

**SONIA TEBET MESQUITA**

**IMPLANTE COCLEAR:  
QUEM SÃO SEUS USUÁRIOS.**

**FRANCA**

**2000**

**SONIA TEBET MESQUITA**

**IMPLANTE COCLEAR:  
QUEM SÃO SEUS USUÁRIOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Franca, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social (Área de Concentração: Serviço Social: Sociedade e Trabalho)

Orientador: Prof. Dr. José Walter Canôas

**FRANCA**

**2000**

Mesquita, Sonia Tebet

M562i      Implante coclear: quem são seus usuários. Sonia Tebet  
Mesquita. Franca, 2000. 320p.

Dissertação – Mestrado - Faculdade de História, Direito e  
Serviço Social – Universidade Estadual Paulista - Franca.

1. Serviço Social Médico. 2 – Implante Coclear - Programas
3. Deficiente Auditivo – Implante Coclear. 4. Centro de  
Pesquisas Audiológicas – Histórico - Programas

CDD – 362.42

## **DADOS CURRICULARES**

### **SONIA TEBET MESQUITA**

**NASCIMENTO:** 17 de abril de 1952 – Bauru/SP

**FILIAÇÃO:** Camillo Tebet

Lydia Haddad

**1972/1974** – Curso de Graduação

Faculdade de Serviço Social de Bauru

**1989 – até presente data** - Assistente Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, no Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA).

**1997-1998** – Especialização em Serviço Social na área de Saúde no Hospital de Reabilitação das Anomalias Cranio-faciais da Universidade de São Paulo

**1998 – até presente data** – Mestrado em Serviço Social – Universidade Estadual Paulista – Campus Franca - SP

*“Tudo é loucura ou sonho no começo. Nada do que o homem fez no mundo teve início de outra maneira. Mas já tantos sonhos se realizaram, que não temos direito de duvidar de nenhum.*

Monteiro Lobato

Mundo da Lua, 1923

In memoriam

*Seu Geraldo, o senhor me deu a bênção para começar o  
mestrado e partiu... Aí está o resultado.*

*Sempre é tempo de louvar a Deus...*

*Meu Senhor, meu guia, meu parceiro incansável, eu te agradeço e te louvo por tudo em minha vida, mas nesse momento, quero registrar, por escrito, o que o Senhor já sabe. Obrigada pela minha lucidez, por permitir que eu cumprisse mais uma etapa, por colocar em meu caminho tantas pessoas dispostas a me ajudar, incondicionalmente, obrigada por se mostrar tão presente em todas elas.*

*Ao meu amado Juca, obrigada pelo incentivo, pela compreensão, pela paciência, pelo silêncio e amor. Obrigada pelo tempo que não pudemos ficar juntos.*

*Aos meus queridos pais, Camillo, Lydia e Inah, minha gratidão eterna, por tanto amor e dedicação, preocupação, orações e palavras contidas.*

*Ao tio Biba e tio Chafcik, as minhas irmãs, irmãos e sobrinhos, dois também no Mestrado e amigos tão queridos, que mesmo sem entenderem muito o que se passava, ficaram na torcida. Obrigada*

*Parabéns a vocês por eu ter conseguido chegar até aqui!*

## **Agradecimentos Especiais**

*Prof. Gastão, pela presença viva e pelo apoio à pesquisa.*

*Dra. Maria Cecília e Dr. Orozimbo, obrigada por permitirem que eu compartilhasse seu espaço de saber.*

*Prof. Misael, sua acolhida deu-me conforto e esperança e motivou-me a dar o passo inicial na pesquisa. Obrigada por ter colocado seus conhecimentos à minha disposição.*

*Prof. Canôas, meu orientador, pela compreensão dos meus anseios.*

*Maria Inês, mestra e doutora em amizade e profissionalismo, obrigada por confiar em mim.*

*Meus parceiros do CPA, da recepção até a última sala, com uma parada na sala da coordenação, onde minha fragilidade foi mais exposta. Obrigada pelo companheirismo, pela solidariedade e vibração. Todos vocês funcionários, profissionais, bolsistas e estagiários, mais do que ninguém, acompanharam essa trajetória tão atribulada, mas compensatória. Vocês são muito queridos. Espero que possamos estar juntos, por muito tempo, em projetos futuros.*

*Aos parceiros do Setor de Comunicação, quanto carinho e alegria em cada iniciativa e apoio nos momentos de indecisão. Obrigada pelo afeto musical.*

*Às minhas parceiras da UEP, obrigada pela atenção, pela paciência e pela competência, acima de qualquer comentário.*

*Às assistentes sociais do HRAC e funcionárias do Setor de Serviço Social, obrigada por estarem sempre atentas.*

*Ao pessoal da informática, ex-CPD, obrigada pela presteza “contra o vírus”.*

*À funcionária da limpeza, Gisele, que no seu silêncio compreensivo, acompanhou meus momentos de reflexão e criação, meu obrigado.*

*Aos demais funcionários da USP, da portaria do HRAC – incansáveis, principalmente, nos feriados e finais de semana –, à portaria da FOB, meu muito obrigada pelo socorro.*

*Às minhas colegas de Mestrado, Eliana e Regina Monje, obrigada pela companhia e estímulo. Contem comigo.*

*À incansável Alessandra, pela dedicação aos deficientes auditivos e pela tranquilidade, meu muito obrigada.*

*À Elaine, obrigada pela presteza e por compartilhar idéias.*

*Ao Mário, companheiro de viagem, obrigada pela disponibilidade, compreensão e otimismo.*

*A todos, minha eterna gratidão e que Deus os abençoe e os mantenha especiais como vocês são. Conto com vocês para a próxima investida.*

*No silêncio que vocês escutam, vem a  
esperança do som....*

*Queridos pacientes, sujeitos da minha ação e,  
muitas vezes, da minha emoção, a vocês  
dedico este meu trabalho.*

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	xvi
LISTA DE QUADROS.....	xx
LISTA DE TABELAS.....	xxii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xvii
RESUMO.....	xxx
1 – INTRODUÇÃO.....	33
2 – DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ASPECTOS RELEVANTES.....	40
2.1 - Audição: algumas concepções.....	41
2.2 - Deficiência auditiva: conhecimentos básicos.....	46
2.3 - Aspectos sociais dos portadores de deficiência auditiva.....	52
2.4 - Recursos audiológicos de habilitação e reabilitação dos deficientes auditivos: aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e Implante Coclear.....	62
3 – O CENTRO DE PESQUISAS AUDIOLÓGICAS (CPA) E SEUS PROGRAMAS.....	71
3.1 – Retrospectiva histórica do CPA.....	72
3.2 – Os diferentes programas do CPA.....	75
3.2.1 – O Programa de Implante Coclear.....	87

3.2.2. – A interdisciplinaridade na reabilitação: a presença do serviço social.....	103
4 – O PERFIL DOS PACIENTES IMPLANTADOS E O SERVIÇO SOCIAL.....	110
4.1 – O universo dos pacientes implantados no CPA.....	111
4.2 – Aspectos sociais sobre os usuários de Implante Coclear.....	163
4.3 – O Serviço Social no programa de Implante Coclear.....	176
5 – O IMPLANTE COCLEAR NA VIDA DE SEUS USUÁRIOS.....	201
5.1 - Pesquisa de campo.....	202
5.2 – O perfil da amostra.....	208
6 – CONCLUSÃO GERAL E SUGESTÕES.....	275
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	283
ANEXOS.....	297
ABSTRACT	

## **1 – INTRODUÇÃO.**

Na década de 60, um grupo de professores da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB), realizou uma pesquisa, na cidade de Bauru (SP) e detectou que a cada 650 crianças nascidas, uma apresentava malformação congênita lábio-palatal (Nagem Filho et al., 1968). A partir deste estudo, criou-se o Centro de Pesquisas de Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (CPRLLP) da Universidade de São Paulo (USP) - mais conhecido como “Centrinho” - que iniciou suas atividades em 1967, atendendo a portadores de lesões lábio-palatais.

Em 1976, o Centro foi transformado em Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais (HPRLLP). Já, em 1988, preocupado com a incidência de deficiência auditiva na população, iniciou seu atendimento aos portadores de deficiência auditiva, criando o Laboratório de Estimulação da Audição e Linguagem (LEAL), hoje denominado Centro de Distúrbios da Audição, Linguagem e Visão (CEDALVI).

No ano de 1989 o Hospital estendeu seu atendimento a outras malformações craniofaciais, que não fissuras. Na década de 90, outros dois setores, voltados para a deficiência auditiva, foram criados: o Centro Educacional do Deficiente Auditivo (CEDAU) e o Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA). E, em 1999, em virtude da ampliação de seu campo de atividade, passou a denominar-se Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), tendo como finalidades o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços à população portadora de anomalias craniofaciais e de distúrbios relacionados à audição, linguagem e visão.

Portanto, por mais de 3 décadas, o “Centrinho” vem investindo na qualidade de seu atendimento, mantido com recursos advindos da Universidade de São Paulo (USP) e do Sistema Único de Saúde (SUS), marcando uma trajetória íntegra de dedicação a pessoas vindas das mais diversas regiões brasileiras e, também, do exterior. Vale ressaltar que, desde 1985, o “Centrinho” conta com apoio técnico, financeiro e administrativo da Fundação para Estudo e Tratamento de Deformidades Crânio-Faciais (FUNCRAF).

O Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA) é uma unidade do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da

Universidade de São Paulo (USP), que atende deficientes auditivos, desenvolvendo programas em nível de diagnóstico diferencial, prevenção, habilitação e reabilitação, de abrangência nacional e internacional. Conta hoje com mais de 1.800 pacientes matriculados.

Um desses programas é o Programa de Implante Coclear (PIC) e esta pesquisa tem como foco os usuários de Implante Coclear - uma alternativa cirúrgica para os portadores de deficiência auditiva neurossensorial profunda bilateral que, de acordo com Santos & Russo (1991), resulta de distúrbios que comprometem a cóclea ou o nervo coclear; esse tipo de lesão além de provocar uma diminuição da audição, no que se refere à intensidade sonora, também, provoca dificuldade de discriminação auditiva, distorção da sensação sonora.

Para desenvolver o Programa de Implante Coclear (PIC), o Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA) conta com uma equipe interdisciplinar – constituída por médicos, fonoaudiólogos, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos – que acompanha os pacientes em todas as etapas: avaliação, retornos pré-cirúrgicos, hospitalização e “follow-up” ( retornos pós-cirúrgicos para acompanhamento ), este último, por tempo indeterminado.

Pelo fato de o CPA, ser o primeiro Centro no Brasil a realizar uma cirurgia de Implante Coclear Multicanal e estar, por estimativa, entre os 30 centros no mundo com mais de 100 implantes realizados, de acordo com levantamento informal feito pelo Dr. Orozimbo Alves Costa Filho, cirurgião responsável pelo PIC, faz-se necessária uma caracterização social dos pacientes, abordando aspectos: socioeconômicos, culturais e de reabilitação - que na maioria dos casos, exige terapia fonoaudiológica, dificilmente disponível no Serviço Público de Saúde.

Logo, a intenção primeira deste trabalho é traçar um perfil dos usuários de IC - pacientes implantados e conhecer as repercussões do IC em suas vidas, dando continuidade à primeira pesquisa desenvolvida no Serviço Social do CPA (Mesquita, 1998), que referiu-se ao seu histórico, sem avançar na caracterização do universo dos pacientes implantados.

Essa caracterização contribuirá para a compreensão da realidade desses pacientes e permitirá uma atuação mais focada nas suas reais necessidades no que se refere ao processo de reabilitação, assim como poderá atender a uma necessidade do PIC, que não conta com um levantamento desse gênero, para subsidiar tanto a ação do Assistente

Social e da equipe interdisciplinar, como os estudos e as pesquisas médico-sociais, na área de Implante Coclear.

Este estudo, é fundamentado teoricamente, em referências bibliográficas sobre deficiência auditiva, aspectos sociais de seus portadores, Implante Coclear, prática profissional e outras relacionadas ao conteúdo desta pesquisa.

Inicialmente são apresentados aspectos relevantes sobre a audição, a deficiência auditiva e os aspectos sociais do deficiente auditivo, estendendo-se aos recursos audiológicos para a sua (re)habilitação.

No seu desenvolvimento a pesquisa enfoca o Centro de Pesquisas Audiológicas e seus programas, dando ênfase ao Programa de Implante Coclear, além do aspecto da interdisciplinaridade na reabilitação, com a presença do Serviço Social.

São apresentados, também, o perfil do universo dos pacientes implantados no CPA (163) e aspectos sociais dos usuários de IC e é sob este contexto que o Serviço Social no PIC será abordado.

Após o conhecimento desse universo, é apresentada a pesquisa de campo, cuja amostragem abrange 34 pacientes usuários de

Implante Coclear (IC). Será delineado o perfil dessa amostragem - nos mesmos moldes do universo -, que subsidiará a compreensão do pensamento dos pacientes com relação ao Implante Coclear em suas vidas. Serão, também, analisados os aspectos relatados por eles enquanto sujeitos de um processo de habilitação e reabilitação – processo este pautado por tecnologia de ponta – comprometidos com um recurso institucional: o CPA.

O que pode ser concluído basicamente é que, independentemente das diferenças entre os sujeitos (de classe, procedência, escolaridade e outras), muitos pontos comuns existem, no que se refere às repercussões do IC em suas vidas.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

### **2 - DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ASPECTOS RELEVANTES.**

#### **2.1 – Audição: algumas concepções.**

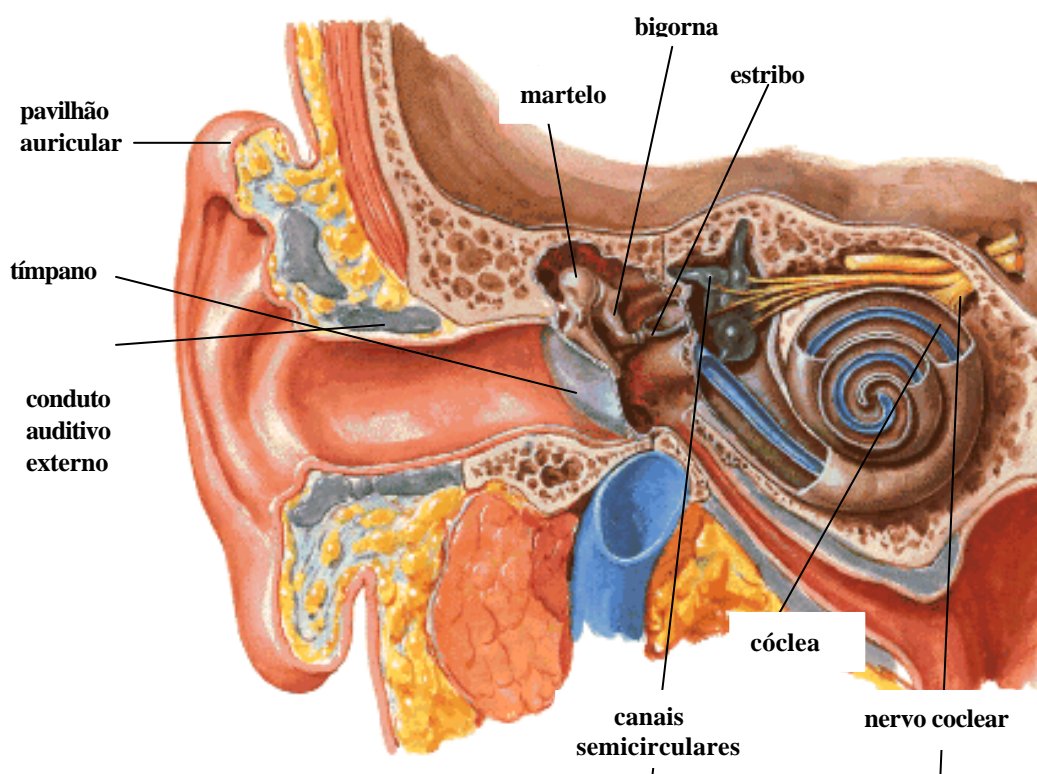
Antes de falar sobre deficiência auditiva é necessário abordar alguns aspectos sobre audição para poder avaliar os efeitos de uma deficiência ou perda desse sentido, uma vez que é sobre a função auditiva que se construiu o sistema de comunicação humana. Para melhor demonstrar a idéia da audição, faz-se necessário mostrar o caminho do som, ou seja, a percepção do som pelo ouvido humano.

Bevilacqua (1987, 1998) escreveu sobre a criança deficiente auditiva, expondo aspectos da audição, e o caminho que o som percorre. É por meio do ouvido e da audição que aprendemos a reconhecer os sons ambientais. Esses sons podem ser fortes (o tiro de canhão) ou fracos (o chocalho de um bebê). Os sons percorrem um caminho que vai do meio ambiente passando pelo ouvido externo, médio e interno, pelo nervo auditivo até o cérebro.

O pavilhão auricular ou “orelha” e o conduto auditivo externo facilitam o percurso das ondas sonoras até o tímpano. O tímpano é

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

uma estrutura frágil, que divide o ouvido externo do ouvido médio. Essa **membrana timpânica** vai vibrar como a película de um tambor, transmitindo as ondas sonoras para os ossículos do ouvido médio, que são: o **estribo**, o **martelo** e a **bigorna**. Por sua vez, os ossículos transmitem as ondas para as células ciliadas do Órgão de Corti, que constituem parte da cóclea e que estão no ouvido interno (figura 1).



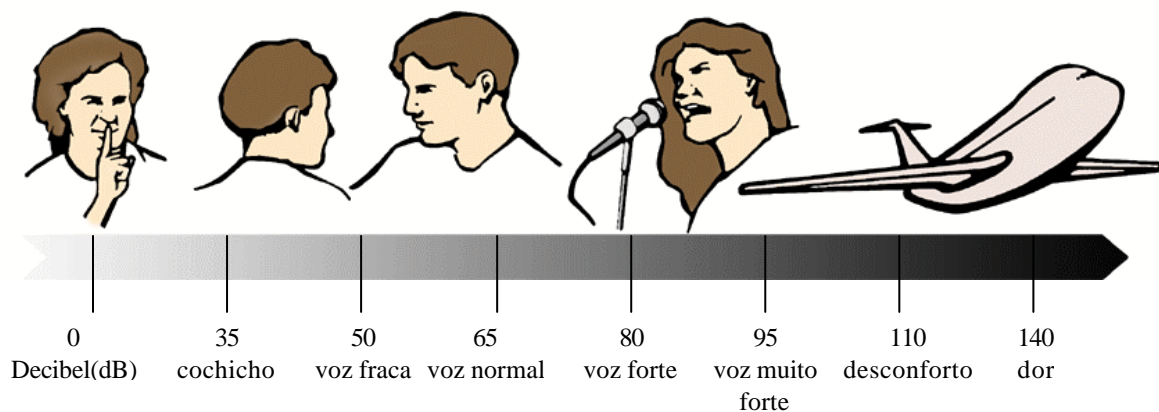
**FONTE:** Dalley, A.F., Myers, J.H. (ed). Netter. Interactive atlas of human anatomy. Ciba-Geigy, 1995. CD-rom.

**Figura 1 – Esquema da cóclea**

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

Quando as ondas sonoras atingem o ouvido interno ocorre a diferenciação entre um som agudo (o cantar de um pássaro), um som grave (o barulho de um ônibus), um som longo (o ruído de uma furadeira) ou um som de curta duração (o ruído de uma vareta partindo-se ao meio).

É importante saber que o som é medido em decibel (dB) e que existe uma variação de 0 dB a 140 dB. A figura 2 ilustra claramente essa escala.



**FONTE:** BEVILACQUA M.C., Conceitos básicos sobre a criança deficiente. In: A criança deficiente auditiva e a escola. São Paulo: CLR Baliero, 1987. 22p. p. 1-4. (Ensinando e aprendendo, 2).

**Figura 2 – Variação do som em decibels**

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

Russo (1997), fala do desempenho do ouvido humano que, apesar de ser um órgão de tamanho tão reduzido, se adapta às fortes intensidades dos motores e sirenes, distingue o instrumento musical que está sendo tocado em uma orquestra, isola o barulho da festa para escutar uma voz amiga e está em constante estado de vigília, sem, contudo, evitar que a pessoa adormeça no meio de ambientes ruidosos ou que desperte-se, prontamente, ao soar do mais fraco alarme de um relógio despertador.

Para outras considerações gerais sobre audição e deficiência auditiva foram consultados vários autores, não só na área de fonoaudiologia, como também na área médica - otorrinolaringologia e otologia -, cada um com abordagem mais enfática sobre determinados aspectos.

De acordo com Sebastian (1986), a audição é mais do que um sentido, é uma parte integrante de toda a nossa vida: nascemos e vivemos numa atmosfera de sons que sempre carregamos conosco.

Fernandes (1990) introduz a audição como um dos principais canais de informação do homem, considerando o meio em que vive e é também responsável pela aquisição de linguagem.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

Bevilacqua (1987, 1998) avança nesse aspecto quando afirma que a audição é fundamental para o processo de comunicação, necessário para a integração social, além de fornecer sinais de alerta em diversas situações – é, na verdade, um sentido de alerta que auxilia a defesa própria, além de ser o principal canal pelo qual a linguagem<sup>1</sup> e a fala são desenvolvidas.

Fernandes (1990) reforça esse aspecto da segurança e refere-se à audição como um fator de vital importância para sua segurança física e desempenho como indivíduo, uma vez que lhe cabe receber um grande número de mensagens que, sob a forma de sons, são captadas, ou seja, é por meio da audição que os sons da fala são detectados, discriminados, reconhecidos e compreendidos.

Muitas das operações mentais são derivadas de estímulos provocados pelas percepções primitivas vivenciadas pelo sentido e, segundo Fernandes (1990), a falta ou deficiência de funcionamento de um sentido provoca uma alteração no que se refere

---

<sup>1</sup> “O conceito “linguagem” é muito amplo e envolve várias nuances, mas de maneira bastante simples podemos entender a linguagem como sendo nosso pensamento. Ela é a forma primordial do relacionamento humano. Nós podemos expressar pensamento, isto é, a linguagem por várias formas (escrita, por gestos e, até mesmo por meio de expressões faciais, mas, sem dúvida, a mais importante de todas é a fala.” BEVILACQUA, M.C. Conceitos básicos sobre a audição e deficiência auditiva, 1998, p. 9.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

à sua integração com os demais e inibe ou priva o indivíduo de processos psicológicos de integração da experiência e afeta o equilíbrio e a capacidade de desenvolvimento normal.

Esse processo envolve, não só seu desempenho como indivíduo em si mesmo, mas, também, a estruturação de seu comportamento na sociedade em que vive. Portanto, ainda segundo Fernandes (1990), a deficiência auditiva é um tipo de deficiência grave, pois interfere, de modo particular, no comportamento do homem e afeta muitas faculdades relativas ao seu desenvolvimento.

### **2.2 - Deficiência auditiva: conhecimentos básicos.**

A deficiência auditiva é uma deficiência não visível fisicamente e se limita a atingir uma pequena parte da anatomia do indivíduo. No entanto, como consequência, ocorre a alteração no seu desenvolvimento, enquanto ser humano-social por natureza - que precisa e quer se comunicar com o meio em que vive (sonoro), com uma dinâmica própria para ouvintes.

Boothroyd (1989) define deficiência auditiva como qualquer distúrbio de audição, independentemente da etiologia, tipo e grau.

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

---

No entanto, a deficiência auditiva pode ser classificada com relação ao:

- **grau** - intensidade da perda, grau de comprometimento;
- **tipo** - localização da alteração;
- **etiologia** - o que pode ter causado a perda.

Com relação ao **grau**, Boothroyd (1989) classifica a perda auditiva como:

- **leve** - perda auditiva com limiars entre 15 e 30 dB, que não terá, necessariamente, efeito significativo no desenvolvimento da criança;
- **moderada** - perda auditiva com limiars entre 31 e 60 dB. Caso não haja intervenções, essa perda pode atrasar, mas não impedir o desenvolvimento da fala e da linguagem;
- **severa** - perda auditiva com limiars entre 61 e 90 dB. Caso não haja intervenção, essa perda pode impedir o desenvolvimento da fala e da linguagem;
- **profunda** - perda auditiva superior a 90 dB. Sem intervenção, o desenvolvimento da fala e da linguagem não ocorrerá. Com intervenção, o desenvolvimento da fala e linguagem pode ocorrer, mas lentamente e com dificuldade.

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

---

O papel da audição raramente é a principal via para tal desenvolvimento - será um complemento para leitura orofacial (LOF), que consiste, basicamente, na observação dos movimentos dos lábios do locutor durante a fala.

O nível de audição das crianças portadoras de deficiência auditiva profunda pode contribuir de maneira variada para o desenvolvimento da fala e linguagem.

Quanto ao **tipo**, a deficiência auditiva, segundo Bevilacqua (1987, 1998), pode ser:

- **condutiva** – quando a alteração está localizada no ouvido externo ou médio. Essa alteração provoca uma diminuição da audição no que se refere à intensidade sonora, sendo, portanto, uma alteração basicamente quantitativa;
- **neurossensorial** – que pode ser sensorial, quando existe uma lesão ao nível do Órgão de Corti, ou neural, quando abrange fibras auditivas no primeiro neurônio coclear das vias cocleares. Esse tipo de lesão, além de provocar uma diminuição da audição no que se refere à intensidade sonora, também, provoca dificuldade na discriminação auditiva, distorção na sensação sonora e

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

---

recrutamento, ou seja, além de uma alteração quantitativa, apresenta uma alteração qualitativa;

- **mista** – quando a alteração está localizada no ouvido externo e/ou médio e ouvido interno. Esse tipo de deficiência auditiva pode ocorrer devido a fatores genéticos, em que o indivíduo tem uma malformação nos ossículos do ouvido médio e na cóclea;
- **central** – que pode se localizar a partir do tronco cerebral até regiões subcorticais e o córtex, sendo também uma alteração qualitativa e/ou quantitativa, com relação ao processo auditivo.

A localização da lesão, o grau da deficiência auditiva e a idade em que é feito o diagnóstico da doença atuam diretamente no desenvolvimento global do indivíduo e na sua capacidade cognitiva e social.

A deficiência auditiva, com relação à **época** em que ocorre, pode ser congênita ou adquirida:

- **congênita** - quando o indivíduo já nasce com a deficiência;
- **adquirida** - quando a deficiência ocorre após o nascimento.

De acordo com Feniman & Piazzentin (1991), pode-se distinguir três épocas em que o problema auditivo pode ocorrer:

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

---

- **período pré-natal** – ou seja, antes do nascimento. Nesta época as causas podem ser: hereditárias, isto é, vêm de família; incompatibilidade sangüínea entre a mãe e o feto (fator RH); doença da mulher grávida, como rubéola, toxoplasmose, anemias graves; intoxicação da mãe na gestação por antibióticos, álcool, diuréticos e outros; exposição às radiações (RX); fatores nutricionais da mãe (falta de vitamina A, complexo B, vitamina K e outros);
- **período peri-natal** - são causas que comprometem o recém-nascido desde o início do trabalho de parto até, mais ou menos, 8 dias após o nascimento: trauma de parto; prematuridade (parto antes do tempo); hipermaturidade (parto após o tempo); hipóxia (falta de oxigênio para a criança durante o parto);
- **período pós-natal** - são as deficiências auditivas adquiridas após o nascimento, durante a vida extra-uterina: otites médias (infecções de ouvidos) e suas complicações; disfunções tubárias; infecções por vírus (sarampo, caxumba, meningite); intoxicações por medicamentos ototóxicos (tóxicos para os ouvidos: estreptomicina, kanamicina, gentamicina e outros); traumas cranianos (pancadas

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

fortes na cabeça); alergia das vias aéreas superiores; hipertrofia da adenóide.

Se a deficiência auditiva é decorrente de um distúrbio/doença durante o período pré ou peri-natal, ela é uma deficiência auditiva congênita e, conseqüentemente, pré-lingual. Se ocorre no período pós-parto, é uma deficiência auditiva adquirida, que pode ser:

- **pré-lingual** - antes da aquisição de linguagem;
- **pós-lingual** - após a aquisição de linguagem.

Vários caminhos devem ser percorridos para se evitar a ocorrência das patologias que mais freqüentemente afetam a audição, como já citado: rubéola, meningite, medicamentos ototóxicos e os processos de otite média crônica, nos primeiros anos de vida. É importante que medidas sejam tomadas, procurando a identificação e o diagnóstico de deficiências auditivas, o mais cedo possível. Tal medida oferece oportunidade para o tratamento médico e a reabilitação.

O avanço da audiologia tem ajudado nos rumos a serem abertos para o tratamento da população portadora de deficiência auditiva. Houve ampliação do conceito de surdez - o “surdo” passou a ser

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

considerado deficiente auditivo e neste novo conceito está implícita a possibilidade de habilitação e reabilitação auditiva.

No último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi registrado que a surdez é a 2ª maior deficiência citada pelos entrevistados. E segundo estimativa, baseada na Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil existem, aproximadamente, 1.5 milhão de portadores de deficiência auditiva em diferentes níveis, dentre eles, 350 mil sofreriam de deficiência auditiva profunda – perda superior a 95 dB. (Brasil, 1997; Lichtig, 1997)

Essas considerações sobre a deficiência auditiva não se encerram na deficiência; vão além, levam a questionamentos de quais são os aspectos sociais que envolvem a vida de seus portadores.

### **2.3 - Aspectos sociais dos portadores de deficiência auditiva.**

Mesmo que a pesquisa seja sobre pacientes já implantados, esta abordagem se faz necessária porque, mesmo com o Implante Coclear (IC), o usuário continua sendo um deficiente auditivo e para chegar até a cirurgia – com perspectiva de uma audição útil – passou por

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

todas as experiências vivenciadas pelos portadores de deficiência auditiva. Portanto, a carga que ele traz e vai carregar consigo é a de um deficiente auditivo, lógico que com a diferença – após a cirurgia - de contar com um dispositivo que lhe permite uma audição útil, que viabiliza/facilita sua comunicação com o mundo ouvinte.

Souza (1982), uma das Assistentes Sociais precursoras na abordagem social da deficiência auditiva, caracteriza-a como um tipo de privação sensorial considerada, introdutoriamente, sob o tríplice aspecto: físico, psicológico e social; é uma das mais significativas limitações da oportunidade de crescimento do indivíduo. Sendo a audição essencial à aquisição da linguagem, o deficiente auditivo congênito está fisicamente impossibilitado de aprender o principal veículo de comunicação humana – a palavra.

Assim, vários pesquisadores tiveram seu trabalho dirigido à intervenção precoce para minimizar os efeitos da perda auditiva nesse processo de aquisição de linguagem e habilidade para comunicação e expressão de pensamentos.

Ficou claro, em várias pesquisas, que o atraso no desenvolvimento comunicativo pode influenciar a auto-estima e a socialização.

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

---

Já com a deficiência auditiva adquirida, por adultos, a pesquisa de Knutson et al. (1998) mostra que a perda auditiva está associada a dificuldades específicas na função psicossocial e a status emocional, afetando a qualidade de vida. O autor cita outros trabalhos que também identificaram ansiedade, isolamento social, solidão “extrema” e atitudes de suspeita.

Ballantyne (1995), aborda alguns aspectos psicológicos da deficiência auditiva, que podem introduzir a questão dos efeitos do implante coclear na vida de seus usuários.

“Dentro da mente popular há algumas imagens das pessoas com prejuízo auditivo e nenhuma delas é lisonjeira; o prejuízo auditivo é associado à velhice, portanto à fragilidade: fragilidade tanto de mente como do corpo. Em associação, a palavra “surdo” tende a ser seguida por “burro” e, a conotação com estupidez, raramente precisa ser apontada. Sugeriu-se que a maioria dos distúrbios físicos exclui as *pessoas de coisas*, porém a perda auditiva exclui o *acometido das pessoas*. Não há apenas problemas de comunicação para superar, mas também o preconceito, como “não se dê ao trabalho de falar com ele, ele é surdo.” (Mckenna, 1995)

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

### ➤ Consequências psicológicas e sociais.

Poucas pessoas duvidarão que uma perda auditiva pode acarretar algumas consequências psicológicas:

- angústia emocional pode afetar o modo como uma pessoa se queixa da perda auditiva;
- motivação reduzida, resultando de depressão, pode levar ao abandono de tentativas de reabilitação, por parte do deficiente;
- ansiedade, particularmente em relação ao fracasso, também pode fazer com que a pessoa abandone um programa de reabilitação.

A angústia emocional pode exacerbar os problemas de comunicação. A ansiedade pode interferir na habilidade de uma pessoa de efetuar tarefas complexas.

As evidências das pesquisas e da experiência clínica sugerem que muitos dos indivíduos com perda auditiva adquirida, de fato apresentam problemas sociais e psicológicos. No entanto, a natureza e a extensão destes problemas nem sempre correspondem a imagens populares.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

### ➤ Depressão e ansiedade.

Uma perda auditiva levará a muitas mudanças importantes, incluindo a perda de ruído de fundo e de sons de advertência. Herbst (1983) verificou que a principal consequência social da perda auditiva foi uma redução nos contatos pessoais devido a dificuldades na comunicação; em pessoas com idade de trabalho, isso levou à solidão. Na literatura de pesquisa, o distúrbio psicológico mais comumente observado em pessoas com perda auditiva adquirida foi a depressão.

A depressão pode surgir porque um pessoa experimenta um senso de perda e/ou desamparo. Além dos contatos sociais reduzidos, a perda auditiva pode levar a perspectivas reduzidas de emprego e à perda de outras atividades. O desamparo refere-se à idéia de que se perdeu o controle, de que nossas ações não influenciam o que ocorre. O início e a progressão da perda auditiva estão geralmente acima do controle da pessoa.

Uma perda ou uma ameaça podem ser tangíveis ou podem ser algo que apenas o indivíduo percebe. A perda auditiva pode fazer com que a pessoa mantenha uma visão negativa da vida; por exemplo, que ela acredita que perdeu a habilidade de desfrutar da vida ou de exercer qualquer papel útil na sociedade, ou ainda, que qualquer tentativa de

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

falar com os outros a levaria ao ridículo. São crenças como estas, que vinculam significado a um evento, em vez de o evento em si, que podem determinar o estado emocional de uma pessoa. Um humor deprimido ou ansioso pode distorcer as crenças de uma pessoa, fazendo-a mais propensa a manter idéias negativas acerca de suas circunstâncias; um círculo vicioso de crenças negativas e humor angustiado segue-se. O comportamento também será afetado. Pessoas que acreditam que são desamparadas podem não ser motivadas a fazer coisas; esta inatividade servirá para confirmar sua crença em sua perda de controle e aprofundar um humor deprimido. Uma pessoa que acredita que uma ameaça encontra-se à frente dela, tende a tomar decisões evasivas: o ato de evitar é uma característica de pessoas ansiosas. Devido à ansiedade, a pessoa não descobre se, ou não, o objeto ou evento temido é, de fato, ameaçador: a ansiedade persiste. Há, portanto, uma interação entre crença, comportamento e humor em estados emocionais como ansiedade e depressão.

### **➤ Luto.**

Reações emocionais angustiantes são comuns nos casos de perda auditiva. Uma reação muito importante é o luto ou a tristeza

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

pela perda da audição. Sugere-se que o processo de luto é composto de alguns estágios pelos quais as pessoas passam como parte do enfrentamento da perda. A negação é considerada quase universal na reação de luto. Este luto pode ser caracterizado pela busca de opiniões adicionais e pela reação da pessoa deficiente auditiva, que parece não ouvir ou entender o que é dito.

A **negação** é muitas vezes seguida por raiva, que a pessoa pode direcionar para si própria, ao médico, aos outros ou a Deus. Após a **raiva** ter sido considerada malsucedida na produção do resultado desejado, segue-se o **período da barganha**. Neste estágio, gritar é substituído por bom comportamento e cooperação, na esperança de que isso tornará tudo melhor novamente. Quando a pessoa verifica que isso não funciona, há um **período de depressão** e, finalmente, **aceitação**. O processo pode ser mais difícil para os surdos, porque as fontes usuais de consolo podem ser negadas à eles; muitas pessoas evitam aquelas que não podem ouvir - há um óbvio obstáculo para “conversar” com alguém que não esteja preparado para ouvir.

A pessoa que sofreu perda auditiva e que alterna entre a crença de que o tempo restaurará sua audição e a crença de que ela jamais será feliz novamente, é uma figura familiar na clínica de reabilitação

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

audiológica. A angústia pode não ser restrito à pessoa com perda auditiva: amigos chegados e parentes podem também precisar de considerável apoio para revisar sua visão de mundo.

É comum que pessoas que estão enlutadas com a perda de alguém tenham uma memória idealizada desta pessoa. Um processo semelhante pode ser observado em algumas pessoas que perderam sua audição: uma avaliação de um pequeno grupo de pacientes com Implante Coclear sugeriu que a maioria delas lembrava da vida antes da perda auditiva, como ideal. Como não é plausível que tantos membros do grupo desfrutassem vidas quase perfeitas antes da sua perda auditiva, é provável que suas memórias fossem distorcidas. Esta distorção pode apenas se acrescentar ao tamanho da mudança percebida e, portanto, à sua angústia.

A autora (Mackena, 1995), a partir daqui se refere especificamente aos aspectos psicológicos da perda auditiva pré-lingual.

Grande parte do pensamento acerca dos aspectos psicológicos da perda auditiva adquirida considerou a pessoa com prejuízo auditivo como um paciente com necessidade de ajuda. No entanto, qualquer discussão sobre isso deve ter uma perspectiva mais ampla.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

A pessoas com deficiência auditiva pré-lingual firmam um grupo diferente das que perdem sua audição mais tarde na vida – deficiência auditiva adquirida. Para as pessoas que adquiriram a deficiência, o prejuízo auditivo representa uma perda; para as pessoas que já nasceram deficientes auditivas ou adquiriram a deficiência na fase pré-lingual, o prejuízo auditivo faz parte da sua identidade original.

A maioria das pessoas deficientes auditivas tem pais com audição normal. Luto, depressão e ansiedade são todos experimentados por pais com audição normal de filhos deficientes auditivos, que podem passar por muita angústia acreditando que devem ter “feito algo errado”. Esta angústia pode reaparecer à medida que a criança (e posteriormente, o adolescente) passa por importantes estágios de desenvolvimento. Os pais podem também sentir-se inadequados e incapazes de satisfazer as expectativas e os conselhos dos profissionais. Eles precisam de ajuda para superar sua angústia e aceitar a deficiência auditiva do filho. Os pais são uma poderosa influência sobre o desenvolvimento de qualquer criança e a aceitação dos pais de uma criança deficiente auditiva é um fator decisivo para a aceitação da situação pela criança.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

Com relação ao adulto com deficiência auditiva adquirida, segundo Maillet et al. (1995), relatam sentimentos de isolamento, e de serem uma carga para os membros de sua família.

Na verdade, como refere Buscaglia (1997), qualquer mudança em um integrante da família afeta todos os outros. A principal diferença, no caso da família, é que seus problemas são intensificados pelos muitos pré-requisitos, necessidades e atitudes que são impostos a eles em virtude da deficiência.

Aplicando-se ao deficiente auditivo, as exigências de uma reabilitação envolvem além de despesas, aceitação da deficiência auditiva, motivação para o tratamento, preparo mental/intelectual, tempo, paciência e outros requisitos, para estratégias de convivência/comunicação com o deficiente auditivo e dele com a sociedade.

É nesse contexto que o paciente e/ou a família chegam ao CPA em busca da IC; por isso há a necessidade de uma equipe interdisciplinar para dar conta da avaliação do candidato ao IC; como afirma Bray et al. (1997), essa equipe é essencial durante o processo de seleção para que bons resultados sejam alcançados.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

### **2.4 - Recursos audiológicos de habilitação e reabilitação dos deficientes auditivos: aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e Implante Coclear.**

De acordo com Bevilacqua & Formigoni (1998), o primeiro princípio a ser observado no trabalho com deficiente auditivo é a detecção e intervenção precoce e o diagnóstico precoce, sendo um dos fatores decisivos para o melhor desenvolvimento da criança deficiente auditiva, à medida que os primeiros anos de vida poderão ser aproveitados.

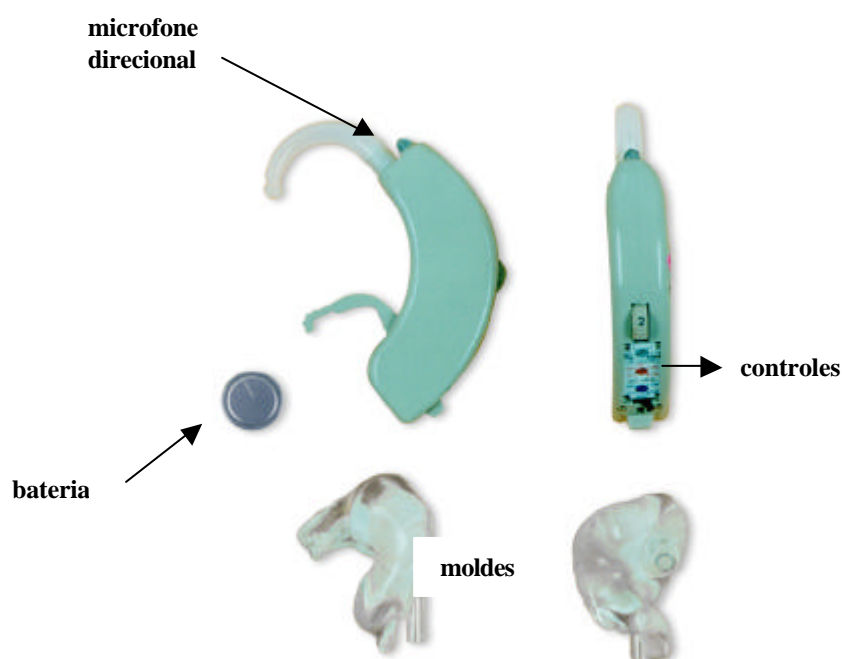
O diagnóstico possibilita o conhecimento do tipo e o grau de perda auditiva e diferencia a deficiência auditiva neurossensorial de algumas outras patologias que apresentam distúrbios de origem auditiva (atraso no desenvolvimento da função auditiva, problemas psiquiátricos e deficiência mental).

Dentre os recursos audiológicos para a habilitação e a reabilitação do portador de deficiência auditiva estão os aparelhos de amplificação - Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e o Implante Coclear (IC), um dispositivo eletrônico que exige intervenção cirúrgica para sua colocação.

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

---

O AASI, como o próprio nome diz, é um aparelho para amplificar os sons ambientais, ou seja, qualquer tipo de ruído, voz ou melodia que esteja ao nosso redor. Seus principais componentes são: microfone, amplificador e receptor (internos), controles, bateria e molde.



**Figura 3 – Aparelho de Amplificação Sonora Individual**

O princípio básico do AASI é, segundo Northern & Downs (1989), proporcionar tanta amplificação quanto possível, tirando o melhor partido de qualquer audição residual que exista.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

Bevilacqua & Formigoni (1998) expõem sobre o AASI e o IC, como opção de habilitação e reabilitação e sobre o seu uso em crianças.

O AASI dá ao deficiente auditivo uma percepção do som com amplificação, porém deve ser lembrado que a criança não conhece os sons porque nunca escutou - no caso de deficiência auditiva congênita ou adquirida cedo. O auxílio do AASI será o de amplificar os ruídos, e estes ruídos só passarão a ter significado em função do trabalho que será realizado para compreendê-los.

O trabalho terapêutico, após a indicação do AASI, é fundamental para que a criança venha a usar sua audição residual e, assim, a aprender a ouvir e a construir a linguagem oral - fator essencial para comunicação.

No entanto, os portadores de deficiência auditiva profunda nem sempre apresentam bons resultados com a amplificação sonora fornecida pelo AASI.

Pessoas com esse tipo de perda podem beneficiar-se do IC, uma alternativa cirúrgica em que um dispositivo eletrônico é inserido no ouvido interno e permite uma audição útil – por meio da estimulação elétrica - no que se refere à melhora de sua comunicação.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

O IC pode ser considerado como uma prótese auditiva que cumpre duas funções: a de aparelho sensorial e a de substituto sensorial. Como aparelho sensorial provê informações (auditivas) para a compreensão da fala. Como substituto sensorial, o IC deve oferecer compreensão de fala, apenas por meio da audição.

Em 1989, Cooper et al., já afirmavam que os implantes cocleares, representam, sem dúvida, o mais importante e empolgante avanço no tratamento da perda auditiva nos últimos 20 ou 30 anos. Pessoas com perda auditiva profunda – de um grupo intencional -, que previamente haviam sido informadas de que nada poderia ser feito porque elas apresentavam “surdez no nervo”, agora têm a possibilidade de submeter-se a um procedimento que, embora não seja capaz de restaurar a audição normal, pode transformar drasticamente suas vidas.

Nos últimos anos, os benefícios obtidos com a utilização do Implante Coclear Multicanal, em especial no que se refere à percepção da fala, provaram ser este um recurso altamente eficiente, promovendo resultados superiores aos da utilização do AASI. (Nikolopoulos et al., 1999; Clark et al., 2000)

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

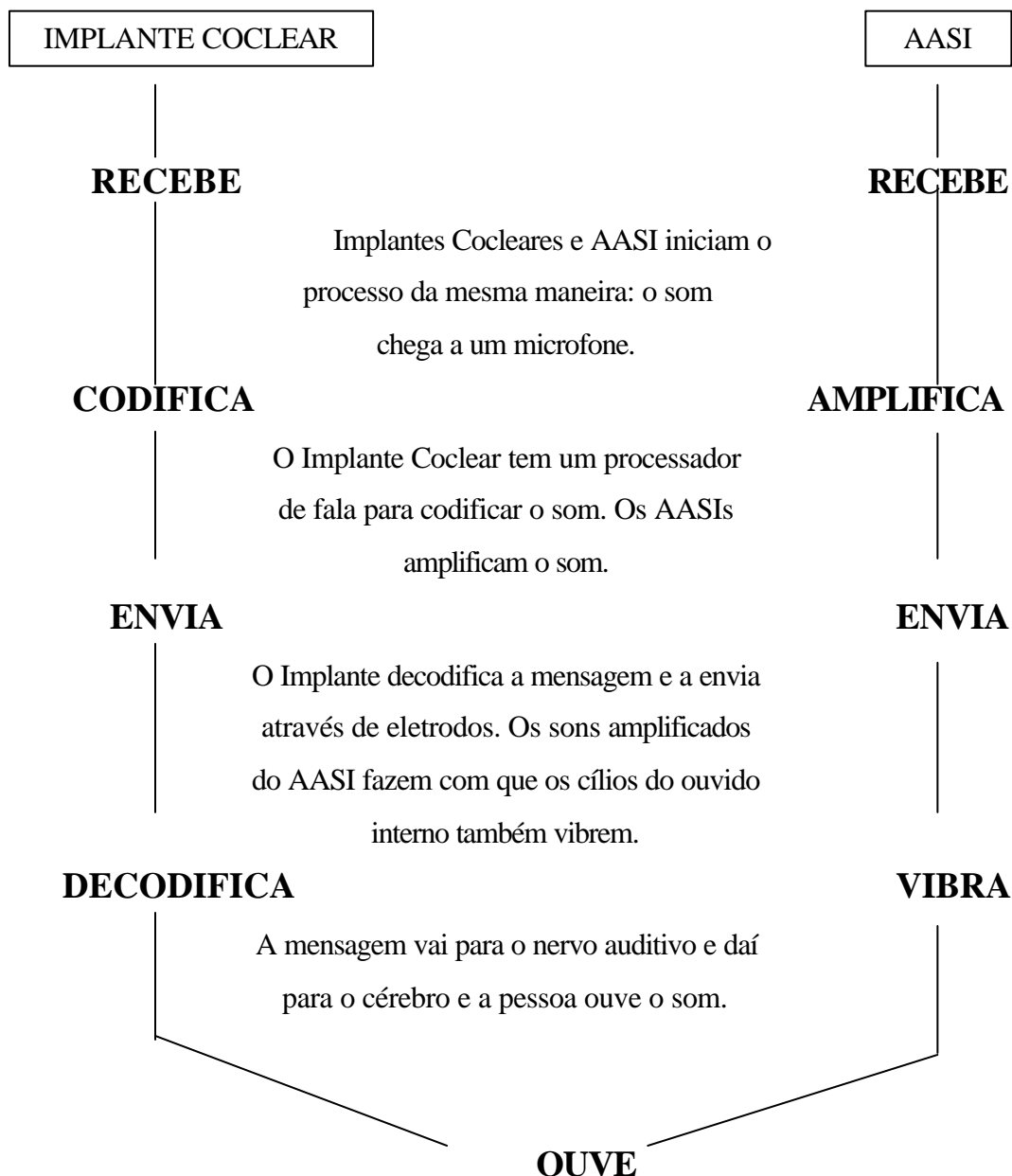
---

Enquanto o AASI apenas produz amplificação, segundo o Cochlear Corporation (s.d.b), o IC substitui as células danificadas do ouvido interno e estimula diretamente o nervo auditivo que, por sua vez, transmite informação para o cérebro.

De uma maneira simples, as diferenças entre o AASI e o IC podem ser visualizadas no quadro, a seguir.

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

### Quadro 1 - Diferenças entre o implante coclear e o aparelho de amplificação sonora individual



**FONTE:** BEVILACQUA, M.C. (coord.) *Guia para pais:* para o implante coclear-mini sistema de 22 canais. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1998.

---

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

---

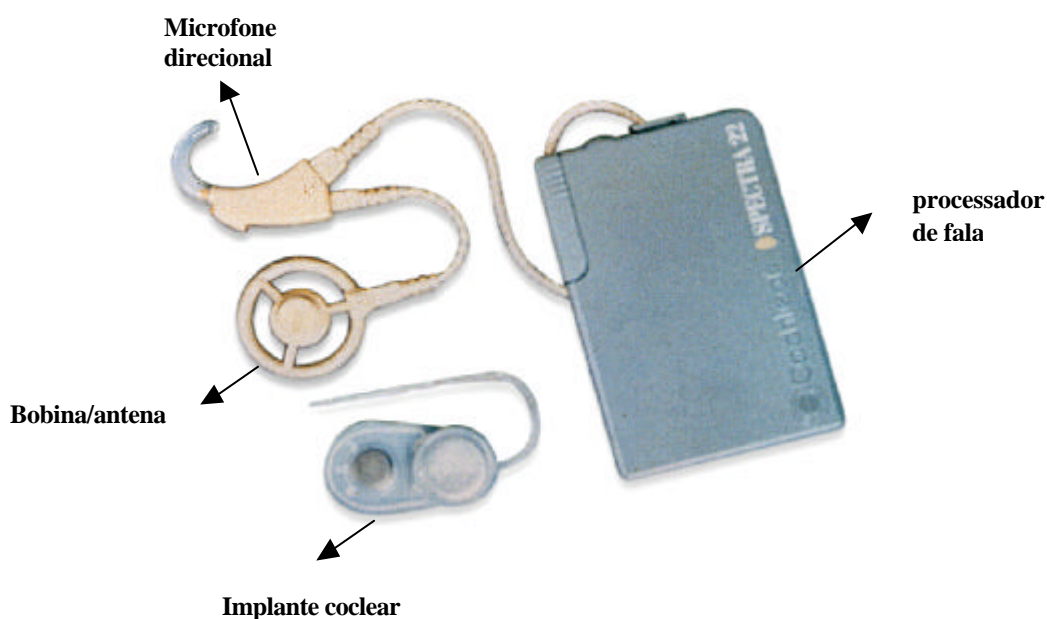
Para melhor compreensão dos dispositivos do IC, será utilizada a descrição do manual de Cochlear Corporation (s.d.b).

O IC é constituído das seguintes partes:

- A) Implante Coclear** - parte interna do sistema que o cirurgião coloca por trás da orelha por baixo da pele. O IC tem um magneto, um receptor-estimulador e um filamento de eletrodos de 22 canais que se estende desde o receptor-estimulador e por dentro da cóclea (ouvido interno).
- B) Processador de fala** - dispositivo externo que se assemelha a um pequeno rádio transistor. Seleciona e codifica os sons mais importantes. Pode ser transportado no cinto, carteira ou onde o paciente o sinta mais confortável.
- C) Microfone direcional** - adapta-se à parte posterior do pavilhão auricular e recolhe o som ambiental. Um pequeno cabo liga o microfone-transmissor ao processador de fala.
- D) Bobina** (antena) transmissora e cabo - mantém-se fixa sobre o receptor-estimulador interno, por meio de 2 magnetos.

## 2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes

---



**Figura 4 - Implante coclear: dispositivo interno e externos**

Candidatos a essa cirurgia, a princípio, são as pessoas portadoras de deficiência auditiva neurossensorial profunda bilateral, que não obtêm benefício com AASI.

No entanto, é imprescindível expor que a habilitação e reabilitação auditiva não depende, não se concentra apenas da indicação e uso de AASI e/ou IC. Ambas envolvem a intervenção de profissional especializado - o fonoaudiólogo - que, com seu conhecimento sobre esses dispositivos e sua atuação, estimulam o desenvolvimento das habilidades auditivas do deficiente auditivo.

## **2 – Deficiência auditiva: aspectos relevantes**

---

No caso de crianças deficientes auditivas pré ou pós linguais, pode-se afirmar que a habilitação e reabilitação só se efetivam mediante um trabalho integrado entre pais, crianças, fonoaudiólogos e outros profissionais que possam estar envolvidos no tratamento.

De acordo com Buffa et al. (1996), em todos os ambientes onde a criança se encontra, seja em casa, na escola ou na clínica, é preciso que ela receba os mesmos cuidados e o contato entre eles deve ser constante – a família é a intermediária entre a escola e a clínica, é a maior responsável pela garantia das condições favoráveis de educação da criança.

Isso reforça o fato de uma família motivada e em condições de atender a exigências de uma reabilitação, ser um critério para a criança ser candidata ao Implante Coclear, no CPA do HRAC.

## **3 – O CENTRO DE PESQUISAS AUDIOLÓGICAS (CPA) E SEUS PROGRAMAS.**

### **3.1. Retrospectiva histórica do CPA.**

De acordo com Mesquita (1998), o CPA é uma unidade na área da ciência da audição do Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais (HRAC). Foi criado em virtude da necessidade de um espaço específico para pesquisa/investigação na área audiológica e de otologia. A concepção deste setor foi de ser um espaço amplo, geral e irrestrito que abarcasse o desenvolvimento de pesquisa e ensino com programas especiais, que estariam assessorando os outros setores do Hospital, como, por exemplo, no diagnóstico diferencial.

Em 1989, quando Dr. Orozimbo Alves Costa Filho e Dra. Maria Cecília Bevilacqua estavam vindo de São Paulo para Bauru, para darem assessoria ao Laboratório de Estimulação de Audição e Linguagem (LEAL) e estruturarem o Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) já tinham em mente alguns

### 3 - O CPA e seus programas

---

projetos de investigação e de atendimento à população deficiente auditiva.

O HRAC, pela sua estrutura e sua proposta de atuação na área de saúde e “*know-how*” em trabalho interdisciplinar, seria o espaço ideal para o desenvolvimento dessas propostas.

Dr. Orozimbo já vinha estudando e acompanhando a evolução do Implante Coclear no mundo há mais de 10 anos e sentiu que aquele era o momento de estar propondo o desenvolvimento desse programa no, então, Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais (HPRLLP), que representaria um avanço na área de habilitação e reabilitação auditiva, não só para Bauru, mas, para o Brasil.

Como todas as propostas vinham ao encontro das demandas, nesse mesmo ano, Dr. Orozimbo e Dra. Maria Cecília foram para Denver – Colorado (Estados Unidos) fazer um curso sobre Implante Coclear (IC) e, em 1990, o CPA iniciou suas atividades e passou a desenvolver, de imediato, o Programa de Detecção Precoce da deficiência auditiva, assessorando profissionais da área de audiologia (fonoaudiólogas do Centro de Distúrbios da Audição, Linguagem e Visão - CEDALVI), nas Maternidades e Núcleos de Saúde; o

### 3 - O CPA e seus programas

---

Programa de Diagnóstico Diferencial, que subentende exames mais específicos para casos de diagnósticos que exigem mais que exames de rotina; e, o Programa de Implante Coclear - PIC - que, por ser um programa cirúrgico, exigiu a estruturação de esquema especial que envolveu todos os setores do Hospital, inclusive o corpo clínico e cirúrgico do “Centrinho”. (Mesquita, 1998)

Segundo Mesquita et al. (2000), os **objetivos do CPA** - além de prestar atendimento direto aos portadores de deficiência auditiva - são:

- desenvolver pesquisa na área da ciência da audição;
- formar docentes e pesquisadores vinculados a essa área, abrangendo, principalmente, fonoaudiólogos e otologistas, como, também, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e engenheiros eletrônicos;
- fornecer subsídios aos profissionais de audiologia e áreas afins do Curso de Fonoaudiologia/USP – Campus Bauru;
- assessorar os outros setores do Hospital, com relação à manutenção e a novas instalações audiológicas, como também no diagnóstico diferencial da deficiência auditiva;
- assessorar o curso de pós-graduação, como também outros Centros Audiológicos e Serviços Públicos de diferentes regiões do país.

### **3.2. Os diferentes programas do CPA.**

Todo atendimento oferecido pelo CPA é baseado em atividades de ensino e pesquisa, com o objetivo de formar docentes e pesquisadores na área de Audiologia e afins, e sua equipe é formada por profissionais pertinentes à avaliação e reabilitação do paciente deficiente auditivo. Esse atendimento é organizado por meio dos seguintes programas (Bevilacqua, Costa Filho, 1997; Mesquita et al., 2000):

- **Diagnóstico Diferencial**

Procedimentos de avaliação objetiva da audição que permite o diagnóstico diferencial das deficiências auditivas cocleares, retrococleares e centrais. Este dado se faz necessário para a definição da conduta. Dirigido a todos os pacientes cuja situação exija exames complementares, tais como: BERA (Audiometria de Respostas Elétricas do Tronco Cerebral), ECO (Emissões Oto-Acústicas) e VRA (Audiometria de Reforço Visual), inexistentes no Centro em que estão sendo atendidos. O CPA, neste aspecto, também serve de suporte para

os pacientes do CEDALVI e do HRAC em geral. Os exames são realizados no próprio CPA, sob agendamento prévio.

- **Surdez na Infância**

Esse programa tem como população-alvo, crianças na faixa etária de 0 a 2 anos e 11 meses de idade com suspeita de deficiência auditiva neurossensorial, proveniente de qualquer região do país. Seus principais objetivos são:

- realizar diagnóstico da deficiência auditiva no 1º ano de vida da criança (deficiência auditiva congênita) ou imediatamente após a sua instalação (deficiência auditiva adquirida);
- realizar diagnóstico diferencial da deficiência auditiva até os 3 anos de idade;
- realizar indicação e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), imediatamente após o diagnóstico;
- realizar acompanhamento periódico da criança com orientação e aconselhamento familiar em intervalos de, no máximo, 4 meses, de preferência com a mesma terapeuta, permitindo melhor compreensão da evolução da criança;

### **3 - O CPA e seus programas**

---

- realizar a avaliação das crianças candidatas ao Implante Coclear, possibilitando a indicação do dispositivo a partir dos 18 meses, até 36 meses.

- **Saúde Auditiva**

Consiste em um trabalho preventivo de atenção primária, desenvolvido com a equipe de profissionais das Unidades Básicas de Saúde - UBAS, com o objetivo de identificar a deficiência auditiva, por meio de procedimentos de triagem nas UBAS, e de treinar o pessoal da área de saúde para que possam proceder a triagem e os encaminhamentos necessários.

Esse programa tem como objetivos específicos:

- detectar problemas auditivos na população em geral e, no caso de crianças, problemas que possam interferir no desenvolvimento da fala, linguagem e das habilidades cognitivas;
- realizar diagnósticos entre a população com distúrbios auditivos;
- identificar as principais causas dos problemas auditivos encontrados;
- realizar procedimentos terapêuticos de baixa complexidade;

### **3 - O CPA e seus programas**

---

- no caso do desenvolvimento do programa em Escolas, capacitar professores da rede pública para a detecção de problemas auditivos;
- conscientizar as comunidades da relevância dos problemas auditivos e da possibilidade de detectá-los precocemente.

O programa de Saúde Auditiva conta com duas unidades móveis.

- **Atendimento a portadores de distúrbios endócrinos**

Desenvolvido em parceria com a “Casa do Diabético” de Bauru, desde 1993, este programa oferece atendimento aos pacientes portadores de distúrbios endócrinos, mais especificamente, diabéticos (tipo I e II), de diversas faixas etárias.

Para estudo da função auditiva desses pacientes são realizadas avaliações: endocrinológica, otorrinolaringológica e audiológica.

- **Reabilitação labiríntica**

Desenvolvido para atender os pacientes, implantados ou não, que apresentam sintomas vestibulares – tontura, vertigem, desequilíbrio corporal e sintomas neurovegetativos.

### **3 - O CPA e seus programas**

---

O atendimento é individual e personalizado – é feito um planejamento terapêutico, a partir do diagnóstico do paciente.

A duração mínima do tratamento é de 3 meses, com sessões semanais e orientações para realização de exercícios em casa.

- **Casa Caracol**

Projeto que consiste em um espaço - simulação de uma casa - onde as diversas situações do cotidiano podem ser vivenciadas. Serve de suporte para os pacientes do CPA, de 0 a 12 anos - do Programa Implante Coclear e da Surdez na Infância - com objetivo de reproduzir situações do cotidiano, em que famílias e crianças deficientes auditivas vivenciem suas experiências diárias, por meio de técnicas e estratégias que facilitem sua integração com os sons ambientais e sons verbais, sendo estes fonte de informações. São realizadas vivências em todas as dependências da casa (quarto, cozinha, sala, banheiro), de acordo com as necessidades das crianças e suas famílias.

As atividades são dirigidas para despertar e desenvolver o comportamento auditivo das crianças. Exemplo: liquidificador, descarga, torneira aberta, telefone e muitos outros.

Dessa forma, são fornecidos aos pais modelos mais adequados para despertar a atenção para os sons ambientais, utilizando a rotina diária e o uso da linguagem como meios de comunicação, de forma espontânea e natural.

- **Dispositivos Eletrônicos para surdez**

Abrange os AASI(s) mais avançados que os aparelhos convencionais, permitindo uma maior flexibilidade no momento da adaptação, como é o caso dos AASI(s) programáveis e digitais. Indicados para pacientes que não obtiveram benefício com o uso de tecnologia analógica (AASI convencional).

Os pacientes são encaminhados pelo CEDALVI ou mesmo por profissionais do CPA para a adaptação desses aparelhos.

Sistema de Frequência Modulada (FM) - é um rádio de frequência modulada no qual a voz é transmitida por um microfone transmissor FM usado pelo falante, e por um receptor usado pelo ouvinte. É um sistema tecnológico que visa melhorar a captação do sinal de fala, principalmente quando há presença de sons competitivos no ambiente.

Todas as crianças do CEDAU fazem uso desse dispositivo com o AASI; no CPA, a adaptação é feita em crianças e adultos implantados, ou usuários de AASI, que estejam freqüentando escolas regulares e/ou outras atividades educacionais e/ou que exigem uma melhora na relação sinal/ruído.

- **Grupo de Reabilitadores**

Os Implantes Cocleares, mesmo sendo extremamente sofisticados, não dispensam o trabalho terapêutico e/ou educacional em nível auditivo, realizado por profissional especializado, juntamente da família da escola - no caso da criança.

A preocupação por parte da equipe do CPA, no que se refere à habilitação e reabilitação do paciente, em sua cidade/região de origem, fez com que, a partir de 1994, fosse efetivado um trabalho com fonoaudiólogos - Grupo de Reabilitadores - vindos de diversas regiões do Brasil, que tivessem um ponto em comum: o compromisso em assumir a habilitação de uma criança ou a reabilitação de um adulto implantado.

No início, os profissionais somente acompanhavam o paciente implantado em alguns retornos em Bauru, para receberem orientação e

### 3 - O CPA e seus programas

---

treinamento específico, mas logo percebeu-se que havia necessidade de sistematizar as orientações e, também, de trocar experiências vivenciadas entre todos os profissionais envolvidos, uma vez que a reabilitação se constitui de uma área tradicional da audiologia com grandes possibilidades de avanços decorrentes da alta tecnologia.

Os principais objetivos desse grupo são:

- garantir ao profissional a orientação e o treinamento necessários para a atuação com o paciente implantado;
- fortalecer a área de habilitação e reabilitação auditiva com o estudo e a aplicação dos novos procedimentos terapêuticos;
- assegurar um vínculo entre a instituição, o paciente e o terapeuta ou educador, que favoreça, ao máximo, a evolução do paciente, uma vez que a (re)habilitação é um percurso longo e não deve ser fragmentada por mudanças frequentes de profissionais envolvidos no acompanhamento do implantado;
- viabilizar o melhor registro da evolução do paciente, principalmente no que se refere à aquisição de linguagem e ao desenvolvimento das habilidades auditivas da criança, possibilitando melhores condições de avaliação e definições de novos mapeamentos;

### **3 - O CPA e seus programas**

---

- participar e contribuir com eventos científicos na área de Implante Coclear, favorecendo o crescimento científico da área de habilitação e reabilitação.

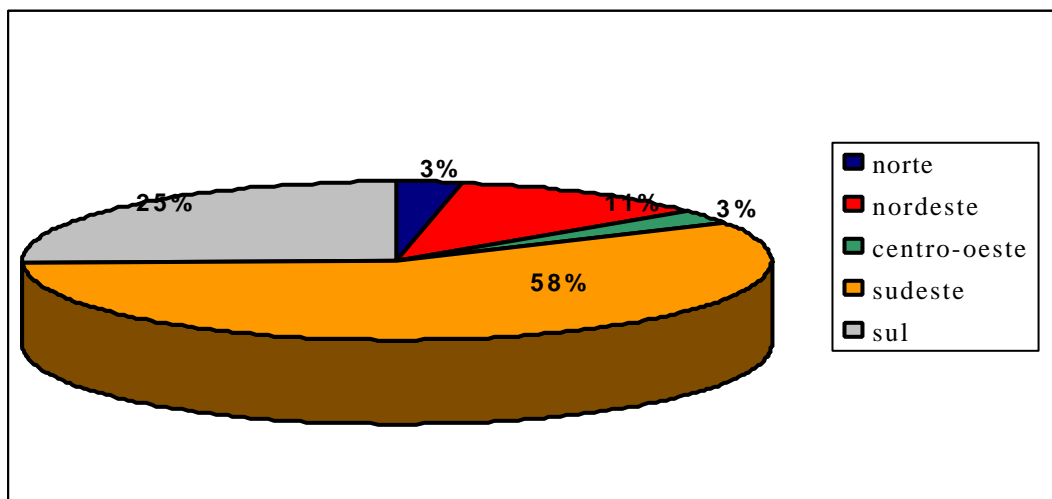
A Reunião de Reabilitadores em Implante Coclear é realizada semestralmente no CPA.

O número de reabilitadores cadastrados no CPA é 71 e sua distribuição, por região e por estado, será apresentada a seguir:

## 3 - O CPA e seus programas

**Tabela 1 – Distribuição dos fonoaudiólogos/reabilitadores por região, com especificação do Estado**

Região	Estado	No. de Fonoaudiólogos	Número	%
Nordeste	Alagoas	02	08	11%
	Bahia	04		
	Ceará	02		
Centro-Oeste	Dist. Feder.	02	02	3%
Sudeste	Mn. Gerais	06	41	58%
	R. Janeiro	08		
	São Paulo	27		
Sul	Paraná	02	18	25%
	R. Gde. Sul	07		
	St. Catarina	09		
Norte	Pará	01	02	3%
	Rondônia	01		
TOTAL		71	71	100%



**Figura 5 – Distribuição dos fonoaudiólogos por região**

Esse vínculo entre reabilitadores e o CPA além de garantir um acompanhamento mais efetivo do paciente implantado, também tem facilitado o acesso e encaminhamento de outros portadores de deficiência auditiva ao PIC no CPA, como também a outros setores do Hospital.

- **Ensino e Pesquisa**

O CPA, como formador de recursos humanos, recebe alunos dos Cursos de Especialização, Mestrado e Doutorado do HRAC/USP e da Pontifícia Universidade Católica (PUC) - das diversas áreas afins, servindo como campo de estágio para os alunos de graduação do Curso de Fonoaudiologia de Bauru/USP, assim como da área de Psicologia e Serviço Social de outras Universidades e escolas de Bauru.

As diversas pesquisas desenvolvidas no CPA contam com o apoio de órgãos de fomento, tais como a Fundação para Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais (FUNCRAF), o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), a Fundação e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

### 3 - O CPA e seus programas

---

Os resultados dos trabalhos desenvolvidos no CPA são divulgados por meio de publicações científicas, nacionais e internacionais das áreas, assim como em eventos científicos, no Brasil e no exterior.

Além da participação de seus profissionais em eventos científicos, no Brasil e no exterior, o CPA promove uma série de eventos, tais como Seminários, Cursos e reuniões com profissionais da área e, também, participa da organização e coordenação do Encontro Internacional de Audiologia – em 2000, em sua 15.<sup>a</sup> edição – considerado um evento de grande repercussão entre profissionais e pesquisadores, em nível nacional e internacional, em que as mais recentes pesquisas são apresentadas, enfocando prevenção e diagnósticos de deficiência auditiva, dispositivos eletrônicos - lançamentos - habilitação e reabilitação auditiva.

Cada programa do CPA é coordenado por uma equipe constituída por profissionais da equipe e bolsistas pós graduados, em estágio no CPA. Alguns projetos contam, ainda, com a parceria de profissionais de outros centros.

### ***3.2.1. O Programa de implante coclear***

De acordo com Bevilacqua (1995), o IC é uma prótese auditiva composta de componentes interno e externo que substituem parcialmente o Órgão de Corti (órgão sensorial da audição). É uma alternativa cirúrgica, em princípio indicada para portadores de deficiência auditiva neurossensorial profunda bilateral, que não tenham se beneficiado do AASI.

Internacionalmente é sabido que 90% dos pacientes, que procuram os hospitais que desenvolvem projetos com o IC, necessitam de uma boa indicação do AASI, os 10% restantes são fortes candidatos ao IC.

O desenvolvimento tecnológico nas últimas décadas permitiu que o IC seja um eficaz recurso na habilitação e reabilitação do deficiente auditivo profundo ou total, principalmente no que se refere à deficiência auditiva pós-lingual. As perspectivas de utilização de IC em crianças aumentaram após a aprovação, em junho de 1990, pelo *Food and Drug Administration* (FDA/USA) do Implante Multicanal bipolar Nucleus, desenvolvido na Austrália. Assim, atualmente, vários

### 3 - O CPA e seus programas

---

centros, em diferentes países, estão implantando-os em adultos e crianças (a partir de 18 meses de idade), portadores de deficiência auditiva profunda ou total, sem resultados satisfatórios com o uso do AASI. (Bevilacqua, 1995)

Evidências atuais (Ruben & Schuwartz, 1999) indicam que a intervenção precoce é determinante para evitar prejuízos na habilidade de linguagem, que, por sua vez, desempenha papel fundamental na comunicação e no ajustamento social do ser humano.

Dentro do CPA, o PIC que passou a ser desenvolvido em 1990, logo no início das atividades do Centro, é o programa de maior porte e está sob a coordenação da Dra. Maria Cecília Bevilacqua e Dr. Orozimbo Alves Costa Filho.

**Objetivos do PIC,** de acordo com Mesquita et al. (2000), em colaboração com centros universitários internacionais:

- participar do desenvolvimento, do diagnóstico, da cirurgia, da habilitação e reabilitação e de toda tecnologia voltada para o IC;
- desenvolver novos procedimentos para o diagnóstico diferencial dos pacientes a serem implantados;

### 3 - O CPA e seus programas

---

- promover a habilitação e reabilitação dos deficientes auditivos/“surdos”, por meio de cirurgia e tecnologia de ponta;
- desenvolver método de habilitação e reabilitação para crianças usuárias de IC;
- desenvolver um programa de orientação familiar voltado para as atividades de vida diária;
- orientar profissionais da saúde e educação, de diferentes regiões nacionais, sobre os procedimentos especializados ao atendimento da população deficiente auditiva;
- oferecer uma habilitação ou reabilitação alternativa aos não-candidatos a IC, com desenvolvimento de novas técnicas e procedimentos não utilizados no país;
- estudar os fatores socioculturais e psicológicos que possam interferir no desenvolvimento geral do candidato ao IC;
- investigar as relações entre a causa e consequência das relações sociais que possam interferir na vida do candidato ao IC.

Por ser um programa que envolve cirurgia, além da equipe básica do CPA, ele só pode ser concretizado com a atuação de toda equipe hospitalar de apoio: radiologistas, especialistas em informática, administradores hospitalares, assim como anestesistas, enfermeiros,

### 3 - O CPA e seus programas

oftalmologista, patologista clínico, enfim todos os profissionais do HRAC.

Para indicação de cirurgia de IC, o CPA tem critérios próprios de seleção, a partir da faixa etária:

#### **Adultos:**

- pessoas acima de 18 anos portadores de deficiência auditiva neurossensorial profunda bilateral pós-lingual;
- não benefício do AASI, apresentando limiares auditivos com AASI, superiores a 60 decibel (dB), na frequência de fala e “score” de percepção de fala inferior a 40% em sentenças do cotidiano;
- até 10 anos de perda auditiva. Em deficiência auditiva progressiva, não há limite de tempo;
- adequação psicológica e motivação para o uso do IC.

#### **Crianças/adolescentes:**

- até 17 anos e 11 meses de idade com deficiência auditiva profunda bilateral;
- deficiência pós-lingual: até 6 anos de surdez/perda. Em deficiências progressivas não há limite de tempo;
- deficiência pré-lingual:

### 3 - O CPA e seus programas

- . a partir de 12 meses até, aproximadamente, 3 anos;
- . adaptação prévia do AASI e habilitação auditiva durante 6 meses;
- . incapacidade de reconhecimento de palavras em “conjunto fechado”;
- família adequada e motivada para o uso do IC;
- reabilitação na cidade de origem.

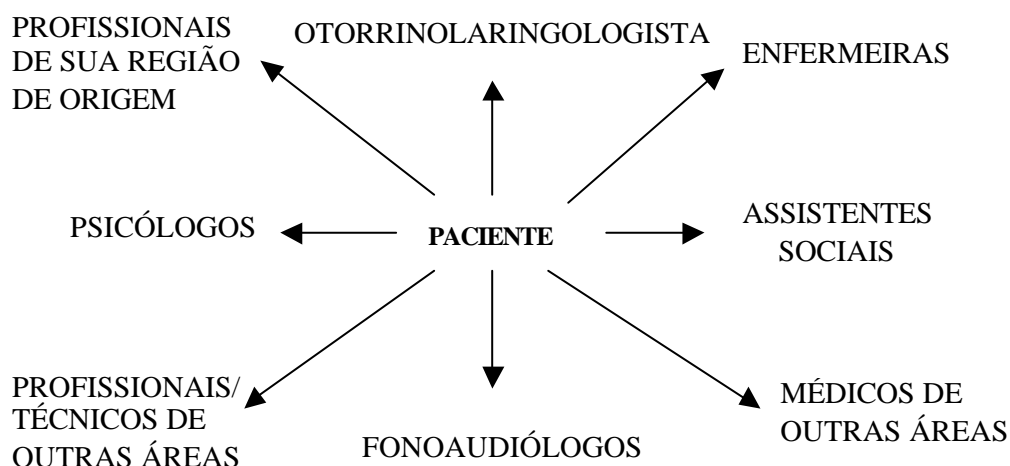
Para a compreensão do procedimento funcional do PIC no CPA ele será demonstrado por etapas que serão detalhadas posteriormente:

- a) triagem;
- b) procedimentos de avaliação;
- c) procedimentos pré-cirúrgicos;
- d) internação/hospitalização;
- e) procedimentos pós-cirúrgicos/ reabilitação.

Em todas as etapas do PIC, o paciente recebe acompanhamento da equipe interdisciplinar e de outros profissionais, já mencionados.

A seguir, é possível visualizar melhor, não só a equipe básica, como, também, os outros profissionais que atendem o paciente no PIC.

### EQUIPE INTERDISCIPLINAR



**Figura 6 – Equipe Interdisciplinar**

A operacionalização das etapas do PIC, no CPA, que compreende: triagem, procedimentos de avaliação, procedimentos pré-cirúrgicos, internação/hospitalização e procedimentos pós-cirúrgicos, será descrita a seguir, de acordo com Mesquita et al. (2000).

#### a) Triagem

Para a pessoa ser atendida no CPA, primeiramente, deve comunicar-se, seja por telefone e/ou carta, com a finalidade de fazer

### 3 - O CPA e seus programas

---

uma “pré-triagem” e inscrição para a remessa de formulário preliminar. (anexos 1 e 2)

Após a análise do formulário, os pacientes que se enquadram nos critérios do PIC, no CPA, são agendados e os demais recebem uma correspondência, que informa os resultados da análise, encaminhando para outros recursos, seja no próprio HRAC ou em outros centros de atendimento

#### **b) Procedimentos de avaliação**

Quando a pessoa vem como caso novo, é submetida aos seguintes procedimentos:

- reunião com assistente social - recepção dos pacientes e/ou acompanhante(s);
- atendimento individual no setor de serviço social, para estudo social, encaminhamento e outras providências;
- anamnese - atendimento individual com fonoaudióloga;
- avaliação otorrinolaringológica;
- avaliação psicológica inicial;
- avaliação fonoaudiológica que inclui:
  - audiometria tonal limiar;

---

### 3 - O CPA e seus programas

- audiometria em campo;
  - audiometria infantil condicionada com reforço visual;
  - VRA (Audiometria de Reforço Visual) - com crianças até 2 anos e 6 meses;
  - VERA (Audiometria de Reforço Visual) - com crianças de 2 anos e 6 meses até 6 anos;
  - Impedanciometria;
  - BERA (Potenciais Evocados do Tronco Cerebral);
  - ECO (Emissões Oto-acústicas);
  - teste com AASIs;
  - ganho de inserção;
  - teste de percepção de fala (TPF);
  - LOF (Leitura orofacial);
- atendimento individual com enfermeira - abrangendo questões em nível de saúde pública;
  - avaliação com profissionais de outras áreas, de acordo com a necessidade (pediatra, neurologista, clínico geral, geneticista, endocrinologista, oftalmologista e outros);
  - atendimento na Casa Caracol para crianças até 12 anos.

**c) Procedimentos pré-cirúrgicos**

Com a cirurgia já agendada, o paciente vem para o retorno pré-cirúrgico, propriamente dito, ciente do tempo de permanência: três dias antes da cirurgia e, aproximadamente, 5 dias de hospitalização.

Durante esses três dias, o paciente passa por procedimentos que envolvem, mais especificamente, os profissionais do HRAC, além da equipe básica do CPA.

No CPA os atendimentos são para:

- avaliação final otorrinolaringológica, que em casos de adultos inclui a estimulação timpânica do promontório, que auxilia na definição do ouvido a ser operado, caso um deles apresente bons resultados, com relação à área dinâmica e à discriminação das frequências;
- avaliação fonoaudiológica com repetição de alguns exames/confirmação de resultados;
- exame otoneurológico;
- preparação e acompanhamento psicológico que inclui, no caso de crianças, simulação de situação de internação, cirurgia e outras experiências que serão vivenciadas durante o período de hospitalização;

### 3 - O CPA e seus programas

- acompanhamento social que, além de orientações, encaminhamentos e outras providências, inclui a assinatura dos termos de concordância da cirurgia, de liberação de informações e para publicação de imagens; (anexos 3, 4, 5 e 6)
- acompanhamento de enfermagem - apresentação do espaço físico do hospital e orientação sobre a preparação para rotina pré-cirúrgica no HRAC.

No HRAC, o paciente submete-se a:

- exames clínicos e laboratoriais no setor de saúde pública;
- raios X de Schiiller;
- atendimento grupal e individual com assistente social do Serviço Social de Internos e enfermeira - para esclarecimentos das rotinas hospitalares;
- atendimento individual com nutricionista e médico anestesista.

Se os exames clínicos e laboratoriais atestam condição para cirurgia, ela será realizada no dia agendado. No caso de algum impedimento, a cirurgia é cancelada e o paciente é encaminhado para tratamento, seja em Bauru ou na sua cidade, e no próximo retorno deverá passar pela mesma rotina no HRAC.

**d) Internação/hospitalização**

As cirurgias de IC são realizadas pelo Dr. Orozimbo - cirurgião otologista responsável - com outros cirurgiões otorrinolaringologistas, também, do corpo clínico do HRAC.

O paciente permanece internado no Hospital por, aproximadamente, cinco dias. Durante o período de hospitalização, profissionais da equipe do CPA se revezam em visita, para acompanhamento dos pacientes e da equipe de enfermagem do hospital.

Por ocasião da alta, o paciente é encaminhado para o CPA para orientações da enfermeira sobre os cuidados pós-cirúrgicos (anexo 7) e o cartão de identificação de paciente implantado, informando sobre as precauções, devido ao fato de ele ser portador de um dispositivo dessa natureza (anexo 8). E, pela fonoaudióloga, ele é informado sobre a data do retorno pós-cirúrgico.

**e) Procedimentos pós-cirúrgicos**

Após, aproximadamente, 1 mês da alta hospitalar, o paciente retorna ao CPA, para ativação dos eletrodos implantados - é nesse momento que passará a usar os dispositivos externos do IC.

### 3 - O CPA e seus programas

---

Nesse 1º retorno o paciente será testado, já com o IC, momento em que passará a ter sensações sonoras e estará ingressando/reingressando no mundo dos sons.

Nesse período, assim como nos próximos retornos, o paciente passa por:

- avaliação otorrinolaringológica;
- avaliação/procedimentos audiológicos:
  - audiometria tonal limiar;
  - audiometria infantil condicionada VRA/VERA;
  - audiometria em campo;
  - TPF - Teste de percepção de fala;
  - LOF - rastreamento de fala;
  - mapeamento e balanceamento dos eletrodos;
  - habilitação ou reabilitação auditiva;
  - orientação fonoaudiológica - uso e manutenção do IC;
  - filmagem;
- acompanhamento social;
- acompanhamento psicológico;
- acompanhamento com enfermeira.

### 3 - O CPA e seus programas

---

Após esse primeiro retorno pós-cirúrgico, o paciente deverá cumprir uma programação de retornos para ajuste do processador de fala. Esse acompanhamento é comumente chamado de “*follow-up*”.

Para um “*follow-up*” mais eficaz, é preciso garantir a regulagem periódica do IC - mapeamento e balanceamento dos eletrodos - que vai se modificando com o passar do tempo. Em muitos casos a ativação é gradual.

Estabeleceu-se, então, uma programação para crianças/adolescentes e adultos para os primeiros anos de IC:

#### **Crianças/adolescentes**

1º ano - retornos trimestrais

2º ano - retornos quadrimestrais e, a partir do

3º ano - retornos semestrais, até a idade adulta.

#### **Adultos**

1º ano - retornos trimestrais

2º ano - retornos semestrais e, a partir do

3º ano - retornos anuais e/ou conforme a necessidade.

### 3 - O CPA e seus programas

---

Essa programação pode ser alterada de acordo com a evolução do paciente (conforto com a prótese, desempenho, resultado da terapia fonoaudiológica), aliada a fatores geo-econômico-sociais. Essa alteração se dá em nível de periodicidade e tempo de permanência, desde que se cumpram todos os procedimentos do primeiro retorno pós-cirúrgico.

Para finalizar esse item, serão apresentados dados históricos sobre o PIC, no CPA, mostrando sua evolução (Mesquita et al., 2000).

O primeiro IC no CPA aconteceu em 15 de maio de 1990. Foi, também, o primeiro IC realizado no Brasil, com tecnologia digital de multicanais. Na época, a paciente estava com 18 anos e 10 meses, após 1 ano de perda auditiva decorrente da meningite.

O fato foi amplamente divulgado, em nível nacional, por jornais, pela TV e, principalmente, por meios científicos. Nesse ano, 1990, apenas mais um IC em adulto foi realizado.

Em 1991 houve três IC, todos em adultos; em abril de 1992, foi realizado o primeiro IC em criança. A paciente, portadora de deficiência auditiva de causa desconhecida, progressiva, estava na época com 7 anos e 9 meses, 7 meses após o agravamento de sua perda, já na fase pós-lingual.

### 3 - O CPA e seus programas

---

No mesmo mês, outra criança - em fase pré-lingual - foi submetida à cirurgia de IC.

A partir daí, depois da aprovação do FDA e com os resultados obtidos, aumentaram as perspectivas do uso dessa alternativa para a habilitação e reabilitação auditiva da população infantil.

Até o 35.º IC, o CPA fez uso do implante coclear multicanal do Nucleus 22 canais; a partir do 36.º, outras duas marcas de IC passaram a ser usadas: Clarion e MED-EL.

Em 24/6/96 foi realizado o 50.º IC - um marco na história do CPA e do próprio Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, enquanto instituição que abriga um setor que desenvolve um programa de 1.ª geração, com tecnologia de ponta.

Em 6/3/98 foi realizado o 100.º IC e a festa de comemoração aconteceu em 20/3/98, com a fundação da Associação dos Deficientes Auditivos, Pais Amigos e Usuários de IC (ADAP), uma entidade com fins filantrópicos, destinada a prestar assistência aos Portadores de Deficiência Auditiva e Implante Coclear, pacientes do CPA, do HRAC/USP. Para o cumprimento de suas finalidades a ADAP se propõe a desenvolver programas de apoio e de intercâmbio, com o CPA do HRAC/USP e/ou com outros serviços especializados,

### 3 - O CPA e seus programas

garantindo aos pacientes o acesso e a continuidade no processo de reabilitação global.

**Tabela 2 - Universo de pacientes implantados no CPA: 1990–2000**

ANO	FAIXA ETÁRIA	Criança	Adolescente	Adulto	Total	
		(anos)	(anos)	(anos)	Nº	%
		0 – 12	12 – 18	acima de 18		
1990		-	-	02	02	1.2%
1991		-	-	03	03	1.8%
1992		02	-	02	04	2.5%
1993		02	-	05	07	4.3%
1994		04	01	02	07	4.3%
1995		05	01	08	14	8.6%
1996		12	02	10	24	14.7%
1997		13	-	16	29	17.8%
1998		15	03	05	23	14.1%
1999		25	03	13	41	25.2%
2000 (até junho)		03	-	06	09	5.6%
<b>TOTAL</b>		<b>81</b>	<b>10</b>	<b>72</b>	<b>163</b>	<b>100.0%</b>

Como pode ser observado, na tabela 2, o desenvolvimento do PIC foi gradativo, pois iniciou em 1990 com apenas 2 implantes, que representam 1.2% do seu total, chegando a completar, em apenas um ano (1999), 41 cirurgias, que representam 25.2% do seu universo. Isso ocorreu porque foi necessário estruturar a área de deficiência

auditiva no HRAC e, também, formar uma equipe para atender os pacientes em todas as fases do programa.

Além desses 163 pacientes implantados em Bauru, há 12 pacientes implantados em outros centros, no exterior, que fazem o “*follow-up*” no CPA, obedecendo à programação pós-cirúrgica de rotina.

### ***3.2.2. A interdisciplinaridade na reabilitação: a presença do Serviço Social***

Os recursos acima citados são audiológicos, no entanto a reabilitação do deficiente auditivo não depende somente desses dispositivos, mas de recursos humanos e institucionais que possam dar conta desse processo complexo.

A reabilitação, enquanto processo individual, diz respeito ao desenvolvimento das capacidades adaptativas do indivíduo, nas diferentes fases de sua vida e confunde-se com o processo de desenvolvimento ótimo da pessoa com deficiência, nos seus aspectos funcionais, físicos, psíquicos, educacionais, sociais, profissionais e ocupacionais.

---

### 3 - O CPA e seus programas

---

Segundo Brasil (1993), a reabilitação, enquanto serviço, é um conjunto de ações de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manifestação de sua saúde e bem estar, bem como à sua família e comunidade.

Enquanto serviço, a reabilitação é distinta dos demais serviços especializados, necessários ao desenvolvimento da pessoa deficiente, tais como educação especial / habilitação e profissionalização / reabilitação profissional, na medida, inclusive, em que ações desenvolvidas por estes serviços são competências de outros setores como educação, promoção social e trabalho.

No entanto, como expõe Salimene (1997), a reabilitação não constitui somente uma série de técnicas médicas, psicológicas, sociais, profissionais ou educativas, mas, sobretudo, uma ideologia e os meios que permitam o desenvolvimento máximo de toda pessoa atingida por qualquer tipo de limitação. Esta ideologia se traduz em uma série de ações, mecanismos de influência individual e social, tecnologia, instrumentos materiais e outros que fundamentam a reabilitação como um dos mais importantes processos sociais que toda a sociedade está

### 3 - O CPA e seus programas

---

experimentando, ainda que com diferentes níveis de realizações na prática.

O CPA, como um recurso institucional, para a (re)habilitação, oferece um tratamento que envolve a ação de uma equipe interdisciplinar - definida como a interação de várias disciplinas, numa relação de reciprocidade. Nessa relação, a colaboração entre as diversas áreas é fundamental, cabendo a cada profissional reconhecer os limites de seu saber, para receber a contribuição de outras disciplinas (Sampaio et al., 1989), respeitando a postura ideológica, pessoal e profissional de cada elemento, uma vez que a verdade completa, segundo Severino (1989), não ocorre numa ciência isolada, mas ela só se constitui num processo de concorrência solidária de várias disciplinas.

Para definir o termo equipe é necessário conhecer diferentes níveis de coordenação e cooperação entre as disciplinas antes de classificá-la. Para tanto, faz-se necessário a definição dos termos pluri, multi, inter e transdisciplinaridade.

“Tanto o multi quanto o pluridisciplinar realizam apenas um agrupamento, intencional ou não, de certos “módulos disciplinares”, sem relação entre as disciplinas” (Munhoz, 1996, p. 168).

### 3 - O CPA e seus programas

---

Na interdisciplinaridade teria-se uma relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime de co-propriedade, possibilitando o diálogo entre as diversas disciplinas, que leva a uma interação, ou uma intersubjetividade, condição para a efetivação do trabalho interdisciplinar.

A transdisciplinaridade, segundo Sampaio et al. (1989), seria o nível mais alto das relações iniciadas nos níveis de multi, pluri e interdisciplinaridade. A multi e a pluridisciplinaridade constituem etapas para a integração e para a interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade, portanto, é uma questão de atitude e o que se pretende não é anular a contribuição de cada ciência em particular, mas uma atitude que impeça o estabelecimento da supremacia de certa ciência em detrimento de outra.

“Acreditamos que trabalhar em equipe é estar juntos num projeto de ação interdisciplinar, dialogando com o outro, lutando coletivamente por uma mesma causa, a partir dos mesmos interesses e dos mesmos objetivos.” (Silva, 1996 p.113)

De acordo com o que foi colocado, a equipe do CPA pode ser “adjetivada” como interdisciplinar, na busca da troca, da reciprocidade, da discussão, do conhecimento do outro profissional e

### 3 - O CPA e seus programas

---

da outra profissão na sua alteridade para trocas e complementações, como afirma Munhoz (1996).

Nessa equipe, o objetivo principal do Serviço Social é o diagnóstico das condições de vida (sócio-econômico-cultural) do paciente e da família, suas expectativas, existência de recursos humanos e institucionais em sua cidade, enfim, seus limites e possibilidades para atender às exigências da reabilitação. Esse conhecimento é básico para a intervenção nas questões sociais.

Frossard & Matos (1998, p. 119), vão além e concluem que “o Assistente Social na saúde/reabilitação tem por objetivo identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde/doença buscando formas de enfrentamento individual e coletivo para estas questões. Para tanto, são mobilizados os recursos institucionais e comunitários no campo da assistência e demais políticas, tendo-se como perspectivas de avaliação – construção das políticas públicas que efetivem os direitos básicos de cidadania.”

Portanto pode-se dizer que a prática profissional do Assistente Social está dirigida para a inclusão social que, segundo Sasaki (1997), consiste no processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir em seu contexto as pessoas com necessidades especiais

### 3 - O CPA e seus programas

e tem princípios básicos incomuns: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, aprendizagem por meio da cooperação. O que talvez possa parecer uma utopia poderá ser, na realidade, a construção de um novo tipo de sociedade, mediante as transformações pequenas ou grandes, dos meios físicos, por meio de adaptações ou da mentalidade (pela conscientização da população).

Isso implica em uma visão mais totalitária da pessoa portadora de uma deficiência, no caso, a auditiva.

Finalizando, pode-se dizer que só numa perspectiva interdisciplinar o paciente/sujeito pode ser atendido, uma vez que para que sua reabilitação se efetive ele precisa ser visto na sua totalidade e não apenas como o portador de uma deficiência.

Se a concentração da ação profissional seguir esses caminhos – visualização apenas da deficiência auditiva, no caso – o sujeito ficará enfraquecido, podendo perder essa condição (de sujeito) e ser reconhecido apenas como o portador de uma deficiência – uma visão simplista e de exclusão.

Para tanto, o Assistente Social no PIC tem procurado conhecer mais as questões sociais dos usuários correlacionando-as ao seu

### **3 - O CPA e seus programas**

---

contexto, para que sua ação interventiva possa reconhecer esse usuário como sujeito não só do processo de reabilitação, mas da sua vida como cidadão.

Este estudo é fruto dessa necessidade, e os resultados mostram que muito há para se conhecer e explorar, fatos e situações que moldam uma realidade em muitos pontos coincidentes e outros divergentes aos das pessoas/famílias não portadoras de uma deficiência.

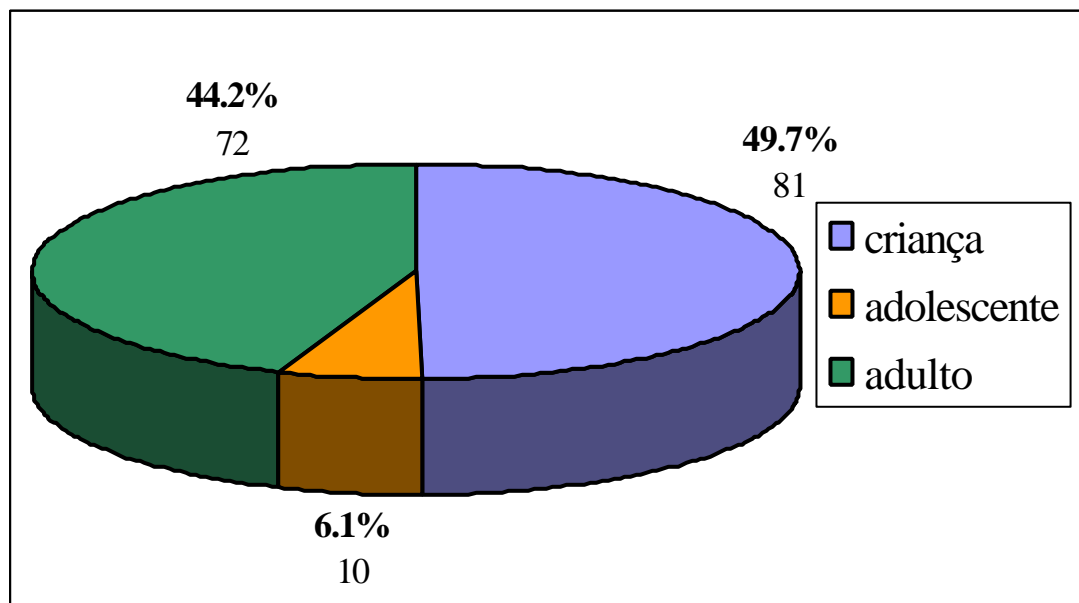
#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

### 4 – O PERFIL DOS PACIENTES IMPLANTADOS E O SERVIÇO SOCIAL.

#### 4.1 - O universo dos pacientes implantados no Centro de Pesquisas Audiológicas

O universo de pacientes implantados é composto por 163 pacientes: 81 crianças, 10 adolescentes e 72 adultos.



**Figura 7 – Universo dos pacientes implantados no Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA), por faixa etária**

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

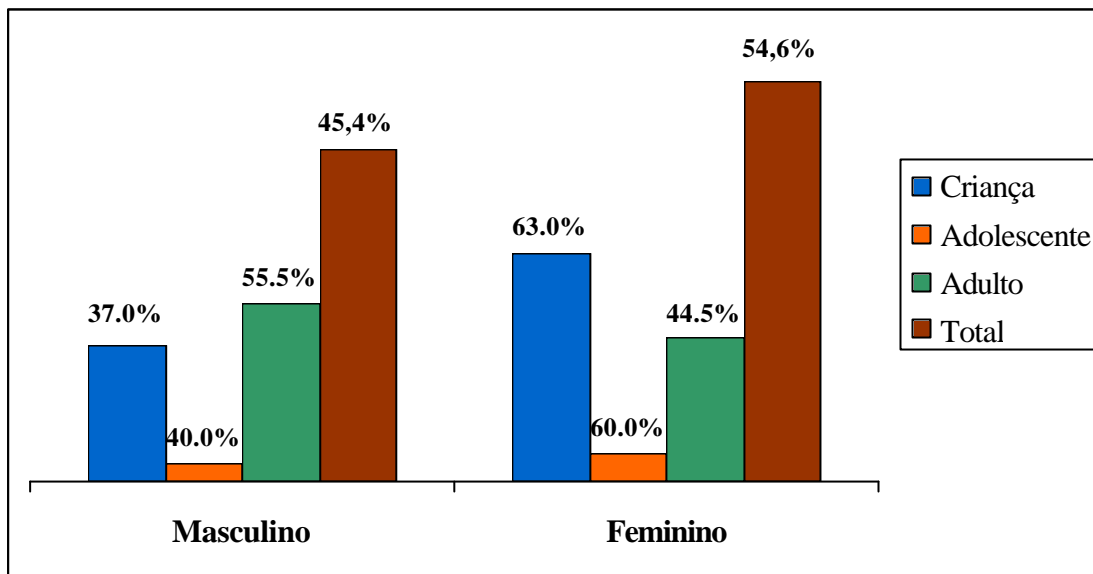
Como foi visto, há pouca diferença entre a porcentagem de crianças e adultos (49.7% para 44.2%), e os adolescentes compõem o menor grupo, com 6.1% do total.

Os dados relacionados ao sexo são apresentados a seguir, levando em consideração a faixa etária.

**Tabela 3 – Distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo**

SEXO	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	30	37.0%	04	40.0%	40	55.5%	74	45.4%
FEMININO	51	63.0%	06	60.0%	32	44.5%	89	54.6%
TOTAL	81	100.0%	10	100.0%	72	100.0%	163	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 8 – Distribuição dos pacientes quanto ao sexo**

O **sexo** que prevalece é o feminino (54,6%), concentrando-se entre as crianças (63,0%), que representam 60,0% do total de pacientes.

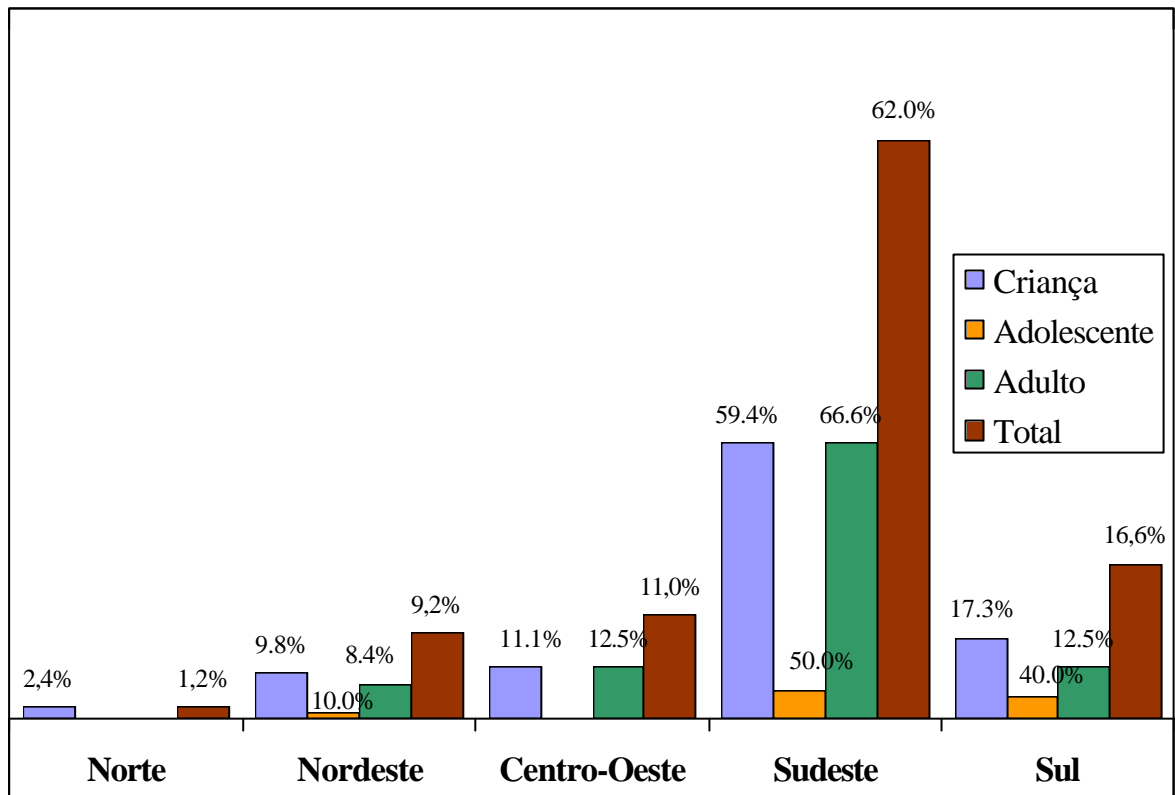
A procedência, por região, é apresentada na figura que se segue.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 4 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e procedência**

REGIÃO	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORTE	02	2.4%	-	-	-	-	02	1.2%
NORDESTE	08	9.8%	01	10.0%	06	8.4%	15	9.2%
CENTRO OESTE	09	11.1%	-	-	09	12.5%	18	11.0%
SUDESTE	48	59.4%	05	50.0%	48	66.6%	101	62.0%
SUL	14	17.3%	04	40.0%	09	12.5%	27	16.6%
TOTAL	81	100.0%	10	100.0%	71	100.0%	163	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 9 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e procedência**

A **procedência** da maioria dos pacientes é da região sudeste (62.0%), mais especificamente, do estado de São Paulo (43.0%), coincidente com o universo, essa prevalência justifica-se não só pela proximidade com o recurso - o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) está localizado no estado de São Paulo, a 350 Km da capital – como, também, pela concentração de recursos

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

institucionais e humanos na área de (re)habilitação (a maior concentração de reabilitadores está na região sudeste, no estado de São Paulo). A segunda região, com grande diferença, é a região sul (16.6%), seguida da região centro-oeste (11.0%). As regiões norte e nordeste soma 10.4% .

Segue-se a apresentação do universo, por faixa etária e classe social.

Para a classificação social dos pacientes, foi utilizada a metodologia criada por Graciano (1980) e atualizada por Graciano, Lehfeld & Neves Filho (1996).

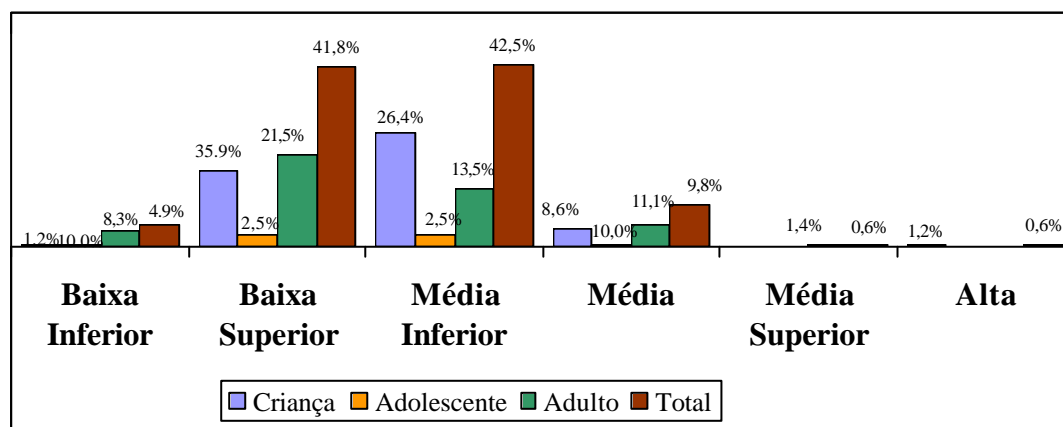
Essa metodologia não se baseia apenas na profissão e renda – fortes determinantes da classe social – mas vai além, com outros indicadores como nível de escolaridade, número de membros da família e condições habitacionais, como mostra o anexo nº 9.

Essa classificação permitiu a elaboração de um quadro com as características de cada classe social ( anexo nº 11).

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 5 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e classe social**

CLASSE SOCIAL	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixa Inferior	01	1.2%	01	10.0%	06	8.3%	08	4.9%
Baixa Superior	29	35.9%	04	40.0%	35	48.6%	68	41.8%
Média Inferior	43	53.1%	04	40.0%	22	30.6%	69	42.3%
Média	07	8.6%	01	10.0%	08	11.1%	16	9.8%
Média Superior	-	-	-	-	01	1.4%	01	0.6%
Alta	01	1.2%	-	-	-	-	01	0.6%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0%</b>	<b>10</b>	<b>100.0%</b>	<b>72</b>	<b>100.0%</b>	<b>163</b>	<b>100.0%</b>



**Figura 10 – Distribuição dos pacientes por faixa etária e classe social**

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

O maior número de pacientes pertence à **classe** média inferior (42.3%) e baixa superior (41.8%). Os demais ficam na classe média (9.8%) e, em índice menor (4.9%) na classe baixa inferior. Os menores índices são registrados nas classes média superior (0.6%) e alta (0.6%)

Considerando-se que a classe média inferior se aproxima mais da baixa superior do que da média, pode-se dizer que a grande maioria dos pacientes pertence às classes menos favorecidas, somando 89.0%.

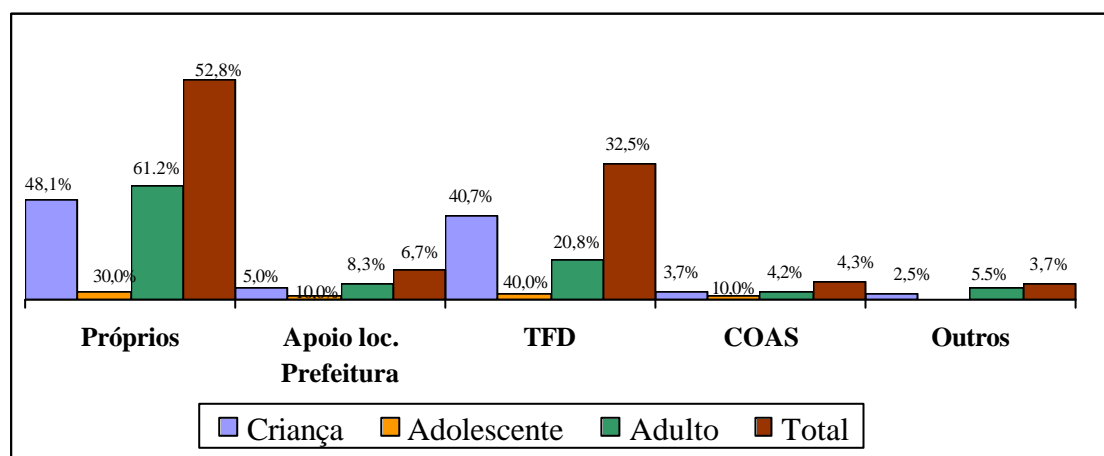
O nível ocupacional dos chefes de família, isto é, o que tem o maior nível ocupacional, como um dos indicadores da classificação social, será apresentado com o nível ocupacional dos pacientes no final da caracterização.

A figura e tabela que se seguem, referem-se aos recursos utilizados pelos pacientes e acompanhantes para atender aos retornos.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 6 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e recursos socioinstitucionais para viagem**

RECURSOS	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRÓPRIOS	39	48,1%	03	30,0%	44	61,2%	86	52,8%
APOIO LOCAÇÃO								
PREFEITURA	04	5,0%	01	10,0%	06	8,3%	11	6,7%
TFD	33	40,7%	04	40,0%	15	20,8%	53	32,5%
COAS	03	3,7%	01	10,0%	03	4,2%	07	4,3%
OUTROS	02	2,5%	-	-	04	5,5%	06	3,7%
TOTAL	81	100,0%	10	100,0%	72	100,0%	163	100,0%



**Legenda:** Apoio loc. Prefeitura – Apoio de locomoção da Prefeitura

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

COAS – Centro de Orientação e Atenção à Saúde

**Figura 11 – Distribuição dos pacientes por faixa etária e recursos recursos sócio institucionais para viagem**

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

O maior índice dos pacientes (52.8%) utiliza **recursos próprios**<sup>1</sup> para a viagem, seguido de 32.5% dos pacientes que utilizam o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup> (56.6% aéreo e 43.4% rodoviário). Entre os demais, 6.7% vêm com recursos da Prefeitura, 4.3% utilizam do Centro de Orientação e Atenção à Saúde (COAS)<sup>3</sup> para obter as passagens e 3.7% têm suporte da Empresa e Sindicato.

Esse índice de pacientes que assume as despesas (52,8%) justifica-se pela proximidade do índice de pacientes pertencentes às classes média inferior, média, média superior e alta que, agrupados, somam 53,3%.

Assim como para as viagens, foram verificados os recursos utilizados para a estada em Bauru.

---

<sup>1</sup> Entenda-se como recursos próprios os não institucionais. Apoio financeiro de familiares e amigos estão incluídos.

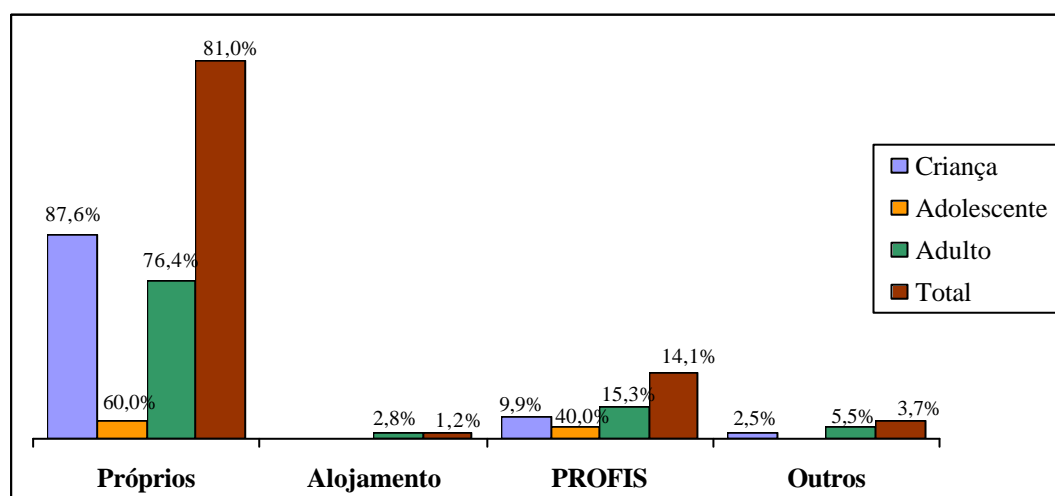
<sup>2</sup> TFD do SUS – consiste no pagamento de passagens e, em algumas localidades, pagamento de despesas com estada. Nas longas distâncias podem ser liberadas passagens aéreas.

<sup>3</sup> COAS – programa da Prefeitura Municipal da cidade de São Paulo.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 7 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e recursos socioinstitucionais para estada**

RECURSOS	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRÓPRIOS	71	87.6%	06	60.0%	55	76.4%	132	81.0%
ALOJAMENTO	-	-	-	-	02	2.8%	02	1.2%
PROFIS	08	9.9%	04	40.0%	11	15.3%	23	14.1%
OUTROS	02	2.5%	-	-	04	5.5%	06	3.7%
TOTAL	81	100.0%	10	100.0%	72	100.0%	163	100.0%



**Figura 12 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e recursos socioinstitucionais para estada**

Também para a estada em Bauru a maioria dos pacientes (81.0%) utiliza recursos próprios, seguida de 14.1% dos pacientes que

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

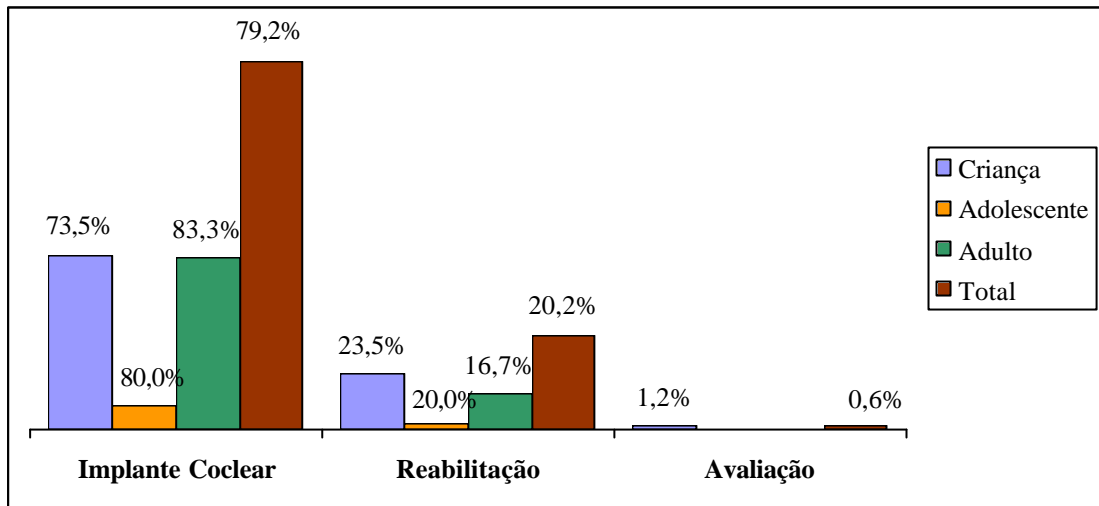
se beneficiam dos serviços prestados pela PROFIS ( alojamento e/ou refeições). Entre os demais pacientes (4.9%), 3.7% recebem apoio da empresa e do sindicato, não só para a estada como também para as passagens, e apenas 1.2% deste universo é encaminhado para o Alojamento do HRAC.

O próximo aspecto a ser considerado é a expectativa do paciente e/ou família, com relação ao atendimento inicial no CPA.

**Tabela 8 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e expectativa inicial com relação ao atendimento no CPA**

EXPECTATIVA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IMPLANTE COCLEAR	61	75.3%	08	80.0%	60	83.3%	129	79.2%
REABILITAÇÃO	19	23.5%	02	20.0%	12	16.7%	33	20.2%
AVALIAÇÃO	01	1.2%	-	-	-	-	01	0.6%
TOTAL	81	100.0%	10	100.0%	72	100.0%	163	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 13 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e expectativa inicial com relação ao atendimento no CPA**

A **expectativa inicial** dos pacientes e familiares com relação ao atendimento no CPA concentra-se no IC em 79.2% dos pacientes do universo. A expectativa inicial de reabilitação atinge 20.2% e, apenas 1 paciente (0.6%) - criança - procurou o CPA em busca de avaliação. Observa-se que os pacientes vêm o CPA como sinônimo de IC, uma vez que foi o 1º Centro no Brasil a realizar esse tipo de cirurgia, com grandes e boas repercussões, em nível nacional e internacional.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

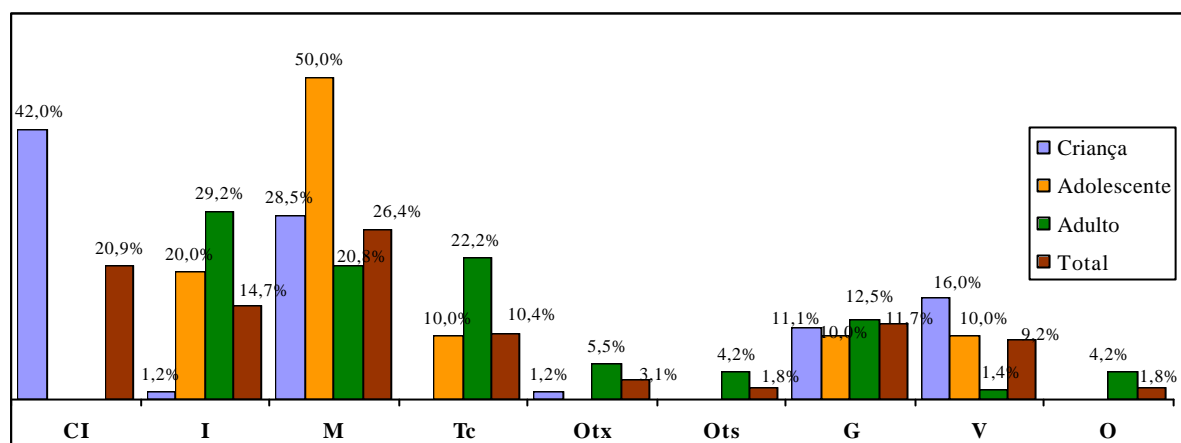
A expectativa é um aspecto trabalhado por todos os profissionais da equipe, indistintamente, uma vez que a satisfação dos resultados depende dessa expectativa.

As próximas figuras e tabelas mostram a distribuição dos pacientes, por etiologia - causa da perda - e tempo de perda auditiva.

**Tabela 9 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e etiologia da deficiência auditiva**

ETIOLOGIA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Congênita Idiopática	34	42.0%	-	-	-	-	34	20.9%
Idiopática	01	1.2%	02	20.0%	21	29.2%	24	14.7%
Meningite	23	28.5%	05	50.0%	15	20.8%	43	26.4%
Traumatismo Craniano	-	-	01	10.0%	16	22.2%	17	10.4%
Ototoxicose	01	1.2%	-	-	04	5.5%	05	3.1%
Otosclerose	-	-	-	-	03	4.2%	03	1.8%
Genética	09	11.1%	01	10.0%	09	12.5%	19	11.7%
Vírus	13	16.0%	01	10.0%	01	1.4%	15	9.2%
Outras	-	-	-	-	03	4.2%	03	1.8%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0%</b>	<b>10</b>	<b>100.0%</b>	<b>72</b>	<b>100.0%</b>	<b>163</b>	<b>100.0%</b>

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Legenda:** CI – congênita idiopática; I – idiopática; M – meningite; Tc – traumatismo craniano;

Otx – ototoxicose; Ots – otosclerose; G – genética; V – vírus; O - outras

**Figura 14 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e etiologia da deficiência auditiva**

Não houve concentração na **etiologia** da deficiência auditiva. O maior índice de pacientes (26,4%) adquiriu a deficiência auditiva em virtude da meningite (entre eles, 50,0% dos adolescentes). A segunda etiologia de maior índice (20,9%) foi a congênita idiopática – causa desconhecida -, apenas entre as crianças (42,0% do total dessa faixa etária).

A deficiência auditiva idiopática (14,7%) atingiu seu maior índice entre os adultos (29,2% deles). Outros índices relevantes ocorreram na deficiência auditiva por causas genéticas (11,7%) e por

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

traumatismo craniano (10.4% do universo), que teve um índice de 22.2% entre os adultos. Os demais (15.9%), tiveram como etiologia, vírus (9.2%), ototoxicose<sup>1</sup> (3.1%), otosclerose<sup>2</sup> (1.8%) – apenas entre os adultos – e outras causas (1.8%).

Assim como as causas, um fator a ser considerado – um dos critérios para o Implante Coclear – é o tempo de perda auditiva.

---

<sup>1</sup> causada por medicamentos que danificam o sistema sensorial auditivo.

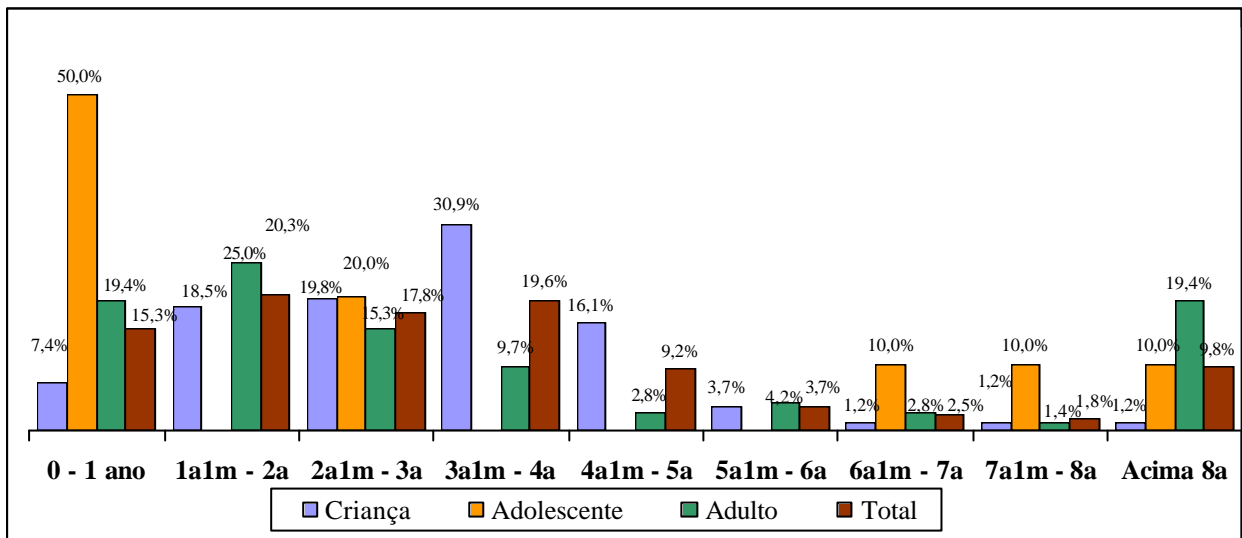
<sup>2</sup> doença que afeta o metabolismo ósseo onde está alojado o sistema sensorial auditivo.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 10 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e tempo de perda auditiva**

TEMPO DE PERDA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº%	
De 0 a 1 ano	<b>06</b>	7.4%	<b>05</b>	50.0%	<b>14</b>	19.4%	<b>25</b>	15.3%
de 1 ano e 1 mês								
a 2 anos	<b>15</b>	18.5%	-	-	<b>18</b>	25.0%	<b>33</b>	20.3%
de 2 anos e 1 mês								
a 3 anos	<b>16</b>	19.8%	<b>02</b>	20.0%	<b>11</b>	15.3%	<b>29</b>	17.8%
de 3 anos e 1 mês								
a 4 anos	<b>25</b>	30.9%	-	-	<b>07</b>	9.7%	<b>32</b>	19.6%
de 4 anos e 1 meses								
a 5 anos	<b>13</b>	16.1%	-	-	<b>02</b>	2.8%	<b>15</b>	9.2%
de 5 anos e 1 mês								
a 6 anos	<b>03</b>	3.7%	-	-	<b>03</b>	4.2%	<b>06</b>	3.7%
de 6 anos e 1 mês								
a 7 anos	<b>01</b>	1.2%	<b>01</b>	10.0%	<b>02</b>	2.8%	<b>04</b>	2.5%
de 7 anos e 1 mês								
a 8 anos	<b>01</b>	1.2%	<b>01</b>	10.0%	<b>01</b>	1.4%	<b>03</b>	1.8%
Acima de 8 anos	<b>01</b>	1.2%	<b>01</b>	10.0%	<b>14</b>	19.4%	<b>16</b>	9.8%
TOTAL	<b>81</b>	100.0%	<b>10</b>	100.0%	<b>72</b>	100.0%	<b>163</b>	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 15 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e tempo de perda auditiva até a ativação do implante coclear**

O **tempo de perda auditiva** dos pacientes até a ativação dos eletrodos implantados varia de 5 meses a 8 anos e 1 mês entre as crianças, de 5 meses a 8 anos e 4 meses entre os adolescentes, e de 5 meses a 24 anos e 10 meses entre os adultos. A maior concentração acontece entre 5 meses e 3 anos somando 53,4% dos pacientes.

Se forem consideradas apenas as crianças, a maior concentração isolada dá-se na faixa de 3 anos e 1 mês a 4 anos (30,9%). No entanto, agrupando as 3 primeiras faixas – de 5 meses a 3 anos – o índice é de 45,7%, que justifica-se, em função dos critérios para o IC e da época em que a deficiência auditiva surgiu – 87,7% são deficientes auditivos

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

pré-linguais (seja por terem deficiência auditiva congênita ou por terem adquirido a deficiência muito cedo) e procuraram o Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA) em menor tempo. Apenas 12.3% são pós-linguais.

Todos os adolescentes tiveram perda auditiva adquirida; 70.0% a adquiriram entre 5 meses a 3 anos antes da ativação e 30.0% dele adquiriram a perda na faixa de 6 anos e 1 mês até acima de 8 anos.

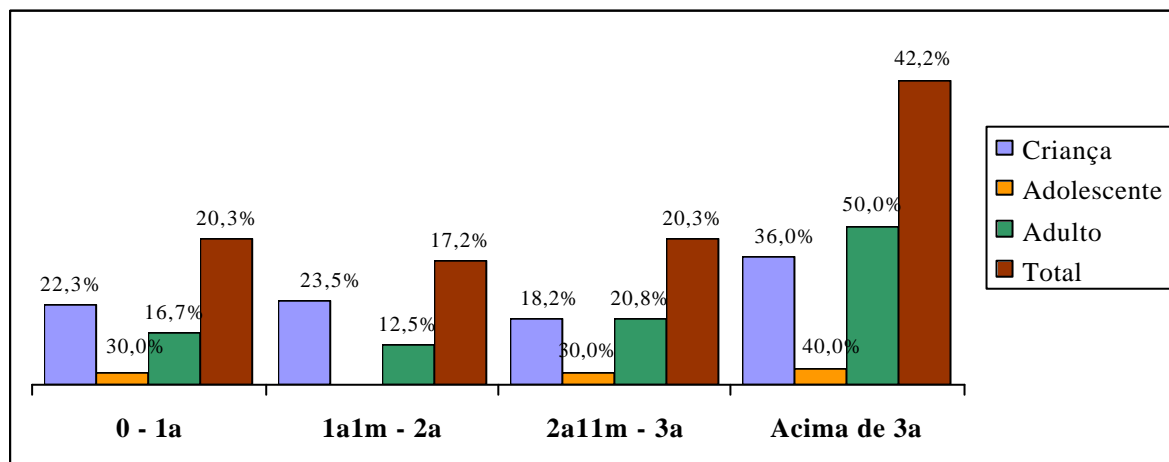
Entre os adultos, 62.4% têm entre 5 meses e 3 anos de tempo de perda auditiva. Acima de 8 anos, 19.4% e, os demais (18.2%), estão na faixa de 3 anos e 1 mês a 7 anos .

Outro fator que influi nos resultados do Implante Coclear é o seu tempo de uso, que pode ser verificado na tabela e figura que se seguem.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 11 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e tempo de uso de implante até o mês de junho de 2000**

TEMPO DE USO	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
de 0 a 1 ano	<b>18</b>	22.3%	<b>03</b>	30.0%	<b>12</b>	16.7%	<b>33</b>	20.3%
de 1 ano 1 mês								
a 2 anos	<b>19</b>	23.5%	-	-	<b>09</b>	12.5%	<b>28</b>	17.2%
De 2 anos 11 meses								
a 3 anos	<b>15</b>	18.2%	<b>03</b>	30.0%	<b>15</b>	20.8%	<b>33</b>	20.3%
Acima de 3 anos	<b>29</b>	36.0%	<b>04</b>	40.0%	<b>36</b>	50.0%	<b>69</b>	42.2%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	100.0%	<b>10</b>	100.0%	<b>72</b>	100.0%	<b>163</b>	100.0%



**Figura 16 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e tempo de uso de implante até o mês de junho de 2000**

Considerando que o maior volume de cirurgias de Implante Coclear aconteceu após o mês de maio de 1997, a maior faixa de

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

**tempo de uso de IC** é de 0 a 3 anos (57.8%), distribuída em 20.3% no intervalo de 0 a 1 ano, 17.2% para 1 ano e 1 mês a 2 anos e 20.3% para 2 anos e 1 mês a 3 anos. Entre as crianças, o índice atingido é de 64.0%; entre os adolescentes 60.0%, e entre os adultos 50.0%. Acima de 3 anos estão 42.2% dos pacientes. É importante observar que esse tempo isoladamente – acima de 3 anos – atinge os maiores índices entre todas as faixas etárias: 36.0% para as crianças, 40.0% para os adolescentes e 50.0% para os adultos.

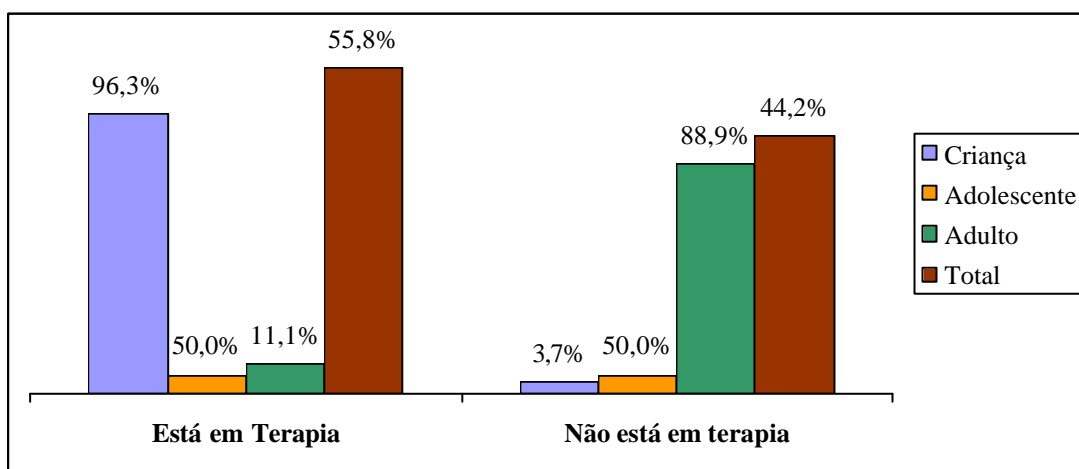
Como já foi explicado, a (re)habilitação do deficiente auditivo, principalmente no caso de crianças, não se limita apenas ao uso do dispositivo – no caso o Implante Coclear. Ela depende de terapia na sua cidade/ região de origem – outro critério para seleção – com fonoaudiólogo e, em alguns casos, ou com outros profissionais. Serão considerados a seguir, a situação e condição de terapias, seus custos e o quanto eles representam no rendimento familiar.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 12 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e situação de terapia**

SITUAÇÃO DE TERAPIA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Está em terapia	78	96,3%	05	50,0%	08	11,1%	91	55,8%
Não está em terapia	03	3,7%	05	50,0%	64	88,9%	72	44,2%
TOTAL	81	100,0%	10	100,0%	72	100,0%	163	100,0%

\* DOS QUE ESTÃO EM TERAPIA : 91



**Figura 17 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e situação de terapia**

Em todos os pacientes, 55,8% estão em **terapia** fonoaudiológica – 96,3% das crianças, 50,0% dos adolescentes e

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

11.1% dos adultos. O alto índice de crianças justifica-se pela sua condição – 87.6% das crianças são deficientes auditivas pré-linguais, isto é, congênitas ou com deficiência auditiva adquirida antes da aquisição de linguagem, e a terapia fonoaudiológica é o suporte imprescindível para uma habilitação auditiva com e como usuários do IC. Este é o motivo pelo qual um dos critérios para o IC é a existência de recursos/terapia de habilitação na cidade de origem dos pacientes. Estava sem terapia, na época da coleta de dados, apenas 3 crianças (3.7%), em virtude da mudança da família para uma cidade que ainda não dispunha do recurso.

Estavam sem terapia, na época da coleta de dados, 88.9% dos pacientes adultos todos portadores de deficiência auditiva pós-lingual em virtude de sua condição ou do fato de já haverem passado por tratamento reabilitador com terapeuta ou mesmo por não apresentarem uma necessidade premente desse procedimento, no momento.

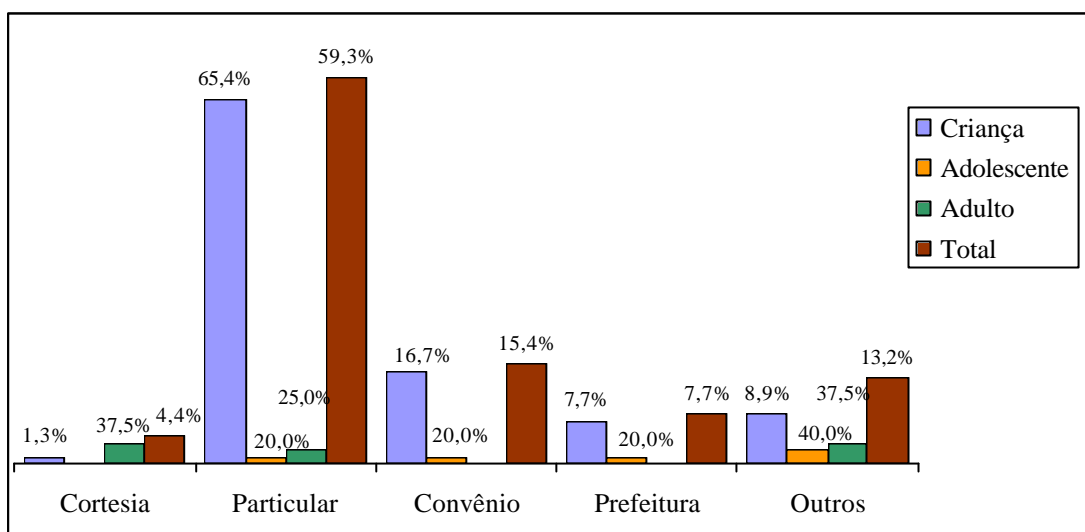
#### **Tabela 13 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e condição de terapia**

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

CONDIÇÃO DE TERAPIA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cortesia	<b>01</b>	1.3%	-	-	<b>03</b>	37.5%	<b>04</b>	4.4%
Particular	<b>51</b>	65.4%	<b>01</b>	20.0%	<b>02</b>	25.0%	<b>54</b>	59.3%
Convênio	<b>13</b>	16.7%	<b>01</b>	20.0%	-	-	<b>14</b>	15.4%
Prefeitura	<b>06</b>	7.7%	<b>01</b>	20.0%	-	-	<b>07</b>	7.7%
Outros*	<b>07</b>	8.9%	<b>02</b>	40.0%	<b>03</b>	37.5%	<b>12</b>	13.2%
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	100.0%	<b>05</b>	100.0%	<b>08</b>	100.0%	<b>91</b>	100.0%

\* CENTROS ESPECIALIZADOS COM ATENDIMENTO SEM CUSTOS PARA O PACIENTE

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 18 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e condição de terapia**

Dos pacientes em **terapia**, 59.3%, estão fazendo-a com **recursos** próprios – o maior índice de terapia particular está entre crianças (65.4%) – e 15.4% são atendidos por convênios/seguros-saúde, seguido de 13.2% dos pacientes que estão fazendo terapia em centros especializados – sem custo para o paciente. Entre os demais (12.1%), 7.7% estão sendo atendidos pelo serviço público municipal e 4.4% estão fazendo terapia em consultório, mas como cortesia.

Com relação aos convênios – não são todos os que assumem a terapia e existem os que a assumem parcialmente. O serviço público, além de deficitário nesse campo, quando coloca o serviço à

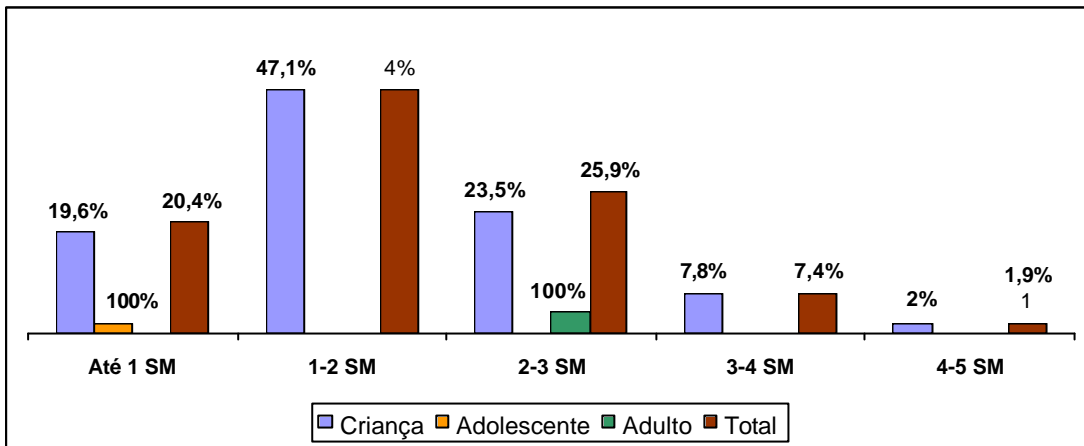
#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

disposição, o faz de forma precária e restrita, não atendendo à real necessidade do portador de deficiência auditiva, apesar da grande demanda. Esse fato justifica o alto índice de terapia particular (54 pacientes), ou seja, com recursos próprios, apesar dos custos, como pode ser observado a seguir.

**Tabela 14 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e custo de terapia em salários mínimos (SM)**

CUSTO DA TERAPIA (em SM)	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ATÉ 1 SM	<b>10</b>	19.6%	<b>01</b>	100.0%	-	-	<b>11</b>	20.4%
1 – 2 SM	<b>24</b>	47.1%	-	-	-	-	<b>24</b>	44.4%
2 – 3 SM	<b>12</b>	23.5%	-	-	<b>02</b>	100.0%	<b>14</b>	25.9%
3 – 4 SM	<b>04</b>	7.8%	-	-	-	-	<b>04</b>	7.4%
4 – 5 SM	<b>01</b>	2.0%	-	-	-	-	<b>01</b>	1.9%
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	100.0%	<b>01</b>	100.0%	<b>02</b>	100.0%	<b>54</b>	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 19 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e custo de terapia em salários mínimos**

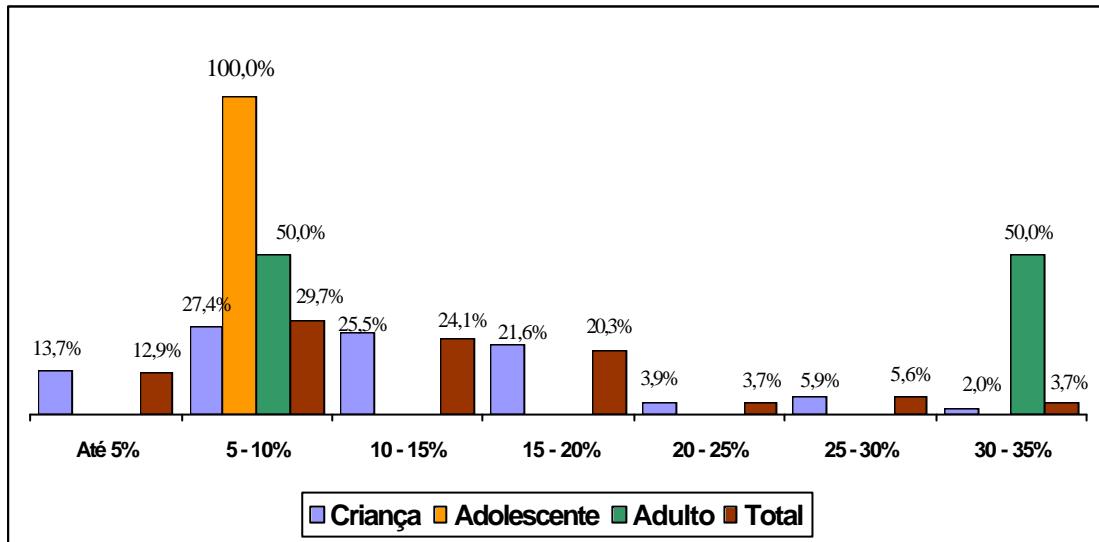
Os **custos da terapia** variam de 0 a 3 salários mínimos (SM) mensais entre 90,7% dos pacientes, dos quais 20,4% estão na faixa de até 1SM, 44,4%, entre 1SM e 2 SM (somente crianças, com índice de 47,1%) e 25,9% entre 2 e 3 SM. Os demais (9,3%), estão pagando pela terapia, na faixa de 3 a 5 SM. Tendo em vista esses custos, foi calculado o quanto a terapia representa dentro do orçamento familiar, como pode ser verificado a seguir:

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 15 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e porcentagem do custo da terapia sobre o rendimento familiar**

% DO VALOR SOBRE RENDIMENTO	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ATÉ 5.0%	<b>07</b>	13.7%	-	-	-	-	<b>07</b>	12.9%
5.0 – 10.0 %	<b>14</b>	27.4%	<b>01</b>	100.0%	<b>01</b>	50.0%	<b>16</b>	29.7%
10.0 – 15.0%	<b>13</b>	25.5%	-	-	-	-	<b>13</b>	24.1%
15.0 – 20.0%	<b>11</b>	21.6%	-	-	-	-	<b>11</b>	20.3%
20.0 – 25.0%	<b>02</b>	3.9%	-	-	-	-	<b>02</b>	3.7%
25.0 – 30.0%	<b>03</b>	5.9%	-	-	-	-	<b>03</b>	5.6%
30.0 – 35.-%	<b>01</b>	2.0%	-	-	<b>01</b>	50.0%	<b>02</b>	3.7%
TOTAL	<b>51</b>	100.0%	<b>01</b>	100.0%	<b>02</b>	100.0%	<b>54</b>	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 20 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e porcentagem do custo da terapia sobre o rendimento familiar**

Dentro do **rendimento familiar** esses custos representam uma parte considerável dos ganhos. O maior índice (29.7%) fica na faixa de 5% a 10% do rendimento familiar, seguido de 24.1% que estão entre 10% e 15.0% do rendimento e 20.3% entre 15% e 20.0% do rendimento familiar (somente crianças nesta faixa). Com rendimento familiar de até 5% estão 12.9% dos pacientes (também só crianças).

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

Os demais (13.0%) estão distribuídos entre 20% e 35% do rendimento familiar.

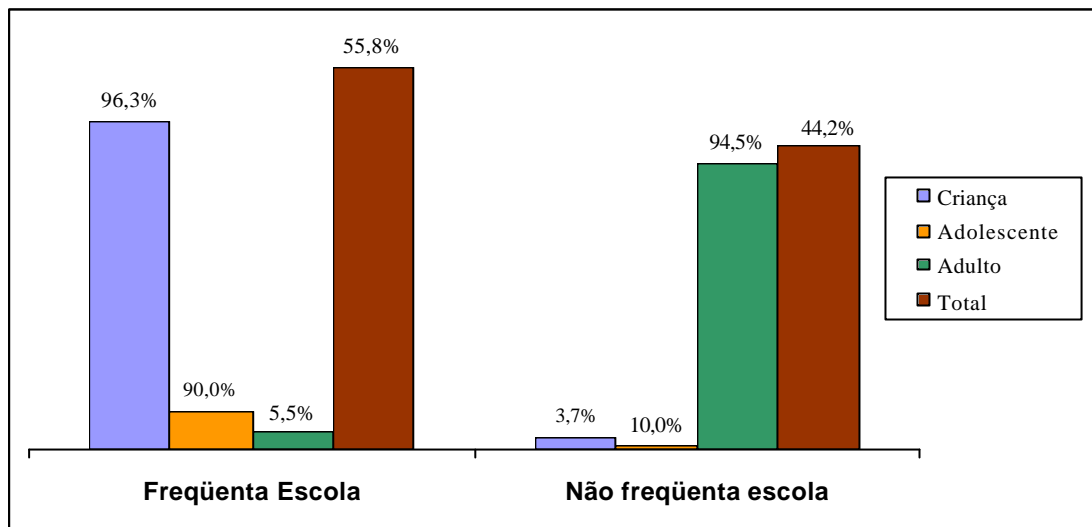
Independentemente da situação socioeconômica dos pacientes, o que deve ser considerado é que essa despesa é, praticamente, fixa e está sendo dirigida a apenas um membro da família e por tempo indeterminado, em detrimento de outras necessidades da família.

O próximo nível a ser abordado é o da educação; a situação escolar dos pacientes, grau de escolaridade dos que estão freqüentando escola e os que não o estão fazendo.

**Tabela 16 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e situação escolar**

SITUAÇÃO ESCOLAR	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Freqüenta escola	<b>78</b>	96.3%	<b>09</b>	90.0%	<b>04</b>	5.5%	<b>91</b>	55.8%
Não frequenta escola	<b>03</b>	3.7%	<b>01</b>	10.0%	<b>68</b>	94.5%	<b>72</b>	44.2%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	100.0%	<b>10</b>	100.0%	<b>72</b>	100.0%	<b>163</b>	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 21 – Distribuição dos pacientes por faixa etária e situação escolar**

Com relação à **situação escolar**, 55,8% dos pacientes estão estudando ( 96,3% das crianças e 90,0% dos adolescentes ) em escolas regulares – particulares e públicas o que demonstra um avanço em termos de inclusão da pessoa portadora de deficiência auditiva na sociedade, apesar das dificuldades para o acesso e preparo das professoras/escola. O que se tem buscado é a interação da terapeuta da cidade de origem com as professoras e tem-se constatado o apoio da escola. Entre os adultos, apenas 5,5% estão estudando. Os que não estão estudando representam 44,2% do total; esta porcentagem refere-se à 94,5% dos pacientes adultos, 10,0% dos adolescentes e 3,7% das crianças. Das crianças que ainda não estão frequentando a escola,

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

3.7% não o estão fazendo em função da idade – são muito novas para ingressarem em alguma escola de sua cidade de origem.

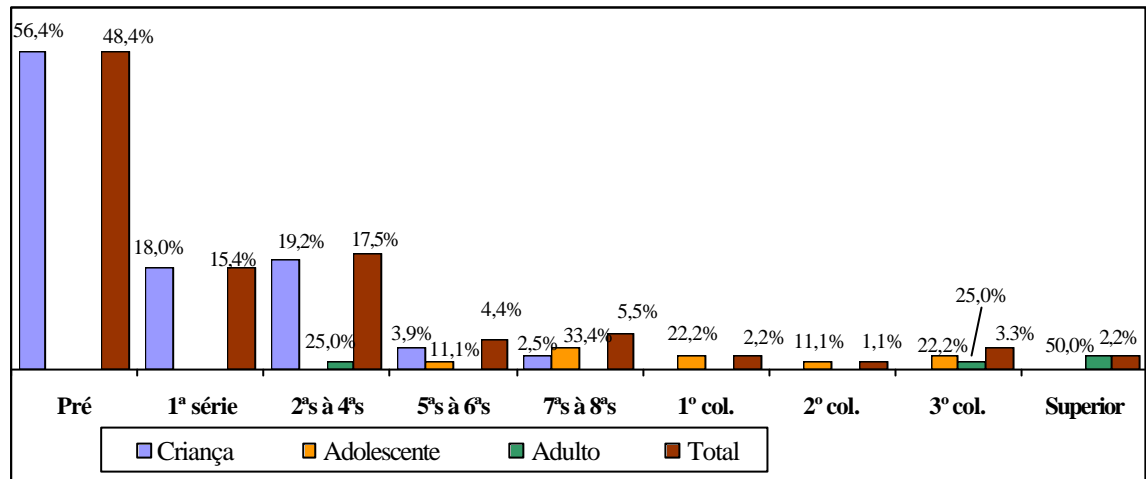
Entre os adolescentes apenas 1 (10.0%) não está freqüentando a escola, mas já concluiu o 3º colegial. Apesar do alto índice de adultos (94.5%) que não estão freqüentando, como será visto posteriormente, todos já freqüentaram a escola, portanto são, no mínimo, alfabetizados, o que facilita ou mesmo possibilita a comunicação.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 17 - Distribuição dos pacientes que estão freqüentando escola por grau de escolaridade: 91 pacientes**

GRAU DE ESCOLARIDADE	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pré	<b>44</b>	56.4%	-	-	-	-	<b>44</b>	48.4%
1ª Série	<b>14</b>	18.0%	-	-	-	-	<b>14</b>	15.4%
2ª s à 4ª s	<b>15</b>	19.2%	-	-	-	-	<b>16</b>	17.5%
5ª s. e 6ª s.	<b>03</b>	3.9%	-	-	-	-	<b>04</b>	4.4%
7ª s. e 8ª s.	<b>02</b>	2.5%	<b>03</b>	33.4%	-	-	<b>05</b>	5.5%
1º col.	-	-	<b>02</b>	22.2%	-	-	<b>02</b>	2.2%
2º col.	-	-	<b>01</b>	11.1%	-	-	<b>01</b>	1.1%
3º col.	-	-	<b>02</b>	22.2%	<b>01</b>	25.0%	<b>03</b>	3.3%
Superior	-	-	-	-	<b>02</b>	50.0%	<b>02</b>	2.2%
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	100.0%	<b>09</b>	100.0%	<b>04</b>	100.0%	<b>91</b>	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 22 - Distribuição dos pacientes que estão frequentando escola por grau de escolaridade: 91 pacientes**

O grau de escolaridade **dos que estão estudando**, em virtude da faixa etária (crianças), concentra-se entre pré-primário e 4ª série do ensino básico (81.3%), com maior índice (48.4%) para o pré-primário, que, no estudo, inclui todas as fases anteriores à primeira série do ensino básico. O grau de escolaridade entre os adolescentes, varia muito – da 5ª série até o 3º colegial e teve seu maior índice (33.4%) na faixa da 7ª e 8ª séries.

Entre os adultos que estão estudando, apenas 1 (25.0%) está no primário (4ª série – em virtude da falta de recurso na cidade/estado em

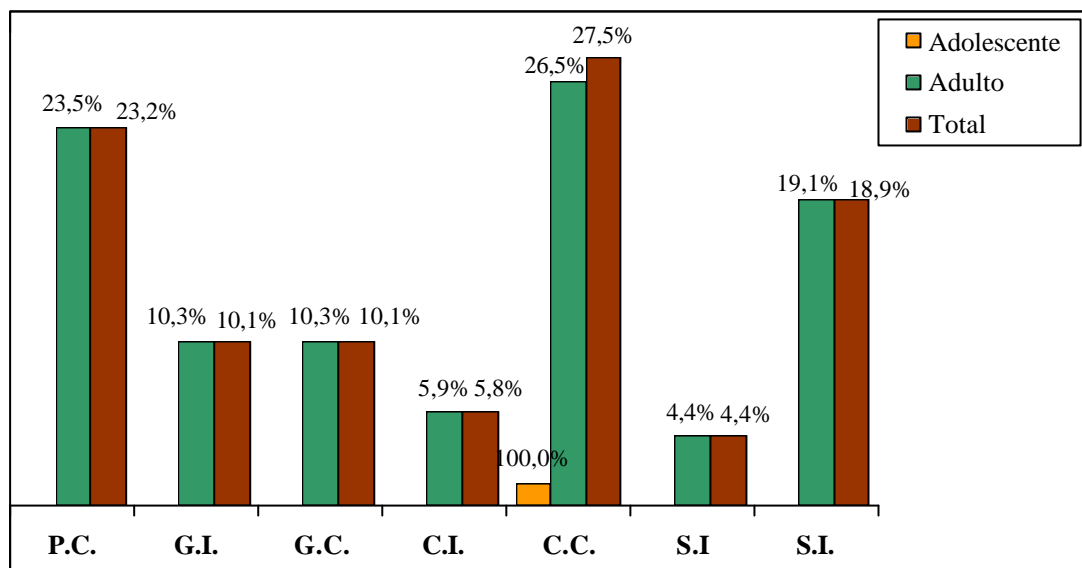
#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

que morava antes de vir para o CPA) e 1 (25.0%), no colegial. Os demais (50.0%) estão freqüentando curso superior.

**Tabela 18 - Distribuição dos pacientes que não estão freqüentando escola por grau de escolaridade: 69 pacientes, excluindo crianças**

GRAU DE ESCOLARIDADE	ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prim. Incompleto	-	-	-	-	-	-
Prim. Completo	-	-	16	23.5%	16	23.2%
Ginásio Incompleto	-	-	07	10.3%	07	10.1%
Ginásio completo	-	-	07	10.3%	07	10.1%
Colegial Incompleto	-	-	04	5.9%	04	5.8%
Colegial completo	01	100.0%	18	26.5%	19	27.5%
Superior Incompleto	-	-	03	4.4%	03	4.4%
Superior completo	-	-	13	19.1%	13	18.9%
<b>TOTAL</b>	<b>01</b>	<b>100.0%</b>	<b>68</b>	<b>100.0%</b>	<b>69</b>	<b>100.0%</b>

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Legenda:** PC – primário completo; GI – ginásio incompleto; GC – ginásio completo;

CI – colegial incompleto; CC – colegial completo; SI – superior incompleto;

SC – superior completo

**Figura 23 – Distribuição dos pacientes que não estão freqüentando escola por grau de escolaridade**

Entre os pacientes que **não estão freqüentando a escola, excluindo as crianças**, todos já freqüentaram; apenas 1 é adolescente (que representa 1.4% do total desses 69 pacientes). Os adultos, portanto, somam os 98.6% restantes. Entre eles, o índice mais alto (26.5%) é dos que completaram o colegial, seguido de 23.5% que apenas completaram a 4ª série. Outro índice significativo entre adultos, é o nível de escolaridade superior (19.1% já haviam

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

completado). Esses índices do total estão muito próximos dos atingidos pelos adultos (0.2% de diferença), em função de apenas 1 paciente adolescente fazer parte desse universo.

Outro nível pesquisado, foi a situação de trabalho, vista como um meio de inclusão social<sup>1</sup>, onde os tidos como diferentes (portador de alguma deficiência) podem se sentir mais iguais; trabalho como direito de cidadania.

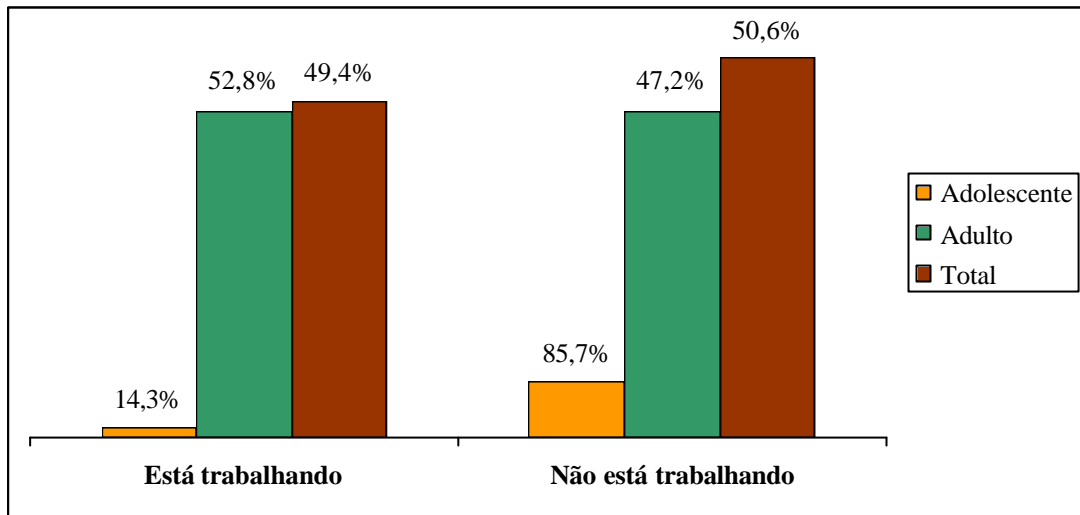
**Tabela 19 - Distribuição dos pacientes por situação de trabalho**

SITUAÇÃO DE TRABALHO	* ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esta trabalhando	<b>1</b>	14.3%	<b>38</b>	52.8%	<b>39</b>	49.4%
Não está trabalhando	<b>6</b>	85.7%	<b>34</b>	47.2%	<b>40</b>	50.6%
total	<b>07</b>	100.0%	<b>72</b>	100.0%	<b>79</b>	100.0%

\* apenas acima de 16 anos

<sup>1</sup> Processo pelo qual pessoas (portadoras de qualquer tipo de necessidade especial) se preparam para assumir papéis na sociedade e, simultaneamente, a sociedade se adapta para atender às necessidades de todas as pessoas. SASSAKI, 1997.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



**Figura 24 - Distribuição dos pacientes por situação de trabalho**

Para verificar a **situação de trabalho dos pacientes**, foram considerados todos os pacientes adultos e os adolescentes acima de 16 anos, no caso 70.0% entre eles, somando 79 pacientes.

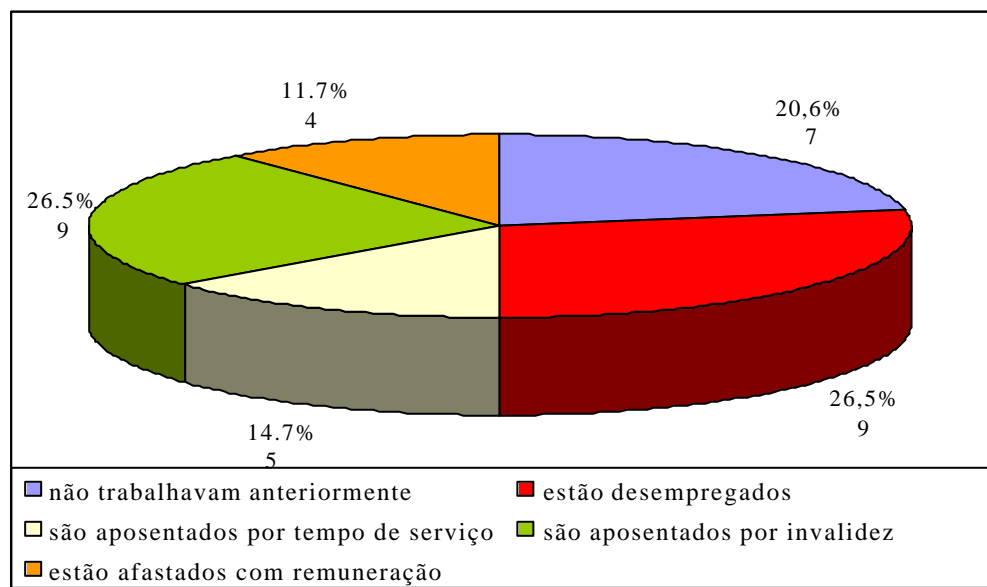
Entre os pacientes, 49.4% estão trabalhando (dentre eles 14.3% dos adolescentes – 1 paciente) e 50.6% não estão (85.7% dos adolescentes).

Se forem considerados apenas os pacientes adultos, 52.8% estão trabalhando e 47.2% não estão.

Entre os adolescentes que não estão trabalhando, 100.0% nunca o haviam feito.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

Entre os adultos que não estão trabalhando (34 pacientes), 20.6% nunca haviam trabalhado (somente pacientes do sexo feminino), 26.5% estão desempregados (66.7% homens e 33.3% mulheres), 14.7% estão aposentados por tempo de serviço (80.0% mulheres e 20.0% homens), 26.5% estão aposentados por invalidez (55.5% homens e 44.5% mulheres) e 11.7% estão afastados do serviço, com remuneração (todos do sexo masculino). A figura a seguir ilustrará essa situação.



**Figura 25 – Situação dos pacientes que não estão trabalhando**

---

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

Entre os pacientes que trabalhavam anteriormente, sabe-se que existe, por parte de alguns, a intenção de uma colocação, não só para o aumento da renda familiar, mas como uma forma de “provar” sua capacidade de assumir uma ocupação.

Entre os aposentados por invalidez, há os que reconhecidamente não têm condições de assumir uma atividade e há os que poderiam exercer alguma função, no entanto, sabe-se que a falta de “qualificação” em outras atividades, que não a exercida até então, somada ao baixo nível de escolaridade e atual perfil do mercado de trabalho<sup>1</sup>, contribuíram para essa situação, agravando também a situação dos desempregados. Principalmente entre essas duas categorias, aposentados por invalidez e desempregados, percebe-se que o paciente é afetado em todas as esferas de sua vida, levando a um rebaixamento da sua auto-estima, já fragilizada, pela sua condição de portador de uma deficiência, além da questão financeira tão determinante em uma sociedade capitalista.

Esta é uma preocupação de todos os profissionais da equipe que têm a consciência de que, como refere Oliveira (1998), se o homem,

---

<sup>1</sup> “no modelo econômico vigente, cada dia se produz mais, empregando menos pessoas.” ROCHA, G.S. Inclusão no mercado de trabalho. In: LANCETTI, A. (org.). Assistência social e cidadania. São Paulo: Hucitec, 1996. 165p. p. 126-133.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

hoje perde seu trabalho, a motivação fundamental da ação humana, ele perde o sentido de sua vida. O trabalho ainda é o símbolo de autonomia, de integração social e o caminho para a ascensão social.

O depoimento de uma paciente, registrado em pesquisa realizada no CPA por Kijima (1999), ratifica essa referência. “*Não trabalhar traz muitos incômodos. É como se faltasse tudo na vida.*”

Reconhece-se a necessidade de um trabalho mais articulado e sistematizado entre o Assistente Social e o psicólogo em um centro de reabilitação a ser efetivado com pacientes adultos desempregados, no sentido de veiculação de informações, orientações e encaminhamentos e outros procedimentos, de acordo com a demanda. Já está sendo verificada a possibilidade de desenvolver uma parceria com o NIRH – Núcleo Integrado de Reabilitação e Habilitação – do HRAC, para atendimento do paciente, por ocasião do *follow-up*. O que dificulta uma ação mais efetiva é o fato de os pacientes não residirem em Bauru e não terem conhecimento dos recursos em sua cidade. Os recursos comuns a todos os municípios já foram acionados.

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

Os trabalhos desenvolvidos por Hogan (1997), sobre os benefícios associados ao IC, revelaram que, na maioria dos casos, não houve melhoras no resultados de uma colocação profissional/emprego após o IC, principalmente pela falta de programas dirigidos à esta questão, associados ao Programa de Implante Coclear. Esse dado, portanto, reforça a necessidade dessa medida do CPA, mesmo não tendo nenhum paciente implantado, com idade para trabalhar, residindo em Bauru.

Passando aos pacientes que estão trabalhando, será apresentado o seu **nível ocupacional**, de acordo com as categorias citadas no estudo socio-econômico (anexo 9), proposto por Graciano, Lehfeld & Neves Filho, 1996.

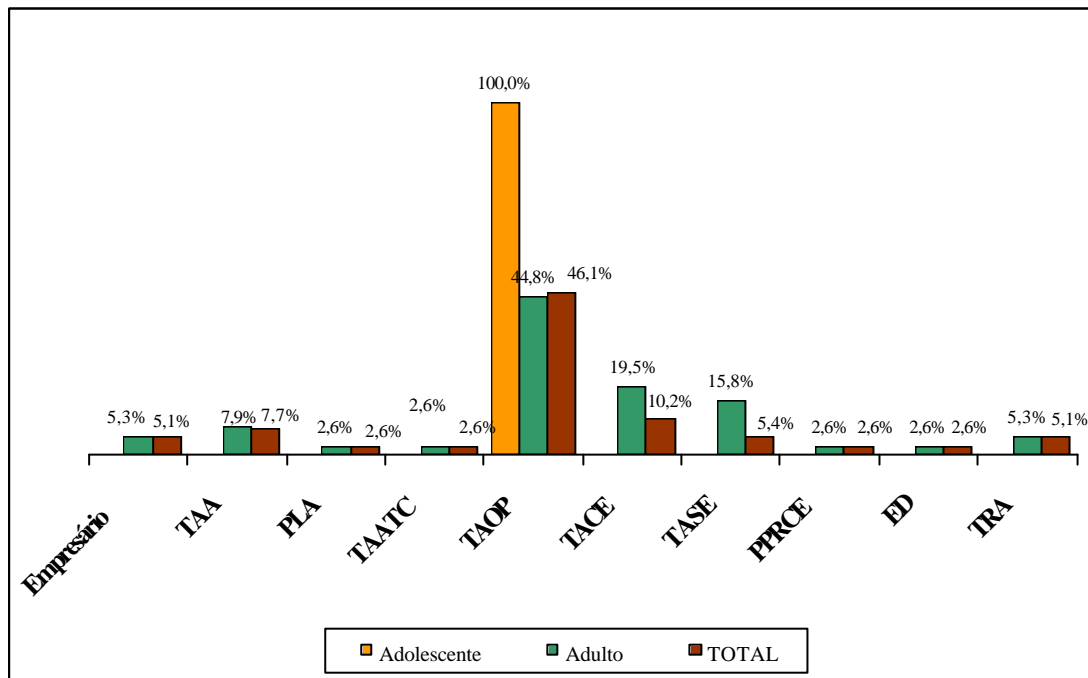
#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 20 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e nível ocupacional: 39 pacientes**

NÍVEL OCUPACIONAL	*		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Empresário	-	-	<b>02</b>	5.3%	<b>02</b>	5.1%
Trabalhadores da alta administração	-	-	<b>03</b>	7.9%	<b>03</b>	7.7%
Profissionais Liberais autônomos	-	-	<b>01</b>	2.6%	<b>01</b>	2.6%
Trabalhadores Assalariados adm. e técnico e científ.	-	-	<b>01</b>	2.6%	<b>01</b>	2.6%
Trabalhadores ass.: ocupações de Produção...	<b>01</b>	100.0%	<b>17</b>	44.8%	<b>18</b>	46.1%
Trabalhadores Autônomos com empregado	-	-	<b>04</b>	10.5%	<b>04</b>	10.2%
Trabalhadores Autônomos sem empregado	-	-	<b>06</b>	15.8%	<b>05</b>	15.4%
Pequenos produtores rurais com empregado	-	-	<b>01</b>	2.6%	<b>01</b>	2.6%
Pequenos produtores rurais sem empregado	-	-	-	-	-	-
Empregados domésticos	-	-	<b>01</b>	2.6%	<b>01</b>	2.6%
Trabalhadores Rurais Assal.	-	-	<b>02</b>	5.3%	<b>02</b>	5.1%
<b>Total</b>	<b>01</b>	100.0%	<b>38</b>	100.0%	<b>39</b>	100.0%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

Vide especificações no anexo nº 9  
PACIENTES TRABALHANDO- 39



**Legenda:** TAA – trabalhadores da alta administração; PLA – profissionais liberais autônomos; TAATC – trabalhadores assalariados Adm., Tec. E Cient.; TAOP – trabalhadores assalariados: ocupações de produção; TACE – trabalhadores autônomos com empregado; TASE – trabalhadores assalariados sem emprego; PPRCE – pequenos produtores rurais com empregado; ED – empregados domésticos; TRA – trabalhadores rurais assalariados

**Figura 26 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e nível ocupacional: 37 pacientes**

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

O maior índice do nível ocupacional dos pacientes (46.1%) refere-se aos assalariados (incluindo o único adolescente em atividade), independentemente do nível de escolaridade, uma vez que entre eles, 27.8% têm curso superior completo – nível este não exigido para essa categoria.

As demais ocupações referem-se apenas aos adultos. Um índice significativo (15.4%) registra uma tendência da sociedade atual: a categoria dos trabalhadores autônomos sem empregado, que nem sempre exige escolaridade e qualificação específica. Entre estes, há os pacientes que são feirantes, motoristas de taxi, artesão e outros. Já 10.2% dos pacientes são trabalhadores autônomos com empregado.

Os 12.9% dos pacientes, com ocupações de alto nível, são trabalhadores da alta administração (7.7%), profissionais liberais autônomos (2.6%), trabalhadores assalariados administrativos técnico-científico (2.6%) – essas três categorias, somente entre os adultos com nível superior de escolaridade; 51% dos paciente são empresários.

Os demais (10.3%) são trabalhadores rurais assalariados (5.1%), pequenos produtores rurais (2.6%) e empregados domésticos (2.6%).

A única categoria ausente, é a de pequeno produtor rural sem empregado.

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

O que será apresentado a seguir é o nível ocupacional do chefe de família<sup>2</sup>, um dos indicadores no estudo social (Graciano, Lehfeld & Neves Filho, 1996) para a classificação socioeconômica do paciente/família.

---

<sup>2</sup> Chefe de família aqui entendido como o membro da família que tem o maior nível ocupacional. Coincidentemente todos os chefes de família do universo são os que recebem o maior salário, são os maiores provedores da família, senão os únicos.

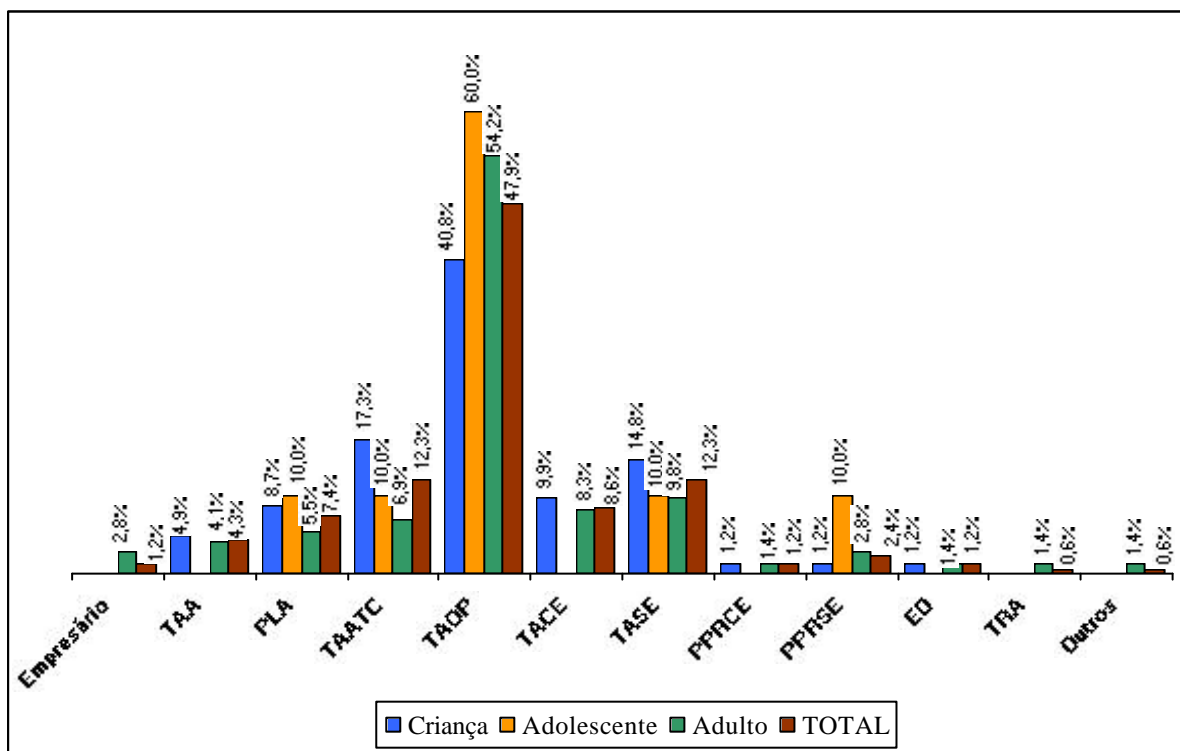
#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**Tabela 21 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e nível ocupacional do chefe de família**

NÍVEL OCUPACIONAL	CRIANÇA		* ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Empresário	-	-	-	-	02	2.8%	02	1.2%
Trabalhadores da alta administração	04	4.9%	-	-	03	4.1%	07	4.3%
Profissionais Liberais autônomos	07	8.7%	01	10.0%	04	5.5%	12	7.4%
Trabalhadores Assalariados adm. e técnico e científ.	14	17.3%	01	10.0%	05	6.9%	20	12.3%
Trabalhadores ass.: ocupações de Produção...	33	40.8%	06	60.0%	39	54.2%	78	47.9%
Trabalhadores Autônomos com empregado	08	9.9%	-	-	06	8.3%	14	8.6%
Trabalhadores Autônomos sem empregado	12	14.8%	01	10.0%	07	9.8%	20	12.3%
Pequenos produtores rurais com empregado	01	1.2%	-	-	01	1.4%	02	1.2%
Pequenos produtores rurais sem empregado	01	1.2%	01	10.0%	02	2.8%	04	2.4%
Empregados domésticos	01	1.2%	-	-	01	1.4%	02	1.2%
Trabalhadores Rurais Assal.	-	-	-	-	01	1.4%	01	0.6%
Outros	-	-	-	-	01	1.4%	01	0.6%

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

Total	81	100.0%	10	100.0%	72	100.0%	163	100.0%
-------	----	--------	----	--------	----	--------	-----	--------



**Legenda:** TAA – trabalhadores da alta administração; PLA – profissionais liberais; TAATC – trabalhadores assalariados administrativos, técnicos e científicos; TAOP – trabalhadores assalariados ocupações de produção; TACE – trabalhadores assalariados com empregados; TASE – trabalhadores assalariados sem empregado; PPRCE – pequenos produtores rurais com empregados; PPRSE – pequenos produtores rurais sem empregado; ED - empregados domésticos; TRA – trabalhadores rurais assalariados

**Figura 27 – Distribuição dos pacientes por faixa etária e nível ocupacional do chefe de família**

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

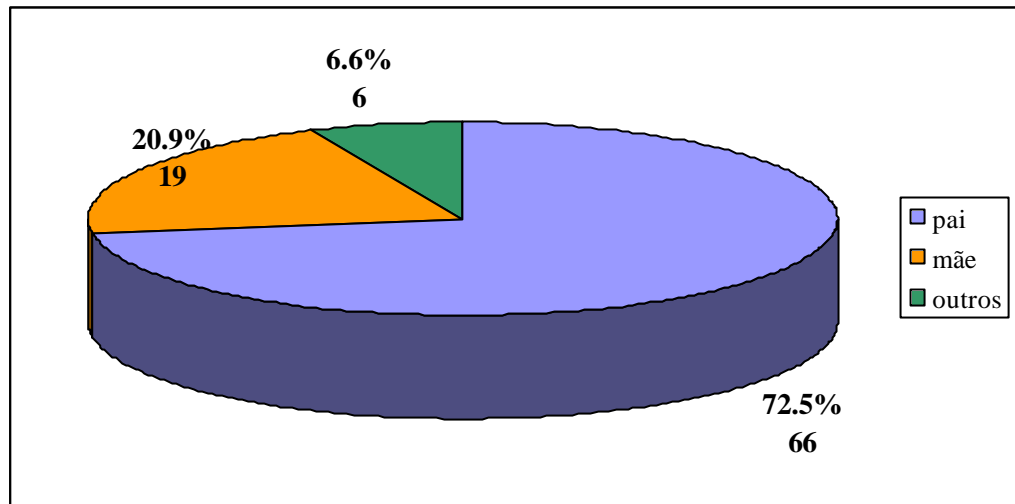
Com relação **ao nível ocupacional do chefe de família** – o maior índice (47,9%), também é o de trabalhadores assalariados (que representam 40.8% das crianças, 60.0% dos adolescentes e 54.2% dos adultos). O segundo maior índice (12,3%) é o mesmo para os trabalhadores assalariados, administrativos e técnico-científicos e para os trabalhadores autônomos sem empregado.

Os índices menores, estão entre os trabalhadores autônomos com empregado (8.6%) e com profissionais liberais autônomos (7.4%), presentes em todas as faixas etárias. Os trabalhadores da alta administração atingem um índice de 4.3%

Na zona rural, entre os pequenos produtores rurais com e sem empregado, o percentual de trabalhadores rurais assalariados é de 5,4%. Na categoria de empresários, há apenas 1.2% dos pacientes e na categoria de outros 0.6%.

Como apenas um adolescente trabalha, mas seu nível ocupacional não é o maior da família, pode-se considerar que todos os pacientes, crianças e adolescentes, são dependentes financeiramente, e agrupados somam 91, que representam 55.9% do universo. A identificação do responsável, o que tem o maior nível ocupacional, permite uma categorização entre pai, mãe e outros.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social



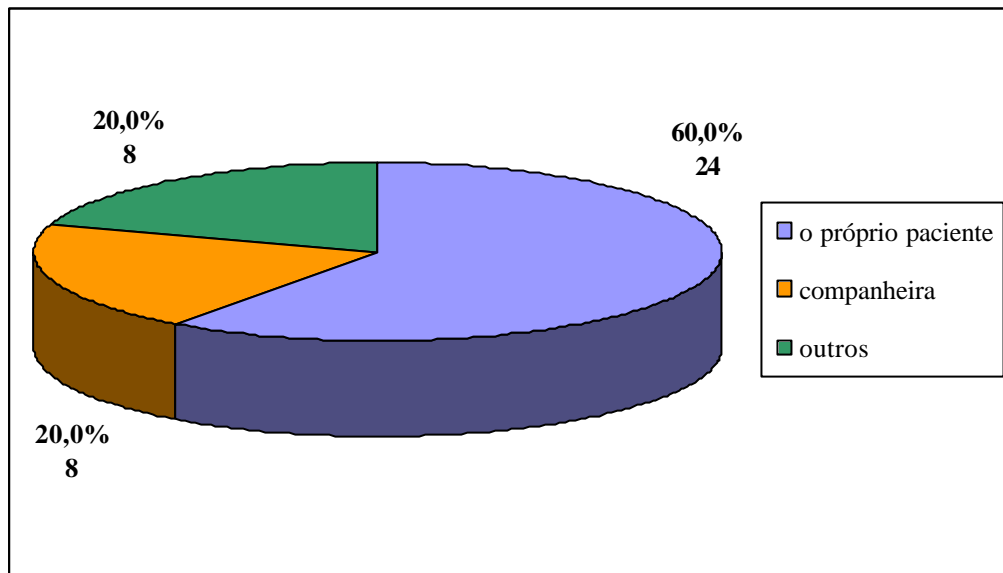
**Figura 28 – Chefe de família entre os pacientes crianças e adolescentes**

Como pode-se observar, a maioria (72.5%) tem o pai como chefe de família. Entre as mães (famílias monoparentais) o índice é de 20.9% e entre os outros (padastrós, avós, tios e irmãos), é de 6.6%.

Com os pacientes adultos, a especificação será por sexo (dos pacientes) e por categoria da pessoa que tem o maior salário: o próprio paciente, companheiro(a) e outros, uma vez que, ganhar menos (em virtude de uma ocupação menor) e/ou ser sustentado por outra pessoa, ainda, é um problema, independentemente do fato da pessoa ser portadora de uma deficiência e se considerar um fardo para a família.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

### Sexo masculino



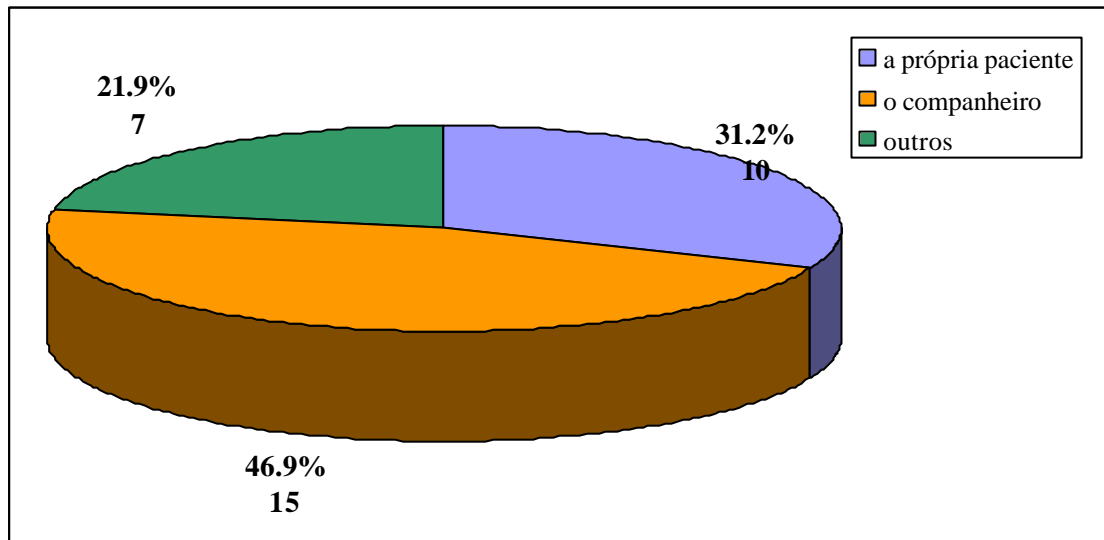
**Figura 29 – Chefe de família entre os pacientes adultos do sexo masculino**

Entre os 40 pacientes (100.0%), 60.0% são os responsáveis, os que recebem o maior salário. Os demais (40.0%) estão igualmente distribuídos entre os que a companheira é quem tem o maior nível ocupacional (20.0%) e entre aqueles que têm familiares morando junto, com ocupações mais altas (20.0%). A dependência da companheira deve-se ao fato de o paciente estar desempregado,

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

aposentado ou afastado pela previdência ou estar trabalhando, mas em uma ocupação inferior ao da companheira.

#### Sexo feminino



**Figura 30 – Chefe de família entre os parentes adultos do sexo feminino**

Entre as 32 pacientes (100.0%), 46.9% têm o companheiro como chefe de família, 31.2% são as que têm o nível ocupacional mais alto ou, mesmo, são as únicas que trabalham e têm uma renda. E, 21.9% têm familiares que residem na mesma casa com nível

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

ocupacional mais alto. A dependência do companheiro deve-se ao fato de sempre ter sido dependente, estar desempregada, aposentada ou estar trabalhando, em uma função inferior à função do companheiro.

Os dados apresentados foram uma caracterização do universo dos pacientes implantados no CPA, que pode ser ampliada com aspectos sociais, que serão abordados a seguir, de acordo com a literatura.

#### **4.2. Aspectos sociais sobre os usuários de Implante Coclear.**

Para falar sobre as repercussões do IC na vida do seu usuário, foram consultados vários autores e pesquisadores estrangeiros - na sua maioria, norte-americanos - em virtude da gama de trabalhos realizados pelos diversos centros de atendimento e da não existência de trabalhos disponíveis no Brasil, na área psicossocial.

A literatura, apesar de enfatizar a importância da equipe interdisciplinar no Programa de Implante Coclear, não relata a presença do profissional do Serviço Social em todos os centros.

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

A importância da equipe de trabalho do cirurgião otorrinolaringologista, das fonoaudiólogas (especializadas em deficiência auditiva e distúrbios da linguagem) e do psicólogo é enfatizada, porque o sucesso da cirurgia é baseado na seleção adequada, nas técnicas de cirurgia atualizadas, assim como na reabilitação pós cirúrgica (Ribari et al., 1996; Lernaz, 1998). Durante esse processo (da avaliação até o *follow-up*) existe uma colaboração estreita entre os membros da equipe (Harrison et al., 1997).

Mesmo sem citar, com frequência, o Assistente Social na equipe, muitos trabalhos desenvolvidos pelos pesquisadores envolvem aspectos psicossociais, que estão estreitamente ligados às demandas do Serviço Social.

A maioria dos trabalhos consultados refere-se a pesquisas realizadas, medindo resultados alcançados com o uso do IC e sua eficácia, alguns dos quais serviram de referência para este estudo.

O que fica unânime entre todos os autores – independentemente do aspecto abordado – é que o IC é um recurso eficaz para portadores de deficiência auditiva neurossensorial, crianças e adultos. (Hogan, 1997; Gstöettner et al., 1997; Lernaz, 1998; Palmer et al., 1999)

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

Em pesquisas sobre mudança na qualidade de vida, a melhora foi atestada por todos (Summerfield et al. 1995; Kunimoto et al., 1999; Palmer et al., 1999 ).

Facer et al. (1995) afirma que o IC é reconhecido como um procedimento benéfico tanto para crianças como para adultos, e que os esforços para o seu aprimoramento deveriam continuar para uma melhora na comunicação e, conseqüentemente, na qualidade de vida de indivíduos portadores de deficiência profunda, em todas as idades.

Já O'Neill et al. (2000), aborda a questão da diferença entre adultos e crianças. As crianças deficientes auditivas diferem de seus pares adultos na questão do desenvolvimento da fala, e necessitam de um programa de habilitação de longa duração e alto custo, uma vez que apesar do IC ser o mais importante avanço do século no tratamento médico de portadores de deficiência auditiva, não dispensa acompanhamento de outras áreas especializadas. Isto em função de benefícios que minimizem/evitem a dependência da criança de “serviços sociais”, na idade adulta.

A cirurgia de IC em crianças deixou de ser considerada uma prática experimental desde que a FDA (*Food and Drug Administration*) aprovou o IC em 1990. Hoje, o IC é um opção viável

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

para crianças (Bray et al., 1997), inclusive as menores de 2 anos de idade que, inicialmente, estavam excluídas do programa. Estudos recentes mostraram que crianças nessa faixa etária podem ser operadas com segurança e sucesso, provando que uma intervenção precoce pode proporcionar um potencial maior para o desenvolvimento da linguagem e fala, tornando o IC, nesses casos, uma norma e não uma exceção (Rizer & Burkey, 1999).

Considerando, ainda, o atendimento a crianças, para ilustrar as mudanças na sua vida e família, o trabalho que mais se aproxima da realidade pesquisada entre os pacientes do CPA foi a pesquisa de Kelsay & Tyler (1996), que registra relatos dos pais sobre as vantagens e desvantagens do uso do IC, categorizadas em: sons ambientes, percepção de fala, produção de fala, estilo de vida, audição, educação, linguagem, aspectos psicológicos, comportamento, dispositivos externos, ajustamento, cirurgia, físico, questão financeira, que poderão ser visualizados no quadro, apresentado a seguir:

## Quadro 2 – Vantagens do Implante Coclear em crianças

VANTAGENS
<p><b>sons ambientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. capacidade de ouvir sons do ambiente (telefone, campainha, buzina)</li> <li>. possibilidade de maior sintonia com o mundo - mais atenção aos sons ao redor</li> </ul> <p><b>percepção de fala</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. maior atenção às vozes que a cercam</li> <li>. possibilidade de melhorar na leitura orofacial</li> <li>. capacidade de responder quando chamado pelo nome</li> <li>. capacidade de se comunicar sem o uso de sinais pelos outros</li> </ul> <p><b>produção de fala</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. melhora a habilidade imitativa</li> <li>. capacidade de controlar a intensidade da sua fala e se comunicar sem usar sinais</li> </ul> <p><b>estilo de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. capacidade de responder aos sinais de alerta no meio ambiente (maior segurança)</li> <li>. possibilidade de tornar-se independente</li> <li>. capacidade de participar das mais variadas atividades sociais (esportes, teatro, aula de piano)</li> <li>. possibilidade de ter mais amigos ouvintes</li> </ul> <p><b>audição (em geral)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. capacidade de ouvir melhor</li> </ul> <p><b>educação/aspectos educacionais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. capacidade de ser bem-sucedida em escola regular e, de melhorar a habilidade de leitura</li> </ul> <p><b>linguagem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. a capacidade de melhorar o vocabulário e a habilidade de fala</li> </ul> <p><b>aspectos psicológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. aumento da auto-estima e da confiança</li> </ul> <p><b>comportamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. aumento da vontade de tentar</li> </ul> <p><b>outros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. certeza de que a criança vai aprender a apreciar o som</li> <li>. melhora diária – “cada dia fica melhor”</li> </ul>

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

### Quadro 3 – Desvantagens do Implante Coclear em crianças

<b>DESVANTAGENS</b>
<p><b>equipamento/dispositivos externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. incômodo provocado por uso</li> <li>. manutenção e reparo</li> <li>. exigência de cuidados especiais quando está usando o IC</li> <li>. necessidade da troca de baterias</li> </ul> <p><b>ajustamento/progresso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. necessidade de um treino auditivo intensivo e de terapia de fala</li> </ul> <p><b>comportamento da criança</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. resistência que a criança apresenta em usar o IC</li> </ul> <p><b>cirurgia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. necessidade de cirurgia para ser implantado</li> </ul> <p><b>estilo de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. limitação da participação em atividades de esporte que exijam contato (com risco de bater a cabeça)</li> </ul> <p><b>outras expectativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. idéia que outras pessoas têm de que o IC é a cura total e que a criança pode ouvir normalmente</li> <li>. concepções erradas por parte da comunidade de “surdos”<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>educação/educacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. baixas expectativas com relação aos professores e a outros profissionais da escola</li> </ul> <p><b>financeiro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. despesas com viagens para o centro de atendimento físico</li> </ul> <p><b>psicológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. constrangimento pelo uso dos dispositivos externos</li> <li>. preocupação da criança não ser aceita pela comunidade surda</li> </ul> <p><b>sons ambientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. incômodo de alguns sons ambientes altos (aparador de grama, choro de criança, coral da igreja)</li> </ul> <p><b>percepção de fala em ambientes ruidosos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. dificuldade de entender o outro em ambiente ruidoso</li> </ul>

<sup>1</sup> Nos Estados Unidos, segundo Lane & Bahan (1998), existe uma resistência ao IC por parte das organizações dentro da “comunidade surda”. Essas organizações tem cultura e valores próprios e querem preservá-los. (LANE, H.; BAHAN, B. Ethics of cochlear implantation in young children: a revive and reply from a deaf world perspective, 1998. p.297).

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

Os autores citam que, apesar das expectativas dos pais pesquisados com relação aos resultados do IC terem sido próximas do real, quase a metade deles não esperava as desvantagens apontadas.

O mais importante é que as expectativas mais significativas para a maioria foram atingidas: percepção e produção de fala, percepção de sons ambientes e mudanças positivas no estilo de vida.

No entanto, independentemente das vantagens e desvantagens, o IC realmente se revela como um recurso eficaz, principalmente para crianças, que exigiram mais tempo de estudo da comunidade científica, para poderem usufruir de seus benefícios. Como bem expõe Estabooks (1998), nunca antes na história da educação das crianças que são deficientes auditivas profundas, existiu tal potencial para ouvir. Para muitas crianças que não são capazes de aprender a ouvir com um aparelho auditivo, o IC pode proporcionar acesso ao mundo rico e à linguagem falada. Por meio de um programa de IC consistente e uma (re)habilitação auditiva sistemática (terapia), com o máximo envolvimento dos pais, essas crianças aprendem a ouvir sua própria voz, a voz de outros e os sons que as cercam, usando a fala.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

Com adultos existem muitas pesquisas medindo os resultados do IC, a sua eficácia, as vantagens e desvantagens, a qualidade de vida e a questão do trabalho.

Hogan (1997), desenvolveu um trabalho com adultos que relata achados relacionados às medidas quanti-qualitativas de benefícios psicossociais associados ao PIC de adultos e concluiu que:

- ICs aumentaram as habilidades de comunicação interpessoal dos implantados e a confiança social, e estavam associados com a redução da ansiedade social dos usuários.
- Os usuários não alcançaram ganhos socioeconômicos mais amplos, principalmente pela falta de programas comunitários de educação e colocação profissional associados aos programas de Implante Coclear.

Esse autor aborda questões importantes relacionadas às implicações sociais, à melhoria na habilidade de comunicação e ao trabalho.

Com relação às **implicações sociais**, o IC possibilita aos usuários ouvir os sons ambientes. Este resultado permite que o indivíduo participe de atividades diárias, próximo ao normal. Essas atividades incluem estar apto a ouvir e responder ao telefone ou a ouvir o toque

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

da campainha; apto também a compartilhar o prazer de sons da mata e dos pássaros.

O 1º conjunto de experiências é funcional, dando possibilidade ao usuário de conviver com atividades diárias sem preocupar-se, constantemente, com o fato de ter perdido um chamado ou uma visita.

O 2º conjunto dessas experiências permite ao usuário compartilhar prazeres sutis da vida, que são garantidos aos ouvintes.

O IC pode fazer o seu usuário sentir-se “normal”, no sentido de não ter de pensar em ser surdo e permite que ele passe sem parecer estar competindo com as regras da interação do dia-a-dia. Consegue reduzir os efeitos do isolamento social devido à deficiência auditiva e remover e/ou reduzir a sensação de ser um fardo social, sentida pelo deficiente auditivo.

Para muitos adultos deficientes auditivos a aquisição da deficiência auditiva foi vivenciada tão lentamente, que eles esqueceram quanto eles costumavam ouvir.

O IC significa a restauração/re-aquisição da habilidade de participar do mundo de todos os dias de maneiras excepcionais. De acordo com um adulto implantado, são esses pequenos toques que mantém você em contato com o mundo.

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

Sendo assim, o IC é considerado um meio transformador, que viabiliza a sua retomada/começo da vida do usuário como ele quer vivê-la.

Na **melhora da habilidade de comunicação**, um dos mais extensivos benefícios do IC relatados pelo usuário está no domínio da comunicação familiar e social, pois reduz o alcance dos problemas de comunicação diária e os problemas de comunicação vivenciados dentro da família.

O IC permite retomar atividades sociais como elas costumavam ser vividas, principalmente no que se refere ao relacionamento pessoal, quando o indivíduo sente-se capaz de interferir, iniciar e mesmo manter uma conversa que antes o faria evitar. A capacidade da comunicação a distância (por telefone) é outro benefício relatado. Tudo isto proporciona o aumento da independência e auto-confiança, resultante, principalmente, da redução da ansiedade social.

O simples fato de saber que está apto a fazer pequenas coisas, aumenta a confiança do usuário para as atividades diárias. O fato de ser mais confiante e de estar apto a deixar o mundo do silêncio para traz, significa tornar-se uma nova pessoa.

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

Com relação ao **trabalho**, na maioria dos casos não houve melhora no resultado de colocação/emprego após o IC.

A questão do não emprego emerge como uma questão sem “direção”, dentro dos programas de reabilitação. O modelo de reabilitação do IC não inclui apoio à colocação profissional para trabalho, como parte do processo de reabilitação. Como consequência, muitos implantados deixam sua condição de trabalhador/funcionário, sem apoio adequado dos profissionais de reabilitação. Esta quebra no processo de reabilitação em andamento, prejudica o benefício total obtido pelo deficiente auditivo, como resultado do PIC.

Por outro lado, aqueles implantados que mantiveram ou recuperaram seu emprego após o IC, descobriram que o modo como eram tratados no local de trabalho, melhorou. Pelo fato de o IC oferecer ao deficiente auditivo a possibilidade de ouvir e falar mais prontamente, o usuário é reconhecido como uma pessoa competente e tratado como tal.

Para detalhar um pouco mais, serão destacados pontos mais significativos dos autores que pesquisaram as vantagens e desvantagens do IC na vida dos adultos (Tyler & Kelsay, 1990; Tyler, 1994), como está exposto nos quadros a seguir:

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

### Quadro 4 – Vantagens do Implante Coclear em adultos

VANTAGENS
<p><b>aspectos psicológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. melhora da saúde psicológica geral</li> <li>. aumento da confiança em situações sociais, incluindo iniciar conversas e falar</li> <li>. aumento da segurança e calma em situações sociais</li> <li>. sentimento da alegria de ouvir novamente</li> <li>. sentimento de que lhe foi dado uma 2ª vida e de que ele está aproveitando-a melhor</li> <li>. “fuga” do mundo do silêncio</li> <li>. aumento da felicidade</li> <li>. diminuição da tensão diante das situações – sente-se mais relaxado</li> <li>. aceitação pelos outros</li> <li>. superação da solidão e depressão</li> </ul> <p><b>estilo de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. melhora no <u>relacionamento</u> entre os membros da família (poder ouvir a voz daqueles com quem convive é gratificante)</li> <li>. melhora no <u>trabalho</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sente-se melhor para trabalhar</li> <li>- percebe o aumento da segurança no trabalho</li> <li>- percebe a ampliação das possibilidades no trabalho</li> <li>- sente-se mais hábil em tratar de negócios, por si mesmo ou de entender os colegas de trabalho</li> </ul> </li> <li>. melhora <u>social</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tem participado mais das atividades diárias</li> <li>- percebe maior facilidade para fazer “conhecidos”</li> <li>- inicia conversas novamente</li> </ul> </li> <li>. aumento da <u>independência</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pode fazer coisas por si mesmo – não precisa de acompanhante ou intérprete</li> <li>- pode lidar com situações diárias</li> </ul> </li> </ul> <p><b>diversas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. sente a diminuição de zumbido<sup>2</sup></li> <li>. percebe melhora no equilíbrio<sup>2</sup></li> <li>. sente-se melhor para trabalhar</li> <li>. tem a opção de desligar ( ficar sem ouvir )</li> </ul>

<sup>1</sup> Zumbido é uma percepção anormal do som associado às patologias otológicas, relatada pela maioria dos adultos portadores de deficiência auditiva. Pesquisas atestaram benefícios do IC, com relação à audição adicionando-se a supressão parcial ou total do zumbido. AMANTINI, RCB. Estudo do zumbido em pacientes adultos portadores de implante coclear multicanal. Bauru, 2000. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. 2000 (prelo).

<sup>2</sup> O equilíbrio corporal do ser humano é dependente de informações oriundas do ouvido interno e, portanto, qualquer alteração nesse sistema pode vir a acarretar alterações no equilíbrio global. (MARIOTTO, L.D.F. Reabilitação labiríntica nos pacientes do Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2000. (Projeto de Pesquisa – período agosto 2000 à julho 2002.)

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

### Quadro 5 – Desvantagens do Implante Coclear em adultos

<b>DESVANTAGENS</b>
<p><b>Psicológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. dificuldade em lidar com as falhas dos dispositivos</li> <li>. dificuldade no ajustamento dos novos sons</li> <li>. dependência do processador – frustração quando ele falha</li> <li>. frustração quando está aprendendo novos sons</li> </ul> <p><b>estilo de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. necessidade de explicar se o IC afeta seu estilo de vida</li> <li>. necessidade de explicar sobre o IC para os outros</li> <li>. surdez noturna – o IC deve ser retirado para dormir</li> <li>. concepção errônea dos outros de que a audição após o IC é normal</li> </ul> <p><b>diversas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. alto custo da manutenção.<sup>3</sup></li> <li>. choque devido a eletricidade estática<sup>4</sup></li> <li>. estimulação do nervo facial ( riscos cirúrgicos )</li> </ul>

Percebe-se, pelo que foi exposto, que houve a preocupação de avaliar vários aspectos dos resultados do IC na qualidade de vida de seu usuário e sua família além das vantagens e desvantagens do IC. Este conhecimento sobre o contexto do usuário do IC e sua caracterização viabiliza uma intervenção mais eficaz para as áreas envolvidas na (re)habilitação abarcando a totalidade do paciente, e justifica a prática desenvolvida até o momento pelos profissionais,

<sup>3</sup> ao vencer a garantia do IC o usuário deve pagar, periodicamente, uma taxa para a firma.

<sup>4</sup> a eletricidade estática, ou carga eletrostática, é uma carga de eletricidade que acumula-se imperceptivelmente em pessoas ou objetos, criando um campo eletrostático. Os dispositivos IC podem ser danificados pela descarga eletrostática. ( COCHLEAR CORPORATION. Nucleus 24 Cochlear Implant System: document pack. Besel: Coclear, s.d.a)

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

mais especificamente, pelo Assistente Social, como será abordado a seguir.

#### **4.3. O Serviço Social no Programa de Implante Coclear.**

São necessárias, primeiramente, algumas considerações sobre o Serviço Social, em geral, antes de expor sobre o Serviço Social no PIC do CPA.

O Serviço Social é uma profissão que tem como base a prestação de assistência social enquanto direito de cidadania. Atua nos problemas decorrentes das relações sociais dos indivíduos - de família, escola, trabalho, religião e outras - que apresentam uma especificidade, pois a presença de uma deficiência, além de provocar uma abalo na sua estrutura, desencadeia, nos próprios portadores, problemas no seu cotidiano. (Graciano et al., 1991)

Segundo Graciano et al. (1999), o Serviço Social tem como objetivos específicos:

- favorecer a emancipação social e a inclusão social da pessoa portadora de deficiência e sua família;
- interpretar a instituição, seus serviços e processo de reabilitação;

---

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

- prevenir as dificuldades sociais, econômicas ou culturais que possam interferir no processo de reabilitação e/ou intervir sobre elas;
- mobilizar recursos institucionais e comunitários especialmente no campo da saúde e assistência;
- viabilizar a efetivação dos direitos básicos de cidadania a partir da inclusão em políticas públicas;
- buscar formas de enfrentamento individual e coletivo para as questões sociais que envolvem o processo de reabilitação;
- desenvolver práticas participativas, mobilizando e organizando as pessoas com deficiências;
- fornecer à equipe interdisciplinar uma visão da realidade socioeconômica e cultural da clientela, assegurando-lhe sua reabilitação;
- colaborar com a formação e o aperfeiçoamento profissional por meio de atividades de ensino e pesquisa, efetivando uma política de recursos humanos;
- prestar assessoria técnica de interesse do Hospital;
- contribuir para a construção de conhecimentos científicos na área de Serviço Social.

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

No HRAC/CPA, o tratamento oferecido envolve a ação de uma equipe interdisciplinar, definida como a interação de várias disciplinas, numa relação de reciprocidade, de mutualidade e diálogo. Cabe portanto, a cada um, reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas (Sampaio, 1989), pois o fundamento da interdisciplinaridade revela que nenhuma ciência esgota o conhecimento, pois a verdade não ocorre numa ciência isolada. Supõe reciprocidade e interação de conhecimentos, respeitando-se a postura ideológica pessoal e profissional de cada elemento da equipe.

Segundo Rodrigues On (1995, p.157) “o Serviço Social é uma profissão interdisciplinar por excelência, uma vez que articula diferentes conhecimentos de modo próprio, num movimento crítico entre prática-teoria e teoria-prática.”

Nessa equipe as atividades do Serviço Social nas relações com os usuários, familiares e comunidade se traduzem em mediações em dois níveis, segundo Netto & Falcão (1987, p.52):

- a passagem da exclusão, do não-uso-fruto de bens e serviços da sociedade, para a inclusão e usufruto efetivo;

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

- a expressão, em nível de consciência, das relações e determinantes existentes entre o destino singular sentido e vivido por cada um e o destino de classe social a que pertencem. Esta apreensão faz a passagem singular/coletivo.

O Assistente Social em uma equipe de saúde, segundo Silva & Lessa (1998, p.119) “ é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido. A partir desta visão de totalidade, passa a interpretar com a equipe, aspectos relevantes no âmbito social”. Dentro desta perspectiva, deverá estar sempre bem informado sobre os objetivos e normas da instituição, reconhecer as necessidades e deficiências a serem corrigidas.

Segundo Graciano (2000), a prática do Serviço Social, implica no conhecimento das condições de vida dos usuários, sendo fundamental a sua caracterização, como possibilidade de conhecimento aproximativo da sua realidade social. Para tanto, o estudo socio-econômico, de acordo com a metodologia construída por Graciano, Leffeld & Neves Filho (1996), é aplicado no HRAC, em todas as suas unidades de atendimento. (anexo 8)

Foi verificado, de acordo com essa metodologia, que a maioria dos pacientes pertence aos estratos baixos e médios - Baixa Inferior

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

(4.9%), Baixa Superior (41.8%), Média Inferior (42.3%). Média (9.8%), Média Superior (0.6%), aproximando-se da constatação de Srour (1990), que 79% da população brasileira pertencem às camadas baixas, 20% às médias e apenas 1% às altas.

Segundo Graciano (2000), o quadro socioeconômico não se reduz a um pano de fundo. Ele atravessa e conforma o cotidiano das pessoas e dos profissionais.

Para dar conta dessa realidade, a prática da Assistente Social, no CPA, se realiza por meio de programas de prestação de serviços e de ensino e pesquisa.

#### **Prestação de serviços:**

- acolhimento e atendimento a casos novos: tem como objetivos:
  - contribuir no processo de humanização, preparando os pacientes para o início e seguimento do tratamento;
  - interpretar a instituição e os recursos disponíveis para tratamento: Carona Amiga, Tratamento Fora do Domicílio do Sistema Único de Saúde (TFD - SUS), Coordenadores, Prefeituras, Associações, viabilizando o acesso aos serviços da saúde e à reabilitação enquanto direito de cidadania;

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

- realizar estudo sócioeconômico (folha de estudo social, anexo 10), com base em indicadores como: composição familiar, escolaridade, ocupação, renda familiar e condições de habitação. (Graciano, Leffeld & Neves Filho (1996)), (anexo 9) para diagnóstico e intervenção nas questões sociais;
- prestação de benefícios e serviços sociais, de acordo com a necessidade dos usuários em parceria com recursos institucionais (Unidade de Retaguarda do HRAC e da PROFIS – Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal) e comunitários (Prefeituras Municipais, Agentes Multiplicadores, associações), por meio de orientações e encaminhamentos.
- Assistência contínua aos pacientes e familiares – tem como objetivo atender às demandas sociais dos pacientes, prestando serviços sociais, enquanto direito de cidadania. As formas de encaminhamento ao Serviço Social ocorrem devido à rotina do CPA, a pedido do paciente e/ou família, a pedido da equipe e por outros critérios definidos pelo Serviço Social;
- mobilização de recursos institucionais e comunitários – para o atendimento social são mobilizados os seguintes recursos institucionais e comunitários:

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

- Institucionais: Unidade de Retaguarda (alojamentos que prestam serviços de estada, alimentação e recreação aos pacientes, em atendimento pré ou pós-cirúrgico e ambulatorial, de forma a agilizar e racionalizar os leitos hospitalares); Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal (PROFIS) que é uma entidade de fins filantrópicos, destinada a prestar assistência social aos pacientes matriculados no HRAC. Os serviços prestados pela PROFIS compreendem:
  - . acolhimento dos pacientes do HRAC, na sala de descanso, berçário, guarda volumes e higienização;
  - . alojamento de pacientes e familiares;
  - . alojamento de motoristas de ambulância;
  - . atendimento aos associados para fins de recebimento de contribuição voluntária e/ou prestação de benefícios;
  - . extensão cultural: música, idioma, informática e outros;
  - . parceria com HRAC, especialmente na área de assistência social;
  - . jornal da PROFIS com prestação de contas;
  - . campanha para captação de recursos.
- Comunitários: TFD-SUS, que consiste no pagamento de passagens e ajuda de custo para o paciente e acompanhante em tratamento em

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

Bauru, no HRAC; escolas, empresas, prefeituras municipais, Conselhos Municipais e Promotorias Públicas. Ainda dentro desses recursos comunitários, destacam-se os agentes multiplicadores – coordenadores<sup>5</sup> (pais de pacientes ou pacientes adultos) e representantes comunitários (profissionais e/ou leigos) que nas cidades de origem do paciente, têm a função de divulgar o Hospital, apoiar familiares de portadores de anomalias, mobilizar recursos e organizar os pacientes em grupos de suporte e/ou associações. A motivação, cadastramento, capacitação e supervisão desses agentes cabe ao Serviço Social de Projetos Comunitários. Outro projeto desenvolvido por este setor é a Carona Amiga – efetivada por meio da parceria com as Prefeituras Municipais, consiste na liberação da condução municipal para os pacientes. A Central de Agendamento procura agrupar o maior número possível de pacientes de uma mesma cidade/região para justificar essa liberação. Este projeto tem como objetivo propiciar a união das pessoas e racionalização do transporte municipal de forma a

---

<sup>5</sup> O programa de coordenadores – “Network Coordinator Program” como foi apresentado no EUA – pode ser considerado uma rede de solidariedade entre pessoas que compartilham de problemas similares. DABAS, E.N. A intervenção em rede. 1995. p. 7.

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

facilitar o processo de reabilitação e estimular a organização popular, a partir de uma viagem solidária.

Como pode ser visto, existe uma estrutura que envolve não só recursos institucionais, mas, também, humanos – especializados, locais e da comunidade para facilitar/viabilizar a reabilitação dos pacientes portadores de malformações craniofaciais – cerca de 50.000 - e dos deficientes auditivos – aproximadamente 16.000, dos quais, 2000 estão matriculados no CPA.

Esses programas de prestação de serviços revelam práticas que envolvem uma parceria cidadã que, segundo Franco (1994), demanda a participação da sociedade civil, a ampliação da esfera pública, a cooperação, a relação dialógica, bem como a solidariedade e a descentralização.

Envolvem, ainda, uma rede de recursos comunitários de apoio ao processo de reabilitação, tendo como desafio a construção de diferentes espaços rumo a conquista de direitos de cidadania, por meio de uma prática profissional competente e comprometida com os usuários.

Portanto, pode-se dizer que são várias as dimensões da prática do Serviço Social (Graciano, 2000):

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

- Assistencial: pois aciona, articula e otimiza o uso dos recursos disponíveis, visando ao enfrentamento das questões sociais;
- Educativa: pois o Assistente Social é o agente de socialização de conhecimento e propulsor de práticas educativas;
- Política: pois viabiliza a garantia dos direitos sociais, acionando e criando fluxos de informação e participação;
- Administrativa: pois gerencia os programas, atendendo às necessidades dos usuários e da instituição.

#### **Programas de Ensino e Pesquisa**

Esses programas objetivam a formação de recursos humanos, bem como a construção de conhecimentos. Compreende a capacitação e supervisão de estagiários e pós-graduandos do Serviço Social (aprimorandos, aperfeiçoandos, especializandos) e a participação em eventos científicos nacionais e internacionais.

Essa é a filosofia que rege o Serviço Social do HRAC como um todo. Inicia-se com a equipe de assistentes sociais, atua no prédio principal – onde funciona o HRAC – e abrange o Núcleo Integrado de Reabilitação e Habilitação (NIRH), CEDALVI (Centro dos Distúrbios da Audição, Linguagem e Visão) , Centro Educacional do Deficiente

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

Auditivo (CEDAU) e CPA, além das outras unidades que funcionam fora de Bauru dentro do programa de descentralização.

O que difere entre as unidades, são as especificidades dos programas que exigem uma rotina de procedimentos, que será colocada a seguir, para melhor visualizar a ação do Assistente Social no CPA.

Serão relacionadas aqui, as atividades do seu cotidiano profissional, de acordo com as etapas do PIC, evidenciando que essa ação se inicia antes mesmo da chegada do paciente e da família na instituição, se estendendo por todas as fases conforme relato a seguir ( Mesquita, 2000):

**a) Procedimentos pré-início** - quando o paciente se comunica (por telefone por intermédio de um responsável), com o CPA, antes do primeiro atendimento, o Assistente Social esclarece suas dúvidas com relação aos recursos a serem acionados em sua cidade para facilitar/viabilizar sua vinda, assim como os recursos em Bauru, para sua permanência e outras informações;

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

**b) Casos Novos** - quando o paciente vem para o primeiro atendimento no CPA, cabe ao Assistente Social assisti-lo por meio de:

- . abordagem grupal - reunião de Casos Novos;
- . abordagem individual - entrevista com paciente e/ou acompanhante para diagnóstico social que inclui a classificação socioeconômica, com base em indicadores como: composição familiar, escolaridade, ocupação, renda familiar e condições de habitação (anexo 9). Além desses dados, o paciente é questionado sobre os recursos em sua cidade, expectativas, relações familiares, apoio de parentes, religião, vida escolar/profissional, vida social e outros dados que permitem verificar sua postura diante da deficiência auditiva, suas expectativas e condições de assumir as exigências de reabilitação, em nível de IC, em virtude de sua complexidade.
- . **acompanhamento de caso e plantão** (durante rotina de avaliação) para atendimento a pedido do paciente e/ou a pedido da equipe e/ou por iniciativa do próprio Serviço Social para assistência contínua, durante sua permanência em Bauru, o que

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

demanda contatos com profissionais da equipe (CPA e HRAC) e recursos humanos e institucionais de sua cidade de origem.

. **reunião de equipe** - participação em reunião com equipe interdisciplinar para discussão de casos, onde os profissionais das diferentes áreas expõem seu parecer sobre o paciente e sua situação, para a definição de conduta: o paciente é elegível para o IC? A Assistente Social interpreta a situação social do paciente - fator que determina a possibilidade do cumprimento das exigências de uma habilitação/reabilitação, em nível de IC.

**c) Procedimentos pré-cirúrgicos** - na semana da cirurgia: entrevista de seguimento, considerando a situação geral do paciente, abordando a questão da expectativa com relação aos resultados do IC, seja no primeiro momento - o ato cirúrgico em si - e no segundo momento - a ativação dos eletrodos.

É durante esse atendimento com a Assistente Social que o paciente e/ou acompanhante, após orientação com fonoaudióloga, assina o termo de concordância com a cirurgia e seus riscos (anexos 3

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

e 4) e os termos de liberação de informações e autorização para publicação de imagens com fins científicos (anexos 5 e 6).

Durante essa semana, o Serviço Social também mantém-se de plantão para prestação de assistência contínua e contatos com profissionais do Hospital, para atuação conjunta durante o período de hospitalização.

**d) Internação/hospitalização** - durante esse período, além do atendimento do Serviço Social de Internos do HRAC, o Assistente Social do CPA se mantém de plantão para, quando necessário, intervir, visando facilitar o processo de hospitalização e aliviar a tensão e expectativa que envolve o Implante Coclear, pois é suscitado, além do risco cirúrgico, a questão da probabilidade da reversão do que se acreditava irreversível - aquisição ou recuperação das habilidades auditivas (“audição”).

**e) Etapa pós-cirúrgica** – aproximadamente, após 30 dias da alta hospitalar, o paciente é atendido no CPA, para a ativação dos eletrodos implantados, quando passará a fazer uso do dispositivo

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

externo do IC e poderá ter seu primeiro contato com o som/sensação sonora.

A adaptação a essa nova etapa varia de acordo com a idade e os primeiros resultados, questão trabalhada conjuntamente pelo fonoaudiólogo, psicólogo e Assistente Social.

Assim como nos outros retornos, além da entrevista de seguimento, o Assistente Social permanece de plantão para os atendimentos necessários. “Em qualquer momento um membro da equipe pode identificar que a família está necessitando do atendimento do Serviço Social ou mesmo um membro da família pode solicitá-lo” (Harrison et al., 1997). No CPA, o atendimento pode ocorrer por solicitação do próprio Assistente Social, de acordo com avaliação do caso.

Essa rotina se mantém em todos os retornos subseqüentes, para um acompanhamento mais efetivo dos casos, sempre interagindo com os outros profissionais da equipe.

Após discorrer sobre os objetivos e serviços prestados pelo Serviço Social do HRAC/CPA e expor os procedimentos para os pacientes do PIC, é interessante, neste momento enfatizar que a inclusão que o Assistente Social objetiva na sua ação profissional

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

pode ser alcançada, quando se trabalha sob uma perspectiva de “*empowerment*”, como bem teoriza Faleiros (1997).

“É no momento em que os sujeitos se fragilizam, que perdem poder e patrimônio que buscam o Serviço Social. Temos aí justamente nossa especificidade, nessa relação de descapitalização e de fragilização/fortalecimento.” (Faleiros, 1997. p.90)

O paciente do CPA, por ter sofrido perda auditiva, já sofreu uma descapitalização, nem sempre reversível, que provoca descapitalização em outros níveis: família, escola, trabalho e social externo. Na família – é sabido que um membro deficiente traz múltiplos efeitos sobre o grupo familiar ( encargos, mudança na rotina e outras alterações na dinâmica familiar). Segundo Buscaglia (1997), a presença de uma pessoa deficiente na casa causa problemas que exigirão de cada membro da família redefinição de papéis e mudanças; haverá sempre necessidades excepcionais – de tempo, reestrutura familiar, mudança de atitudes e valores e novos estilos de vida. Na escola – quando tem uma que o aceite, é vítima de discriminação, incompreensão, rotulação e outros). No trabalho – uma das áreas de adaptação mais difíceis para um adulto que se torna deficiente auditivo é a do trabalho, pois, de acordo com Buscaglia

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

(1997), é daí que depende sua segurança social e econômica. Com o advento de uma limitação que afetará a condição profissional, os deficientes veêm-se de imediato como pessoas indefesas, perdidas e dependentes de caridade. No nível social externo – relações de amizade, namoro, enfim, sua auto-estima, suas relações afetivas são altamente afetadas e sua deficiência reforçada a cada momento que necessita se comunicar oralmente. Buscaglia (1997) coloca essa questão como uma preocupação própria do deficiente. As forças que mais afetam e influenciam a auto-estima do deficiente parecem estar ligadas principalmente aos relacionamentos interpessoais, às frustrações por causa da deficiência, à aceitação e rejeição social, às experiências limitadas, ao sofrimento emocional e a um *status* inferior.

Soma-se a esses fatores a condição social do paciente, pois de acordo com o que foi visto, a maioria dos pacientes – aproximadamente 80% - é proveniente de baixa renda (Baixa Inferior, Baixa Superior e Média Inferior), refletindo a situação da população brasileira, em geral.

Portanto, a fragilidade do paciente é multidimensional, agravada pela condição de ser portador de uma deficiência não tão aparente,

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

mas discriminatória, limitadora, fator de complicação para o seu desenvolvimento global – o deficiente auditivo corre o risco de ser rotulado de incapaz, confundido com deficiente mental e outros esteriótipos.<sup>6</sup>

Dentro desse contexto, para facilitar a compreensão, convém expor que a Assistente Social trabalha diretamente com pacientes deficientes auditivos – crianças, pré e pós-linguais,<sup>7</sup> adolescentes e adultos – e sua família, vindos das mais diversas regiões do país, com sua cultura/valores próprios. Esses sujeitos vêm o CPA como o último recurso, após uma busca – nem sempre bem-sucedida – de um atendimento que lhe aponte/viabilize uma alternativa de (re)habilitação. Aqui cabe citar Carvalho (1994): “ a família, no seu percurso de vida, cria a sua história: uma história com passado, presente e perspectiva de futuro”.

Portanto, os pacientes/sujeitos não deveriam ser vistos através do seu problema, mas como sujeitos em relação, em processo.

---

<sup>6</sup> Como bem expõe Faleiros ( 1997. p.105), as discriminações são formas de exercício de poderes para excluir pessoas ao acesso a certos benefícios ou vantagens ou do próprio convívio social da maioria, por intermédio da rotulação ou etiquetagem de estereótipos socialmente fabricados. Esses rótulos perpassam as relações cotidianas de dominação, produzindo a identificação social das pessoas. (FALEIROS, V.P., Estratégias em serviço social, 1997, p. 105).

<sup>7</sup> Deficiência auditiva pré-lingual – perda ocorrida antes da aquisição de linguagem; pós-lingual – perda ocorrida após aquisição da fala.

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

A ação cotidiana da Assistente Social se desenvolve num contexto profissional interdisciplinar que congrega diferentes saberes, somados ao saber popular, para uma intervenção mais efetiva, com uma proposta, segundo Faleiros (1997), de construção, em interação com outros agentes, de uma estratégia de ação profissional, sem se perder a força e os conhecimentos específicos.

Esta intervenção tem seus limites pessoais e decorrentes da própria estrutura institucional em que se articulam as estratégias de intervenção (Faleiros, 1997), no entanto esses limites não inviabilizam uma prática sob a perspectiva de poder, defesa do usuário, aliança com o usuário, compartilhamento e combate aos estereótipos.

Essa ação profissional da Assistente Social, envolve diferentes enfoques:

➤ deficiência – a questão da perda no CPA é duplamente significativa, uma vez que quando se fala em deficiência auditiva, a questão é: há quanto tempo ocorreu a perda? A perda auditiva significa diminuição de uma capacidade fundamental para o ser humano, a de se comunicar.

Portanto, desde o primeiro atendimento, a Assistente Social fica atenta ao significado da perda auditiva para o paciente e a família, às

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

suas expectativas para conduzir o atendimento numa perspectiva de esclarecimento dos limites e das possibilidades do deficiente auditivo, não só com relação ao atendimento no CPA, como na sociedade em que está inserido (recursos, alternativas de reabilitação, sua re-inserção) e, também, seu poder, sua força para mudar situações.<sup>8</sup>

O apoio oferecido pela Assistente Social é reforçado pelo Setor de Psicologia.

➤ família – a família é fator determinante, não só para a elegibilidade do candidato à cirurgia de Implante Coclear, como, também, para a sua reabilitação. Em se tratando de crianças, não importa o número de profissionais que está trabalhando e/ou irá trabalhar com o deficiente auditivo durante a sua vida; nenhum terá o mesmo peso do que a família.

O trabalho com a família começa com a questão da visão que ela tem da deficiência auditiva e suas implicações, aceitação da deficiência e do membro portador, até a consciência das exigências de reabilitação a longo prazo. Este trabalho é feito em conjunto com o Setor de Psicologia, por meio de atendimentos individuais e grupais,

---

<sup>8</sup> O desenvolvimento da autonomia do sujeito implica no desenvolvimento e uso de sua própria força no contexto em que as necessidades e possibilidades se inscrevem. FALEIROS, V.P. Estratégias em serviço social, 1997, p. 62.

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

com informações precisas, diálogo, apoio, desenvolvimento de convivência, na tentativa de fortalecê-la para que seja o respaldo que o paciente precisa – sua capitalização dentro e por meio da família é fundamental para sua segurança e auto-estima.

O peso da família na reabilitação é incomparável, devido ao envolvimento emocional, à questão dos modelos e a outros fatores que influem no relacionamento; por isso toda família e parentes próximos são esclarecidos sobre a sua responsabilidade na reabilitação e na ajuda efetiva oferecida ao profissional – fonoaudiólogo - quando o seu trabalho tem continuidade na família;

➤ escola – na escola, é solicitada a intervenção na Diretoria/professora/classe, por parte da família e do profissional (fonoaudiólogo) da cidade de origem, para que o tratamento dispensado ao paciente não seja discriminatório e nem super protetor, e sim de compreensão de que os colegas são parte/também responsáveis pela sua reabilitação. Em caso de barreiras para o acesso, a Secretaria da Educação é acionada;

➤ trabalho – além dos contatos, com empregadores/funcionários encarregados, para esclarecimento sobre a deficiência auditiva e/ou o Implante Coclear e solicitação de apoio, a

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

Assistente Social é responsável pela elaboração de documentação formal, quando necessário.

Como atualmente, se vive a “era do não emprego”, os pacientes adultos têm recebido uma atenção especial da equipe, principalmente da Assistente Social, sobre a capacitação e alternativas – reflexão conjunta – além de encaminhamentos aos serviços disponíveis. Contatos/entendimentos são realizados com recursos de habilitação e reabilitação são mantidos também, visando uma parceria, em favor da inclusão do portador de deficiência auditiva, numa política de reabilitação social efetiva.

➤ cidadania – num processo de inclusão nas políticas sociais,<sup>9</sup> por meio da veiculação correta das informações sobre direitos e deveres, criação e/ou mobilização de recursos humanos e institucionais com esclarecimentos sobre a sua utilização – entendimento do itinerário institucional – e viabilização de benefícios sociais e previdenciários.

---

<sup>9</sup> A cidadania se fortalece nas relações Estado/sociedade, nas mediações concretas das políticas sociais, que se tornam o campo de intervenção da acessibilidade, apoio e acompanhamento dos usuários. A cidadania se constitui no *exercício* dos direitos civis, políticos, sociais, ambientais, éticos, que foram construídos historicamente, através das leis, normas, costumes, convenções, que fazem com que os indivíduos sejam reconhecidos como membros ativos de uma determinada sociedade, podendo exigir dela os seus direitos, ao mesmo tempo que ela lhe exige determinados valores comuns. ( FALEIROS, V.P. Estratégias em serviço social, 1997, p.62 )

#### **4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social**

---

A ação profissional do assistente social nessa perspectiva de “*empowerment*” tem buscado sempre a qualidade – que perpassa a questão da eficiência e eficácia - competência<sup>10</sup> - e o respeito ao paciente que começa no ambiente físico, e vai até o atendimento propriamente dito.

No atendimento, na relação com o Assistente Social, o seu saber (do paciente), é sempre levado em consideração, uma vez que para a elaboração de estratégias, parte-se da colocação do problema pelo próprio paciente, quando expressa sua cultura, seus valores, sua compreensão da situação e seu poder de ação. É sobre essa primeira manifestação, que se estrutura a intervenção, que vai exigir os conhecimentos específicos do técnico – a Assistente Social.

É importante citar aqui Faleiros (1997, p. 36 ), do ponto de vista da atuação profissional interventiva, o foco do trabalho é trabalhar estratégias de intervenção nas diferentes trajetórias individuais e coletivas que se produzem nas relações sociais. O foco da intervenção social, ainda segundo Faleiros (1997, p. 41),

---

<sup>10</sup> Competência entendida como saber fazer bem. Saber fazer II domínio dos conteúdos necessários para desempenhar o seu papel, articulado com o domínio das técnicas; saber fazer bem – envolve dimensão técnica e políticaII ir ao encontro daquilo que é desejável, respondendo às necessidades historicamente definidas pelos homens de uma determinada sociedade. (RIOS, T.A., Ética e competência, 1995)

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

“se constrói no processo de articulação do poder dos usuários e sujeitos da ação profissional no enfrentamento das questões relacionais complexas do dia, pois envolvem a construção de estratégias para dispor de recursos, poder, agilidade, acesso, organização, informação e comunicação.”

Sobre as questões apontadas como parte do cotidiano profissional, pode-se dizer que, para trabalhá-las, tendo em vista inclusão do paciente - que se faz através da capitalização - a Assistente Social tem repensado sua prática, numa perspectiva de “*empowerment*”, com objetivo de emancipá-lo - o paciente - para o seu cotidiano como cidadão, e não apenas como usuário da Instituição, que representa apenas uma parte do seu universo.<sup>11</sup>

Para essa proposta de “*empowerment*” dos pacientes, a Assistente Social tem procurado seu próprio “*empowerment*”, que exige aprimoramento pessoal e profissional por meio de:

- reflexão e avaliação de sua prática;
- contato com instituições/recursos a serem utilizados pelos pacientes, para conhecimento de suas rotinas - itinerário institucional;

---

#### 4 - O perfil dos pacientes implantados e o Serviço Social

---

- busca de informações sobre novas tecnologias disponíveis para a (re)habilitação do deficiente auditivo e recursos internacionais, como associações internacionais de deficientes auditivos implantados, para divulgação entre os pacientes e intercâmbios;
- leituras gerais e específicas do Serviço Social, participação em eventos científicos e pesquisas sociais
- desafio diário à mesmice, procurando ousar, criar, acreditando que cada dia oferece uma oportunidade de realizar o, até então, inimaginável.

Em síntese, verifica-se, neste contexto, que muito há o que se fazer dentro da prática social comprometida com a inclusão do portador de deficiência auditiva. É esse pensamento que motivou a pesquisa de campo para o lado do conhecimento do perfil do paciente e as repercussões do IC, em sua vida, como será abordado no próximo capítulo.

---

<sup>11</sup> A capacitação para assumir e enfrentar a sobrevivência pode ser uma das mediações de fortalecimento dos sujeitos. FALEIROS, V.P. Estratégias em serviço social, 1997, p. 63.

## **5 - O IMPLANTE COCLEAR NA VIDA DE SEUS USUÁRIOS.**

### **5.1 - Pesquisa de campo.**

Para falar sobre a pesquisa de campo propriamente dita, foi feita uma remissão a alguns autores que se dedicam a este assunto.

Como refere Marconi & Lakatos (1996), toda pesquisa implica levantamento de dados de variadas fontes, quaisquer que sejam as técnicas ou métodos empregados.

A preocupação deste trabalho é fazer uma pesquisa exploratória que enfatize a qualidade, por estar trabalhando com sujeitos que têm uma história própria, com uma trajetória, muitas vezes, comum entre os deficientes auditivos, mas diferente no modo de vivê-la.

Como a proposta da pesquisa, em um primeiro momento, é a caracterização dos pacientes implantados e, num segundo momento, conhecer as repercussões do Implante Coclear (IC) – um dispositivo que viabiliza e/ou facilita sua comunicação com o mundo ouvinte – na vida de seu usuário, pode-se considerá-la uma pesquisa descritiva e

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

exploratória. Segundo Trivinos (1992), exploratória porque permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema; descritiva, segundo Gil (1996), uma vez que se busca conhecer um determinado grupo, seus traços característicos, seus problemas e valores.

Uma vez que se busca o conhecimento e entendimento de como o Implante Coclear está na vida de seus usuários, a abordagem desse aspecto será qualitativa. Nesse aspecto, Martinelli (1994), coloca que é preciso enfatizar que há alguns pressupostos que fundamentam o uso da **metodologia qualitativa** da pesquisa:

- reconhecimento da singularidade do sujeito – precisa ir exatamente ao sujeito, ao contexto em que vive sua vida; a caracterização proposta na pesquisa pode levar a esse (re)conhecimento;

- essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito – meio para se conhecer o modo de vida. No caso dos usuários de Implante Coclear (IC), uma parte desse conhecimento pode ser alcançada por meio de relatos referentes às suas experiências após a cirurgia.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

Para Chizzotti (1995), a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Essa dinâmica é característica do universo em que o paciente implantado vive e que, segundo Dias (1982), leva o homem à transformação.

Dentro dessa perspectiva dialética, nesta pesquisa os dados quantitativos e qualitativos se complementarão, oferecendo uma visão mais ampla do usuário de IC, que vai além do que é registrado nos seus atendimentos, em que nem sempre a consciência sobre a sua realidade emerge.

Nesse contexto, o **objetivo geral** desta dissertação é traçar o perfil do universo dos pacientes implantados no Centro de Pesquisa Audiológica (CPA) e, por meio de uma amostragem, conhecer as repercussões do Implante Coclear na vida deles.

Os **objetivos específicos** são:

- atender a uma necessidade do Serviço Social e do CPA, que não contam com esse material construído na pesquisa, e, até o momento, os dados existentes não foram informatizados;

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

- expor a prática do Assistente Social no Programa de Implante Coclear;
- contribuir com outras pesquisas/servir de subsídios para outros trabalhos desenvolvidos no CPA – um centro de pesquisas, por excelência.

Esses pacientes implantados são os sujeitos que tiveram suas vidas modificadas pelo IC e manifestaram novas atitudes, sentimentos e emoções em suas relações sociais mais amplas – repercussões do IC em sua vida. Essas repercussões mais amplas, constituem-se em **objeto** de investigação do Serviço Social, pois são elas que delineiam o perfil dos sujeitos eleitos para a pesquisa.

Portanto, o **universo** da investigação abarca todos os pacientes implantados no CPA, isto é, os que se submeteram à cirurgia de Implante Coclear , num total de 163, até junho de 2000, conforme tabela 2, na página 102.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

As figuras apresentadas delinearão o perfil desse universo, que contém dados coletados através da análise do prontuário – único - e organizados em uma planilha<sup>1</sup>.

O universo, assim, refere-se aos pacientes implantados no HRAC tendo sido excluídos, os pacientes implantados em outros centros, no exterior – atualmente em número de 12 - que, apesar de fazerem *follow-up* no CPA, não entraram nessa pesquisa, em virtude da diferença entre o processo de avaliação e cirurgia - critérios e procedimentos - adotados no CPA e em outros centros.

Para a constituição da **amostra** – que foi considerada como a pesquisa de campo – foram envolvidos como sujeitos 34 pacientes implantados, que representam 20% do universo (acima referido), separados por faixa etária: 17 crianças, 2 adolescentes e 15 adultos.

A escolha dos sujeitos foi aleatória (realizada por sorteio), sem levar em consideração: tempo de uso do IC, faixa etária, região de procedência, estratificação social e outros, acreditando que,

---

<sup>1</sup> A planilha tem os seguintes itens: RG do paciente do HRAC, nome, idade, estado, classe social, data de nascimento, etiologia, tempo de perda, data do IC, inserção, data da ativação, tempo de uso de IC até junho/2000, custo da terapia (em valor absoluto e em salários mínimos), porcentagem do custo da terapia sobre o rendimento familiar, recursos para viagem e estada, expectativa inicial, situação escolar, grau de escolaridade, situação de trabalho, ocupação do paciente, ocupação do chefe de família e observações.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

independentemente dessas variáveis, pontos comuns surgiriam para serem analisados.

Realizou-se de início, a caracterização dos pacientes – a partir da planilha do universo – não só como pano de fundo, mas que perpassa as questões relativas ao Implante Coclear na vida de seus usuários. Os dados sobre as repercussões do IC, foram obtidos por meio de questionários, anexos 12 e 13, elaborado pela pesquisadora - contendo 4 questões abertas sobre: satisfação com o IC, mudança na sua vida diária, preocupações com o IC e um espaço para algum comentário, depoimento, do sujeito da pesquisa. Esses questionários foram enviados pelo correio e todos foram preenchidos e analisados.

A propósito do questionário utilizado, Kelsey e Tyler (1996) ressaltam que esse tipo de questionário – com perguntas abertas/subjetivo – pode ser um instrumento valioso para analisar o progresso do paciente com o uso do IC.

O emprego desses **instrumentos e técnicas** – análise de prontuários e questionários - permitiu captar a realidade do paciente e da família, enquanto sujeitos comprometidos na dinâmica interativa – instituição - usuário - equipe interdisciplinar de reabilitação.

## **5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**

---

Pode-se dizer que o questionário foi um espaço - livre - de expressão dos pacientes e os dados, nele registrados, surgem como categorias analíticas, que têm forte potencial explicativo da realidade dos pacientes implantados e adquirem uma importância qualitativa, nesta pesquisa.

Enfatizando, observa-se que todos os pacientes responderam aos questionários.

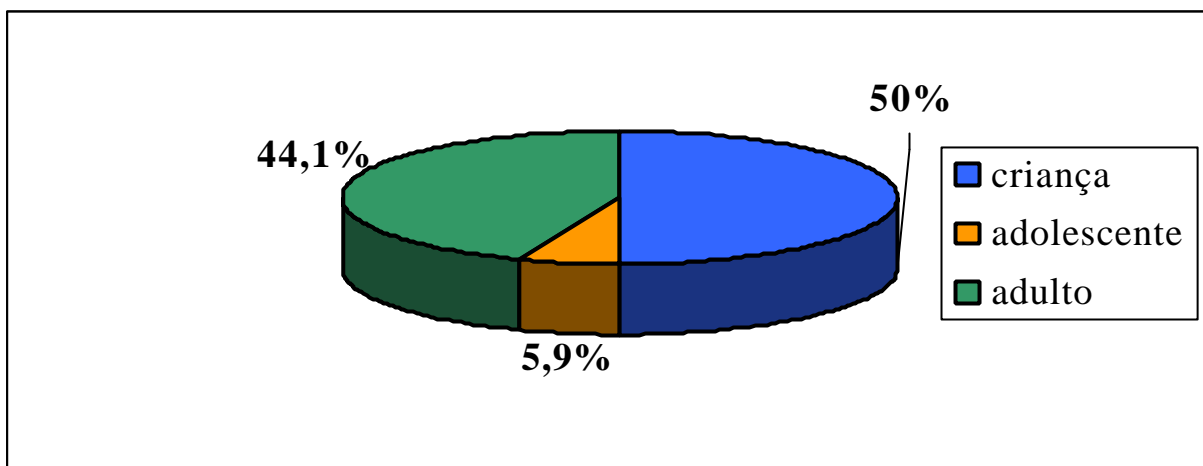
Os dados a seguir serão apresentados em forma de tabelas – com valores absolutos e porcentagem - e alguns gráficos, com valores em porcentagem.

### **4.2. O perfil da amostra.**

Para saber sobre as repercussões do IC na vida de seus usuários, será apresentada, primeiramente, sua caracterização.

A amostra foi composta por 34 pacientes que representam 20% do universo de 163 pacientes implantados. A divisão foi por faixa etária e ficou assim distribuída: 17 crianças, 2 adolescentes e 15 adultos.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários



**Figura 31 – Amostra de pacientes implantados**

Para melhor avaliar as repercussões do IC na vida dos seus usuários, foi traçado o perfil da amostra (nos mesmos moldes do universo) composta por 34 pacientes, considerando-se sexo, procedência, classe social, recursos socioinstitucionais para viagem e estada, expectativa inicial com relação ao atendimento no CPA, etiologia da deficiência auditiva, tempo de perda auditiva até o início do uso do Implante Coclear, tempo de uso do Implante Coclear, situação, recursos, custos de terapia fonoaudiológica e seu valor sobre o rendimento familiar, situação escolar, grau de escolaridade, situação de trabalho e nível ocupacional dos pacientes e responsáveis.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

**Tabela 22 – Distribuição dos pacientes da amostra por faixa etária e sexo**

SEXO	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	05	29.4%	01	50.0%	07	46.7%	13	45.4%
FEMININO	12	70.6%	01	50.0%	08	53.3%	21	54.6%
TOTAL	17	100.0%	02	100.0%	15	100.0%	34	100.0%

O sexo que prevalece é o feminino (54.6%), concentrando-se entre as crianças (70.6%), que representam 57.1% do total de pacientes.

O fator que será considerado a seguir é a procedência dos pacientes, por região.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

**Tabela 23 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e procedência**

REGIÃO	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORTE	01	5.9%	-	-	-	-	01	2.9%
NORDESTE	01	5.9%	-	-	01	6.7%	02	5.9%
CENTRO OESTE	02	11.8%	-	-	03	20.0%	05	14.7%
SUDESTE	12	70.5%	02	100.0%	09	60.0%	23	67.7%
SUL	01	5.9%	-	-	02	13.3%	03	8.8%
TOTAL	17	100.0%	02	100.0%	15	100.0%	34	100.0%

A procedência da maioria dos pacientes é da região sudeste (67.7%), mais especificamente, do estado de São Paulo (41.3%) – coincidente com o universo. A segunda região, com grande diferença, é a região centro-oeste (14.7%), seguida da região sul (8.8%). As regiões norte e nordeste somam 8.8% .

A seguir será apresentada a distribuição da amostra por classe social, de acordo com metodologia de Graciano, Lehfeld & Neves Filho (1996). (anexo 9)

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

**Tabela 24 – Distribuição dos pacientes por faixa etária e classe social**

CLASSE	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixa Inferior	01	1.2%	-	-	01	8.3%	02	5.9%
Baixa Superior	03	35.9%	02	100.0%	07	48.6%	12	35.3%
Média Inferior	13	53.1%	-	-	04	30.6%	17	50.0%
Média	-	-	-	-	03	11.1 %	03	8.8%
Média Superior	-	-	-	-	-	-	-	-
Alta	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>	<b>34</b>	<b>100.0%</b>

**Nota:** ( vide características das classes, anexo 11)

O maior número de pacientes pertence à classe média inferior (50.0%) e baixa superior (35.3%). Os demais pertencem à classe média (8.8%) e, em índice menor (5.9%), à classe baixa inferior. Diferentemente do universo, não havia nenhum paciente da classe média superior e da alta, cujos índices foram baixos (0.6% para cada).

Considerando-se que a classe média inferior se aproxima mais da baixa superior do que da média, pode-se dizer que a grande maioria dos pacientes pertence às classes menos favorecidas, somando 91.2%,

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

próximo ao índice do universo. Esse alto índice está em consonância com o universo de implantados no CPA e dos pacientes atendidos nos demais programas do HRAC, e refletem a realidade da sociedade brasileira. No entanto, para justificar as questões que serão abordadas, a seguir: recursos para viagem e estada, deve-se considerar que somando as classes Baixa Inferior e Baixa Superior, totaliza 41.2% dos pacientes da classe média inferior e média, chega-se a 58.8%.

**Tabela 25 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e recursos socioinstitucionais para viagem**

RECURSOS	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRÓPRIOS	10	58.8%	-	-	09	60.0%	19	55.9%
APOIO LOC. PREF.	01	5.9%	-	-	01	6.7%	02	5.9%
TFD	06	35.3%	02	100.0%	02	13.3%	10	29.4%
COAS	-	-	-	-	01	6.7%	01	2.9%
OUTROS	-	-	-	-	02	13.3%	02	5.9%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>	<b>34</b>	<b>100.0%</b>

**Legenda:** Apoio loc. Prefeitura – apoio locomoção da Prefeitura; COAS – Centro de Orientação e

Atenção à Saúde; TFD – Tratamento Fora de Domicílio

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

O maior índice dos pacientes (55.9%) utiliza recursos próprios<sup>2</sup> para a viagem (próximo ao índice de classes médias de 58.8%), seguido de 29.5% dos pacientes que fazem uso do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>, (80.0% rodoviário, 20.0% aéreo). Os demais, 5.9% recebem o suporte da empresa em que trabalham, 5.9% recebem apoio da Prefeitura e 2.9% utilizam-se do COAS<sup>4</sup> para obter as passagens.

**Tabela 26 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e recursos socioinstitucionais para estada**

RECURSOS	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRÓPRIOS	14	82.4%	01	50.0%	10	66.6%	25	73.5%
ALOJAMENTO	-	-	-	-	01	6.6%	01	2.9%
PROFIS	-	-	01	50.0%	02	13.4%	03	8.9%
OUTROS	03	17.6%	-	-	02	13.4%	05	14.7%
TOTAL	17	100.0%	02	100.0%	15	100.0%	34	100.0%

<sup>2</sup> Entenda-se como recursos próprios os não institucionais. Apoio financeiro de familiares e amigos estão incluídos.

<sup>3</sup> Tratamento Fora do Domicílio do Sistema Único de Saúde – consiste no pagamento de passagens e, em algumas localidades, pagamento de despesas com estada. Nas longas distâncias podem ser liberadas passagens aéreas.

<sup>4</sup> COAS – Centro de Orientação e Assistência à Saúde – que atende somente pacientes da cidade de São Paulo e, no caso dos pacientes do HRAC, cede passagens para as vindas a Bauru.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

Também para a estada em Bauru a maioria dos pacientes (73.5%) usa recursos próprios, seguida de 14.7% dos pacientes que ecebem de outros; 8,9% dos pacientes beneficiam dos serviços prestados pela Sociedade de Promoção Social do Fissuado Lábio-Palatal (PROFIS - alojamento e/ou refeições) e 2.9% são encaminhados para o Alojamento do HRAC.

Como pode ser visto, apenas os adultos estão em todas as categorias de recursos.

O próximo aspecto a ser considerado, será a expectativa do paciente e/ou família com relação ao atendimento inicial no CPA.

**Tabela 27 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e expectativa inicial em relação ao atendimento no CPA**

EXPECTATIVA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IC	12	70.6%	02	100.0%	11	73.3%	25	73.5%
REABILITAÇÃO	05	29.4%	-	-	04	26.7%	09	26.5%
AVALIAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	100.0%	02	100.0%	15	100.0%	34	100.0%

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

A expectativa inicial dos pacientes/famílias, com relação ao atendimento no CPA concentrou-se no IC (73.5%), equilibrando entre crianças (70.6%) e adultos (73.3%). Entre os adolescentes, o IC foi expectativa de 100.0%. A expectativa inicial de reabilitação aconteceu entre crianças e adultos, com índices próximos (29.4% e 26.7%, respectivamente).

Os aspectos que serão abordados a seguir serão a etiologia da perda auditiva, suas causas, que como foi exposto na página 50 e 51 podem ser diversas, e o tempo de perda auditiva.

**Tabela 28 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e etiologia da deficiência auditiva**

ETIOLOGIA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Congênita idiopática	08	<b>47.1%</b>	-	-	-	-	08	<b>23.7%</b>
Idiopática	-	-	01	<b>50.0%</b>	05	<b>33.2%</b>	06	<b>17.6%</b>
meningite	04	<b>23.5%</b>	01	<b>50.0%</b>	01	<b>6.7%</b>	06	<b>17.6%</b>
T C*	-	-	-	-	06	<b>40.0%</b>	06	<b>17.6%</b>
Ototoxicose	01	<b>5.9%</b>	-	-	-	-	01	<b>2.9%</b>
otosclerose	-	-	-	-	01	<b>6.7%</b>	01	<b>2.9%</b>
genética	-	-	-	-	01	<b>6.7%</b>	01	<b>2.9%</b>
Vírus	04	<b>23.5%</b>	-	-	-	-	04	<b>11.9%</b>
Outras	-	-	-	-	01	<b>6.7%</b>	01	<b>2.9%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>	<b>34</b>	<b>100.0%</b>

**Legenda:** TC – traumatismo craniano

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

Não houve concentração na etiologia da deficiência auditiva. O maior índice de pacientes (23.7%) – todos crianças (47.1% do seu total) – é formado por portadores de deficiência auditiva congênita idiopática – sem conhecimento da causa. Outras três etiologias com índice significativos (17.6% cada) foram: idiopática, meningite e traumatismo craniano – este somente entre os adultos (40.0%).

A deficiência auditiva por vírus que inclui rubéola materna – atingiu 11.9% dos pacientes, todos eles crianças e os outros 8,7% estão distribuídos entre ototoxicose, otosclerose e outras etiologias.

Apesar de a maioria (91.2%) dos pacientes pertencer às classes baixas, não se pode afirmar, sem um aprofundamento nessa questão, que exista uma relação entre a deficiência auditiva e a classe social. No entanto, Novello (1993), afirmou existir uma correlação direta entre o aumento da pobreza e o crescimento do número de deficiências – relação entre miséria e deficiência.

O tempo de perda auditiva, é outro aspecto que será exposto na tabela que se segue.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

**Tabela 29 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e tempo de perda auditiva até a ativação do Implante Coclear**

TEMPO DE PERDA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 0 a 1 ano	-	-	-	-	05	33.3%	05	14.7%
de 1 ano e 1 mês a 2 anos	04	23.5%	-	-	05	33.3%	09	26.5%
de 2 anos e 1 mês a 3 anos	05	29.4%	-	-	-	-	05	14.7%
De 3 anos e 1 mês a 4 anos	04	23.5%	-	-	-	-	04	11.8%
De 4 anos e 1 mês a 5 anos	02	11.8%	-	-	01	6.7%	03	8.8%
De 5 anos e 1 mês a 6 anos	01	5.9%	-	-	-	-	01	2.9%
De 6 anos e 1 mês a 7 anos	-	-	01	50.0%	-	-	01	2.9%
De 7 anos e 1 mês a 8 anos	01	5.9%	-	-	01	6.7%	02	5.9%
Acima de 8 anos	-	-	01	50.0%	03	20.0%	04	11.8%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>	<b>34</b>	<b>100.0%</b>

O tempo de perda auditiva dos pacientes até a ativação dos eletrodos implantados varia de 5 meses a 7 anos e 9 meses entre as crianças, de 5 meses a 7 anos entre os adolescentes e de 5 meses a 24

## **5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**

---

anos entre os adultos. A maior concentração acontece entre 5 meses e 3 anos, somando 53.9% dos pacientes.

Se forem consideradas apenas as crianças, a maior concentração dá-se entre 1 ano e 1 mês a 4 anos (76.4%) e em 23.6% das crianças entre 4 anos e 1 mês até 8 anos. Esses índices se justificam, uma vez que 70.5% das crianças são portadoras de deficiência auditiva congênita e 29.4% de deficiência auditiva adquirida.

Entre os adolescentes da amostra, todos têm perda auditiva adquirida, sendo que 50.0% deles adquiriram a deficiência 7 anos antes da ativação e 50.0% há 8 anos e 4 meses.

Entre os adultos, 66.6% ficam entre 5 meses e 2 anos de perda auditiva. Acima de 8 anos apenas 20.0% dos adultos, que representam 8.8% do total dos pacientes.

O próximo fator a ser considerado, será o tempo de uso do Implante Coclear.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

**Tabela 30 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e tempo de uso de IC até o mês de junho de 2000**

TEMPO DE USO	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 0 a 1 ano	02	5.9%	01	50.0%	03	20.0%	06	17.6%
de 1 ano 1 mês a 2 anos	05	14.7%	-	-	02	13.3%	07	20.6%
De 2 anos 11 meses a 3 anos	04	11.8%	01	50.0%	01	6.7%	06	17.6%
Acima de 3 anos	06	17.6%	-	-	09	60.0%	15	44.2%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>	<b>34</b>	<b>100.0%</b>

O tempo de uso de Implante Coclear (IC) varia de 6 meses a 8 anos e 1 mês entre as crianças, de 7 meses a 2 anos e 3 meses para os adolescentes e de 1 mês a 8 anos e 10 meses entre os adultos. Na tabela, o índice mais significativo está entre os adultos, pois 60.0% deles estão usando IC há mais de 3 anos. No geral, se forem agrupados os três primeiros períodos, 55.8% fazem uso do IC no máximo há 3 anos, e 44.2% há mais de 3 anos.

Como já foi colocado na apresentação do universo, a terapia é parte da (re)habilitação do deficiente auditivo, principalmente, no caso de crianças e são dados sobre a situação e condição de terapia, seus

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

custos e o quanto eles representam no rendimento familiar, que estão nas tabelas que se seguem.

**Tabela 31 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e situação de terapia**

SITUAÇÃO DE TERAPIA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Está em terapia	16	94.1%	02	100.0%	03	20.0%	21	61.8%
não está em terapia	01	5.9%	-	-	12	80.0%	13	38.2%
Total	17	100.0%	02	100.0%	15	100.0%	34	100.0%

Entre todos os pacientes da amostra, 61,8% estão em terapia fonoaudiológica – a totalidade de adolescentes, e 94.1% das crianças (47.0% do total dos pacientes) e 20.0% dos adultos. O alto índice de crianças justifica-se pela sua condição – 82.4% das crianças são deficientes auditivas pré-linguais, isto é, congênitas, ou adquiriram a deficiência auditiva antes da aquisição de linguagem, e a terapia fonoaudiológica é o suporte imprescindível para a habilitação auditiva, como usuárias do IC. Este é o motivo pelo qual um dos critérios para o IC é a existência de recursos/terapia de habilitação na cidade de origem dos pacientes. Estava sem terapia, na época da coleta

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

de dados, apenas uma criança (5.9%), em virtude da mudança da família para uma cidade que, ainda, não dispunha de recurso.

Estavam sem terapia, na época a coleta de dados, 88.9% dos pacientes adultos, em virtude de sua condição – todos portadores de deficiência auditiva pós-lingual - ou do fato de já terem passado por tratamento reabilitador com terapeuta, ou, ainda, por não apresentarem uma necessidade premente desse procedimento.

**Tabela 32 – Distribuição dos pacientes por faixa etária e condição de terapia**

CONDIÇÃO DE TERAPIA	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CORTESIA	-	-	-	-	02	66.7%	02	9.5%
PARTICULAR	11	68.7%	01	50.0%	-	-	12	57.1%
CONVÊNIO	05	31.3%	-	-	-	-	05	23.8%
PREFEITURA	-	-	01	50.0%	-	-	01	4.8%
OUTROS	-	-	-	-	01	33.3%	01	4.8%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>03</b>	<b>100.0%</b>	<b>21</b>	<b>100.0%</b>

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

Dos pacientes em terapia, 57.1% fazem com recursos próprios e 23.8% são atendidos por convênios/seguros-saúde. Dos demais (19.1%), 9.5% estão fazendo terapia em consultório, mas como cortesia, 4.8% são atendidos pelo serviço público municipal e 4.8% por centros de atendimento especializado, também sem custo. Conforme constatado, nenhum paciente adulto está pagando pela terapia.

A seguir, será verificado o custo da terapia, em salários mínimos (SM).

**Tabela 33 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e custo da terapia em salários mínimos (SM)**

CUSTO DA TERAPIA (em SM)	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
até 1 SM	03	27.3%	01	100.0%	-	-	04	33.3%
1 – 2 SM	05	45.4%	-	-	-	-	05	41.7%
2 – 3 SM	02	18.2%	-	-	-	-	02	16.7%
3 – 4 SM	01	9.1%	-	-	-	-	01	8.3%
4 – 5 SM	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100.0%</b>	<b>01</b>	<b>100.0%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>100.0%</b>

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

Os custos da terapia variam de 0.7 SM a 2 SM entre 75.0% dos pacientes, dos quais 33.3% estão na faixa de até 1SM e 41.7% entre 1 SM e 2 SM. Os demais (25.0%) estão pagando pela terapia na faixa de 2 a 4 SM. Tendo em vista esses custos, foi calculado o quanto a terapia representa dentro do orçamento familiar, como será verificado a seguir.

**Tabela 34 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e porcentagem do custo da terapia sobre o rendimento familiar**

% DO VALOR SOBRE RENDIMENTO	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 5.0%	-	-	-	-	-	-	-	-
5.0 – 10.0 %	03	<b>36.3%</b>	01	<b>100.0%</b>	-	-	04	<b>33.3%</b>
10.0 – 15.0%	02	<b>18.2%</b>	-	-	-	-	02	<b>16.7%</b>
15.0 – 20.0%	05	<b>45.4%</b>	-	-	-	-	05	<b>41.7%</b>
20.0 – 25.0%	01	<b>9.1%</b>	-	-	-	-	01	<b>8.3%</b>
25.0 – 30.0%	-	-	-	-	-	-	-	-
30.0 – 35.-%	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100.0%</b>	<b>01</b>	<b>100.0%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>100.0%</b>

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

Dentro do rendimento familiar esses custos representam uma parte considerável; o custo mais baixo é de 6.7% e o mais alto, corresponde a 21.6% do total dos ganhos. O maior índice (41.7%) fica na faixa de 15% à 20% do rendimento familiar, seguido de 33.3% dos que estão entre 5% e 10.0% do rendimento.

O próximo nível a ser abordado será o educacional. As tabelas mostram a distribuição dos pacientes da amostra por situação escolar, grau de escolaridade dos pacientes que estão freqüentando a escola e dos que não estão.

**Tabela 35 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e situação escolar**

SITUAÇÃO ESCOLAR	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
freqüenta escola	17	100.0%	02	100.0%	01	6.7%	20	58.8%
não freqüenta escola	-	-	-	-	14	93.3%	14	41.2%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>	<b>34</b>	<b>100.0%</b>

Com relação à situação escolar, 58.8% dos pacientes estão estudando (a totalidade das crianças e adolescentes) em escolas regulares, o que demonstra um avanço em termos de inclusão da

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

pessoa portadora de deficiência auditiva na sociedade. Entre os adultos, apenas 1 paciente (6.7%) está estudando. Os que não estão estudando representam 41.2% do total e esta porcentagem refere-se à 93.3% dos pacientes adultos. No entanto, como será visto posteriormente, todos já haviam frequentado escola, portanto, estão, no mínimo, alfabetizados, o que facilita ou mesmo possibilita a comunicação.

**Tabela 36 - Distribuição dos pacientes que estão frequentando escola por grau de escolaridade**

GRAU DE ESCOLARIDADE	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
pré-primário	10	<b>58.8%</b>	-	-	-	-	10	<b>50.0%</b>
1ª série	02	<b>11.8%</b>	-	-	-	-	02	<b>10.0%</b>
2ª s a 4ª s	03	<b>17.6%</b>	-	-	-	-	03	<b>15.0%</b>
5ª s. e 6ª s.	-	-	-	-	-	-	-	-
7ª s. e 8ª s.	02	<b>11.8%</b>	01	<b>50.0%</b>	-	-	03	<b>15.0%</b>
1º col.	-	-	-	-	-	-	-	-
2º col.	-	-	-	-	-	-	-	-
3º col.	-	-	01	<b>50.0%</b>	-	-	01	<b>5.0%</b>
Superior	-	-	-	-	-	-	01	<b>5.0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>01</b>	<b>100.0%</b>	<b>20</b>	<b>100.0%</b>

## **5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**

---

O grau de escolaridade dos que estão estudando, em virtude da faixa etária e da porcentagem da amostra (crianças), concentra-se entre pré-primário e 4ª série do ensino básico (75.0%), com maior índice (50.0%) para o pré-primário (que, no estudo inclui todas as fases antes da 1ª série do ensino básico). O grau de escolaridade entre os adolescentes analisados varia muito – 6ª série para 1 (50.0%) e 3º colegial para o outro (50.0%). Apesar da pouca diferença de idade (1 ano), esse intervalo pode ser relacionado ao tempo de perda – o da 6ª série tinha 7 anos de perda auditiva e o outro apenas 5 meses.

A escolaridade dos pacientes que não estão frequentando a escola – só adultos – será mostrada na próxima tabela.

---

**5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**


---

**Tabela 37 - Distribuição dos pacientes que não estão freqüentando escola, por grau de escolaridade**

GRAU DE ESCOLARIDADE	ADULTO	
	Nº	%
Primário Incompleto	-	-
Primário Completo	04	28.6%
Ginásio Incompleto	-	-
Ginásio Completo	01	7.1%
Colegial Incompleto	04	28.6%
Colegial Completo	-	-
Superior Incompleto	-	-
Superior Completo	05	35.7%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100.0%</b>

Todos os que não estão freqüentando escola – somente adultos – já haviam estudado, e o grau de escolaridade e a maior porcentagem (35.7%) encontrada na pesquisa está entre os que já haviam completado o curso superior. Uma porcentagem igual pode ser observada se forem somados os que já completaram o ginásio (7.1%) e os que começaram a cursar o colegial (28.6%). Os demais (28.6%) já haviam completado o primário. Esses índices não coincidem com os do universo que teve seus índices mais distribuídos em todos os níveis, com exceção do primário incompleto.

## **5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**

---

A seguir, será abordada a questão do trabalho que, segundo Cattani (1996, p.140), “pode ser fonte de satisfação, por permitir participar da obra produtiva geral e fonte de verdadeiro prazer, por possibilitar a realização de objetivos ou tarefas úteis para a sociedade. Pode ser, ainda, ato de criação que corresponde à vocação dos indivíduos e às suas tendências mais profundas e, nesse sentido, pouco importa se ele se concretiza pelo esforço físico ou mental. Trabalhar significa viver, sair do discurso e da representação, para se confrontar com o mundo.”

Para a maioria das pessoas, o trabalho é um meio de subsistência associado ou não à realização profissional. No caso do deficiente auditivo, o aspecto profissional, além dessa conotação, representa uma conquista e, ao mesmo tempo, serve de teste de aceitação e inclusão na sociedade que, muitas vezes, o subestima, em virtude de sua dificuldade de comunicação.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

**Tabela 38 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e situação de trabalho**

SITUAÇÃO DE TRABALHO	* ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
está trabalhando	-	-	11	50.0%	11	64.7%
não está trabalhando	02	100.0%	04	50.0%	06	35.3%
TOTAL	02	100.0%	15	100.0%	17	100.0%

\*apenas acima de 16 anos

Para verificar a situação de trabalho dos pacientes, foram considerados todos os adultos e os adolescentes acima de 16 anos, no caso 100.0% deles, somando 17 pacientes.

Dentre os pacientes, 70.6% - todos adultos – estão trabalhando e 29.4% não estão exercendo nenhuma atividade, um índice baixo, considerando as características dos pacientes - todos são aposentados, com rendimentos significativos.

Desses 3 pacientes, 33.3% estão aposentados por invalidez<sup>5</sup> e mantêm economicamente sua família; 33.3% das pacientes do sexo feminino estão aposentadas por tempo de serviço e com complementação da pensão do esposo e sustentam três filhas adultas

<sup>5</sup> Sua deficiência auditiva foi uma das conseqüências do traumatismo craniano, por acidente sofrido 1 ano antes da cirurgia de IC. Apesar dos resultados em termos de audição, o paciente apresenta dificuldades para continuar exercendo a atividade anterior ao acidente, (instalador de som automotivo), apesar da tentativa de fazê-lo.

## **5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**

---

que estudam em outra cidade, e 33.4%, também, estão aposentadas por tempo de serviço, contam com apoio de familiares que residem na mesma casa e recebem rendimentos maiores, que se fundem com a aposentadoria das pacientes.

A tabela a seguir apresentará o nível ocupacional dos pacientes em atividade, de acordo com as categorias citadas no estudo socioeconômico, anexo 9.

---

**5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**


---

**Tabela 39 - Distribuição dos pacientes por nível ocupacional: 12 adultos**

NÍVEL OCUPACIONAL	ADULTO	
	Nº	%
Empresário	-	-
Trabalhadores da alta administração	01	<b>8.4%</b>
Profissionais liberais autônomos	-	-
Trabalhadores assalariados adm. e técnico e científ.	04	<b>33.3%</b>
Trabalhadores ass.: ocupações de Produção...	03	<b>25.0%</b>
Trabalhadores autônomos com empregado	-	-
Trabalhadores autônomos sem empregado	04	<b>33.3%</b>
Pequenos produtores rurais com empregado	-	-
Pequenos produtores rurais sem empregado	-	-
Empregados domésticos	-	-
Trabalhadores rurais assalariados	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100.0%</b>

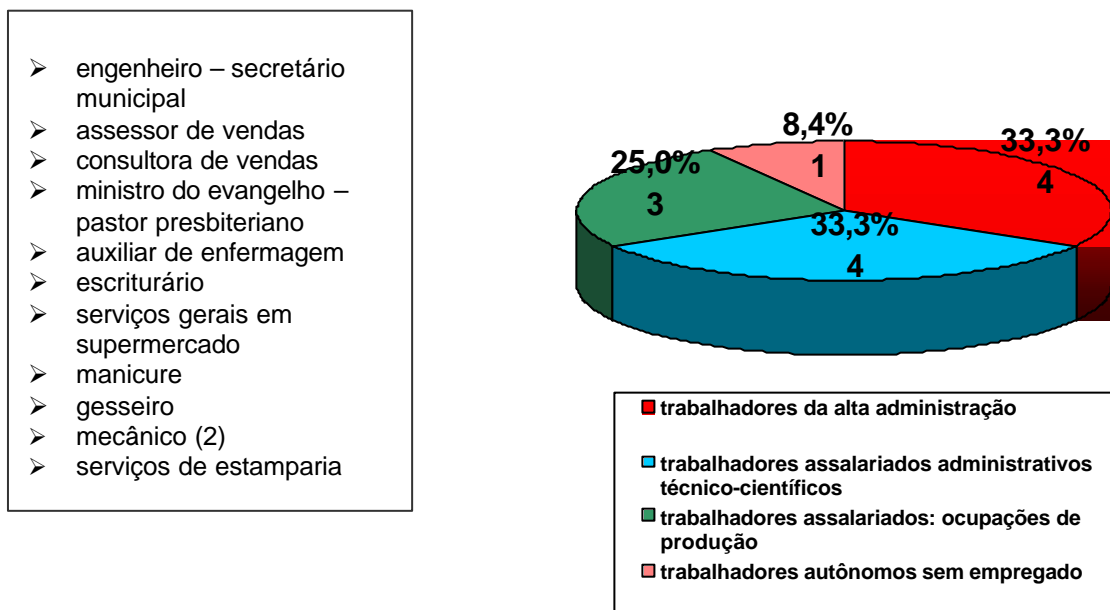
\* especificações das ocupações no anexo 9

O nível ocupacional dos pacientes está compatível com o grau de escolaridade: os 5 pacientes (100.0%) com nível superior, em atividade, que representam 41.7% do total da amostra, estão distribuídos entre trabalhadores da alta administração (8.4%), 33.3% são trabalhadores assalariados, exercendo cargos de administração e técnico científico; o mesmo índice (33.3%) fica com os trabalhadores autônomos sem empregado – uma tendência da sociedade atual. Os

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

trabalhadores assalariados, em ocupações que variam na exigência do grau de escolaridade – de 4ª série até colegial completo – apresentam um índice de 25%.

A descrição das ocupações facilitará a compreensão:



**Figura 32 – Descrição das ocupações dos pacientes**

A partir daqui, é importante ressaltar que quando a autora refere-se ao chefe de família, entende-se que é o membro da família que tem nível ocupacional mais alto. Coincidentemente, todos os que têm o maior nível ocupacional, na amostra, são os maiores provedores da família, senão os únicos.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

**Tabela 40 - Distribuição dos pacientes por faixa etária e nível ocupacional do chefe de família**

NÍVEL OCUPACIONAL	CRIANÇA		* ADOLESCENTE		ADULTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Empresário	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabalhadores da alta administração	01	<b>5.9%</b>	-	-	01	<b>6.7%</b>	-	-
Profissionais liberais autônomos	01	<b>5.9%</b>	-	-	-	-	01	<b>2.9%</b>
Trabalhadores assalariados adm. e técnico e científ.	04	<b>23.6%</b>	-	-	04	<b>26.6%</b>	08	<b>23.5%</b>
Trabalhadores ass.: ocupações de produção...	06	<b>35.3%</b>	01	<b>50.0%</b>	07	<b>46.7%</b>	14	<b>41.2%</b>
Trabalhadores autônomos com empregado	02	<b>11.7%</b>	-	-	-	-	02	<b>5.9%</b>
Trabalhadores autônomos sem empregado	02	<b>11.7%</b>	01	<b>50.0%</b>	02	<b>13.3%</b>	05	<b>14.7%</b>
Pequenos produtores rurais com empregado	-	-	-	-	-	-	-	-
Pequenos produtores rurais sem empregado	01	<b>5.9%</b>	-	-	01	<b>6.7%</b>	02	<b>5.9%</b>
Empregados domésticos	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabalhadores rurais assalariados	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>	<b>02</b>	<b>100.0%</b>	<b>15</b>	<b>100.0%</b>	<b>34</b>	<b>100.0%</b>

**Nota:** Vide especificações no anexo 9

## **5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**

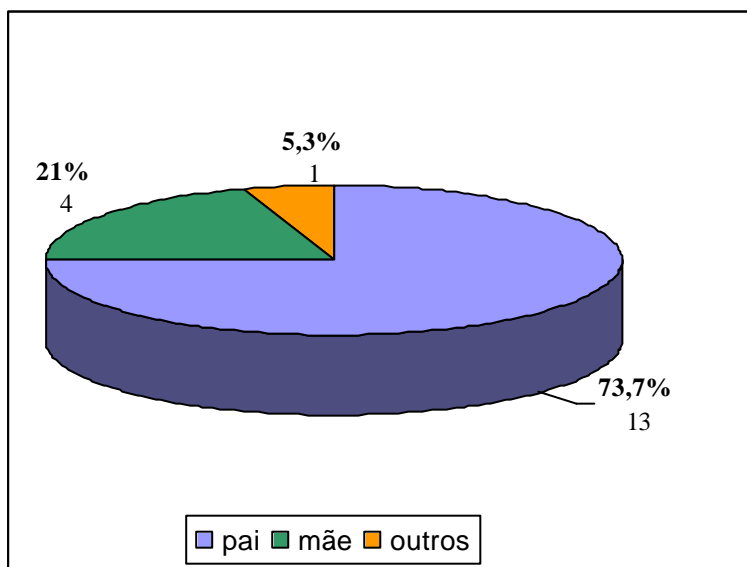
---

Com relação ao nível ocupacional do chefe de família, a distribuição está mais pulverizada entre as ocupações, mas mantendo o maior índice (41.2%) entre os trabalhadores assalariados, assim como no universo. O segundo maior índice está entre os trabalhadores assalariados administrativos e técnico científicos (23.5%), seguido de trabalhadores autônomos sem empregado, que somam 14.7%. Os pequenos produtores rurais sem empregados somam 5.9% dos pacientes, assim como os trabalhadores autônomos com empregado (5.9%). Esse mesmo índice (5.9%) foi alcançado pelos trabalhadores da alta administração. Diferentemente do universo, não havia nenhum chefe de família presente nas categorias: empresário, pequenos produtores rurais com empregado, empregados domésticos e trabalhadores rurais assalariados.

A seguir, assim como as dos próprios pacientes, serão descritas as ocupações dos chefes de família. No caso dos pacientes crianças e adolescentes – agrupados por serem todos dependentes - será especificado quem recebe o maior salário – pai , mãe ou outros – para verificar a questão da responsabilidade econômica familiar, que conforme foi citado, coincide com o maior nível ocupacional.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

### Pacientes crianças e adolescentes



#### **pai**

Operário aposentado (2)  
 Motorista assalariado  
 Meieiro  
 Almojarife  
 Serviços de transporte –autônomo  
 Serviços de computação – autônomo  
 Policial rodoviário federal  
 Tecnólogo  
 Cantor/músico  
 Serviços de transporte  
 Auxiliar de produção  
 Médico assalariado  
 Professor universitário

#### **mãe**

professora universitária  
 gerente de auto posto  
 bancária  
 trabalhos manuais

#### **outros**

arquiteto aposentado

**Figura 33 – Descrição das ocupações dos chefes de famílias entre os pacientes crianças e adolescentes**

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

Essa realidade coincide com o universo que também teve seu maior índice de chefe de família entre os pais.

Na amostra, a maioria (73.7%) dos pacientes tem o pai como chefe de família e, entre 21.0% dos pacientes, a mãe como é a responsável. Apenas 1 paciente (5.3%) tem como chefe de família o padrasto.

Com os pacientes adultos a especificação das ocupações será distribuída por sexo (dos pacientes) e por categoria da pessoa tida como chefe de família: o próprio paciente ou familiares (incluindo companheiro).

**Sexo masculino:** entre os 7 pacientes (100.0%), apenas 1 (14.3%) não é independente financeiramente – é sustentado pelo seu pai, um pequeno produtor rural. Os demais (85.7%) são os que recebem os salários mais altos/se mantêm, e as ocupações são as seguintes entre eles:

- Secretário municipal
- Ministro do evangelho – pastor da Igreja Presbiteriana
- mecânico +aposentadoria – serviços gerais na Prefeitura
- assistente de vendas
- aposentado como instalador de som automotivo
- gesseiro

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

**Sexo feminino:** entre as 8 pacientes (100.0%), 50.0% são chefes de família e responsáveis economicamente por ela (1 viúva, 2 separadas, 1 solteira). Com 25%, os cônjuges são os chefes de família. Entre as demais (25.0%), 12.5% são mantidas pelo pai e 12.5% são aposentadas, moram com as filhas que têm o nível ocupacional mais alto. As ocupações são as seguintes:

### própria paciente

- aposentada como professora + pensão do esposo
- consultora administrativa
- escriturária
- auxiliar de enfermagem

### outros

- esposo – cantor
- esposo – serviços gerais
- filhas – enfermeiras
- pai – funcionário público aposentado

É importante destacar o fato de que, entre os pacientes adultos, nenhum, independentemente do sexo, está desempregado e todos têm a garantia de uma remuneração.

As constatações nos níveis pesquisados: geoeconômico, educacional, de reabilitação e profissional, revelam o perfil dos sujeitos da pesquisa, sobre os quais incidiram questões em que estão explícitas qualidade de vida, perspectivas, o momento presente,

## **5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**

---

mudanças na vida, seja funcional, emocional e/ou econômica, enfim as repercussões do IC na vida de seus usuários, como mostram os formulários (anexos 12-13).

A divisão das respostas por faixa etária, se faz necessária em virtude das especificidades, no que se refere a antecedentes, expectativas, resultados e outros fatores que envolvem a compreensão da deficiência auditiva e do IC.

A soma das porcentagens nas categorias de respostas ultrapassa 100.0%, em virtude da múltipla inclusão.

### **CRIANÇAS – 17 pacientes**

Com relação à **satisfação com o Implante Coclear**, os pais de 16 pacientes (94.1%) declaram estar satisfeitos e apenas 1 (5.9%), declara-se parcialmente satisfeito. Foi questionado o porquê da satisfação e, de acordo com as respostas, palavras-chaves foram

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

citadas, permitindo estabelecer categorias. Mesmo sem ser citada, a palavra audição está implícita em todas as respostas.

A satisfação dos pais (16 = 100.0%) com relação ao IC foi categorizada em:

### Quadro 6 – Motivo da satisfação com o Implante Coclear (crianças)

<b>Audição</b> 9 pacientes (52.9%)	Habilidade auditiva que permite a percepção dos sons da fala	audição  atenção  aquisição de linguagem  comunicação facilitada  vida normal  relacionamento  falar ao telefone
<b>Linguagem</b> 8 pacientes (47.0%)	Habilidade para adquirir linguagem oral – o processo de aquisição é sequencial e gradativo	
<b>Outras</b> 5 pacientes (29.5%)	Desempenho na escola Interação e integração social Comportamento Relacionamento	

Como pode ser constatado, a maioria dos pais (94.1%) está satisfeita com os resultados do IC, sendo que 52.9% dos pacientes estão satisfeitos em virtude do desenvolvimento das habilidades auditivas; a aquisição de linguagem é motivo de satisfação de 47.0%

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

dos pais e outras razões de satisfação também tiveram um índice significativo de citação (31.3%).

Algumas respostas serão transcritas literalmente, para ilustrar:

*“Porque agora percebemos claramente que L. está ouvindo, praticamente, num tom normal de voz.” (L)*

*“Porque ele possibilitou uma comunicação verbal com nosso filho.” (G)*

*“Após o Implante, percebemos que nossa filha está ouvindo e, em conseqüência, está começando a falar, está mais calma, participa melhor de todas as atividades.” (ML)*

*“ Hoje K. escuta, algo que antes era impossível.” (K)*

*“Porque ele permitiu a meu filho ouvir todo tipo de sons, e isso tem facilitado o convívio dele com os outros e a comunicação, melhorou a fala também.” (MP)*

*“ Porque a F. está ouvindo mais e melhor, consegue se comunicar com pessoas da família ao telefone.” (MF)*

---

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“ ...Agora ela fala algumas palavrinhas como pai, mãe, au – au, papá, mama, entre outros sons que vocaliza. Sem contar a alegria que ela demonstra ao escutar algum som.” (AC)*

*“ Porque com o Implante Coclear o meu filho está desenvolvendo a sua fala mais rápido e está mais feliz, posso chamá-lo pelo nome, mesmo ele estando um pouco distante que ele me responde: oi mamãe.” (P)*

*“Porque minha filha esta desenvolvendo na escola, no relacionamento com a família e outras pessoas. Eu sei que existe um problema sério, mas a decisão em usar o implante foi maravilhosa e o resultado foi além do esperado.” (B).*

A satisfação dos pais de pacientes com o IC, acontece em função da percepção dos sons resultados em todas as esferas da vida – desde a resposta a um chamado até o desempenho na escola -, como mostram os depoimentos, em que a importância da comunicação ficou explícita.

O último depoimento - de B. - revela a consciência que a mãe tem de que a paciente, apesar de ser usuária do Implante Coclear, continua sendo uma deficiente auditiva.

---

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

Os pais que se declararam satisfeitos parcialmente (1 paciente ) – usaram o termo mais ou menos -, justificaram sua resposta, dizendo que a insatisfação se deve ao fato de os resultados estarem lentos, em função da inserção parcial.<sup>1</sup> “ *Talvez por ter sido uma inserção apenas parcial, o grau progressivo, em se tratando do tempo que passou, desde o implante. Não vejo motivo para satisfação.*” (D)

Essa mesma queixa – resultados lentos - foi apresentada como desvantagem do IC, na pesquisa de Kelsay & Tyler (1996), por 21% dos pacientes.

Independentemente da satisfação, 100.0% dos pais concordam que ocorreram **mudanças na vida diária das crianças**, como decorrência do uso do IC. Essas mudanças foram categorizadas como:

---

<sup>1</sup> Inserção total- quando todos os eletrodos do feixe são inseridos na cóclea, com possibilidade de estimulação de todas as áreas. A inserção é parcial quando é inserida apenas uma parte do feixe de eletrodos e a estimulação ocorre apenas em algumas áreas da cóclea.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

### Quadro 7 – Mudanças na vida diária das crianças

<b>Integração da audição na vida diária:</b> 17 pacientes (100.0%)	Atenção e reação a situações Uso da linguagem oral, como modo de comunicação Comunicação sem contato visual
<b>Comportamento:</b> 4 pacientes (23.6%)	Melhor comportamento, no geral Independência
<b>Escola:</b> 2 pacientes (11.8%)	Melhor desempenho acadêmico Motivação para frequentar escola
<b>Outros:</b> 10 pacientes (58.8%)	Desenvolvimento cognitivo Interação e integração social Vivência situações diárias normalmente Maior identificação com os pares ouvintes Felicidade

A primeira mudança com o IC, no grupo de crianças, foi a integração da audição na sua vida diária, (100.0%), uma vez que até então, ou mesmo por um longo tempo, seu cotidiano era de silêncio, sem possibilidade de ouvir o som da voz e, portanto, sem condições de se comunicar sem contato visual. Os pais relataram mudanças no comportamento (23.6%) e no desempenho escolar (11.8%). Outras mudanças foram relatadas por 58.8% dos pais, envolvendo interação e integração social.

Os relatos reproduzidos a seguir, ilustram essas mudanças.

*“...pois ela participa mais nas atividades que está envolvida.”(L)*

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“A vida dela mudou, agora ela pode participar melhor de todas as atividades, como brincadeiras de escola, integração com outras crianças: está bem mais atenta a todo tipo de sons.” (ML)*

*“ Uso da voz para se comunicar.” (K)*

*“ Hoje tenho muitas amizades, vou bem na escola, escuto tudo o que a professora fala, estou muito feliz.” (J)*

*“ O implante coclear possibilitou uma inserção do G. com o meio ambiente, sem depender do contato visual, facilitando sua vida em todas as atividades do cotidiano.” (G)*

*“Como já dito anteriormente, ele já se posiciona em relação aos sons. Não sabemos dizer como seria o comportamento sem o implante, mas garantimos que ele é uma criança excepcionalmente feliz.” (V)*

*“Facilitou a comunicação e permitiu a ele a descoberta de coisas novas.” (MP)*

*“Sente-se mais feliz e segura; lembra da pré-escola (antes do Implante) e da 2ª série (este ano); disse que a aula ficou mais gostosa.” (MF)*

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“Ela passou a ouvir, podendo interagir com o mundo.” (J)*

*“Mais tranquilidade, o implante dá condições muito boas para a criança aprender, captar informações com mais independência, mais próxima de uma criança não deficiente.” (B)*

Como pode ser constatado nos depoimentos, a efetivação de uma comunicação, além de ser motivo de satisfação, surge como o grande fator de mudança que facilita a participação, a interação e integração do paciente nesse momento de formação – infância e pré-adolescência. O que se destaca no último depoimento é a importância da identificação do deficiente auditivo com outros ouvintes.

Como não poderia deixar de ser, assim como na vida das crianças, as **mudanças na vida diária dos pais** foram admitidas por 100.0% deles e, de acordo com as respostas foi feito um agrupamento em:

---

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

### Quadro 8 – Mudanças na vida diária dos pais

<b>Melhor comunicação entre a criança e os membros da família:</b> 6 pacientes (35.3%)	
<b>Necessidade de cuidados especiais:</b> 2 pacientes (11.8%)	
<b>Preocupação com habilitação do paciente ( desenvolver habilidades auditivas e linguagem oral ):</b> 5 pacientes (29.4%)	
<b>Confiança na independência da criança:</b> 5 pacientes (29.4%)	
<b>Outras:</b> 5 pacientes (29.4%)	Melhora na qualidade de vida  Prejuízo na qualidade de vida ( mudança de cidade em função da reabilitação)  Estão mais atarefados  Sentem-se mais comprometidos com os resultados do IC ( maior responsabilidade )  Estão mais felizes

Como foi verificado, o maior índice (35.3%) de mudanças aponta a comunicação, a importância da compreensão entre o paciente e os que o cercam. Para os pais que relataram preocupação no trabalho diário com a criança e para aqueles que sentem-se mais confiantes

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

com a independência do paciente é atribuída a mesma porcentagem (29.5%).

O uso do Implante Coclear exige cuidados especiais por parte da criança e dos que a cercam. Mas nada se compara à atenção que os pais devem dispensar a essa questão e 11.8% deles atribuíram a esses cuidados uma das mudanças em sua vida.

Outras mudanças são relatadas (29.4%), envolvendo qualidade de vida. Para visualizar as mudanças citadas, algumas respostas serão aqui reproduzidas:

*“...pois facilita na comunicação. O lado negativo é quanto aos detectores de metais, o que nos faz evitar levar a L. a supermercados e shoppings e a preocupação ao levá-la em festinhas em Buffet, por causa das “piscinas de bolinha”<sup>2</sup>. (L)*

*“Facilitou a nossa comunicação com o nosso filho e à medida que ele desenvolve, cada vez mais uma linguagem verbal espontânea e conseguimos captar mensagens exclusivamente pela via auditiva temos mais convicções do quanto o IC mudou a nossa vida.” (G)*

---

<sup>2</sup> a descarga de eletricidade estática pode danificar os componentes elétricos do sistema de IC ou alterar o programa do processador de fala. A fricção de materiais plásticos, pode gerar descarga eletrostática. (BEVILACQUA, M.C. Conceitos básicos sobre a audição e a deficiência auditiva. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de SãoPaulo, 1998. 18p. Cadernos de Audiologia, 1).

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“Nossa vida diária mudou porque nossa preocupação agora é toda voltada a estimular a audição dos mais variados sons, fazendo com que ela vá identificando os mesmos.” (ML)*

*“ 1 - Rotinas operacionais, cuidados especiais do implante, preocupações com atividades físicas da K.*

*2 – incentivo para ensinar, a todo momento palavras novas para a K.”*

*“Estamos um pouco mais atarefados, mas nada que nos deixe triste.” (V)*

*“Facilitou o meu trabalho com ele, para a fala, as coisas do dia-a-dia.” (MP)*

*“Ficamos aliviados e felizes .... Sinto que consigo cumprir melhor o meu papel de mãe.....” (MF)*

*“... e também mudou no sentido do compromisso, pois temos de garantir à nossa filha o melhor aproveitamento do IC, participando e buscando sempre melhores possibilidades” (J)*

*“Podemos conversar com ele, só o fato de chamar o nome dele e ter resposta é uma emoção.” (A)*

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“...ela tenta emitir um som parecido, portanto mudamos toda a nossa maneira de agir, nomeando todas as situações diárias.” (AC)*

O depoimento dos pais também enfatiza o valor da comunicação e mostra um nível de consciência com relação à sua responsabilidade com a (re) habilitação da criança. É essa consciência e esses cuidados que fazem da família o reabilitador de peso nesse processo de desenvolvimento.<sup>3</sup>

Com a satisfação, vieram as mudanças na vida diária e as **preocupações com relação ao IC**, demonstradas por 100.0% dos pais. Essas preocupações foram direcionadas para:

---

<sup>3</sup> Não importa quantos profissionais trabalhem com os deficientes durante sua vida; não haverá um que tenha um efeito mais pungente, influente, duradouro e significativo sobre eles do que a família. Os membros desta estarão em contato contínuo com o indivíduo, ensinando-lhe os costumes e hábitos da cultura e estipulando regras para o jogo da vida. Em um sentido bem real, eles irão guiar a criança na luta para desempenhar seu papel de ser humano. De uma forma positiva ou negativa, o primeiro e mais influente terapeuta sempre será a família. BUSCAGLIA, L.F. Os deficientes auditivos e seus pais: um desafio ao aconselhamento, 1997, p.128

---

**5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**


---

**Quadro 9 – Preocupações com o Implante Coclear**

<b>Dispositivo interno:</b> 13 pacientes (76.4%)	Doenças ou acidentes que prejudiquem seu funcionamento e obriguem sua retirada
<b>Dispositivos externos:</b> 9 pacientes (53.9%)	- processador de fala . funcionamento . custos da manutenção . perda ou roubo <sup>4</sup>
	- acessórios . acesso . custos
<b>Programa de Implante Coclear:</b> 2 pacientes (11.8%)	Preocupação com a continuidade do PIC no HRAC
<b>Outros:</b> 2 pacientes (11.8%)	Não garantia dos resultados do IC Ambientes de risco para o IC Possibilidade de ficar sem escutar

Conforme verificado, a maior preocupação dos pais com relação ao IC é com relação ao dispositivo interno (76.4%) e aos dispositivos externos (53.9%).

---

<sup>4</sup> o processador de fala pode ser confundido com um “walkman”

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

A continuidade do PIC é uma preocupação levantada por 11.8% dos pais – o “*follow-up*” dos pacientes implantados no CPA/HRAC tem sido acompanhado por uma equipe interdisciplinar especializada para atender às especificidades do PIC, com a qual todos já estabeleceram um vínculo, e, até o momento apenas o CPA, oferece esse atendimento. Os pais têm essa consciência, motivo pelo qual levantaram essa questão.

Outras preocupações citadas (11.8%), envolvem garantia de resultados e situações de risco para o IC, que devem ser evitadas.

Os relatos que se seguem podem ampliar a visão sobre as preocupações:

*“Com o aparelho em si, pois a manutenção é bastante onerosa; e com a parte implantada no dia-a-dia, pois L. é uma criança muito ativa que gosta muito de correr e pular (preocupação com quedas).*

*É uma preocupação os detectores de metais<sup>5</sup> existentes em quase todas as lojas e supermercados .....”(L)*

*“Minha preocupação é que se extinga o CPA e a F. fique sem assistência; também preocupo-me com o tempo que leva para consertar o processador, mesmo estando com um do CPA.”( MF)*

---

<sup>5</sup> Fonte de interferência eletromagnética incluem, entre outros, sistemas de segurança – detector de metais – que podem interferir no funcionamento dos dispositivos internos e externos do IC. (COCHLEAR CORPORATION. Nucleus 24 Cochlear Implant System: document pack. Basel: Cochlear, sd.a.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“Nossa única preocupação é que o implante, por motivos técnicos, deixe de funcionar.” (G)*

*“ .....eu me preocupo com o aparelho, tenho medo de roubo ou que quebre.” (J)*

*“ ... do aparelho estragar e K. ficar sem escutar. ...acidentes ou doença na K. que atrapalhe ou estrague a parte interna.”(K)*

*“ A nossa preocupação não é com o implante coclear e sim com os acessórios cuja reposição só é feita em São Paulo.” (AC)*

*“A dificuldade para discriminar auditivamente devido a inserção parcial.” (D)*

As preocupações com o IC são pertinentes, dada a imprevisibilidade do comportamento das crianças e as situações a que são expostas, consciente e inconscientemente. No entanto, todos estão cientes da retaguarda que a equipe do CPA oferece, a distância e pessoalmente e, de acordo com a necessidade, retornos são agendados de imediato.

Diante de todas as observações, **comentários** foram feitos por 16 pais (94.1%) e o conteúdo girou em torno de:

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

### Quadro 10 – Comentários dos pais

<b>Satisfação com os resultados:</b> 6 pacientes (35.3%)	Estão satisfeitos com os resultados Os resultados superaram as expectativas
<b>Preocupação com o coletivo:</b> 6 pacientes (35.3%)	Indicação do IC para outros Abrangência do PIC Continuidade do PIC, em função dos outros portadores de deficiência auditiva
<b>Outros:</b> 6 pacientes (35.3%)	Com IC, existe a certeza de uma vida melhor com a possibilidade de profissionalização da criança Consideram o IC um avanço da medicina – depositam grande esperança no IC Gratidão e elogios à equipe do CPA
<b>Sugestões:</b> 3 pacientes (17.6%)	Menor tempo de duração para os retornos de “ <i>follow-up</i> ” Repasse de acessórios por meio do CPA/ADAP

Como pode ser visto, os comentários são os mais diversos e essa questão, no formulário, é um espaço para os pais exprimirem sua satisfação com os resultados (37.5%) e sua preocupação com o coletivo (37.5%), mediante os resultados do IC com seu filho. Os pais fazem outros comentários (37.5%) enaltecendo o IC, vendo nele não apenas uma alternativa, mas a alternativa adequada para a

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

(re)habilitação da criança deficiente auditiva<sup>6</sup>; a equipe também é citada, com gratidão.

Entre os pais, 18% deles dão sugestões que giram em torno do tempo de permanência do paciente e acompanhante, para o “*follow-up*”. Sem intercorrências, a duração do retorno varia de 2 a 3 dias, levando em consideração a disposição da criança para ser trabalhada. A sugestão é de que o atendimento seja feito em apenas um dia.

Outra sugestão dada, é para que os acessórios sejam repassados pelo próprio CPA/ADAP e não por firmas, com procedimentos muito burocráticos e custo mais alto.

Serão reproduzidos aqui alguns comentários, para ilustrar o quadro:

*“Os implantes cocleares são um importante avanço da medicina. Depositamos toda nossa fé e esperança neste implante.”*

(D)

*“Após 1 ano de implante e constatando que a L. está ouvindo, criou-se no seio da família uma grande satisfação e felicidade pelos resultados alcançados.” (L)*

---

<sup>6</sup> Como bem cita Kelsay & Tyler (1996), independentemente das vantagens e desvantagens, o IC se revela como um recurso eficaz, principalmente para crianças que exigiram mais tempo de estudo da comunidade científica, para poderem usufruir de seus benefícios.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“Os resultados obtidos com o implante coclear superaram nossas expectativas iniciais e nos dão a certeza de que escolhemos o caminho certo para superarmos os problemas causados pela perda da audição do nosso filho.” (G)*

*“Seria ótimo se o CPA pudesse repassar os acessórios.”(ML)*

*“O implante nos dá a certeza que a K. vai poder ter (já está tendo) uma vida melhor. Estamos muito satisfeitos com o implante o apoio de toda a equipe que nos tem auxiliado.” (K)*

*“Deveria estar a disposição de todos que não escutam.” (V)*

*“... que muitos outros pais possam ter a alegria de ter um filho surdo implantados, pois acho que o Implante é uma grande esperança para o surdo.” (MP)*

*“Seria bom que houvesse oportunidade (e aparelhos) a todos os deficientes que procuram o CPA. Sentimo-nos muito bem recebidos quando estamos aí com vocês e orgulhosos em mostrar-lhes os progressos da nossa F.” (MF)*

*“Que o mapeamento do processador para as pessoas que moram em outra cidade e trabalham fora fosse feita somente em 1(um) dia”. (P)*

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“Na verdade, o I.C. superou as nossas expectativas, difícil imaginar a nossa filha sem o I.C., portanto gostaríamos que o “país” tivesse uma política mais efetiva nesse aspecto, garantindo a permanência da infra-estrutura do CPA-Bauru/SP.” (J)*

*“Surgiu de forma solucionável, com boas expectativas de uma complementação para o paciente, o meio mais viável de se comunicar e até se profissionalizar.” (E)*

*“Vocês todos do HPRLLP-CPA estão de parabéns.” (AC)*

O que pode ser observado, nesse espaço mais livre de expressão – sem nenhum questionamento – é a necessidade de falar de sua satisfação com o IC e da esperança que depositam em seus resultados e, por isso, a preocupação com a abrangência do PIC – em função do coletivo – que segundo os pais, não deve se restringir a um pequeno número de deficientes auditivos.

Para os adolescentes foram feitas as mesmas perguntas e as respostas não incluíram os pais.

---

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

### ADOLESCENTES – 2 pacientes

Os 2 pacientes (100.0%) dão respostas afirmativas com relação à **satisfação com o Implante Coclear** e a atribuem ao desenvolvimento da habilidade auditiva com o IC (**audição**). É necessário esclarecer que ambos adquiriram a deficiência auditiva em fase pós-lingual e tiveram muito tempo de privação sensorial - um, 7 anos antes do IC e o outro, 8 anos e 4 meses até o IC. A possibilidade de ouvir, portanto, representa o ponto de partida para retomar a vida pré-deficiência. Para ilustrar, será transcrito, trechos das citações.

*“Porque está ajudando na minha audição.”(F)*

*“..... e me encontrei de novo..... nasci de novo.....o implante é mesmo ótimo para nós que temos problemas...”(H)*

Com esse retorno ao mundo dos sons, **mudanças** foram registradas **na vida diária** de ambos, em termos de:

---

**5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**


---

**Quadro 11 – Motivo da satisfação com o Implante Coclear  
(adolescentes)**

<b>Audição:</b> 2 pacientes (100.0%)	Comunicação facilitada, devido à percepção dos sons da fala Capacidade de ouvir música Possibilidade de ouvir o que acontece ao seu redor
<b>Escola:</b> 1 paciente (50.0%)	Melhor desempenho acadêmico
<b>Outros:</b> 1 paciente (50.0%)	Interação social Segurança

Como já era esperado, a possibilidade de ouvir os sons da fala e do cotidiano (100.0%) permite a melhora no desempenho acadêmico e proporciona mais segurança e interação social. O relato de um dos pacientes será transcrito para ilustrar as mudanças que, realmente, devem ser comuns a outros adolescentes implantados.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“... eu já entendo algumas coisas que eu considerava “impossível” e é apenas o começo.*

*Mudei em casa - eu não podia ouvir as pessoas chamarem ..... o telefone tocar ....eu não ouvia minha cachorra latir.... não ouvia também o rádio e agora eu posso ouvir essas coisas, eu atendo a todas elas.*

*Na escola – melhorou na explicação da matéria.*

*Na rua – ando mais equilibrada, escuto os carros, as motos, os ruídos ambientais.....*

*Na igreja- posso ouvir os hinos” (H)*

O depoimento é esclarecedor na medida em que são destacadas as mudanças por ambientes, revelando a sua extensão, no cotidiano.

Apesar das mudanças favoráveis à qualidade de vida, o mesmo paciente (50.0%) declara ter **preocupações com Implante Coclear** e essa preocupação está relacionada ao dispositivo interno (medo de precisar retirá-lo) e ao dispositivo externo – processador de fala (medo de roubo).

Como foi visto, as preocupações do adolescente são as mesmas dos pais das crianças. Foi também citada a palavra medo – o medo de perder o que esperou tanto para conseguir (8 anos e 4 meses após a perda auditiva). A palavra medo, aqui, pode se entendida como uma

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

ansiedade, compreensível pela situação e não como um perigo eminente.

*“...e eu como tantas outras pessoas, sinto medo de ter que tirar o IC, por causa de uma inflamação ou outra coisa... Sinto medo também de ser assaltada e levarem de mim o aparelho...(H)*

Não foi citada preocupação com a estética, contrariamente aos depoimentos dos adolescentes do universo pesquisado por Murakami (1998), no CPA.

Os **comentários** que se seguem – feitos pelos dois adolescentes – giram em torno de:

- **preocupação com o coletivo**

socialização de informações – *“ Passo a informação a quem precisa” (F).*

preocupação com os outros deficientes auditivos – *“... fico triste com as pessoas que não podem operar.” (H)*

- **satisfação com os resultados do IC**

Assim como com os pais das crianças a satisfação com o implante é citada no comentário.

## **5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários**

---

*“ .... mas não me sinto derrotada, depois que operei o implante me proporcionou mais alegria e mais entusiasmo e mais forças para continuar lutando.....às vezes nossos sonhos se tornam realidade .....me deram uma chance..... que o implante continue realizando o sonho de muitas outras pessoas.”(H)*

Até aqui foram observados pontos que também serão comuns aos adultos, como poderá ser constatado.

### **ADULTOS – 15 pacientes**

A **satisfação com o IC** foi assumida por 100.0% dos pacientes, e quando questionados sobre os motivos, responderam estar satisfeitos em virtude de:

---

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

### Quadro 12 – Motivo da satisfação com o Implante Coclear (adultos)

<b>Audição:</b> 17 pacientes (100.0%)	Recuperação da habilidade auditiva com o implante coclear – “voltou a ouvir” Comunicação facilitada
<b>Qualidade de vida:</b> 10 pacientes (66.7%)	Retomada da vida normal
<b>Outros:</b> 4 pacientes (26.7%)	Auto-estima Sente-se mais “igual” aos ouvintes Escapou do isolamento “é surdo quando quer”

Todos os pacientes são portadores de deficiência auditiva adquirida e o tempo de surdez varia de 5 meses a 24 anos. Todos já com experiência de vida de ouvintes, motivo pelo qual a recuperação da habilidade auditiva com o Implante Coclear - audição – é a resposta de 100.0% dos pacientes, como motivo da satisfação.

A questão da qualidade de vida (voltar a fazer coisas que a deficiência auditiva impedia ou dificultava) é citada e fica implícita em 66.7% dos pacientes e, 26.7% citam outros motivos para a satisfação com o IC.

As respostas que serão reproduzidas podem revelar mais detalhadamente o porquê da satisfação:

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“É fantástico voltar a ouvir. Estou entusiasmado.....muito satisfeito e imensamente feliz e, em todas as ocasiões digo e repito, bem alto, que ‘nasci de novo’.” (AA)*

*“Hoje eu posso me comunicar com todas as pessoas.” (E)*

*“Porque com o Implante Coclear consegui ouvir... a gente fica mais gente e fica mais consciente do que se passa na nossa vida.” (C)*

*“Porque, após o implante pode se levar uma vida normal.” (S)*

Hogan (1997), em sua pesquisa, atestou que, os bons resultados do IC, permite ao seu usuário participar de atividades diárias, próximo ao normal.

*“Porque é com ele que consigo ouvir o suficiente para continuar minha tarefa neste mundo. Foi após o IC que minha vida voltou ao normal, enfim devolveu a felicidade de ouvir e viver.” (D)*

*“Recuperei minha alegria de viver. Voltei a fazer novos amigos (comecei com vocês no Centrinho), recuperei velhos amigos, que foram importantíssimos para o meu retorno a uma vida social, pois minha deficiência tinha me afastado até dos meus familiares. Eu tinha me tornado um bicho-do-mato.” (JA)*

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“Melhorou a qualidade de vida. Facilitou muito a comunicação com outras pessoas fora do círculo familiar e de amizades. Aumentou a auto-estima.” (MA)*

*“Após o implante tive uma melhora de 100% e hoje me sinto normal realizado e muito feliz, nem lembro do tempo difícil que passei agora com o implante é vida para frente.” (V)*

*“Ouço sons bem semelhantes à audição normal. Isso me deixa feliz. Sou surdo apenas a hora que quero, quando não quero é só ativar o aparelho.” (R)*

Nas pesquisas de Tyler (1994), Kelsay e Tyler, ter a opção de desligar o aparelho e ficar “sem ouvir”, foi citado como uma das vantagens com o IC.

Pelos depoimentos, todos otimistas, fica explícito o valor da recuperação da habilidade auditiva – a reversibilidade do que, até então, julgava-se irreversível : “voltar a ouvir”- expectativa primeira do deficiente auditivo (com perda auditiva adquirida), com relação ao IC.

Essa “audição”, permite a melhora da qualidade de vida dos usuários do IC, fazendo com que eles consigam vencer os desafios

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

diários, como será revelado na questão das **mudanças na vida diária**, abordada a seguir.

Todos os pacientes afirmam que ocorreram mudanças na sua vida diária categorizadas como:

### Quadro 13 – Mudanças na vida diária dos adultos

<p><b>Audição:</b> 9 pacientes (60.0%)</p>	<p>Retomada das atividades do período anterior à deficiência auditiva Valorização dos sons Comunicação mais efetiva, devido à percepção dos sons da fala Uso do telefone</p>
<p><b>Interação e integração social:</b> 5 pacientes (33.3%)</p>	<p>Melhora quanti-qualitativa no relacionamento Participação</p>
<p><b>Outros:</b> 5 pacientes (33.3%)</p>	<p>Maior identificação com os pares ouvintes Aumento da confiança e auto-estima Segurança Independência</p>

Como pode ser observado, a audição é citada pela maioria dos pacientes (60.0%) como a grande mudança na sua vida diária. Atividades comuns aos ouvintes puderam ser retomadas, o que facilitou a (re)interação e (re)integração social de 33.3% dos pacientes. Sentimentos de auto-estima e confiança, também são citados por 33.3% deles.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

As respostas que serão reproduzidas podem ilustrar essas mudanças:

*“Posso ouvir e falar ao telefone, escutar campainha e interfone, assistir TV, entre outras coisas.” (S)*

Segundo Hogan (1997), o simples fato de saber que está apto a fazer pequenas coisas, aumenta a confiança do usuário para as atividades diárias.

*“Antes eu tinha dificuldades de ir ao Supermercado hoje isto não acontece graças ao Implante.” (E)*

*“Em todos os sentidos, na família e na comunidade, apesar de não entender tudo que as pessoas falam sinto-me bem melhor para enfrentar os obstáculos que aparecem em nossa vida diária.” (C)*

*“ Em tudo posso dizer, escola, (serviço, trabalho, vida social), em tudo. Dei a volta por cima depois de 3 anos de surdez, arregacei as mangas e chutei a bola (bola pra frente) porque ouvir é coisa boa.” (D)*

*“Posso ouvir minha filhinha e todos que me rodeiam, voltei a trabalhar novamente, saio muito, vou à bailes, estou vivendo novamente...” (MR)*

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“ Por estar ouvindo e entendendo melhor, me acho uma pessoa mais segura. Também estou me relacionando melhor com as pessoas sem medo de não ouvir.” (R)*

*“Voltei a ter coragem para novos relacionamentos. O implante tem gerado condições para que eu recupere o tempo perdido. Estou me preparando para o vestibular 2001.” (JA)*

Como refere Hogan (1997), o IC permite ao usuário retomar atividades sociais como elas costumavam ser vividas, que se refere ao relacionamento.

*“ Sou mais feliz por ouvir os sons. Ouço barulho do telefone, .....e principalmente meu filho chorar.” (M)*

Os depoimentos revelam a importância da retomada das atividades anteriores à deficiência auditiva, diante das responsabilidades que cercam a vida do adulto, as exigências da vida cotidiana.

O aspecto de relacionamento intra e extra familiar, o estreitamento de laços familiares – como a emoção de ouvir a voz e o choro do (a) filho (a) – são mudanças significativas que ratificam a importância da comunicação e compreensão do outro na vida do ser humano – um ser social, por natureza.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

Apesar das vantagens do IC e das mudanças positivas que aconteceram na vida diária dos pacientes, as **preocupações com o Implante Coclear** existem e são relatadas por 13 pacientes (86.7%): 13.3% declaram não ter nenhuma preocupação – estão pensando apenas no momento presente.

As preocupações estão direcionadas para:

### Quadro 14 – Preocupações com o Implante Coclear (adultos)

<b>Dispositivo interno:</b> 2 pacientes (13.3%)	Algum dano que obrigue sua retirada
<b>Dispositivos externos:</b> 13 pacientes (86.7%)	- processador de fala . funcionamento . tempo para conserto . perda ou roubo . custo da manutenção <sup>7</sup>
	- acessórios . acesso . custos
<b>Programa de Implante Coclear:</b> 1 paciente (6.7%)	Preocupação com a continuidade do suporte que o PIC oferece aos pacientes
<b>Outros:</b> 2 pacientes (13.3%)	Possibilidade de retornar à condição de não ouvinte Exposição do IC em ambientes de risco ( alarme )

<sup>7</sup> o processador de fala e o microfone têm garantia da firma por 3 anos. Após esse período, uma taxa de manutenção periódica deve ser paga, para garantir os reparos. Foi sugerida uma “poupança mensal” pelos pacientes, para facilitar o pagamento, a partir do vencimento da garantia.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

A grande preocupação de 100% dos pacientes, conforme declarações, é em relação aos dispositivos externos e refere-se não só ao processador de fala, como aos acessórios, cuja durabilidade varia, de acordo com os cuidados do paciente.

A preocupação com o dispositivo interno é revelada por 13.3% dos pacientes, assim como outras preocupações (13.3%) relativas aos ambientes de risco para o IC e à possibilidade de retornar a condição de surdo, mesmo que provisoriamente, em virtude do não funcionamento do IC. Apenas 1 paciente (6.7%) registra sua preocupação com a continuidade do Programa de Implante Coclear.

Algumas respostas serão transcritas para ilustrar essa situação de preocupação.

*“ A minha preocupação é quando os componentes externos do implante apresentam problemas o que pode acarretar ficar sem poder exercer minhas funções no trabalho.” (S)*

*“ A minha preocupação é o custo da manutenção do implante.” (E)*

*“Minha preocupação é com possíveis assaltos...” (AA)*

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“ É que ele não deixe de funcionar, visto que é como um micro, com suas vantagens e também com seus defeitos...” (C)*

*“ Tenho medo que o aparelho possa dar algum problema e eu fique sem ouvir novamente ... Tenho medo de entrar em lojas com portas eletrônicas.....”(R)*

*“ É a manutenção. Ele não vai falhar? Terei sempre o pessoal do CPA, o suporte de vocês?” (RM)*

*“ A lentidão para conseguir repor as peças ... o alto custo delas...” (MA)*

Toda preocupação demonstrada revela, veladamente, o receio do usuário em perder sua condição de ouvinte – apenas 2 declaram explicitamente .

A preocupação justifica-se em virtude da manutenção do IC não depender exclusivamente do CPA, seja para reparos e/ou reposição de acessórios.

Os **comentários** que se seguem ratificam declarações anteriores e acrescentam sugestões.

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

Todos os pacientes (100.0%) fazem comentários que giram em torno de:

### Quadro 15 – Comentários dos pacientes adultos

<p><b>Satisfação com os resultados:</b> 8 pacientes (53.3%)</p>	<p>Satisfação com os resultados Resultados estavam acima da expectativa Retomada da vida normal saiu do isolamento Melhora na qualidade de vida</p>
<p><b>Preocupação com o coletivo:</b> 3 pacientes ( 20.0%)</p>	<p>Sugestão de campanha para preparação de profissionais para atender aos portadores de deficiência auditiva, para evitar a marginalização Sugestão de maior divulgação do PIC</p>
<p><b>Equipe:</b> 4 pacientes (26.7%)</p>	<p>Elogios Gratidão Importância</p>
<p><b>Outros:</b> 4 pacientes ( 26.7%)</p>	<p>Acesso aos avanços do IC Não consegue escutar música Preocupação com a manutenção do IC Cuidados especiais para proteger o processador</p>

Nos comentários alguns aspectos são retomados e dirigidos aos resultados do IC (53.3%) e suas preocupações com relação a ele

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

(26.7%). A preocupação com o coletivo é revelada por 20.0% dos pacientes e 26.7% dos pacientes fazem referência à equipe do CPA.

Alguns comentários serão aqui reproduzidos para uma aproximação maior com os pacientes:

*“... ao mesmo tempo em que o governo deveria promover uma ampla campanha educativa, para conscientizar a população nos cuidados com o relacionamento do deficiente auditivo, aglutinando-os ao convívio social, evitando a sua tendência ao isolamento.” (AA)*

*“Eu acho que foi uma conquista para todos. Só tenho a agradecer...” (E)*

*“Estou conseguindo ouvir bem melhor... Após a operação consegui comunicar-me melhor com os familiares e também com os estranhos... Sinto-me uma pessoa atuante perante a comunidade...Obrigado a toda a equipe do CPA e aos médicos.” (C)*

*“ Hoje me sinto uma mulher com os pés no chão. Para mim quem sabe faz a hora, não espera acontecer.” (D)*

*“ O Implante Coclear deve ser mais divulgado ...” (MR)*

*“Só sinto muita falta é de ouvir música...” (D)*

## 5 - O Implante Coclear na vida de seus usuários

---

*“Não tenho condições de mensurar as alegrias que o implante tem me proporcionado. Agradeço a todos...” (JA)*

*“Me preocupo com a manutenção do IC...” (R)*

*“O implante coclear é muito legal com ele tem centenas de pessoas sorridentes e felizes trabalhando falando, ouvindo. Não tem nada melhor que isso.” (V)*

Depoimentos, sérios, alegres e preocupados...

Assim como com as crianças, os comentários são mais dirigidos à satisfação com os resultados do IC, sem, no entanto, deixar de citar a preocupação com o IC, com os demais deficientes auditivos e a importância da equipe nesse contexto de reabilitação.

As respostas em todas as faixas etárias ratificam a teoria citada, principalmente no que se refere à melhora na qualidade de vida, independentemente das preocupações que o IC causa – com algumas diferenças entre as faixas.

Muita emoção permeou os depoimentos – a caligrafia e a disposição das palavras nos questionários originais foram reveladoras, acrescentando valores na avaliação do IC na vida de seus usuários.

## **6 - CONCLUSÃO GERAL E SUGESTÕES.**

Neste ano de 2000, completando 10 anos, o Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA) do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), até junho, contava com 163 pacientes que já haviam feito a cirurgia de Implante Coclear (IC), formando um universo que se destaca entre os 1.5 milhões de deficientes auditivos que, por estimativa, existem no Brasil (Brasil, 1997; Lichtig, 1997).

O Programa de Implante Coclear (PIC), desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, atingiu proporções e uma extensão que exigem mais conhecimentos sobre os pacientes já operados, os usuários de IC.

Como o CPA ainda não está informatizado, em relação a cadastro de pacientes, os dados para caracterizar os mesmos, foram levantados nos seus prontuários, para serem trabalhados.

A Assistente Social, como parte da equipe interdisciplinar e como o profissional que já vinha elaborando esquemas para constituir um banco de dados para divulgação, e como subsídio de estudos de outros profissionais da equipe, sentiu a necessidade de sistematizar esta ação.

Os dados colhidos no prontuário dos pacientes - que é único e contém a informação de todos os profissionais – foram trabalhados e permitiram traçar o perfil dos usuários do IC, objetivo primeiro deste estudo, dando continuidade ao primeiro trabalho no Serviço Social do CPA (Mesquita, 1998) sobre a sua história.

O que se pode constatar, nesse **perfil**, é que o universo de pacientes implantados (163) constitui-se tanto por crianças (49.7%) como por adultos (44.2%). Os adolescentes formam o menor grupo, com 6.1%. A maioria é do sexo feminino (54.6%) e, em relação à procedência, a que prevalece é a da região sudeste (62.0%), seguida da região sul (16.6%).

A estratificação social concentra-se nas classes menos favorecidas (baixa inferior, baixa superior e média inferior), totalizando 84.1% dos pacientes.

Com relação aos recursos para viagem, a maioria (52.8%) se utiliza de recursos próprios, seguida de 32.5% que se utilizam do Tratamento Fora do Domicílio pelo Sistema Único de Saúde (TFD/SUS). Para a estada, a grande maioria (81.0%) assume as despesas, apesar da classe social. Esse índice justifica-se, também, pelo fato de a classe média inferior estar entre as menos favorecidas, no entanto, com condições de assumir mais despesas.

## 6 – Conclusão Geral e Sugestões

---

A expectativa inicial dos pacientes e familiares, com relação ao atendimento inicial no CPA, é, na sua maioria (79.2%), de realizar o IC, reforçando a idéia de que muitos vêem o CPA como sinônimo de IC, como a última alternativa para a (re)habilitação.

Quanto à etiologia da perda auditiva, o maior índice (26.4%) é de meningite.

O tempo de perda auditiva do paciente até o dia da ativação, apresenta sua concentração na faixa de 0 a 4 anos (73.0%) e o tempo de uso de IC até o mês de junho de 2000 – quando aconteceu a coleta de dados – varia de 0 a 3 anos para 57.8% dos pacientes ( mais de 50%, só de crianças ); para o grupo com perda auditiva acima de 3 anos o índice é de 42.2% - o maior índice em todas as faixas etárias.

Entre todos os pacientes da amostra, 55.8% estão em terapia fonoaudiológica e, desse percentual, a grande maioria (85.7%) é constituída por crianças (96.3% delas), uma vez que esse procedimento não é exigido entre todos os pacientes adultos e, entre eles, quando indicado, o é, por tempo determinado.

Com relação aos recursos, 59.3% fazem a terapia com recursos próprios (particular) e estes custos mensais variam de 0.5 a 4 salários mínimos e têm sua concentração entre 1 e 2 salários (44.4%) e entre 2 e 3

## 6 – Conclusão Geral e Sugestões

---

salários (25.9%). Esses custos representam de 5.0% a 20.0% do orçamento familiar (74.1%).

O nível de escolaridade dos pacientes foi dividido entre os pacientes que freqüentavam (55.8%) e os que não freqüentavam a escola (44.2%).

Dos que estão freqüentando a escola, a grande maioria (85.7%) é criança e está distribuída entre o pré-primário e a 8ª série. Dos que não estão freqüentando, a grande maioria (98.5%) é composta por adultos – todos com escolaridade mínima de primário completo, com a presença de apenas 1 adolescente (1.5%) que completou o colegial. O nível de escolaridade entre 49.2% é de primário completo à colegial incompleto e 50.8% está entre o colegial completo e superior.

No que se refere ao trabalho, dentre os pacientes em idade para tal, num total de 79 (72 adultos e 7 adolescentes, com idade acima de 16 anos), 53.2% não estão trabalhando e 46.8% estão trabalhando.

Dos que estão trabalhando, a concentração (48.7%) aconteceu entre os trabalhadores assalariados, que abarcam ocupações da produção, da administração (indústria, comércio, serviços, setor público e sistema financeiro), ajudantes e auxiliares e outros. Essa mesma categoria – assalariados – concentra 47.9% dos chefes de família – os que têm o maior nível ocupacional.

Quanto às **repercussões** do IC na vida de seus usuários, no que se refere à satisfação, mudanças na vida diária e preocupações, é destacado, na amostra de 34 casos, o alto índice de satisfação (97.0%), em virtude da eficácia do IC, que permitiu o desenvolvimento das habilidades auditivas por meio do IC e da aquisição de linguagem; no caso de pacientes adolescentes e adultos, por serem todos deficientes auditivos pós-linguais, a satisfação se deu em virtude da recuperação da habilidade auditiva - permitindo a retomada da vida “normal”- melhorando sua qualidade de vida.

As mudanças que ocorreram na vida diária das crianças, com relação ao comportamento, relacionamento, também em virtude dos resultados do IC, apesar de terem sido para melhor, sobrecarregam os pais, em termos de cuidados especiais que o uso do IC exige. Com os pacientes adolescentes e adultos, as mudanças foram positivas influenciando diretamente na qualidade de vida, em função de uma comunicação facilitada e outras habilidades exigidas pelas atividades diárias. A preocupação comum a todas as faixas etárias é em relação aos dispositivos externos e internos do IC, em termos de funcionamento e custo de manutenção. Em nenhum momento são citados, como preocupação, os custos da terapia - apesar de seu valor – e

de outros acompanhamentos (psicopedagógico, psicológico e outros) também nem sempre disponíveis no serviço público.

O compromisso com a reabilitação está evidente nos depoimentos dos pais das crianças, fazendo jus a afirmação de que a participação dos pais é fundamental no processo de reabilitação.

Inter-relacionando o perfil com os dados colhidos nos depoimentos, observou-se que, apesar das diferenças entre os pacientes, sejam elas de ordem econômica, de procedência e outras, muitos pontos comuns foram levantados nas repercussões do IC na vida de seus usuários.

Os depoimentos confirmam os achados dos autores citados, no que se refere aos ganhos com o Implante Coclear, a melhora na qualidade de vida - aqui entendida como o bem-estar global da pessoa envolvendo aspectos físicos, psicossociais e interpessoais de sua vida - e outras questões que envolvem o portador de deficiência, que antes de tudo é um ser humano com capacidade e direito de sonhar e lutar pelos seus objetivos.

No entanto, apesar dos resultados positivos – em resposta a todo um trabalho, que envolve equipe e instituição, num contexto maior -, os pacientes também se mostram fragilizados, descapitalizados em alguns

níveis, levando o Assistente Social a repensar sua ação numa perspectiva de “*empowerment*”.

Os detalhes revelados nos depoimentos servem também de subsídios para os demais profissionais – atendendo a um dos objetivos da pesquisa - que, só por meio de uma postura interdisciplinar, poderão estar atendendo ao paciente como um ser pluridimensional e não apenas como portador de uma deficiência.

O processo da pesquisa suscitou sugestões que, para finalizá-la, serão expostas:

- Elaboração de um banco de dados sobre os pacientes, desde sua chegada como caso novo, e um programa especial para o paciente a partir da cirurgia de IC, que pudesse ser atualizado e acionado imediatamente.
- Atendimento do paciente implantado – além do individual - em grupo, pela equipe interdisciplinar composta por: fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e enfermeira, para abarcar todas as formas de atenção aos usuários de IC.

Ambos procedimentos estariam subsidiando a equipe, na sua ação interdisciplinar, voltada para o atendimento, ensino e pesquisa.

## 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLANTYNE, J. Surdez. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 312p.

BEVILACQUA, M. C. Centro de Pesquisas Audiológicas. Bauru: Hospital de Pesquisas e Reabilitação de Lesões Láblio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1995. (Relatório parcial CNPq).

BEVILACQUA, M.C. Conceitos básicos sobre a criança deficiente. In: \_\_\_\_\_. A criança deficiente auditiva e a escola. São Paulo: CLR Balieiro, 1987. 22 p. p.1-4.( Ensinando e aprendendo, 2)

BEVILACQUA, M.C., COSTA FILHO, O. (coord.) Centro de Pesquisas Audiológicas e programas especiais. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Láblio-Palatais, Universidade de São Paulo, [ 1997]. 121p.

BEVILACQUA, M.C., FORMIGONI, G.M.P. Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. 2.ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1998. 86p.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- BEVILACQUA, M.C. Conceitos básicos sobre a audição e deficiência auditiva. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1998. 18p. (Cadernos de Audiologia, 1).
- BOOTHROYD, A. Hearing aids, cochlear implants and profoundly deaf children. In: OWENS, E., KESSLER, D.K. (ed.) Cochlear implants in young deaf children. Boston: College Hill, 1989. 352p. p.81-89.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 48p.
- BRASIL pode ter hoje 15 milhões de surdos. Jornal A gazeta do Povo, Curitiba, 26 out. 1997. p. 14.
- BRAY, M.A., NEAULT, M.W., KENNA, M. Cochlear implantation in children. Nurs. clin. N. Amer., v.32, n.1, p.97-107, Mar. 1997.
- BUFFA, M.J.M.B. et al. Manual de orientação para professores de crianças deficientes auditivas. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1996. 9p.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- BUSCAGLIA, L.F. *Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento*. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997. 415p.
- CARVALHO, M.C.B. (coord.) (1994) apud LOURENÇO, S. *As diferentes formas de “perdas e seus significados para o ser humano*. Bauru: Faculdade de Serviço Social de Bauru, Instituição Toledo de Ensino, [1999].
- CATTANI, A.D. *Trabalho e autonomia*. Petrópolis: Vozes, 1996. 195p.
- CLARK, G.M., COWAN, R.S.C., DOWELL, R.C. *Cochlear implantation for infants in children*. San Diego: Singular, 2000. 766p.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995. 164p.
- COCHLEAR CORPORATION. *Sistema de implante coclear nucleus: perguntas e respostas*. Basel: Cochlear, s.d.b.
- COOPER, H.R. et al. (1989) apud COOPER, H. Implantes cocleares. In: BALLANTYNE, J., MARTIN, M.C., MARTIN, A. *Surdez*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995. 312 p. p.277-285.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- DIAS, M.E.B. A dialética do cotidiano. São Paulo: Cortez, 1982. 103p.
- ESTABROOKS, W. Learning to listen with a cochlear implant: a model for children. In: \_\_\_\_\_. Cochlear implant for kids. Washington: Alexander Graham Bell, 1998. 404p. p.72-88
- FACER, G. W., PETERSON, A. M., BREY, R. H. Cochlear implantation in the senior citizen age group using the Nucleus 22-channel device. Ann. Otol. Suppl., v.166, p.187-190, Sept. 1995.
- FALEIROS, V.P. Estratégias em serviço social. São Paulo: Cortez, 1997. 208p.
- FENIMAN, M.R., PIAZENTIN, S.H.A. Cuidados com a audição. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1991. 9p.
- FERNANDES, E. Problemas lingüísticos e cognitivos do surdo. Rio de Janeiro: Agir, 1990. 162p.
- FRANCO, A. As ONGs e a (nova) parceria. Brasília: s, n., 1994. 4 p.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

FROSSARD, A., MATOS, M. Algumas reflexões sobre a prática profissional do assistente social na saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 9. 1998, Goiânia. Caderno de Comunicações... Goiânia: Conselho Federal de Serviço Social, 1998. v.1. 467p. p. 119.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1996. 207p.

GRACIANO, M.I.G. Desafios do serviço social no HRAC-USP: assistência, ensino e pesquisa. In: SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE, 3. 2000. Campinas. [Anais...] Campinas: Universidade de São Paulo, 2000. p.1-16.

GRACIANO, M. I. G., LEHFELD, N.A.S., NEVES FILHO, A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização II. Serv. social Realid. v. 5, n. 2, p. 171-201, 1996.

GRACIANO, M.I.G. et al. As diferentes práticas profissionais do serviço social no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo, 1991. s.p.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- GRACIANO, M.I.G. et al. Programação do serviço social: dismorfias craniofaciais 1999-2000. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 1999. 57p.
- GSTÖETTNER, W., HAMZAVI, J., CZERNY, C. Rehabilitation of patients with hearing loss by cochlear implants. Radiologe, v.37, n.12, p.991-994, Dec. 1997.
- HARRISON, R.V. et al. The Paediatric Cochlear Implant Program at the Hospital for Sick Children, Toronto. J. Otolaryng., v.26, n. 3, p.180-187, June 1997.
- HERBST, I.C.G. (1983). In: BALLANTYNE, J. Surdez.5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 312p.
- HOGAN, A. Implant outcomes: towards a mixed methodology for evaluating the efficacy of adult cochlear implant programmes. Disab. Rehab., v.19, n.6, p.235-243, June 1997.
- KELSAY, D. M. R., TYLER, R.S. Advantages and disadvantages expected and realized by pediatric cochlear implant recipients as reported by their parents. Amer. J. Otol., v.17, n.6, p.866-873, Nov./Dec. 1996.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- KIJIMA, G.Y.M. Levantamento da situação profissional e sentimentos manifestos dos pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida. Bauru: Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais, 1999. (Relatório Final Funcraf – período fevereiro-junho 2000)
- KNUTSON, J.F. et al. Psychological change over 54 months of cochlear implant use. Ear Hear., v.19, n.3, p.191-201, June 1998.
- KUNIMOTO, M. et al. The benefit of cochlear implantation in the japanese elderly. Auris. Nasus Larynx., v.26, n.2, p.131-137, Apr. 1999.
- LERNAZ, T. Cochlear implants: selection criteria and shifting borders. Acta Oto-rino-laryng.Belg., v.52, n.3, p.183-199, 1998.
- LICHTIG, I. Situação da deficiência auditiva na infância. In: LICHTIG, I., CARVALHO, R.M.M. Audição: abordagens atuais. Carapicuíba: Pró-Fono, 1998. 363p. p.5-22
- MACKENA, L. Alguns aspectos psicológicos da surdez. In: BALLANTYNE, J. Surdez. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 312p.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- MAILLET, C.J., TYLER, R.S., JORDAN, H.N. Change in the quality of life of adult cochlear implant patients. *Ann. Oto. Suppl.*, v.165, p.31-48, Apr. 1995.
- MARCONI, M.A., LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1996. 231p. p.57.
- MARTINELLI, M.L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In \_\_\_\_\_. (coord.). *O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social: um instigante desafio*. 2.ed. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Identidade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994. 106p. p.11-18.
- MESQUITA, S.T. *O CPA e o Programa de Implante Coclear: uma história de avanços na (re)habilitação do deficiente auditivo*. Bauru, 198, 123p. (Especialização em Serviço Social na área da Saúde) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 1998.
- MESQUITA, S.T. et al. O CPA e o Programa de Implante Coclear: uma história de avanços na (re)habilitação do deficiente auditivo no HRAC/USP. *Rev. soc. bras. Fonoaudiol.*, v.4, n.6, p.12-18, jun. 2000.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- MUNHOZ, D.E.N. Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia. Serv. social.Soc., v.17, n51, p.167-171, ago. 1996.
- MURAKAMI, G.A.O. Expectativas prévias ao Implante coclear e avaliação pós-implante em adolescentes. Bauru, 1998. 16p. Monografia (Especialização em Psicologia Clínica) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 1998.
- NAGEM FILHO, H. et al. Contribuição para estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. Rev. Fac. Odont. Univ. São Paulo, 1968; 6:111-28.
- NETTO, J.P., FALCÃO, M.C. Cotidiano: conhecimento e crítica. São Paulo: Cortez, 1987. 93p.
- NIKOLOPOULOS, T.P., O' DONOGHUE, G.M., ARCHBOLD, S. Age at implantation: its importance in pediatric cochlear implantation. Laryngoscope, v.109, n.4, p.595-599, Apr. 1999.
- NORTHERN, J.L., DOWNS, M. P. Audição em crianças. 3.ed. São Paulo: Manole, 1989. 421p.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- NOVELLO, A. (1993) apud LICHTIG, I. Situação da deficiência auditiva na infância. In: LICHTIG, I., CARVALHO, R.M.M. *Audição: abordagens atuais*. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997. 363p. p.5-22
- OLIVEIRA, M.A. A mesma problemática do trabalho e da ética. In: Teixeira, F.J.S. et al (org). *Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações no mundo do trabalho*. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 1998. 252p. 9.163-194.
- O'NEILL, C. et al. A cost-utility analysis of pediatric cochlear implantation. *Laryngoscope*, v.110, n.1., p.156-160, Jan. 2000.
- PALMER C.S., et al. A prospective study of the cost-utility of the multichannel cochlear implant. *Arch. Otolaryng. Head Neck Surg.*, v.125, n.11, p. 1221-1228, Nov. 1999.
- RIBARI, O. et al. [Cochlear implants]. *Orv. Hetil.*, v.137, n.24, p.1291-1298, June 1996.
- RIZER, F.M., BURKEY, J.M. Cochlear implantation in the very young child. *Otolaryng. clin. N. Amer.*, v.32, n.6, p.1117-1125, Dec. 1999.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- RODRIGUES ON, M.L. O serviço social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M.L., RODRIGUES ON, M.L., MUCHAIL, S.T. (org.). O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: Cortez, 1995. 172p. p.130-158
- RUBEN, R.J., SCHUWARTZ, R. Necessity versus sufficiency: the role of input in language acquisition. Int. J. Pediat.Otorhinolaryng., v.47, n.2, p.137-140, Feb. 1999.
- RUSSO, I.C.P. O mundo sonoro e a audição. In: LICHTIG, I., CARVALHO, R.M.M. Audição: abordagens atuais. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997. 363p. p.5-22
- SALIMENE, A.C.M. Serviço social na reabilitação do portador de deficiência física: conceito, filosofia e serviços. s.l.: s.n., 1997. 11p.
- SAMPAIO, C.C. et al. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SÁ, J.L.M. (org.). Serviço social e interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 1989. 95p. p. 77-95.
- SANTOS, T.M., RUSSO, I. C. P. A prática da audiologia clínica. São Paulo: Cortez, 1991. 237p. p. 179.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

- SASSAKI, R.K. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 2. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1997. 171p.
- SEBASTIAN, G. Audiologia prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 1986. 302p.
- SEVERINO, A.J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, J.L.M. (org.) Serviço social e interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 1989. 95p. p.11-21.
- SILVA, R.S.R.M. Os sujeitos sociais no cotidiano institucional: a equipe multiprofissional na educação especial do deficiente mental educável. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Identidade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1996. 128 p. (Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, 3) No lugar de Martinelli, 1996
- SILVA, M.L., LESSA S.Z.G. Prática do serviço social na área hospitalar o que mudou. In: SILVA, J.O. (org.) Práticas do serviço social: espaços tradicionais e emergentes. Porto Alegre: Dacasa, 1998. 175p. p.117-130.
- SOUZA, E.G. Surdez e significado social. São Paulo: Cortez, 1982. 96p.

---

**7 – Referências Bibliográficas**

---

SROUR, R.H. Públicos, categorias e estratos sociais. In: \_\_\_\_\_.  
Classes regimes, ideologias. 2. ed. São Paulo: Ática, 1990. 288p.  
p.130-145.

SUMMERFIELD, A.Q., MARSHALL, D.H. Preoperative predictors of outcomes from cochlear implantation in adults: performance and quality of life. Ann..Otol.Suppl., v.166, p.105-108, Sept. 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1992. 175p. p.134.

TYLER, R.S. Advantages and disadvantages expected and reported by cochlear implant patients. Amer. J. Otol., v.15, n.4, p.523-531, July 1994.

TYLER, R.S., KELSAY, D.M.A. Advantages and disadvantages reported by some of better cochlear-implant patients. Amer. J. Otol., v.11, n. 4, p.282-289, July 1990.

MESQUITA, S.T. *Cochlear Implant: who are its users*. Franca, 2000, 320p. Dissertação ( Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História , Direito e Serviço Social, Campus Franca, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

## **ABSTRACT**

The hearing loss, due to its high incidence has received special attention from the scientific community in the development and improvement of devices addressed to the hearing impaired people.

The Cochlear Implant –surgery involving electrode implantation inside the cochlea –an alternative to those who have bilateral profound sensorineural hearing loss. It provides to the hearing impaired people a useful hearing which improves their communication.

This research is about Cochlear Implant (CI) users, who underwent surgery in the Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA) from the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) of University of São Paulo. Until June/2000 totalized 163 cases.

The aim of this study is to delineate the profile of those patients (the total) and to get to the CI repercussions in their lives, a sample of 34 cases was analysed.

It was verified that there is a concentration of patients coming from the Southeast region – more specifically, from São Paulo state – belonging to the lower classes and have the CI as a initial expectation.

The others verified categories show differences that nevertheless, do not appear in the CI repercussions in the users lives.

The researched repercussions were related to satisfaction, changes in the daily life – with the children, changes in the parents lives too – and concerns about the CI.

The majority of the subjects from the sample (97.0%) is satisfied with the CI and report positive changes in their lives without dismissing their concerns resulting from the CI use, that is about the external and internal devices (its fragility and maintenance, due the cost).

The established reality is the object of the social worker intervention. This study, is an attempt to enlarge the knowledge about the patients and their context, in order to intermediate them together with the interdisciplinary team which is essential for the development of the Cochlear Implant Program, accomplished under the HRAC philosophy – to see the patients enterity.

Key-words: 1. Medical Social Work 2. Cochlear Implant – Program

3. Hearing impaired people - Cochlear Implant

4. Centro de Pesquisas Audiológicas – Historical – Programs