos encontraram relações positivas entre estratégias de busca de suporte social e de ressignificação e a qualidade de vida dos cuidadores (Lvinger & Alhuzail, 2018); e entre aceitação, percepção de autoeficácia e apoio social, e o envolvimento dos cuidadores no processo de reabilitação (Brand et al., 2018). Os dois estudos referiram o suporte social como fator relacionado com desfechos adaptativos. Os cuidadores desse estudo também referiram busca de suporte na medida de *coping* ($M = 3,33$), o que parece ser possível dentro do contexto psicossocial familiar (medido pelo PAT), uma vez que todos referiram pelo menos uma fonte de ajuda para cada demanda de cuidado com a criança.

As famílias de *coping* relacionadas à percepção do estressor como uma ameaça e, por sua vez, com provável desfecho mal adaptativo foram menos referidas, com média inferior a 2. A exceção foram as famílias de *coping* “desamparo” ($M = 2,44$) e a

“oposição” (M = 2,33). Estudos que utilizaram a Escala de *Coping* em outras condições de saúde, como o câncer, também verificaram médias maiores de oposição (Pagung, 2016). Pela TMC, a oposição está relacionada com a remoção de obstáculos, por meio de agressão, culpar os outros e projeção (Skinner et al., 2003). Na Escala de *Coping*, a oposição é avaliada pela resposta ao item “Quanto você BRIGA (discute) para mudar a situação?”, e pode ser percebida pelos cuidadores como parte das ações de engajamento na resolução do problema, especialmente, quando se trata de acesso aos melhores recursos humanos e materiais para assistência à criança. De fato, a literatura refere a dificuldade na viabilização integral do acesso aos direitos, fazendo com que os indivíduos se mobilizem por meios judiciais para ter acesso ao direito garantido por lei (Pereira, Lopes, & Mesquita, 2019).

Já em relação ao “desamparo”, que denota limites no processo adaptativo, uma vez que a exaustão e interferência cognitiva dificultam a coordenação entre as ações do indivíduo e as contingências do meio (Skinner et al., 2003). O longo caminho da reabilitação auditiva, as dúvidas em relação aos desfechos, expectativas a cada nova avaliação podem ser acompanhadas de pensamentos que levam a essa confusão cognitiva, mas para essa amostra outros recursos de *coping* têm sido acionados, de modo a preservar a sua adaptação. Um exemplo da disponibilidade de recursos de *coping* pode ser visto no predomínio de famílias adaptativas, medidas pela Escala de *Coping*, mas também foi verificado no relato dos cuidadores em resposta aberta à questão sobre como lidam com os estressores. A análise qualitativa mostrou a presença de estratégias relacionadas à religiosidade. Estratégias que referem o apoio na religiosidade também foram encontradas em outro estudo relacionado ao enfrentamento dos cuidadores de crianças com DA (Daud, Noor, Yusoff, Abd Rahman, & Zakaria, 2013). É possível que o desamparo acione outras estratégias, como a busca do suporte em Deus, especialmente

em situações difíceis. A busca pela religiosidade reflete uma prática social que se faz presente por meio de distintas doutrinas, em se desenvolve uma relação pessoal com Deus; e esta relação pode ser condição facilitadora para recuperação da saúde e enfrentamento de doenças crônicas (de Lima, Silva & Enumo, 2017).

Os recursos de enfrentamento apresentados pelos cuidadores, em sua maioria, adaptativos, mesmo na presença de estressores significativos, pode contribuir para a alta motivação e satisfação referida por eles em relação processo de reabilitação do seu filho por meio do IC e da PAAO (Almeida, Ribas, & Ataíde, 2017). O questionamento sobre a motivação e satisfação foi acompanhado de possíveis fatores que ajudariam a aumentar os níveis referidos. Os cuidadores referiram novamente aspectos relacionados às dificuldades, como características do sistema de atenção à saúde auditiva e o desenvolvimento da fala e da linguagem das crianças. Além disso, foi feita a referência a possibilidade de oferta de um grupo de cuidadores como possibilidade de aumentar ainda mais a motivação de um dos cuidadores. Apesar de se constituir uma demanda particular, há consistência com a modalidade de assistência multidisciplinar em outros programas de IC e outras condições de saúde, já referidas em outros estudos (Roberts, Sands, Gannoni, & Marciano, 2015; Anmyr, Larsson, & Olsson, 2016; Vieira, Dupas, & Chiari, 2018).

A análise dos dados obtidos diretamente com a criança seguirá o formato da apresentação dos resultados, de modo que a primeira parte direcionará questões metodológicas relacionadas ao instrumento elaborado para a pesquisa; em seguida, são discutidos os dados sobre os estressores e reações emocionais das crianças. No que diz respeito aos aspectos metodológicos do instrumento, entende-se que os dados obtidos são preliminares e tem importante contribuição na proposição de estudos futuros, com fins de obter evidências de validade junto às crianças com DA, usuárias de IC e PAAO. Apesar disso, foi possível verificar alguns indicadores de adequação em relação ao

conteúdo, às ilustrações, capacidade do instrumento de gerar relatos espontâneos e de motivar a criança.

Em relação à adequação do conteúdo, o instrumento foi proposto com o objetivo de retratar possíveis estressores no cotidiano da reabilitação auditiva por dispositivos implantáveis. Para tanto, se apoiou na literatura da área e, também, na experiência da pesquisadora como fonoaudióloga no Programa de IC. Entretanto, uma das situações propostas para representar um estressor “*Criança aguardando a terapia para reabilitação auditiva*” (Situação 3 [S3]) não pareceu ser um estressor para as crianças deste estudo. De fato, a terapia se coloca como suporte para alcançar os resultados esperados (Bhamjee et al., 2019), o que se caracteriza como uma ação instrumental para a resolução do problema, mas considerou-se que a sua frequência e intensidade poderia agregar uma percepção de estressor para a criança. Talvez o impacto maior seja para o cuidador, pela sobrecarga, uma vez que a recomendação de terapia ao menos duas vezes por semana nas diretrizes do IC (Brasil, 2014), se soma às demais demandas de cuidado consigo mesmo e com os demais membros da família.

A elaboração do instrumento com ilustrações pareceu favorecer a interação com a criança, e teve como base estudos anteriores que utilizaram o recurso gráfico para acessar o repertório de enfrentamento de crianças com câncer (Motta & Enumo, 2004) e o *coping* infantil no contexto do divórcio parental (Roseiro, Paula, & Mancini, 2020). No geral, as crianças deste estudo demonstraram compreender o que estava representado na ilustração, bem como compreenderam a forma de emissão da resposta e se utilizaram dela para expressar suas emoções. Neste caso, está se falando do apoio visual para o registro da resposta em uma escala *Likert*. O instrumento utilizou a ilustração de uma rampa, de forma que a o aumento da frequência de ocorrência estaria relacionado ao aumento do tamanho do ícone utilizado na ilustração. O apoio visual também foi utilizado para o

registro das emoções e se baseou em pesquisas anteriores que referiram dificuldade de crianças com DA para identificar suas próprias emoções básicas e os fatores relacionados as emoções de valência oposta, como feliz e triste (Rieffe, 2012). No geral, verificou-se que a presença de ilustrações trouxe mais proximidade entre a situação estressora e a vivência dos participantes. A exceção foi a criança 7, que não conseguiu identificar as situações ilustradas. Aspectos desenvolvimentais e de suas características clínicas podem explicar esse desempenho, pois trata-se de uma criança de seis anos, que não tinha vivência de situações relacionadas ao ambiente escolar, pois não havia frequentado a escola devido à pandemia da covid-19.

Os aspectos relacionados ao engajamento e motivação da criança, que foi observado na maior parte da amostra parece ter sido favorecido pela característica lúdica do instrumento, bem como por direcionar a atenção para a criança. Neste ponto, o engajamento também foi observado nos cuidadores, que se interessavam em saber como seus filhos se sentiam diante de situações relacionadas à DA e reabilitação. Apesar da abordagem direta à criança se caracterizar como algo positivo e recomendado (Campos-Ramos, & Barbato, 2014; Cruz, 2008) representa um desafio ainda maior para crianças com DA, usuárias de dispositivos implantáveis, em diferentes etapas do processo de reabilitação e apresentando categorias de linguagem. O desenvolvimento da linguagem abarca possibilidades relacionadas ao estado emocional e comportamental, contribuindo para construção de opiniões, resolução de problemas pessoais, compreensão de crenças, ideias e desejos (Stivanin, Scheuer, & Assumpção, 2008).

A motivação também se fez presente pela expressão de fala espontânea. A análise dos dados separou essa categoria de capacidade de estimular relatos espontâneos para destacar a amplitude do instrumento na forma com que foi proposto. Os relatos

espontâneos permitiram identificar outros possíveis estressores a serem incorporados em novas situações, como o “medo da bateria acabar” e a “presença de ruído no ambiente”.

No geral, a análise preliminar de adequação do instrumento recomenda ajustes para estudos futuros, como a inclusão de uma situação-teste antes das situações de avaliação propriamente ditas. Ainda que a pesquisa não tenha um enfoque metodológico, a análise da aplicação do instrumento em uma amostra-alvo sugeriu ajustes relacionados ao conteúdo das ilustrações e forma de aplicação. Em diretrizes de elaboração de testes, esta é uma etapa comumente realizada com uma amostra-piloto, previamente, à coleta de dados final (Pacino, 2015). Em termos do conteúdo, considerando que a percepção do estressor depende da avaliação que o indivíduo faz da situação, sugere-se que as situações sejam apresentadas sem a qualidade prévia de ser estressora ou não, o que permitiria uma melhor compreensão da percepção da criança/adolescente sobre outros aspectos do processo de reabilitação e, também de outras situações cotidianas. Sugere-se, com base nos relatos espontâneos de crianças e cuidadores, a proposição de novas ilustrações, representando o medo da bateria acabar e a presença de ruído no ambiente. Por fim, considera-se que instrumento proposto se apresenta como um material inovador na área do *coping* de crianças e adolescentes com dispositivos auditivos implantáveis, devendo ser foco de novos trabalhos com fins de aprimoramento e validação.

Como parte do objetivo principal desse estudo, foi proposto compreender o *coping* na perspectiva da criança. Tomando como base a TMC, buscou-se conhecer componentes do processo do *coping*, o que incluiu as reações emocionais e estratégias de *coping*, a partir de situações que buscavam representar estressores para as crianças. No geral, verificou-se que nem todas as situações descritas representam a vivência de todas as crianças. Mesmo assim, elas evocaram a participação da criança, levando-a a refletir sobre

aspectos do seu desenvolvimento socioemocional, como a autopercepção, além de favorecer a expressão de outros estressores. Este foi o caso do ambiente escolar, que foi apresentado em duas situações: isolamento por pares e bullying. Para duas crianças do estudo, o ambiente escolar suscitou estressores relacionados ao ruído e à interação com o professor. Tais estressores encontram apoio na literatura, com estudos que indicaram dificuldades de adolescentes, usuários de IC, com o ambiente da sala de aula (Andersson, Melin, Lindberg, & Scott, 1995; Rich, Levinger, Werner & Adelman, 2013; Zaidman-Zait, & Dotan, 2017). Outros estudos especificam que as dificuldades passam pela acústica das salas, a presença de ruído e, também pelas questões de relacionamento e formação do professor (Andersson, Melin, Lindberg, & Scott, 1995; Zaidman-Zait, & Dotan, 2017; Bhamjee, et al, 2019).

As reações emocionais diante de estressores percebidos se caracterizaram, principalmente, pela tristeza, que foi referida em três situações. Ao referir a emoção apresentada, a criança expressa o sentimento gerado diante daquela situação negativa. A tristeza está presente em outros estudos que utilizaram a TMC frente a situações estressoras para crianças (Motta, Perosa, Barros, Silveira, Lima, Carnier, & Caprini, 2015; Victório, Andrade, da Silva, de Lara Machado, & Enumo, 2019; Roseiro, Paula, & Mancini, 2020).

Ainda em relação às emoções, na situação que representava a criança aguardando a terapia para reabilitação auditiva, as crianças referiram felicidade. Este dado reforça a constatação de que este não é um estressor, além de indicar uma vinculação positiva da criança com o espaço terapêutico. A construção do vínculo com a terapia precede a realização da terapia semanal, e está relacionado ao entendimento do processo desde as primeiras consultas para avaliação inicial (Novaes, Mendes, 2009).

Em relação às estratégias de *coping*, buscou-se identificar ações que denotavam a presença de um recurso para o enfrentamento, mas houve limitação no aprofundamento das respostas, dada a categoria de linguagem que caracterizava as crianças. Com isso, pode-se dizer que foram obtidos comportamentos de *coping*. Estes, em sua maioria, relacionados às famílias de *coping* adaptativas. Na Situação 1, em que comportamento de obedecer ao cuidador diante do comando de se manter com o aparelho, pode denotar aceitação (Skinner et al., 2003), mas que precisa do outro, ainda como corregulador do comportamento de adesão da criança, que é manter o dispositivo na orelha. A corregulação mediada pelo apoio de outra pessoa, como o cuidador principal, é importante, pois colabora com o desenvolvimento da criança. A criança utiliza do desenvolvimento motor, emocional e cognitivo em contextos que englobam o ambiente, a família, a cultura, e alguns fatores podem influenciar diretamente os processos regulatórios, como o barulho, complexidade visual, mudança de cuidadores, a diversidade de arranjos sem consistência no tempo (Wachs & Evans, 2010; Linhares, & Martins, 2015). Dessa forma, o apoio do cuidador principal pode auxiliar na utilização do dispositivo auditivo da criança, considerando que a utilização do dispositivo é fundamental para permitir o acesso aos sons.

Na situação de isolamento dos seus pares no ambiente escolar, verificou-se que o significado da cena para uma criança remeteu ao estressor “ruído”, de modo que o afastamento dos pares na escola tinha a funcionalidade de evitar a exposição ao ruído. De fato, no caso de crianças com DA, usuárias de dispositivos auditivos, o ruído pode ser perturbador, considerando que diferentes fontes de som no mesmo ambiente podem influenciar nas habilidades auditivas que ainda não foram adquiridas ou naquelas previamente estabelecidas, podendo gerar confusão e não compreensão da informação passada (Andersson, Melin, Lindberg, & Scott, 1995, Rich, Levinger, Werner, &

Adelman, 2013, Zaidman-Zait, & Dotan, 2017). Nesse caso, a identificação do real estressor para a criança foi fundamental para entender o seu comportamento. Além disso, sinaliza que os ajustes a serem feitos envolvem também o ambiente, que deve prover espaços apropriados para a interação social e lazer de crianças com DA, usuárias de dispositivos implantáveis.

Para outra criança, houve percepção de isolamento por parte dos pais, de modo que a criança busca suporte social junto ao cuidador. A busca de suporte social nesses casos pode auxiliar na situação estressora pela qual a criança está passando. Dessa forma, o apoio mediado pela ajuda de outra pessoa, como o cuidador principal, pode favorecer o desenvolvimento de habilidades comunicativas e de resolução de problemas. É preciso atenção e acompanhamento desses processos, para que a criança se desenvolva a partir da correção pelo familiar (Linhares, & Martins, 2015).

Na situação em que a criança é alvo de riso por outras crianças, apenas uma criança referiu se privar da informação auditiva para não entrar em um conflito. Ainda que adaptativa por evitar o conflito, pode levar a um comportamento de não adesão e repercutir sobre os benefícios possíveis para o desenvolvimento da linguagem e audição da criança (Moret, Bevilacqua, & Costa, 2007). Nessa mesma situação, mães de outras crianças interferiram na resposta dos filhos, relatando a intervenção nos ambientes e nas relações, quando situações de *bullying* se fazem presentes. Este fato pode estar associado a busca de suporte dos filhos, mas também a ideia de que a DA implica na não capacidade para conquistar a independência. Estes fatos podem ser interpretados pela criança como falta de capacidade, dificultando a forma de lidar com a frustração e interferindo na construção de estratégias individuais para solução de problemas (Demetrio, 2005).

Por fim, para escolha do caso "a história de C9", foram levados em considerações os resultados individuais de cada criança, e essa história foi escolhida por contemplar

diferentes variáveis que se relacionaram ao processo. A meningite como causa da DA pode trazer grandes limitações para o processo de reabilitação. É importante considerar que C9 (menino, 10 anos) já havia adquirido os elementos da língua quando adquiriu a doença, portanto, caracterizou-se como perda pós lingual. A presença dos elementos da língua previamente adquiridos traz uma fluência e organização da fala diferente das crianças que tiveram a perda ao nascimento. A necessidade de intervenção no tempo correto acontece pela possibilidade de ossificação dos canais semicirculares da cóclea, o local em que é inserido o feixe de eletrodos. Mesmo com a realização da cirurgia ainda existe a possibilidade de a ossificação acontecer sobre os eletrodos, atrapalhando a transmissão do sinal para o nervo auditivo. Nesse caso, a intervenção apropriada foi realizada no tempo correto, e as variáveis psicossociais (risco clínico), e indicadores de problemas de comportamento, com escores mais altos nos domínios “sintomas emocionais” e “problemas de conduta”, indicam a necessidade de atenção nas práticas direcionadas a essa família. O relato da mãe traz mensagens conflitantes sobre as expectativas com relação a reabilitação do filho, principalmente no desenvolvimento da fala. A análise destes fatores somados aos resultados psicossociais e as percepções da criança permitem compreender de maneira ampla os comportamentos e necessidades. Esses dados auxiliam na abordagem multidisciplinar, de forma que cada caso analisado de forma individual, pode promover discussões e direcionamentos mais apropriados.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que o conhecimento sobre as características clínicas e psicossociais das crianças mostrou as particularidades da amostra, especialmente em relação ao histórico e momento atual da reabilitação auditiva. Do ponto de vista psicossocial, a análise indicou que a amostra se organizou em grupos que referiram risco psicossocial leve e moderado, com casos específicos de risco alto. Para todas as famílias há percepção de suporte social. E os indicadores comportamentais das crianças, compuseram grupos clínicos e não clínicos para problemas de comportamento. Apesar disso, destaca-se que a maioria das crianças apresenta comportamento pró-social. Para os cuidadores, algumas dificuldades são percebidas, com destaque para o procedimento cirúrgico, o acesso ao serviço e a comunicação com o filho(a). Ainda para os cuidadores, os filhos também encontram dificuldades no processo, como o manejo do dispositivo; além de dificuldades relacionadas à cirurgia e comunicação. Os cuidadores referiram também seu processo de *coping*, com predomínio de estratégias relacionadas a um desfecho adaptativo. As crianças também puderam expressar suas emoções diante de situações cotidianas para algumas delas, e puderam referir comportamentos indicativos de um *coping* adaptativo.

O alcance desses resultados deve ser compreendido dentro das limitações que a pesquisa apresentou. A começar pelo tamanho da amostra que impediu a verificação de associações entre as variáveis do estudo. Mesmo ampliando o critério de inclusão para crianças usuárias de PAAO, não foi suficiente alcançar um tamanho amostral suficiente, além de trazer uma variável clínica importante por se tratar de uma condição em que os benefícios são mais brevemente observados. A outra limitação diz respeito à coleta de dados junto às crianças, que utilizou um instrumento especialmente elaborado, mas que não foi possível realizar estudo piloto dada as condições de raridade da população dentro

dos critérios estabelecidos e o próprio contexto de pandemia. Buscou-se obter alguns indicadores de adequação do instrumento proposto, mas entende-se que são dados preliminares.

A pesquisa trouxe contribuições para a interface de áreas: Psicologia e Fonoaudiologia, alcançando uma visão integral do processo de reabilitação auditiva. Destaca-se a contribuição do estudo pela obtenção de dados sobre o *coping* de cuidadores e de crianças, a partir de um modelo teórico de base desenvolvimentista, e da consideração de variáveis da criança e do contexto para ampliar a compreensão do processo de adaptação da criança e da família às demandas da reabilitação auditiva por meio de dispositivos implantáveis. Além disso, a obtenção do autorrelato da criança sobre sua vivência, em termos de estressores, emoções e *coping* contribui para diminuir a lacuna na área, uma vez que os dados sobre a criança são usualmente obtidos pelo relato de seus cuidadores. Os achados representam contribuição para a prática do profissional de fonoaudiologia que atua na assistência à criança/adolescente usuária de dispositivo implantável, especialmente pela ferramenta proposta, de caráter inovador. Entende-se que ela permite o estímulo à linguagem, não só nos aspectos de produção de fala, mas também em seus aspectos de expressão emocional e de pensamento, o que integra uma visão do desenvolvimento também no domínio socioemocional, e amplia o potencial que a criança poderá alcançar, a partir da reabilitação auditiva.

6 REFERÊNCIAS

- Alves, A. M.V.S. (2002) As metas terapêuticas na habilitação da criança deficiente auditiva usuária do implante coclear. (Dissertação de Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Almeida, G. V. M., Ribas, A., & Ataíde, A. L. D. (2017). Reabilitação de perdas auditivas unilaterais por próteses auditivas implantáveis: revisão sistemática. *Audiology-Communication Research*, 22.
- Anmyr, L., Olsson, M., Larson, K., & Freijd, A. (2011). Children with hearing impairment—living with cochlear implants or hearing aids. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 75(6), 844-849.
- Bhamjee, A., Le Roux, T., Schlemmer, K., Perold, J., Cass, N., Schroeder, K., ... & Vinck, B. (2019). Parent-perceived challenges related to the pediatric cochlear implantation process and support services received in South Africa. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 126, 109635.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. Correspondência: Daiane Dal Pai Rua Santana.
- Bento, R. F., Júnior, L. R. P. L., Tsuji, R. K., Goffi-Gomez, M. V. S., Lima, D. D. V. S. P., & de Brito Neto, R. (2018). *Tratado de implante coclear e próteses auditivas implantáveis*. ThiemeRevinter Publicações LTDA.

- Bevilacqua, M. C., & Lins, M. L. F. (1987). Criança deficiente auditiva e a escola. São Paulo: Clr Balieiro.
- Bevilacqua, M.C.; Formigoni, G.M.P. (2012). Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. 3. ed. 2. reimp. São Paulo: Pró-Fono, 2012.
- Bevilacqua, M. C., & Alves, A. M. V. S. (2015). Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para desenvolvimento das habilidades auditivas em crianças de até três anos de idade usuárias de implante coclear. *Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTFs), 1*.
- Bevilacqua, M. C., Moret, A. L., Costa Filho, O. A., Nascimento, L. T., & Banhara, M. R. (2003). Implantes cocleares em crianças portadoras de deficiência auditiva decorrente de meningite. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69(6), 760-764.
- Bisol, C., & Sperb, T. M. (2010). Discursos sobre a surdez: deficiência, diferença, singularidade e construção de sentido. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 07-13.
- Bittencourt, A. G., Ikari, L. S., Torre, A. A. G. D., Bento, R. F., Tsuji, R. K., & Brito Neto, R. V. D. (2012). Surdez pós-lingual: benefícios do implante coclear versus prótese auditiva convencional. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 78(2), 124-127.

- Bosdriesz, J. R., Stam, M., Smits, C., & Kramer, S. E. (2018). Psychosocial health of cochlear implant users compared to that of adults with and without hearing aids: Results of a nationwide cohort study. *Clinical Otolaryngology*, 43(3), 828-834.
- Brand, D., Zaidman-Zait, A., & Most, T. (2018). Parent Couples' Coping Resources and Involvement in their Children's Intervention Program. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(3), 189-199.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2012). Diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal. Recuperado em 20 de fevereiro de 2020 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2014). Diretrizes gerais para atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva no sistema único de saúde (SUS). Recuperado em 20 de fevereiro de 2020 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_gerais_atencao_especializada_pessoas_deficiencia_auditiva_SUS.pdf.
- Brasil, C. D. C. (2008). Critério de classificação econômica Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2021). Desenhos de Crianças Submetidas a Cirurgias Eletivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37.

- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2018). Percepções e informações das mães sobre a cirurgia de seus filhos. *Fractal: revista de psicologia*, 30, 3-11.
- Broering, C. V., Souza, C. D. D., Kaszubowski, E., & Crepaldi, M. A. (2018). Efeitos de Preparações Psicológicas Pré-cirúrgicas sobre o Estresse e a Ansiedade de Meninos e Meninas. *Acta colombiana de Psicología*, 21(1), 217-248.
- Burger, T., Löhle, E., Richter, B., Bengel, J., Laszig, R., & Spahn, C. (2008). "Your child is hard of hearing"-a longitudinal study of parental distress. *Laryngo-rhinotologie*, 87(8), 552-559.
- Caprini, F. R., & Motta, A. B. (2021). O impacto psicológico em familiares cuidadores de crianças e adolescentes com anemia falciforme. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 38.
- Caprini, F. R., & Motta, A. B. (2017). Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico. *Psicologia: teoria e prática*, 19(2), 164-176.
- Catalani, B., Sassi, T. S. D. S., Bucuovic, É. C., Lourençone, L. F. M., Alvarenga, K. D. F., & Brito, R. V. D. (2021). Prótese auditiva ancorada ao osso percutânea: benefícios auditivos. *Audiology-Communication Research*, 26.
- Costa Filho, O. A., Bevilacqua, M. C., Amantini, R. C. B., & Braitte, N. (1994). Aparelhos semi-implantáveis. *Sinopse*.

Costa Filho, O.A.; Bevilacqua, M.C. & Amantini (2005) in Bevilacqua, M.C. & Moret, A.L. Deficiência auditiva. *Conversando com familiares e profissionais da Saúde*. São José dos Campos: Pulso.

Costa, O. A.; Bevilacqua, M. C.; Amantini, R. C. B.(2005). Considerações sobre o implante coclear em crianças. In: Bevilacqua, M. C.; Moret, A. L. M. Deficiência auditiva: *conversando com familiares e profissionais da saúde*. São José dos Campos: Editora Pulso, 2005. pp. 123-138.

Costa Filho, O.A.; Bevilacqua, M.C. & Mesquita, S.T. (1995) Rotina interdisciplinar do programa de implante coclear no Centro de Pesquisas Audiológicas. *Anais do X Encontro Internacional de Audiologia*, Bauru.

Calderon, R., & Greenberg, M. T. (1999). Stress and coping in hearing mothers of children with hearing loss: Factors affecting mother and child adjustment. *American Annals of the Deaf*, 7-18.

Calháu, C. M. D. F., Júnior, L., Penna, L. R., Reis, A. M. D. C. D., Capistrano, A. K. B., Lima, D. D. V. S. P., ... & Rodrigues Júnior, F. D. A. (2011). Perfil etiológico dos pacientes implantados do Programa de Implante Coclear. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(1), 13-18.

Campos, C. A. H. D., & Costa, H. O. D. O. (2003). Tratado de otorinolaringologia. In *Tratado de otorinolaringologia* (pp. 452-463).

- Campos-Ramos, P. C., & Barbato, S. (2014). Participação de crianças em pesquisas: Uma proposta considerando os avanços teórico-metodológicos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19, 189-199.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(3), 405- 411.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychologicalbulletin*, 127(1), 87.
- Crisostomo, K. N., da Silva Grossi, F. R., & dos Santos Souza, R. (2019). As representações sociais da maternidade para mães de filhos/as com deficiência. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3), 79-96.
- Cruz, S. H. V. (Ed.). (2008). *A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas*. Cortez Editora.
- da Cunha, K. S., Enumo, S. R. F., de Lara Machado, W., & Andrade, A. L. M. (2018). Risco psicossocial familiar, *coping* do tratamento da obesidade infantil e controle parental da alimentação. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(3).

Daud, M. M., Noor, S. S. M., Yusoff, M. N. C. M., Abd Rahman, N., & Zakaria, M. N. (2013). Gender differences in coping skills of parents with hearing-impaired children. *B-ENT*, 9(4), 319-323.

Davis, H. (1978). Hearing handicap, standards for hearing, and medicolegal rules. *Hearing and deafness*, 266-292.

de Lima Foch, G. F., Silva, A. M. B., & Enumo, S. R. F. (2017). Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003–2013). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 53-71.

de Moura Souza, J., Machado, F. R. C., Antunes, P. P., dos Santos, A. C., Levandowski, D. C., & de Oliveira Jr, A. A. (2018). Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(3).

Dias, T. L., França, F. D. P., Enumo, S. R. F., & da Cruz Gonçalves, O. K. (2019). Crianças com doença falciforme: suas habilidades sociais e como lidam com a dor. In: I.L.V. Gomes, D.B. Campos, L.L. Custódio & R.S. Oliveira (Orgs.) *Doença Falciforme: saberes e práticas do cuidado integral a saúde na Rede de Atenção a Saúde*. pp.38-44. Fortaleza :EdUECE, 2019.

Dodge, P. R., Davis, H., Feigin, R. D., Holmes, S. J., Kaplan, S. L., Jubelirer, D. P., ... & Hirsh, S. K. (1984). Prospective evaluation of hearing impairment as a sequela of acute bacterial meningitis. *New England Journal of Medicine*, 311(14), 869-874.

- Duarte, I., Santos, C. C., Rego, G., & Nunes, R. (2014). Health-related quality of life in children and adolescents with cochlear implants: self and proxy reports. *Acta otolaryngologica*, 134(9), 881-889.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). *Coping with stress*. In *Handbook of children's coping* (pp. 41-70). Springer, Boston, MA.
- Enumo S.R.F., Oliveira, A.W. Bellodi, A.C. & Motta, A.B. (2019) Estresse- *coping* em situações de adoecimento: uma perspectiva desenvolvimentista. In *Psicologia da saúde e desenvolvimento na infância e adolescência: pesquisas e reflexões* (pp. 99-136). Curitiba, PR:CRV.
- Estabrooks, W. (2006). *Auditory-Verbal Therapy Theory and Practice*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf.
- Faro, K. C. A., Santos, R. B., Bosa, C. A., Wagner, A., & da Costa Silva, S. S. (2019). Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. *Psico*, 50(2), e30080-e30080.
- Ferreira, F. Y., Xavier, M. C., Baldini, P. R., Ferreira, L. T. L., Lima, R. A. G., & Okido, A. C. C. (2020). Influência das práticas de atenção à saúde na sobrecarga de mães cuidadoras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.

- Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1), 44-50.
- Freeman, V., Pisoni, D. B., Kronenberger, W. G., & Castellanos, I. (2017). Speech intelligibility and psychosocial functioning in deaf children and teens with cochlear implants. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(3), 278-289.
- Gama, G. L., Silva, B. M. D., Silva, M. B. D., Ferreira, R. V. B., Tavares, J. D. S., & Melo, A. (2021). Saúde mental e sobrecarga das mães de crianças com síndrome congênita do Zika durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21, 481-490.
- Garioli, D. D. S., Paula, K. M. P. D., & Enumo, S. R. F. (2019). Avaliação do coping da dor em crianças com Anemia Falciforme. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36.
- Garioli, D. D. S. (2016). Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H): processo de adaptação. *Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória*.
- Gatto, C. I., & Tochetto, T. M. (2007). Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Revista Cefac*, 9(1), 110-115.
- Geers AE. Techniques for assessing auditory speech perception and lipreading enhancement in Young deaf children. *The Volta Review*. 1994;96(5):85-96;

- Gonçalves, M. S., & Teixeira, A. R. (2019). Reabilitação auditiva infantil: atividades lúdicas para estimulação das habilidades auditivas. Faltou informação aqui...
- Granço, F. S., Fernandes, N. F., Morettin, M., Costa Filho, O. A., & Bevilacqua, M. C. (2013). The relationship between the speech perception and the degree of satisfaction among adult users of cochlear implants. *International archives of otorhinolaryngology*, 17(02), 202-207.
- Huber, M., Burger, T., Illg, A., Kunze, S., Giourgas, A., Braun, L., ... & Keilmann, A. (2015). Mental health problems in adolescents with cochlear implants: peer problems persist after controlling for additional handicaps. *Frontiers in psychology*, 6, 953.
- Huttunen, K., & Välimaa, T. (2012). Perceptions of parents and speech and language therapists on the effects of paediatric cochlear implantation and habilitation and education following it. *International journal of language & communication disorders*, 47(2), 184-196.
- International Bureau for Audiophonology –BIAP. (1997). Audiometric Classification of Hearing Impairments. Recuperado em 21 de Abril de 2020 de <https://www.biap.org/en/recommandations/recomendaciones/ct-02-clasificacio-n-de-las-deficiencias-auditivas/112-rec-02-01-es-clasificacion-audiometrica-de-las-deficiencias-auditivas/file>.
- Jackson, C. W., Wegner, J. R., & Turnbull, A. P. (2010). Family quality of life following early identification of deafness. *Language, speech, and hearing services in schools*.

Justo, A. P. (2013). Autorregulação em adolescentes: Estudos sobre as relações entre estresse, enfrentamento, temperamento e problemas de comportamento. (Tese de Doutorado não publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas: Campinas, SP.

Kazak, A. E., Schneider, S., Didonato, S., & Pai, A. L. (2015). Family psychosocial risk screening guided by the pediatric psychosocial preventative health model (PPPHM) using the psychosocial assessment tool (PAT). *Acta Oncologica*, 54(5), 574-580.

Lane, H. (2008). Do deaf people have a disability? *In* H-Dirksen & L. Bauman (Orgs.), *Open your eyes: Deaf studies talking* . pp. 277-292. Minneapolis: University of Minnesota.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Lees, D. C. (2007). An empirical investigation of the motivational theory of coping in middle to late childhood. *Unpublished doctoral thesis, School of Psychology, Griffith University, Brisbane, Australia*.

Levinger, M., & Alhuzail, N. A. (2018). Bedouin Hearing Parents of Children With Hearing Loss: Stress, Coping, and Quality of Life. *American annals of the deaf*, 163(3), 328-355.

- Lima, T. J. S. D., & Souza, L. E. C. D. (2021). O suporte social como fator de proteção para as mães de crianças com Síndrome da Zika Congênita. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 3031-3040.
- Linhares, M. B. M., & Martins, C. B. S. (2015). O processo da autorregulação no desenvolvimento de crianças. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32, 281-293.
- Lloyd, L. L., & Kaplan, H. (1978). *Audiometric interpretation: a manual of basic audiometry* (Vol. 1). University Park Press.
- Luterman, D. (1979). *Counseling parents of hearing-impaired children*. Little Brown and Company.
- Luterman, D., & Ross, M. (1991). *When your child is deaf: A guide for parents*. York press.
- Magalhães, A. M. M., Ramos, A. M. P., Neme, C. M. B., & Yamada, M. O. (2007). Desenvolvimento socioemocional de crianças surdas com implante coclear. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 103-132.
- Melo, T. M. D., Yamaguti, E. H., Moret, A. L. M., & Bevilacqua, M. C. (2012). Audição e linguagem em crianças deficientes auditivas implantadas inseridas em ambiente bilíngue: um estudo de casos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17, 476-481.

Michael, R., Attias, J., & Raveh, E. (2019). Cochlear Implantation and Social-Emotional Functioning of Children with Hearing Loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 24(1), 25-31.

Miguel, J.H.S., & Novaes, B.C.A.C. (2013). Reabilitação auditiva na criança: adesão ao tratamento e ao uso do aparelho de amplificação sonora individual. *Audiology - Communication Research*, 18(3), 171-178. <https://doi.org/10.1590/S2317-64312013000300006>.

Momentsohn-Santos, T. M., & Russo, I. C. P. (2009). Prática da audiologia clínica. In *Prática da audiologia clínica* (pp. 375-375).

Moret, Adriane Lima Mortari, Bevilacqua, Maria Cecília e Costa, Orozimbo Alves. Implante coclear: audição e linguagem em crianças deficientes auditivas pré-linguais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* [online]. 2007, v. 19, n. 3 [Acessado 27 Agosto 2021], pp. 295-304. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-56872007000300008>>. Epub 04 Out 2007. ISSN 0104-5687. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872007000300008>.

Motesadi, Z. M., Rezaei, H., Mahdavi, A. M., & Golestan, B. (2009). The scholastic achievement of profoundly deaf children with cochlear implants compared to their normal peers.

Motta, A. B., Perosa, G. B., Barros, L., Silveira, K. A., Lima, A. S. D. S., Carnier, L. E., ... & Caprini, F. R. (2015). Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32, 331-341.

Motta, A. B. (2007). Brincando no hospital: uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454.

Murakami, G. A. D. O., Neme, C. M. B., Yamada, M. O., & Bevilacqua, M. C. (2001). Expectativas prévias ao implante coclear e avaliação pós implante em adolescentes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 18(2), 05-16.

Novaes BCAC, Mendes BCA. Terapia fonoaudiológica da criança surda. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP. (Orgs). *Tratado de Fonoaudiologia*. 2a.ed. São Paulo: Roca; 2009.p. 202-9.

Oliveira, C. G. T. D., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. D. (2017). Uma proposta de intervenção psicológica no coping da dor em crianças com Anemia Falciforme. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(3), 355-366.

Organização Mundial de Saúde – OMS.(2014). Recuperado em 22 de Abril de 2020 de http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/ acesso em 10.04.2017.

Organização Mundial de Saúde – OMS (2021). Recuperado em fevereiro de 2021 de <https://www.paho.org/pt/covid19> acesso em fevereiro de 2021.

Pacino, J. C. (2015). Como é feito um teste? Produção de itens. *Psicometria*, 55-70.

Pai, A. L., Patiño-Fernández, A. M., McSherry, M., Beele, D., Alderfer, M. A., Reilly, A. T., ... & Kazak, A. E. (2008). The Psychosocial Assessment Tool (PAT2. 0): Psychometric properties of a screener for psychosocial distress in families of children newly diagnosed with cancer. *Journal of pediatric psychology*, 33(1), 50-62.

Pereira, M. R., Lopes, N. B. F., & de Mesquita, S. T. (2019). Recursos públicos e a reabilitação da criança com Implante Coclear. *Serviço Social e Saúde*, 18, e019011-e019011.

Pilarska, A., & Sekula, A. (2019). Bidirectional Dependency of Developmental and Social Difficulties in Hearing Impaired Children on the Mother's State Anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 28(3), 744-752.

Portaria nº 2.776, de 18 de Dezembro de 2014. (2014, 18 dezembro). Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: Brasília*.

Pintanel, A. C., Gomes, G. C., & Xavier, D. M. (2013). Mães de crianças com deficiência visual: dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34, 86-92.

Portaria nº 3.400, de 29 de Dezembro de 2016. (2016, 29 dezembro). Estabelece o limite do financiamento da Saúde Auditiva com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e

Compensação - FAEC, e a dedução de recursos do Teto de Média e Alta
Complexidade do Estado do Espírito Santo - Bloco de Atenção de Média e Alta
Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Diário Oficial da União: Brasília.

Punch, R., & Hyde, M. (2011). Social participation of children and adolescents with cochlear implants: A qualitative analysis of parent, teacher, and child interviews. *Journal of deaf studies and deaf education*, 16(4), 474-493.

Pupo, A. C., Balieiro, C. R., & Figueiredo, R. D. S. L. (2008). Estudo retrospectivo de crianças e jovens com deficiência auditiva: caracterização das etiologias e quadro audiológico. *Revista CEFAC*, 10, 84-91.

Ramos, F. P. (2012). Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

Ramos, F. P., Vicente, S. R. C. R. M., Macedo, M. L. G., Martins, S. W., Enumo, S. R. F., Monteiro, L. F., ..., Cunha, A. C. B. (2011). Avaliação do coping de mães frente à hospitalização de bebês prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. In *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica* (pp.1414-1427). Lisboa: Universidade de Lisboa

Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & de PAULA, K. M. P. (2015). Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 269-279.

- Ribeiro, R. A., &Enumo, S. R. F. (2018). Estresse e estratégias de enfrentamento da fissura labiopalatina por pré-adolescentes. *Saúde e Pesquisa, 11*(2), 267-276.
- Rich, S., Levinger, M., Werner, S., &Adelman, C. (2013). Being an adolescent with a cochlear implant in the world of hearing people: Coping in school, in society and with self identity. *International journal of pediatric otorhinolaryngology, 77*(8), 1337-1344.
- Roberts, R. M., Sands, F., Gannoni, A., & Marciano, T. (2015). Perceptions of the support that mothers and fathers of children with cochlear implants receive in South Australia: A qualitative study. *International journal of audiology, 54*(12), 942-950.
- Roseiro, C. P., Paula, K. M. P. D., & Mancini, C. N. (2020). Estresse e enfrentamento infantil no contexto do divórcio parental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 72*(1), 55-71.
- Samuel, P. A., Gomez, M. V. S. G., Lopes, D. M. B., Matas, C. G., Tsuji, R. K., Brito Neto, R. V. D., & Bento, R. F. (2010). Percepção de fala e limiares audiométricos em usuários de implante coclear Nucleus 22 e Nucleus 24. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, 14*(3), 331-337.
- Santos, S. S. (2012). Adaptação transcultural e validação do “Psychosocial Assessment Tool (PAT2. 0)”: Instrumento de Avaliação Psicossocial de famílias de pacientes pediátricos recém-diagnosticados com câncer. Fundação Antônio Prudente.

Santos, J.R. ,&Enumo, S. R. F.. (2003). Adolescentes com Diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 411-425. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000200021>

Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619-629.

Sessa, B., & Sutherland, H. (2013). Addressing mental health needs of deaf children and their families: the National Deaf Child and Adolescent Mental Health Service. *The Psychiatrist*, 37(5), 175-178.

Silman, S., & Silverman, C. A. (1997). Basic audiologic testing. *Silman S, Silverman CA. Auditory diagnosis: principles and applications. San Diego: Singular Publishing Group*, 44-52.

Silva, J. D. M., Yamada, M. O., Guedes, E. G., & Moret, A. L. M. (2020). Fatores influenciadores na qualidade de vida de crianças com implante coclear. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 86, 411-418.

Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp.91-106). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.

- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Life-Span development and behavior* (Vol.12, pp.91-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1997). Children's coping in the academic domain. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory and intervention* (pp.387-422). New York: Plenum Press.
- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping and development. In J. B. Brandtstädter & R. M. Lerner (Eds.), *Action and self-development* (pp.465-503). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skinner, E. A. (2007). Coping assessment. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, ... R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2nd ed., pp.245-250). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Skinner, E. A. & Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 119-144.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009). Challenges to the developmental study of coping. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regulation*. pp.1-17. San Francisco: Jossey-Bass.

- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping and development. In J. B. Brandtstädter & R. M. Lerner (Eds.), *Action and self-development*. pp.465-503. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Snik, F. M., Mylanus, A. M., & Cremers, W. R. J. (2001). The bone-anchored hearing aid: a solution for previously unresolved otologic problems. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 34(2), 365-372.
- Stivanin, L., Scheuer, C. I., & Assumpção Jr, F. B. (2008). SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24, 407-413.
- Svirsky, M. A., Robbins, A. M., Kirk, K. I., Pisoni, D. B., & Miyamoto, R. T. (2000). Language development in profoundly deaf children with cochlear implants. *Psychological science*, 11(2), 153-158.
- Tabith Jr, A., Franco, E., & Berbieri, J. (1989). Levantamento da etiologia da deficiência em uma escola especial para deficientes auditivos. *Distúrbios da Comunicação*, 3(1).
- Teixeira, A. R. & Garcez, V. (2015) Aparelho de Amplificação Sonora Individual / Componentes e Características Eletroacústicas . In M.C.Bevilacqua, M.A.N. Martinez, S.A. Balen, AC Pupo, Reis ACM, Frota S (Orgs.) *Tratado de audiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Theunissen, S. C., Rieffe, C., Kouwenberg, M., De Raeve, L. J., Soede, W., Briaire, J. J., & Frijns, J. H. (2014). Behavioral problems in school-aged hearing-impaired

children: the influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors.

European child & adolescent psychiatry, 23(4), 187-196.

van Driessche, A., Jotheeswaran, A. T., Murthy, G. V. S., Pilot, E., Sagar, J., Pant, H., ... & Dpk, B. (2014). Psychological well-being of parents and family caregivers of children with hearing impairment in south India: Influence of behavioural problems in children and social support. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 500-507.

Vieira, S.S., Bevilacqua, M. C., Ferreira, N. M. L. A., & Dupas, G. (2012). Descoberta da deficiência auditiva pela família: vendo o futuro idealizado desmoronar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 82-88.

Universidade Federal Do Espírito Santo -UFES. (2020). Conheça o Programa Implante Coclear UFES/HUCAM. Recuperado em 22 de abril de 2020 de <http://implantecoclear.ufes.br/conteudo/conheca-o-programa-implante-coclear-ufeshucam>

Universidade Federal do Espírito Santo -UFES. (2021). Medidas de prevenção e controle da transmissão da Covid-19 na Clínica Escola. Recuperado em 15 de março de 2021 de <https://clinicaescola.ufes.br/conteudo/medidas-de-prevencao-e-controle-da-transmissao-da-covid-19-na-clinica-escola>.

Universidade Federal Do Espírito Santo- UFES. (2020). Sobre o programa. Recuperado em 22 de abril de 2020 de <http://implantecoclear.ufes.br/sobre-o-programa>.

Victório, V. M. G., Andrade, A. L. M., da Silva, A. M. B., de Lara Machado, W., &Enumo, S. R. F. (2019). Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: estresse, coping e adesão ao tratamento. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 63-75.

Warner-Czyz, A. D., Loy, B., Tobey, E. A., Nakonezny, P., & Roland, P. S. (2011). Health-related quality of life in children and adolescents who use cochlear implants. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 75(1), 95-105.

Walber, C. A., Colomé, V. L., Balen, S. C. D. S. A., dos Santos, L. K., Kessler, T. M., Rossi, A. G., & Toniolo, I. M. (1995). Deficiência auditiva: fatores etiológicos. *Distúrbios da Comunicação*, 7(2).

Wiefferink, C. H., Rieffe, C., Ketelaar, L., &Frijns, J. H. (2012). Predicting social functioning in children with a cochlear implant and in normal-hearing children: The role of emotion regulation. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 76(6), 883-889.

Wiener, L., Kazak, A. E., Noll, R. B., Patenaude, A. F., & Kupst, M. J. (2015). Standards for the psychosocial care of children with cancer and their families: an introduction to the special issue. *Pediatric blood & cancer*, 62(S5), S419-S424.

- Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgarrondo, P., ... & Tannock, R. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European child & adolescent psychiatry*, 13(2), ii47-ii54.
- World Health Organization -WHO. (2019). Recuperado em 21 de Abril de 2020 de <https://www.who.int/news-room/detail/12-02-2019-new-who-itu-standard-aims-to-prevent-hearing-loss-among-1.1-billion-young-people>.
- World Health Organization. (2016). Prevention of blindness and deafness: Facts about deafness. Recuperado em 21 de Abril de 2020 de http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/.
- Yamada, M. O., & Bevilacqua, M. C. (2005). O papel do psicólogo no programa de implante coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 255-262.
- Yamada, M. O., Moretti, C. N., Prado, M. D. C. R. D., & Bevilacqua, M. C. (2014). A relação mãe-bebê com deficiência auditiva no processo de diagnóstico. *Psicologia em Revista*, 20(3), 460-478.
- Yorgun, M., Sürmelioglu, Ö., Tuncer, Ü., Tarkan, Ö., Özdemir, S., Çekiç, E., ... & Kiroglu, M. (2015). Quality of life in pediatric cochlear implantations. *J Int Adv Otol*, 11(3), 218-21.

Zaidman-Zait, A., & Dotan, A. (2017). Everyday stressors in deaf and hard of hearing adolescents: The role of coping and pragmatics. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(3), 257-268.

Zaidman-Zait, A., Most, T., Tarrasch, R., Haddad-eid, E., & Brand, D. (2016). The impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal of deaf studies and deaf education*, 21(1), 23-33.

Zakzouk SM, Al-Anazy F. Sensorineural hearing impaired children with unknown causes: a comprehensive etiological study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2002; 64(1):17-21.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents coping with stress: development and diversity:" Approximately 25% of adolescents will experience at least one significant stressor, including the death of a loved one or witnessing a traumatic event. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3-8.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2009). Coping, development influences. In H. T. Reis & S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships*. Newbury: Sage.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17.

Zimmer-Gembeck, M. J., Skinner, E. A., Morris, H., & Thomas, R. (2013). Anticipated coping with interpersonal stressors: Links with the emotional reactions of sadness, anger, and fear. *The Journal of Early Adolescence*, 33(5), 684-709.

7 APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Estressores *ecoping* de crianças e adolescentes usuários de implante coclear e seus cuidadores.

Pesquisadoras responsáveis: Lara Sessa Campos (Mestranda do PPGP), Dra. Alessandra Brunoro Motta (Professora Orientadora).

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre a pesquisa que o menor sob sua responsabilidade está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja autorizar a participação (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo, e caso surjam dúvidas poderá esclarecê-las diretamente com a pesquisadora por meio dos telefones disponíveis logo abaixo. Ao final da leitura, caso decida participar, você será solicitado a assinar este termo de consentimento e receberá uma via do mesmo. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo), bastando entrar em contato pelos telefones disponibilizados. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá aceitar participar ou não, e caso aceite você tem liberdade de desistir de participar a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Telefone para contato - Pesquisadora Lara: (28) 9 99912-8840.

Telefone para contato - Programa de Pós Graduação em Psicologia – (27) 4009- 2501

Caso queira fazer alguma denúncia ou ocorra algum problema você poderá procurar o comitê de ética através dos contatos abaixo informados.

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – Goiabeiras - (27) 3145-9820. Endereço do Comitê de Ética: Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075- 910. E-mail: aroeiraka@hotmail.com e cep.goiabeiras@gmail.com.

Comitê de Ética e Pesquisa do HUCAM / UFES pelo telefone (27) 3335- 7092 ou pelo correio, através do seguinte endereço: HUCAM Av. Mal. Campos, 1355 - Santos Dumont, Vitória - ES, 29041-295, Vitória-ES.

1. Objetivo da pesquisa: Você é convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo geral descrever e investigar as estratégias de *coping* de crianças e adolescentes usuárias de implante coclear., na faixa etária de 6 a 12 anos de idade. Ela está sendo realizada por pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo - campus de Goiabeiras, Vitória, Espírito Santo.

2. Participantes da pesquisa: Participarão da pesquisa 15 crianças e adolescentes com deficiência auditiva, usuárias de implante coclear (IC), com faixa etária entre 6 e 9 anos e seus familiares cuidadores responsáveis.

3. Envolvimento na pesquisa: Neste estudo, você participará respondendo questionários que serão aplicados pela pesquisadora para registro de características clínicas e sociodemográficas, de comportamento das crianças/adolescentes e estratégias de *coping*. As crianças/adolescentes responderão a um instrumento sobre *coping* e esse momento será gravado para análise posterior das pesquisadoras. A gravação de áudio e vídeo da interação com a criança se deve ao fato de considerar possíveis expressões e respostas considerando a dificuldade de comunicação que pode existir nessa população, sendo respeitados os momentos de cansaço e desconforto da criança. Você tem liberdade de se recusar a participar, sem qualquer prejuízo. Sempre que desejar, poderá solicitar mais informações sobre a pesquisa nos endereços de e-mail e telefones indicados no presente termo.

4. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados aqui obedecem aos critérios da ética na pesquisa com seres humanos, conforme as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Com a participação nesta pesquisa, prevemos risco mínimo de desconforto durante a entrevista, manifestado por vergonha ou mesmo dificuldade em responder determinadas questões. Diante disso, ressaltamos que tal possível desconforto pode ser minimizado com a desistência da participação ou realização de pausa para retomada em outro momento.

5. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários e instrumento de *coping* para crianças e adolescentes serão identificadas com um nome fictício e não com o nome verdadeiro do participante. Somente as pesquisadoras terão conhecimento dos dados e vídeo (áudios e imagem) obtidos no estudo. Os dados de vídeo (áudio e imagem) serão utilizados somente para análise dos pesquisadores e logo após análise serão descartados. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e periódicos (revistas) especializados, contribuindo para a ampliação do conhecimento a respeito do tema investigado, mas de modo que seja garantido o completo sigilo de informações coletadas que possam identificar os participantes.

6. Benefícios: Esperamos que as informações coletadas contribuam para trazer benefícios para as crianças e adolescentes usuárias de implante coclear, assim como para os seus familiares cuidadores e contribuir para novas práticas de atendimento no programa e entre a equipe multiprofissional como produção de material técnico a ser gerado.

Página 2/3

Rubricas

7. Pagamento: Você não receberá nenhum tipo de gratificação financeira pela sua participação.

8. Ressarcimento: Caso haja despesa para participar da pesquisa o participante terá direito ao ressarcimento.

9. Indenização: O participante tem direito a buscar indenização caso ele sofra algum dano decorrente exclusivamente da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa “Estressores e *coping* de crianças e adolescentes usuários de implante coclear e seus cuidadores” dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo ou penalidade. Recebi uma via deste termo rubricada em todas as páginas por mim e pelo pesquisador responsável. Assim, expresso livremente meu consentimento para participar deste estudo.

Assinatura do participante

Assinaturas das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa

Local e data _____, ____/____/____

APÊNDICE B - Termo de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Estressores e coping de crianças e adolescentes usuários de implante coclear e seus cuidadores**”. Seus pais permitiram que você participe. Queremos conhecer através da utilização de imagens com situações que possivelmente acontecem com você, quais são seus pensamentos e seus sentimentos sobre a deficiência auditiva e o implante coclear. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm entre 6 e 12 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita aqui no Núcleo da Audição, em dias que você já participa da terapia para reabilitação auditiva. A participação é considerada segura, e você pode parar se sentir-se cansado ou indisposto. Não falaremos para outras pessoas que você está participando da pesquisa, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar o seu nome. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou entrar em contato pelo telefone (28) 9 99912-8840.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “**Estressores e coping de crianças e adolescentes usuários de implante coclear e seus cuidadores**”, que tem o objetivo verificar e descrever como crianças usuárias de IC e seus familiares cuidadores lidam com os estressores relacionados ao processo de reabilitação auditiva. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar chateado e/ou bravo. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma via deste termo de assentimento, que foi lido comigo e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante

Assinaturas das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa

Local e data _____, ____/____/____

APÊNDICE C – Instrumento de rastreio de risco psicossocial – PAT⁵



PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT TOOL® (INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL) (Versão adaptada para todas as escolaridades – todas as idades – versão geral)

Informações Sobre a Criança (paciente):						
Nome completo:			Data de hoje:		Dia	Mês
Data de nascimento:			Sexo:		Ano	
Diagnóstico (nome da doença):			Data do diagnóstico:		Dia	Mês
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não desejo declarar						
Informações sobre você:						
Grau de parentesco com o paciente: <input type="checkbox"/> Mãe/pai biológico <input type="checkbox"/> Madrasta/Padrasto <input type="checkbox"/> Pai adotivo / Mãe adotiva <input type="checkbox"/> Avó/Avô <input type="checkbox"/> Tia / Tio <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Outro Parente (Qual?):						
Seu papel com a criança: <input type="checkbox"/> Principal cuidador (diário) <input type="checkbox"/> Cuidador secundário <input type="checkbox"/> Cuida de vez em quando <input type="checkbox"/> Outro (Qual?)						
Sobre o(s) cuidador(es) principal(ais) (se você não for o principal cuidador, por favor dê o máximo de informações que souber):						
Idade do principal cuidador(es): <input type="checkbox"/> Abaixo de 21 anos de idade <input type="checkbox"/> 21 anos ou acima <input type="checkbox"/> Um com mais de 21 anos e outro com menos de 21 anos						
Escolaridade do(s) Cuidador(es) principal(ais): <input type="checkbox"/> Não Frequentou a Escola <input type="checkbox"/> Pós graduação Incompleta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Pós graduação Completa <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Mestrado Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio/ Técnico Incompleto <input type="checkbox"/> Mestrado Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio/ Técnico Completo <input type="checkbox"/> Doutorado Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Doutorado Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo						
Estado civil do(s) cuidador(es) principal(ais): <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Relação estável <input type="checkbox"/> Separado / Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro (Qual?)						
Alguém na casa da Criança está grávida ou pensando em adotar uma criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei						
1. Pessoas que vivem na casa da criança: (inclua você – caso more na mesma casa – outras crianças e adultos)						
Nome completo	Idade	Parentesco	Nome completo	Idade	Parentesco	

APÊNDICE D– Questionário de dados clínicos e do histórico do diagnóstico e reabilitação

Questionário de dados clínicos e do histórico do diagnóstico e reabilitação⁶

Nome: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade: _____ Procedência: _____

Responsável: _____

1- Tipo de perda auditiva: _____

2- Grau da perda (média tritonal): _____

3- Uni ou bilateral: _____

4- Causa da deficiência auditiva: _____

5- Há presença de outra deficiência? () Sim. Qual? _____ () Não

6- Idade do diagnóstico: _____

7- Dispositivos utilizados para reabilitação auditiva

a. AASI: () Sim () Não

Período: _____

b. Implante: () Sim () Não

Período: _____

8- A criança é oralizada? () Sim () Não

9- A criança utiliza Libras? () Sim () Não

10- Outros atendimentos:

11- Outras informações relevantes sobre o diagnóstico e a reabilitação:

⁵ Disponibilizada a primeira página, pois, o instrumento só é disponibilizado mediante autorização.

⁶ Protocolo elaborado para o Programa de Implante Coclear, Núcleo de Audição, HUCAM/UFES.

APÊNDICE E– Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Par)

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

Nome da Criança Masculino/Feminino

Data de Nascimento

	Mais ou menos		
	Falso	verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer, mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É solitário, prefere brincar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente briga com outras crianças ou as amendronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, é querido por outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perde a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É gentil com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente engana ou mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de fazê-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma) Data

Mãe/pai/professor/outro (especifique):

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

APÊNDICE F- Roteiro de Entrevista sobre estressores, coping, expectativas e motivação.

Roteiro de Entrevista sobre estressores, *coping*, expectativas e motivação⁷

Nome: _____

Grau de parentesco com a criança: _____

1. O que você acha mais difícil no processo de reabilitação de seu filho (a) com Implante Coclear?

2. E como você enfrenta essa dificuldade?

3. Em sua opinião, quais são as principais dificuldades / principais estressores de seu filho (a), na condição de ter uma deficiência auditiva e ser usuária de Implante Coclear?

4. O quanto você se sente motivado (a) para continuar a reabilitação do seu filho (a), com o IC? Pense em uma escala que varia de 1 a 10, em que 1 significa **nada** motivado e 10 **altamente** motivado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.1 O que faria essa nota aumentar e/ou diminuir?

5. O quanto você e sua família estão satisfeitos com a reabilitação do seu filho (a), com o IC? Pense em uma escala que varia de 1 a 10, em que 1 significa **nenhuma** satisfação e 10 satisfação **máxima**.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.1 O que faria essa nota aumentar e/ou diminuir?

6. O que você espera que aconteça de melhor para o seu filho com a reabilitação por meio do Implante Coclear?

⁷ Adaptado do Roteiro de Entrevista sobre estressores, *coping*, expectativas e motivação para cirurgia de Implante Coclear, para esta pesquisa.

APÊNDICE G– Escala de *coping*
Escala de *Coping*⁸

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

Quando pensa na condição (DEFICIÊNCIA AUDITIVA/IMPANTE COCLEAR) do seu/sua filho (a), o que é mais difícil para você?

Quando pensa na condição (DEFICIÊNCIA AUDITIVA/IMPANTE COCLEAR) do seu/sua filho(a):

1. Quão TRISTE você se sente?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

2. Quanto MEDO você sente?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

3. Quão CAPAZ (competente) para lidar com a situação você se sente?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

4. Quanto INTERESSADO (animado) você se sente em lidar com a situação?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

5. Quanta RAIVA você sente?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muita
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

6. Quanto APOIADO (aceito, amado) você se sente?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

7. Quanto você acha que pode MUDAR o que está acontecendo?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

⁸ *Coping* Response Booklet (Lees, 2007, p. 279)

8. Quanto você consegue lidar com esta situação POR CONTA PRÓPRIA (sozinho)?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

9. Quanto você BUSCA APOIO OU AJUDA de alguém próximo a você para lidar com esta situação?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

10. Quanto você TRABALHA (faz esforço) para resolver o problema?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

11. Quanto você BUSCA MAIS INFORMAÇÕES sobre a situação?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

12. Quanto você simplesmente ACEITA a situação?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

13. Quanto você tenta RESOLVER A SITUAÇÃO COM A OUTRA PESSOA ou com as pessoas envolvidas?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

14. Quanto você prefere DEIXAR PARA OUTRA PESSOA lidar com a situação?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

15. Quanto você prefere SAIR DA SITUAÇÃO (ou ficar sozinho)?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

16. Quanto você sente que NÃO CONSEGUE fazer algo com relação à situação?

Não me sentiria assim NEM UM POUCO	Sentiria UM POUCO que não conseguiria	Sentiria que não conseguiria MAIS OU MENOS	Sentiria BASTANTE que não conseguiria	Sentiria MUITO que não conseguiria
---	--	---	--	---

17. Quanto você quer FICAR LONGE da situação o mais rápido possível?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

18. Quanto você sente como se NÃO VALESSE A PENA TENTAR lidar com a situação (desiste)?

Não me sentiria assim NEM UM POUCO	Iria sentir UM POUCO que não vale a pena	Sentiria MAIS OU MENOS que não vale a pena	Iria sentir BASTANTE que não vale a pena	Sentiria MUITO que não vale a pena
---	---	---	---	---

19. Quanto você BRIGA (discute) para mudar a situação?

Nem um pouco	Um pouco	Mais ou Menos	Bastante	Muito
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	--------------

20. Quanto você gostaria de sair da situação ou fugir?

Eu NÃO ia querer sair mesmo.	Eu ia querer UM POUCO	Eu ia querer MAIS OU MENOS	Eu ia querer BASTANTE sair	Eu ia querer MUITO sair
-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

APÊNDICE H- Instrumento elaborado pela autora para avaliação das estratégias de coping da criança e adolescente.

Situação estressora 1- Quando a criança quer tirar o dispositivo (IC) e a mãe diz que não pode:

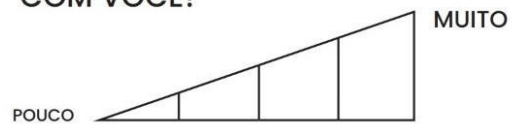


① ISTO ACONTECE COM VOCÊ?

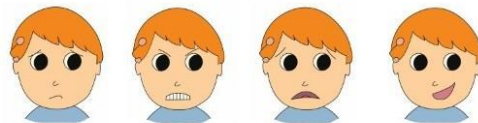
SIM

NÃO

② QUANTAS VEZES ISTO ACONTECE COM VOCÊ?

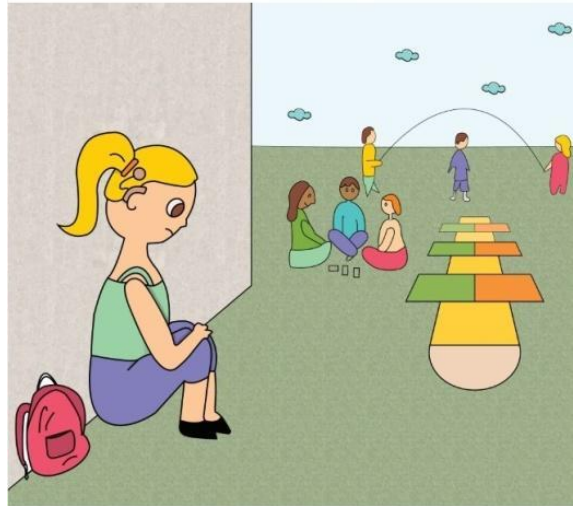


③ COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO ISTO ACONTECE?



④ O QUE VOCÊ FAZ QUANDO ISTO ACONTECE?

Situação estressora 2 - Criança isolada dos seus pares no ambiente escolar:

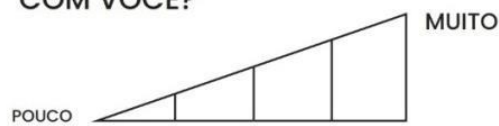


① ISTO ACONTECE COM VOCÊ?

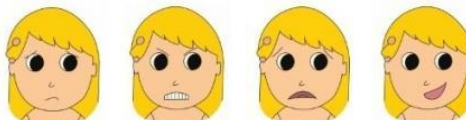
SIM

NÃO

② QUANTAS VEZES ISTO ACONTECE COM VOCÊ?

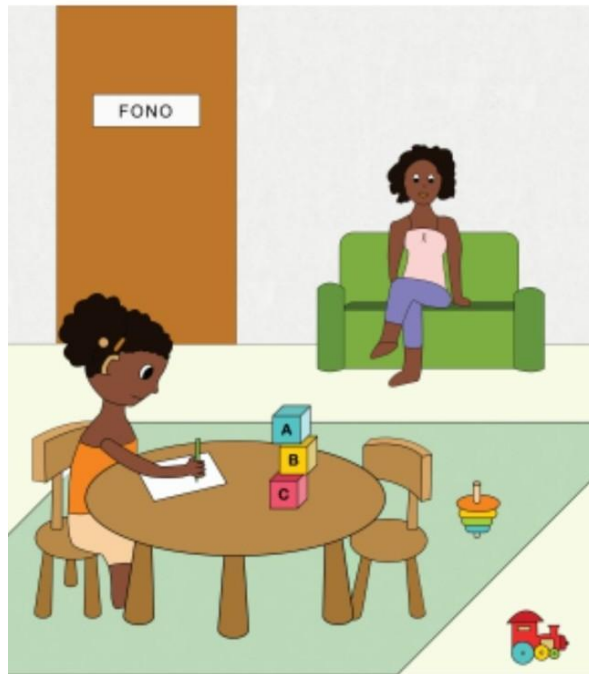


③ COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO ISTO ACONTECE?



④ O QUE VOCÊ FAZ QUANDO ISTO ACONTECE?

Situação estressora 3 - Criança a caminho da terapia para reabilitação auditiva:

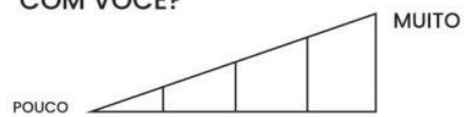


① ISTO ACONTECE COM VOCÊ?

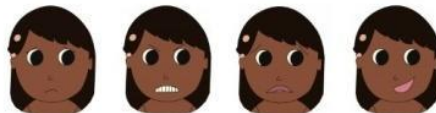
SIM

NÃO

② QUANTAS VEZES ISTO ACONTECE COM VOCÊ?

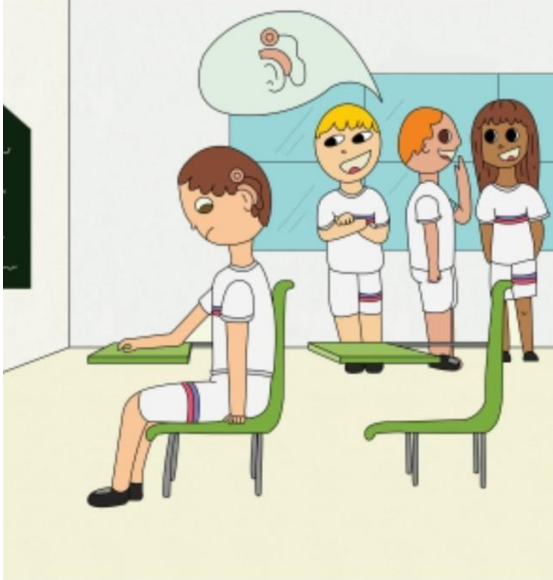


③ COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO ISTO ACONTECE?



④ O QUE VOCÊ FAZ QUANDO ISTO ACONTECE?

Situação estressora 4 - Criança sendo alvo de risos por outras crianças:

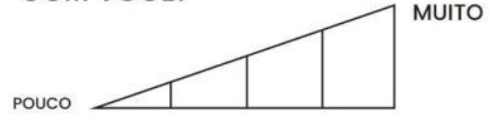


① ISTO ACONTECE COM VOCÊ?

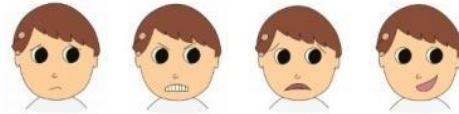
SIM

NÃO

② QUANTAS VEZES ISTO ACONTECE COM VOCÊ?



③ COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO ISTO ACONTECE?



④ O QUE VOCÊ FAZ QUANDO ISTO ACONTECE?

APÊNDICE J - DIFICULDADES REFERIDAS PELOS CUIDADORES SOBRE AS CRIANÇAS/ADOLESCENTES (N = 9)

Análise qualitativa e frequência das dificuldades referidas pelos cuidadores sobre as crianças/adolescentes (N = 9)

Tipo de dificuldade referida	Definição	Exemplo de relato dos cuidadores	Valor (f)
Procedimento cirúrgico	Relatos relacionados ao procedimento cirúrgico, tanto no que se refere ao pré-operatório quanto aos pós-operatório, em que há restrição no tipo de brincadeira e outros cuidados.	"a cirurgia plástica. Da última vez ele não quis entrar para a cirurgia..." (Mãe, C1, 10 anos) "no início ficou irritado na forma de brincar, precisou ficar resguardado" (Pai, C8, 10 anos)	2
Manejo do dispositivo auditivo	Relatos sobre o dispositivo auditivo, limpeza, cuidados e uso.	"o aparelho parar de funcionar e ela ficar sem o IC" (Mãe, C3, 11 anos) "ficar sem o aparelho..." (Mãe, C1, 10 anos) "Quando (o IC) fica escorregando da cabeça" (Mãe, C5, 7 anos)	3
Comunicação e desenvolvimento da criança	Relatos sobre a comunicação da criança/adolescente, sobre o desenvolvimento auditivo e de linguagem; e sobre o desenvolvimento em geral.	"contato com as pessoas, tentar se expressar e não conseguir" (Mãe, C4, 7 anos) "querer falar e não conseguir, ela fica agitada" (Mãe, C7, 6 anos) "a comunicação. Tem momentos que as pessoas não tem muita paciência, não explica pra ele. Fala: deixa pra lá C9" (Mãe, C9, 11 anos)	3
Processo de reabilitação	Relatos sobre a dinâmica do tratamento: distância, horário e reações emocionais. funcionamento da rede de atenção à saúde auditiva	"Distância para terapia e atendimentos. O horário das consultas e a distância. A ansiedade para o tratamento e consultas"(Mãe, C2, 8 anos)	1
Sem dificuldade	Quando o cuidador não referiu dificuldade	Não se aplica	1

Nota. Os valores de cada categoria podem ser superiores à 9 (tamanho da amostra), pois o relato do participante pode ter sido classificado em mais de uma categoria.