

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO / PUC – SP

LESLE MACIEL

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE AVALIAÇÃO E
ACOMPANHAMENTO AO SURDO PRÉ-LINGUAL COM
INDICAÇÃO PARA O IMPLANTE COCLEAR**

SÃO PAULO

2017

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO / PUC – SP

LESLE MACIEL

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE AVALIAÇÃO E
ACOMPANHAMENTO AO SURDO PRÉ-LINGUAL COM
INDICAÇÃO PARA O IMPLANTE COCLEAR**

Dissertação de Mestrado apresentado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, como exigência para qualificação, sob orientação da Prof^a Dr^a Edna Maria Severino Peters Kahhale.

SÃO PAULO

2017

Dedico ao meu filho Pedro Ivo por ter apresentado a mim um novo modo de ouvir. Dedico às minhas filhas Nicole e Larissa por me darem sustentação para essa nova empreitada

AGRADECIMENTOS

Uma ideia inicia-se como um sonho, algo idealizado que muitas vezes fica na ordem do impossível. Talvez por um tempo precisamos coloca-la bem distante para que possa ir tomando uma forma, um significado. Quando damos o primeiro passo para torna-lo real pessoas fazem parte dessa história. O mestrado passou a ser para mim um momento ímpar aonde fechei etapas, dei forma para outras. Fiz descobertas, cresci. Para isso precisei entrar no meu mundo interno, saber dele, um caminho que só foi possível através de minha análise com Dr. Jose Roberto, anos que pude encontrar o melhor de mim para conseguir realizar. Compreender as escolhas e suas consequências. Nesse processo, meus filhos Nicole, Larissa e o Pedro Ivo foram compondo parte importante desta colcha de retalhos com participações e principalmente apostas nas minhas crenças. Mostrando o sentido disto tudo.

Quando passamos a realizar o ideal, vem uma etapa em que a aposta do outro é fundamental, a confiança no trabalho e no saber. Dr. Mauricio viabilizou o trabalho. Permitiu que se construísse uma ideia e mais ainda acreditou que era esse o caminho. Quando estávamos toda a equipe construindo esse trabalho, estávamos realizando sonhos e ideias de cada um, e principalmente fundando uma nova forma de olhar esse público. Tenho uma gratidão por ter permitido que eu trabalhasse e melhorasse cada vez mais o meu olhar para o mundo.

Toda experiência nos modifica, e quando somos provocados a olhar para nós mesmos e ter a coragem de apostar sabemos que existe uma força maior que rege incondicionalmente, o amor por alguém nos modifica, nos transforma. E eu sou grata por ter essa experiência. Ela me trouxe até aqui.

Agradeço as minhas tias Dete e Lisa pelos dias em que ficavam em casa e, com uma xícara de café, contava as minhas aventuras pelas salas e corredores da PUC durante esses dois anos. Quantas vezes achei que não ia chegar aqui e elas alimentavam os meus sonhos.

No mundo acadêmico acontecem encontros em que nascem laços para dar um apoio, ensinar, dividir, jogar a gente na vida. Meus amigos Jeferson, Maria Irene e Sonia, foram e são assim para mim. Com eles, aprendi a pensar cientificamente, a me aventurar, a acreditar, ou mesmo pedir para suportarem a minha braveza, minha tristeza ou meu mau humor. Essa gratidão é eterna.

Permitir realizar um sonho vai nos surpreendendo até o último momento, quando naturalmente minha cunhada Rica entra na minha rotina para me dizer como terminar ou como ela diz “entregar a dissertação”. Um obrigado cheio de carinho por todas as palavras trocadas no telefone pessoalmente e pelos planos de comemoração. Essa energia é fundamental para que se consiga chegar ao fim.

Minha gratidão à minha mãe, que como ela mesmo diz também já está sabendo de tudo, por todas as vezes em que ela sentada tomando café me escutou, e perguntou, e falou, ajudando assim na organização dos pensamentos, permitindo que as ideias tomassem formas.

Quando começamos a realizar um projeto, quantas vezes queremos ir numa direção e vem a mão firme da orientadora dizendo que temos que ir para outro lado, nem sempre compreendido na hora. Ver o trabalho pronto e olhar para trás reescrevendo todo o caminho feito, a gratidão à Prof^a Edna é grande. Hoje o caminho é claro.

Quero agradecer ao CNPq pela bolsa que permitiu chegasse aqui. Bem como à secretária Monica e a todos os amigos que anonimamente com palavras ou uma torcida contribuíram para este fim.

“As pessoas estavam lá para se alimentar de silêncio. E eu comecei a me alimentar de silêncio também. Não basta o silêncio de fora. É preciso silêncio dentro. Ausência de pensamentos. E aí, quando se faz o silêncio dentro, a gente começa a ouvir coisas que não ouvia. E comecei a ouvir”.
(Rubens Alves)

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO PSICOLÓGICO DE AVALIAÇÃO E
ACOMPANHAMENTO AO SURDO PRÉ-LINGUAL COM
INDICAÇÃO PARA O IMPLANTE COCLEAR**

LESLE MACIEL

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Ana Paula Pereira
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Profª Drª Wanda Junqueira
Psicologia Educação/PUCSP

Profª Drª Edna Maria severino Peters Kahhale
Orientadora
Psicologia Clínica/PUCSP

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

RESUMO

O surdo profundo, que não desenvolveu nenhuma linguagem oral e/ou de sinais, não tem tido acesso a assistência que o introduza no mundo sonoro. O objetivo dessa pesquisa é desenvolver um protocolo de assistência psicológica para o sujeito surdo pré lingual profundo que deseja fazer o procedimento do Implante Coclear. Foram analisados três prontuários de pessoas atendidas em hospital particular, no período de 2006 a 2009. Os atendimentos foram realizados por uma equipe multiprofissional (médicos, fonoaudiólogos e psicólogo). Em dois prontuários, os usuários foram atendidos pela equipe toda e o terceiro teve atendimento segundo o protocolo padrão sendo assistido pelo médico e fonoaudiólogo. Os critérios de seleção dos prontuários foram ser pessoa com diagnóstico de perda neurossensorial severa e ou profunda bilateral, pré-linguais com indicação médica e fonoaudiológica para os procedimentos do Implante Coclear. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa, sob número CAAE 68162017.0.0000.5482. A escolha de análise dos dados foi a Análise de Conteúdo. Os resultados da assistência psicológica nesses usuários surdos profundos pré-linguais não atenderam ao critério fonoaudiólogo, mas ao escutar certos ruídos que foram ao longo dos atendimentos simbolizados e incorporados no cotidiano de suas vidas, possibilitou a dispensa de cuidadores e ou acompanhantes. O reconhecimento e simbolização dos ruídos em sons com significados indicam a ampliação da subjetividade desses sujeitos. Estes resultados indicam diretrizes para a criação de protocolo psicológico que possibilita ganhos na qualidade de vida do sujeito que se submete ao processo de Implante Coclear, além de autonomia e diminuição da dependência de terceiros ou cuidadores.

Palavras chaves: saúde auditiva, implante coclear, avaliação psicológica, surdez.

ABSTRACT

The deaf who has not developed any oral and / or signal language has not had access to assistance that introduces him to the sound world. The objective of this research is to develop a protocol of psychological assistance for the deep deaf subject who wishes to do the Cochlear Implantation procedure. Three records attended at a private hospital, from 2006 to 2009, were analyzed. A multiprofessional team (physicians, speech therapists and psychologist) was performed the medical services. Two patients were treated by the whole team and the third one was attended according to the standard protocol, being assisted by the physician and speech therapist. The criteria for selecting the medical records were: be diagnosed with severe or profound bilateral hearing loss neurosensory, prelingual with medical and phonoaudiological indication for Cochlear Implant procedures. The project was submitted and approved by the Research Ethics Committee, under number CAAE 68162017.0.0000.5482. The choice of data analysis was the Content Analysis. The results of psychological counseling in these profound pre-lingual deaf users did not meet the speech therapist criterion, but when listening to certain noises that were throughout the services symbolized and incorporated into the daily routine of their lives, dismissed of caregivers and / or companions. The recognition and symbolization of noise in sounds with meanings indicate the magnification of the subjectivity of these subjects. These results indicate guidelines for the creation of a psychological protocol that allows gains in the life quality of the subject who submits to the Cochlear Implant process, as well as autonomy and decrease in the dependence of third parties or caregivers.

Key words: auditory health, cochlear implant, psychological evaluation, deafness.

SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
SUS	Sistema Único de Saúde
IC	Implante Coclear
LOF	Leitura Oro Facial
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
CDA	Centro de Diagnóstico Audiológico

FIGURAS

Figura 1 Prótese Implante coclear (IC)	46
Figura 2: Componentes externo e interno do IC	47
Figura 3: Orelha 3D	48
Figura 4: Aparelho Implante Coclear colocado	48
Figura 5: A família de Eduardo	60
Figura 6: As relações de Eduardo	77
Figura 7: A família de Roberto	92
Figura 8: A família de Cristina.....	102

GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução de Eduardo na Avaliação e Reabilitação fonoaudiológica após IC	76
Gráfico 2: Evolução de Roberto na Avaliação e Reabilitação Fonoaudiológica após IC.....	90
Gráfico 3: Evolução Cristina na Avaliação e Reabilitação Fonoaudiológica após IC	101

QUADROS

Quadro 1: Modelo de gráfico de audiometria para compreensão de como o som se processa.....	49
Quadro 2: Exames e avaliações.....	50
Quadro 3: Fases da Cirurgia	51
Quadro 4: Orientações para a cirurgia de IC.....	52
Quadro 5: Pós Cirúrgico - 4ª Etapa	55
Quadro 6: Pré Operatório	58
Quadro 7: Pós Operatório	58
Quadro 8: Evolução de Eduardo ao longo do acompanhamento pela Psicologia	77
Quadro 9: Evolução de Roberto ao longo do acompanhamento pela Psicologia	92
Quadro 10: Evolução de Cristina ao longo do acompanhamento pela fonoaudiologia	102

TABELAS

Tabela 1: Atendimento Eduardo.....	62
Tabela 2: Atendimento Roberto.....	80
Tabela 3: Atendimento Cristina	95

SUMÁRIO

RESUMO	II
ABSTRACT	III
APRESENTAÇÃO	1
1. HISTÓRIA DA SURDEZ	6
1.1 MODELO CLÍNICO-TERAPÊUTICO	8
1.2 MODELO SOCIOANTROPOLÓGICO.....	12
2. HISTÓRIA DA SURDEZ NO BRASIL	15
2.1 POLÍTICA DE SAÚDE AUDITIVA	16
2.2 ESTATÍSTICA DA SURDEZ NO BRASIL	18
3. DESAFIOS DO SURDO NA CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM	25
4. METODOLOGIA DA PESQUISA	42
4.1 LÓCUS DE PESQUISA	42
4.2 FONTE DOS DADOS.....	43
4.3. CUIDADOS ÉTICOS.....	44
4. 4. PROTOCOLO (DE REFERÊNCIA) CRIADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE IC.....	44
4. 4. 1. Rotina da psicologia	45
4.5. ANÁLISE DOS DADOS: CRITÉRIOS	56
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
5.1 RELATO DO CASO EDUARDO	59
5.2 RELATO DO CASO ROBERTO.....	79
5.3 RELATO DO CASO CRISTINA	94
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	111

APRESENTAÇÃO

Foi no curso de psicologia na Universidade São Francisco (USF/Itatiba/SP) que me deparei com a área de trabalho da psicologia hospitalar. Antes mesmo de entrar na faculdade, há mais de trinta anos quando era enfermeira de centro cirúrgico, percebi a necessidade de um acompanhamento mais específico de pacientes que passavam por procedimentos cirúrgicos. Durante meu estágio no quinto ano em um hospital geral, aprendi a importância de um protocolo de atendimento. Formada em 1985, direcionei a minha atividade profissional para projetos ligados a hospital geral.

Em 1993, meu filho mais novo teve meningite e ficou surdo. Foi o início de um processo individual, de busca de atendimento especializado e recursos para oferecer o melhor que supunha ser o cuidado para com o meu filho. Foi então que fiquei sabendo do programa de Implante Coclear oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Bauru.

Inscrevi-me no serviço e submeti-me junto com meu filho ao protocolo. Por ele ter tido meningite, a cirurgia foi feita rapidamente para garantir que os eletrodos fossem todos inseridos na cóclea, isto é, no ouvido interno. Porém, ele não obteve o resultado audiológico esperado proposto pelo protocolo da fonoaudiologia. Começamos então uma outra caminhada para que meu filho conseguisse inserir-se no contexto social de um mundo regido por sons e pela palavra falada.

Num determinado momento, optei, sob muitos protestos na época da equipe que o acompanhava em Bauru, pelo atendimento de estimulação oral junto ao uso da língua brasileira de sinais, LIBRAS. Durante esses 23 anos, para que o meu filho pudesse estar inserido na sociedade, precisei abrir muitos caminhos: no atendimento médico, na escolha pela melhor forma de comunicação, na educação escolar, entre outros.

Sem ter encontrado um acompanhamento para orientação sobre toda a mudança que este adoecimento estabeleceu na família e nele, precisei fazer uma análise individual para processar a mudança e assimilar a nova dinâmica e, assim, entender o significado de ter um surdo como filho e, no contexto familiar, como irmão.

Toda essa experiência levou-me no ano de 2006 a trabalhar em um hospital particular para compor a equipe e o serviço de Psicologia de atendimento a pacientes Surdos indicados para o implante coclear. Esse hospital atendia, via saúde suplementar, pessoas interessadas neste procedimento. Tal implante tem resultados variados desde escutar alguns sons até sons articulados, tais como frases inteiras.

Sem referências de como iniciar esse serviço, tomamos como norte o protocolo do SUS e o adaptamos para o atendimento em saúde suplementar. E aqui nasce a razão desta pesquisa, no nível de mestrado, em que pretende investigar cientificamente o desenvolvimento de protocolo psicológico de avaliação e acompanhamento ao Surdo pré-lingual com Indicação para o implante coclear, no sentido da formalização de um atendimento da psicologia para o sujeito, que tenha o interesse em fazer uso do Implante Coclear.

A política de atenção à saúde auditiva estava nascendo no Brasil e foi oficialmente formalizada pelo governo no ano de 2004. Neste início de implementação da política de atenção auditiva, o SUS atendia de forma bem reduzida, somente pacientes crianças e adultos pós-lingual, ficando para a saúde suplementar os pacientes que não entravam no critério do SUS.

No Programa Nacional de Atenção Auditiva (PNASA) foram criados três níveis de atendimento público: básica, média e alta complexidade. Fez-se um planejamento que envolvia desde o diagnóstico ao nascer (teste da orelhinha) até a população da terceira idade com estrutura para diagnosticar e tratar todos os tipos de perdas auditivas. E o SUS estabeleceu um critério de idade e diagnóstico para o atendimento na indicação do Implante Coclear.

O resultado desse critério é que a grande maioria dos 350.000 surdos, ou seja, com perda entre severa e profunda de acordo com o Censo (IBGE, 2010) ficaram de fora da política de saúde auditiva. Estes sujeitos, a grande maioria adultos, foram diagnosticados tardiamente. E com a escassez de informação sobre tratamentos, clínicas e escolas foram ignorados em suas necessidades.

Como consequência disso, a grande maioria desenvolveu gestos com significados individuais, com muito pouco acesso a escolas e à Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), surgindo assim, uma população com quase nenhuma linguagem, partilhável socialmente e ainda com o sistema cognitivo pouco estimulado. Estas

peças, em seus trabalhos ou como dependentes, passaram a ter direito ao Implante Coclear pela saúde suplementar.

O hospital em que eu trabalhava naquela época, só atendia convênios médicos via saúde suplementar ou particular. Em sua grande maioria, os pacientes não se encaixavam no protocolo estabelecido pelo SUS e era preciso formalizar uma conduta de atendimento a essa população, com avaliação e orientação sobre o que era e como funcionava o Implante Coclear.

As famílias dos pacientes vinham com uma expectativa sustentada pela história de vida deles e no fracasso em realizar seus desejos somados à falta de informação sobre o funcionamento do aparelho. Nas reuniões de equipe para discussão de casos atendidos ou em atendimento pelo hospital, os médicos na maioria das vezes seguiam a rotina dos procedimentos cirúrgicos do SUS, pois esta cirurgia independe do histórico do sujeito. Já a equipe de fonoaudiólogas teve que se reposicionar sobre os resultados do aparelho, pois todos estavam fora do critério de indicação preconizados pelos artigos científicos e pelo SUS.

E dentro deste cenário, a Psicologia precisou compreender essa dinâmica para dar a melhor orientação para o sujeito e sua família, uma vez que não tínhamos nenhuma referência de atendimento. Todo o serviço de assistência ao surdo no Brasil estava muito no início. Assim, nos atendimentos da Psicologia estimulou-se a formação de um sentido para o som escutado pelo sujeito, independentemente de ser a compreensão socialmente esperada (aceita).

Durante a etapa de acompanhamento nos primeiros anos após o implante, percebeu-se que independente do resultado audiológico, a vida dessas pessoas mudava. A qualidade de vida alterava e se fundava a reflexão sobre o que elas desejavam fazer de suas vidas; nascia a condição de escolha, que antes ficava a critério geralmente da mãe, como primeira cuidadora e acompanhante.

Este Centro de Diagnóstico Audiológico (CDA) foi um serviço que se tornou referência na cidade, pois criamos um protocolo de equipe multiprofissional para atendimento integral associando à questão auditiva, a constituição do sujeito e a dinâmica familiar. Ao final de 2009, tínhamos atendido mais de 500 pessoas com um pouco mais de 100 implantes realizados e acompanhados.

Durante o trabalho surgiram questões e a busca por um caminho que organizasse a Psicologia em sua proposta. Este surdo pré-lingual, que antecede a

aprovação da Política Nacional de Saúde Auditiva é o sujeito que não teve um diagnóstico com encaminhamento como é feito hoje, nem tão pouco usou aparelhos, e não fez treino oral e da leitura labial. LIBRAS não era reconhecida oficialmente como uma linguagem com estrutura para estimular o sistema cognitivo.

Segundo o Censo (IBGE, 2010), a grande maioria dos surdos pré-linguais não tem estudo e possuem pouca compreensão do português escrito. Nos meus atendimentos da Psicologia, após fazer um levantamento do histórico escolar desse sujeito, eu utilizava como recurso, para uma avaliação e compreensão de sua leitura e escrita, um pequeno trecho de um texto simples e também solicitava para ele falar o que compreendia naquela leitura.

Neste momento, o objetivo não era avaliar a questão cognitiva, mas sim fornecer parâmetros de como se comunicar com eles, já que tinham gestos próprios para se comunicarem. Estes textos eram escolhidos de forma aleatória, geralmente de um assunto discutido em reportagens de revistas ou jornais de televisão. Os textos continham no máximo dois parágrafos e as frases eram de estrutura simples.

Estes sujeitos traziam a experiência de frequentar escola, embora na época sem a obrigatoriedade do uso de LIBRAS, a compreensão e aprendizagem de conteúdos estavam diretamente ligadas ao interesse e esforço da professora. Em sua quase totalidade, eles não conseguiam expressar a compreensão nem pela escrita, nem por gestos.

O que o sujeito pode fazer com o som que começa a escutar, é extremamente importante para que ele não abandone o uso do aparelho. Esse estudo científico no nível de mestrado busca compreender o sujeito surdo no cenário brasileiro, processo que está crescendo no país.

Nesse processo, é o atendimento psicológico que possibilita o acolhimento e suporte, alivia a angústia e o sofrimento inerentes às escolhas do sujeito. A Psicologia media o relacionamento da equipe multidisciplinar com o sujeito surdo e sua família. E durante todo o processo pós-cirúrgico, que é longo e demanda um investimento intenso e constante do sujeito e sua família, a Psicologia acolhe e juntos constroem a compreensão dessa nova rotina.

Considerando a importância de um atendimento psicológico adequado e efetivo aos sujeitos surdos e suas escolhas, surgiu a necessidade de avaliar o atendimento desenvolvido para estimular a construção de um significado ao som que é emitido pelo aparelho, e que é tão novo a ele.

O Surdo precisa ser inserido no mundo sonoro com significados, daí a importância de investigar como se dá essa passagem de ausência de som para sons que precisam ter sentidos para a pessoa, que passa a ouvir com o uso do aparelho. Diante desse pensamento, este trabalho tem como objetivo analisar dados de assistência psicológica ao sujeito surdo profundo, que deseja fazer o procedimento de Implante Coclear e não teve oportunidade de participar da política de saúde auditiva atual.

Para esta investigação científica no nível de mestrado, estruturamos a dissertação da seguinte forma: na Apresentação falamos da nossa relação com o tema, apresentamos o problema e as questões de pesquisa. O capítulo 1 aborda a história da surdez e todo o seu percalço para conquistar um espaço de respeito no contexto social. Também está sendo abordada a história de como nasceu o atendimento no Brasil demonstrado por meio de um quadro da realidade em termos populacionais e a política de saúde auditiva.

O capítulo dois trata dos desafios do surdo na construção da linguagem sob a sustentação teórica na teoria de Vygotski¹ como referência para compreensão desta questão.

No capítulo 3 desenvolvemos uma análise dos atendimentos oferecidos pela equipe multiprofissional do Hospital. No capítulo 4 apresentamos a metodologia da pesquisa. No capítulo 5 são apresentadas as análises dos resultados. Por fim, apresentamos as considerações conclusivas. E, por último são apresentadas as referências que sustentaram as análises.

¹Nomenclatura utilizada para o nome de Vygotski teve como referência Obras Completas de Lev Semiónovich Vygotski, Madrid, Espanha.

1. HISTÓRIA DA SURDEZ

... se referia a algo que se ouve nos interstícios das palavras, no lugar onde não há palavras (Rubens Alves).

A deficiência ou o deficiente físico se faz na sociedade por meio de histórias contadas ou de personagens criados, caracterizando-os da forma como o contexto social percebe. Pessoas que são físicas ou mentalmente diferentes tendem a ser vistas como o outro, o que as coloca na posição de anormal ou estranho (BISOL & SPREBE, 2010, pág.10).

Sempre alternando entre ser referenciada ou discriminada, a surdez construiu sua história já no Egito antigo, onde os surdos eram adorados, serviam de mediadores entre os deuses e os faraós, e eram temidos e respeitados pela população. Em seguida, na antiguidade, os gregos e os romanos, privaram os surdos dos direitos legais, não podiam se casar, não herdavam os bens da família, nem o título, pois para eles, o pensamento se dava mediante a fala.

Sem a audição, de acordo com Silva (2009), os surdos eram vistos como idiotas por supostamente não terem o pensamento, não entravam na categoria de seres com capacidade para reflexão, ficavam fora dos ensinamentos e, com isso, não adquiriam o conhecimento, questão esta, que se consagrou na Idade Média. Poucos arriscavam fazer uma análise diferente, Sócrates, por exemplo, divergiu de outros filósofos da época, por discutir a condição de expressão do pensamento por meio da fala:

Se não tivéssemos voz nem língua e ainda assim quiséssemos expressar coisas uns aos outros, não deveríamos, como aqueles que ora são mudos, esforçar-nos para transmitir o que desejássemos dizer com as mãos, a cabeça e outras partes do corpo? (SILVA, 2009, p. 03)

Desde a época de filósofos gregos até o início da época moderna, os surdos eram vistos como sub-humanos. A exemplo disso a declaração de São Paulo, na carta aos Romanos 10:17, de que a fé provém de ouvir foi mal interpretada, criando comportamentos de exclusão e alimentando o pensamento de que surdos não pensam e nem tem condição de se comunicar. (SOLOMON, 2015). A Igreja Católica considerava que os surdos não tinham salvação, por não conseguirem confessar seus pecados, ou seja, não iriam para o reino de Deus após a morte.

Retomando Silva (2009), a preocupação em compreender e criar uma maneira de comunicação iniciou-se com o monge beneditino chamado Ponce de León, que vivia em uma cidade da Espanha e dedicou-se a ensinar os filhos surdos da nobreza a ler, escrever, falar e aprender as doutrinas da fé católica. A possibilidade de o surdo falar implicava no seu reconhecimento como cidadão e, conseqüentemente, no seu direito de receber a fortuna e o título da família.

Segundo Sacks, já no século XVI, o médico e filósofo Cardano percebeu de forma clara que os surdos poderiam ter acesso à língua falada de outras maneiras, ou seja, sem a necessidade de usar a fala.

É possível dar a um surdo – mudo condições de ouvir pela leitura e de falar pela escrita [...], pois assim como diferentes sons são usados convencionalmente para significar coisas diferentes, também podem ter essa função às diversas figuras de objetos e palavras. [...] Caracteres escritos e ideias podem ser conectados sem a intervenção de sons verdadeiros (1998, p.29).

Já segundo Silva (op. cit), em 1760 os surdos ainda não tinham acesso aos ensinamentos e práticas religiosas.

O sistema metódico de L'Épée – uma combinação da língua de sinais nativa com gramática francesa traduzida em sinais – permitia aos alunos surdos escrever o que era dito por meio de um intérprete que se comunicava por sinais, um método tão bem-sucedido que, pela primeira vez, permitiu que alunos surdos comuns lessem e escrevessem em francês e, assim, adquirissem educação. (2009, p. 04)

De l'Épée reproduz com exatidão o que Rousseau, seu contemporâneo defendia, que a compreensão das ideias não dependia de ouvir palavras. O interesse de uma pessoa em olhar e entender os gestos feitos pelos surdos de Paris possibilitou a criação do método de juntar o símbolo ao seu significado na escrita e assim nasceu o primeiro método de alfabetização de surdos, no ano de 1755. A partir desse momento foram treinados muitos professores disseminando assim este método de alfabetização (SACKS, 1998).

De acordo com a história até o séc. XVIII, o sujeito surdo não era considerado como um ser social, sem direitos, não frequentava escola e nem a igreja, com o surgimento da língua de sinais e por meio dela estas pessoas puderam

ler, escrever e compreender o lugar e meio em que viviam permitindo-lhes então a pensar e tomar uma posição em relação às questões postas pela vida (SHOBEL, 2009).

Neste período, o que se considerava era da ordem do social, filosófico e religioso; os critérios de investigação científica para se analisar problemas de saúde surgiram bem mais tarde. Nesta época, a saúde ainda não usava o critério da investigação. Com a construção de uma comunicação entre os surdos e os ouvintes, o registro apontava para um pensamento enclausurado, e a vivência social restrita.

De acordo com Silva (2009), foi De l'Épée quem começou a prestar atenção nos surdos e sua condição. Assim, apontar o quanto compromete a constituição do sujeito por não ter uma linguagem para expressar seu pensamento e reflexões. Com a criação de uma forma de comunicação, foi provado aos cientistas, que estes sujeitos não eram sub-humanos, mas sim, com uma inteligência que precisa ser estimulada por meio de uma linguagem compreensível a eles, criando a oportunidade para que expressem seus pensamentos.

A história aponta um caminho a partir da definição de modelos para explicar a condição de surdez. Dentre eles e, no contexto da história, podemos identificar dois modelos predominantes e com posições antagônicas: um definido como modelo clínico-terapêutico, o qual tem o objetivo de tratar a surdez como doença, portanto, passível de cura, aonde o foco é a deficiência. Esta conduta tem uma forte influência no modelo de saúde adotado no Brasil. E o outro modelo chamado de socioantropológico, que tem o foco na diferença entre seres humanos.

1.1 Modelo clínico-terapêutico

Para o modelo clínico-terapêutico a surdez é uma deficiência, uma falta, falha ou imperfeição, pois falta a condição de ouvir. Assim, nasce a conduta médica de cura do órgão. Surge o olhar organicista, criando dois padrões, o certo e o fora do padrão e o modelo clínico-terapêutico tem como meta o órgão doente chegar ao padrão.

Com a ideia da norma, institui-se simultaneamente o desvio – aquele que se encontra nas extremidades da curva normal e que faz parte -, portanto, de uma minoria. Nessa concepção, a criança ouvinte representa a criança normal, o referencial para se tentar compreender a criança surda, que

passará a ser retratada, na maior parte do tempo, como alguém que está a menos em relação ao modelo. (BISOL & SPREBE, 2010, p. 8)

Tem-se um critério clínico de saudável, que é o sujeito ouvinte, e de doente, que é o sujeito surdo. Mas ainda dentro da condição do sujeito surdo, temos divisões entre o surdo ouvinte (com o uso do Implante Coclear); o oralizado, o sujeito surdo que usa LIBRAS, e ainda o sujeito surdo que não tem uma linguagem formal estabelecida. Cada condição estabelece uma situação e oportunidade social e médica. Todos profissionais têm como missão a cura do ouvido e esquecem o sujeito que tem essa surdez.

Os profissionais que atendiam as pessoas surdas e que viam a surdez como uma doença que deveria ser pesquisada, tratada e eliminada, começaram um movimento contra a Língua de Sinais. Segundo Andrade, Luccas, Mariele & Sponchiado (2000), muitos pesquisadores e médicos passaram a ver a surdez, como uma doença. Dessa forma, deveria ser passível de cura e reabilitação.

A proposta oralista apontada por Sacks (1998) fortaleceu-se por meio da votação ocorrida em 1880, no Congresso Internacional de Educadores de Surdos em Milão, a qual determinou a abolição do uso da linguagem de sinais, surgindo assim, fortes defensores do oralismo como Alexander Graham Bell. Para Góes (2002), Bell gênio tecnológico se posicionava contra escolas só de surdos por incentivarem comunidades de surdos, e Ferreri, líder dos educadores de surdos na Itália, que viam na língua de sinais algo rudimentar, constrangedor e primitivo.

Segundo Solomon (2015), Alexandre Graham Bell, que tinha a mãe e a esposa surdas, ao estudar a surdez, consternado com a ideia de *uma variedade surda da raça humana*, fundou a Associação Americana para Promover o Ensino da Fala aos Surdos. Nesta, procurou proibir que pessoas surdas casassem entre si e impelir que os alunos se submetessem à esterilização, persuadindo alguns pais ouvintes a esterilizarem seus filhos. Thomas Edison aderiu ao movimento para promover um oralismo exclusivo.

Foi a partir da época moderna que os pesquisadores e profissionais começaram a desenhar com mais nitidez as suas posições em relação ao que é a surdez. O modelo clínico terapêutico da surdez tomou como referência a normalidade, isto é, ouvir. Sendo assim, todos os procedimentos terapêuticos e diagnósticos tinham como meta buscar a audição para o surdo.

Deste ponto de vista, o surdo dificilmente chegaria à normalidade uma vez que a falta de uma linguagem comprometia a compreensão da experiência de vida (BISOL & SPERBE, 2010). E dentro da cultura médica, a patologia da surdez precisa ser tratada para sua correção, seja por via da cirurgia, medicamento ou por uma visão muito reducionista, o uso de aparelhos com a meta de oralizar.

Durante muito tempo, a única forma de tratamento era fazer o surdo falar e fazer leitura labial.

O surdo aprendendo a falar – em termos técnicos, tornando-se oralizado - aumentaria suas chances de ser visto como normal e de esconder a surdez. Portanto, para aqueles que concebem a surdez como uma deficiência, uma patologia, um problema, a escolha da modalidade linguística é sempre a favor da língua oral, alcançada mediante um longo e extenuante processo que permitirá a oralização. (PFEIFER, 2003, p. 31)

Enquanto a referência de êxito nas questões de desenvolvimento intelectual ainda for o ouvinte, estaremos fracassando na medida que o surdo pela ausência do som apreende os estímulos pela via visual e, portanto, um outro caminho de assimilação de conceitos. Neste momento, quando terapeutas e educadores passam a olhar o trabalho com o surdo como reabilitação, nega-se sua experiência com o mundo e dificulta sua adaptação na sociedade.

O objetivo é buscar a cura, (aparelhos, próteses, e desenvolvimento da fala), negando a possibilidade de ter uma linguagem própria. (BISOL & SPERBE, 2010). Muitos autores como Colin (1980), afirmam que a criança surda está privada de meios naturais de comunicação, isto é, de elementos favoráveis à socialização, o que explicaria o desenvolvimento de uma vida marginalizada.

O olhar do surdo como deficiente por não ouvir e, por consequência, não falar, tende a perpetuar a visão biomédica de normatização, com a sociedade agindo no sentido de dar o aval a essa conduta. Por meio de um trabalho intenso de terapias é possível que o surdo profundo seja oralizado, e faça leitura labial.

Mesmo aqueles que usam Implante Coclear e tenham uma experiência com o som, não deixam de fazer uma leitura visual das experiências subjetivas do mundo. É importante reconhecer que o modelo clínico-terapêutico não reconhece o sujeito que tem a surdez, portanto trava uma relação de não aceitação, de algo que

deve ser consertado, não importando o quanto custe para a formação subjetiva dessa pessoa.

Desde a época antiga, o conceito de que a linguagem e o desenvolvimento do pensamento, memória e raciocínio estão diretamente ligados à fala. Isto é, o surdo não fala, então todos esses aspectos estão comprometidos e, conseqüentemente, seu desenvolvimento emocional e de personalidade (DALCIN, 2009).

Para a autora (op. cit), como consequência de sua surdez, o surdo era visto como apresentando um desenvolvimento pobre de compreensão, reflexão e articulação da linguagem e, como consequência, falta de articulação no pensamento abstrato, na elaboração dos conceitos, na percepção espacial, nos problemas psicomotores, sociabilidade, determinando o desenvolvimento de um anormal com problemas de conduta e dificuldade de adaptação a situações novas.

A ideia então preconizada era de uma doença com sérias conseqüências no desenvolvimento do indivíduo, principalmente se este nasceu surdo deveria ser rapidamente tratado. A Psicologia, adotando o modelo organicista focado na questão ouvir/não ouvir, falar/não falar, ao criar uma forma de avaliação das pessoas com surdez profunda, usou como referência a pessoa ouvinte.

Atualmente as pesquisas na área neurológica, juntamente com o avanço tecnológico nos aparelhos auditivos, que permitem um resultado audiológico, evidenciam que induzir o surdo a usar um aparelho e treiná-lo para falar, negando sua característica espaço visual de construir os conceitos, é uma opção que pode massacrar este sujeito surdo. Com o uso da política de saúde auditiva, podemos ter resultados bons, se o trabalho começar com o bebê e a família, contudo, nesta dissertação sobre o desenvolvimento de protocolo psicológico de avaliação e acompanhamento ao surdo pré-lingual com indicação para o implante coclear, abordamos casos de pessoas que já estão na condição de silêncio há muito tempo. Elas construíram seus conceitos por meio da visão e da localização espacial. Mostrar como é esse novo caminho do som, dentro dessa realidade construída pela sua própria história, no nosso entendimento é respeitar o sujeito.

1.2 Modelo socioantropológico

Recentemente na década de setenta, iniciou-se o modelo socioantropológico, uma nova conduta com relação à surdez. Esse modelo considera a questão da cultura, não tomando a deficiência como ponto de partida e sim considerando a identidade, a linguagem e a cultura a partir do conceito de diferença como são vistos os modelos das minorias étnicas e linguísticas.

O Brasil sofre influência de toda a história e rumos tomados na questão da surdez. Estamos bem no início das políticas de atendimento, de educação e mudanças no âmbito social. Considerando o quanto é recente a formalização de políticas públicas para a questão da surdez e a oficialização da língua de sinais no Brasil, esta população ainda apresenta problemas identitários, linguísticos e políticos.

Dentro deste contexto, é preciso levar em consideração que a cultura dos ouvintes em relação à cultura dos surdos está no início. Isso significa que ainda não tivemos tempo para que os currículos nos programas da educação incluam as duas línguas. Somente alguns cursos no nível superior oferecem esta opção. Escolas estão lidando com a questão formalmente somente há 15 anos.

Temos uma população surda desconhecida composta de diagnósticos tardios e com pouca ou nenhuma orientação, cuja maior referência é o caminho construído somente pela família na busca de recursos para seus filhos, histórias familiares contadas pelas mães, aonde o único recurso para se comunicar foi a criação de uma linguagem própria. Não havia nenhum serviço de atenção e orientação até 2000, o que levou grande parte dos surdos no Brasil a traçarem os seus próprios caminhos dependendo da sorte de quais profissionais os orientaram.

O momento atual é de construção de uma escuta pela via da diferença e não mais da deficiência. Esta nova escuta permite construir atendimentos na Psicologia considerando a identidade e a cultura dessa população, principalmente, considerando a diversidade da experiência da surdez dentro do próprio grupo de surdos.

No entanto, é preciso ter cuidado quando vamos falar dessas diferenças, para não cair no outro extremo. O extremo de que a cultura surda se faz única pelo uso da língua de sinais. Isso seria reduzir a experiência simbólica do surdo só pelo

uso de uma língua de sinais, esquecendo que há também uma relação visual e espacial que ele tem com todo tipo de relação construída ao longo de sua vida.

É preciso considerar que a oportunidade que o surdo tem de construir/elaborar sua própria cultura e identidade é dada a partir do olhar pela diferença sem a colocação de menor valor social e afetivo, porque ele é um ser diferente. Ainda vivemos numa sociedade aonde a avaliação clínico-terapêutica é muito forte.

De acordo com Dalcin (2009, p. 15)

A língua que aprende, a maneira que se alimenta, o jeito que senta, que anda, que brinca... está codificado, ficando submetido a regras que dirigem seus movimentos. Essas regras são necessárias para ser possível o convívio em comunidade e vão se modificando com a criação de novas formas de viver, uma vez que o homem é dotado de inúmeras potencialidades que necessitam ser constantemente atualizadas para viver e sobreviver mediante o complexo processo evolutivo.

Na medida que o modelo socioantropológico se fortalece, surge a oportunidade de uma leitura mais ampla, inclusive porque também a sociedade é dinâmica e sofre alterações com esse novo olhar. Hoje nos eventos oficiais a língua de sinais já está presente. O modelo socioantropológico abre um novo olhar para os surdos entendendo que são pessoas que se comunicam naturalmente por meio de uma língua diferente. A linguagem é o que permite estarmos dentro de um contexto cultural construindo a nossa condição de sujeito e assim criando relações afetivas.

Ao mesmo tempo, temos um movimento social de incorporar a língua de sinais e de compreender os aspectos desta linguagem e suas estruturas. A língua, seja visual ou auditiva é um fenômeno social, uma vez que sua maior ação é promover a compreensão entre dois sujeitos. Devemos então considerar que toda língua se transforma em uma linguagem, mas nem toda linguagem será uma língua. O pensamento humano é mediado pela linguagem, e podemos considerar que pode ser feito por uma língua auditiva ou viso-espacial.

É possível por meio do pensamento socioantropológico ter espaço para expressão das diferenças, compreender os pensamentos, ser reconhecido com direitos civis, linguísticos, culturais, étnico, religiosos e outros.

A realidade do surdo é diversificada, temos filhos de pais surdos, ouvintes que ficaram surdos, os que nasceram surdos, mas são filhos de pais ouvintes, tudo

determinado pela região em que nasceram, o momento do diagnóstico e a estimulação dada. Impossível determinar uma identidade, uma cultura de surdos sem considerar essas questões.

Junto a este aspecto da constituição familiar do surdo, ainda devemos considerar que a forma de comunicação é diversa, surgindo o desenvolvimento de gestos para estar dentro de um contexto mínimo da sociedade, alguns nunca conviveram com outros surdos, e ainda os que só tiveram treino de oralização e leitura labial, embora todos tenham uma relação com o mundo social na condição de ausência de sons, suas histórias são muito diferentes.

2. HISTÓRIA DA SURDEZ NO BRASIL

No Rio de Janeiro no ano de 1855, D. Pedro II funda a primeira escola para surdos, tendo como professor o francês Hernet Huet (surdo), com o nome de Imperial Instituto dos Surdos-mudos, sob a Lei nº 939, de 26 setembro de 1857. A língua brasileira de sinais (LIBRAS) segundo Miranda (2012), foi introduzida no Brasil, com a fundação deste Instituto, o qual tratava crianças surdas somente do sexo masculino. Somente mais tarde, em 1957, seria conhecido como o Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES), inicialmente utilizando LIBRAS, e em 1911 adotando o oralismo. Para este autor, foi o Prof. Huet, convidado para organizar este instituto, quem trouxe a filosofia e método desenvolvido por D'Epée, fato que tornou o Instituto concorrido por ser a única escola de referência na educação de surdos.

Miranda (op. cit) ainda diz que na década de 30 funda-se a Associação Brasileira de Surdos, grupo defensor da língua de sinais. Já na década de 40, no Governo Dutra foi aprovado um regimento, determinando o uso da metodologia dos Estados Unidos e aumentando o número de atendimentos de alunos surdos. Também no governo de Dutra houve a regulamentação do curso normal de formação de professores para surdos-mudos.

Miranda cita o decreto que objetivou a alfabetização da comunidade surda em todo o território nacional.

(...) as atividades do INSM deverão se irradiar por todo o território nacional, a fim de dar cumprimento ao que se preceitua o item V do art. 1 decreto número 26974, de 28 de julho de 1949, precitado, isto é, promover em todo o país a alfabetização dos surdos-mudos e orientar, tecnicamente, esse trabalho, colaborando com os estabelecimentos congêneres, estaduais ou locais. (MIRANDA 2012, s/p)

Nos anos 50, uma série de inovações aconteceu em benefício dos surdos. Surgiram, por exemplo, as primeiras escolas normais e jardins de infância para crianças surdas. Naquela época, o Brasil acompanhava as tendências internacionais em relação ao trabalho pedagógico feito com os surdos. Até a década de 60, a abordagem era exclusivamente oralista entre as escolas de surdos e os estudos

demonstraram insuficiente eficácia deste método no desenvolvimento linguístico e cognitivo da pessoa surda. (BRASIL, 2017)

Retomando Miranda (2012), em 1970, na Universidade Gallaudet (Washington/DC) Ivete Vasconcelos, educadora de surdos, conhece o método da Comunicação Total e o implementa como referência no Brasil. Segundo o autor, uma década depois, junto aos estudos de LIBRAS surge o Bilinguismo. Em 1980, o Bilinguismo surge a partir do conhecimento de que o surdo precisa ter acesso a sua língua (língua de sinais) e como segunda língua, a do seu país usada normalmente na compreensão da escrita. Foi nesse momento que começa um movimento para a oficialização da língua de sinais no Brasil.

A Federação Nacional de Educação e Integração dos Deficientes Auditivos, no entanto, é fundada no final da década de 70 com o nome de FENEIDA, para em 1987 passar a ser chamada de FENEIS (Federação Nacional e Educação e Integração dos Surdos). E no ano de 2002 no mês de abril, acontece a regulamentação da Língua Brasileira de Sinais, (LIBRAS).

Segundo o MEC, por meio do Portal da Educação (2012), nos anos 80 e 90 teve início um movimento reivindicatório dentro da comunidade surda, advogando a primazia da língua de sinais na educação dos surdos, concomitante com o aprendizado da linguagem oral de forma diglósica, ou seja, duas línguas independentes, ensinadas ou praticadas em momentos distintos.

Atualmente, existem programas na área da saúde e da educação para a inclusão dos surdos. No início da década de 90, surge a Lei 8213/91 de 24/07/1991 Inclusão de Deficientes no Mercado de Trabalho, conhecida como Lei de Cotas. Nascendo assim, a possibilidade de se conhecer e formalizar a entrada do surdo entre outras deficiências na sociedade. (TAVARES, 2017)

2.1 Política de saúde auditiva

Foi no início de 2000, que o Ministério da Saúde começou a discutir e estruturar o projeto que viria inaugurar o atendimento do deficiente auditivo do Brasil. Até então, não se tinha ideia da realidade em termos de atendimentos e necessidades desta população. O SUS passaria a oferecer assistência a partir do

diagnóstico, tratamentos das demandas e programas de prevenção e informação sobre surdez.

Em 2004, de acordo com Silva e outros (2014), por intermédio da Portaria MS nº 2.073, de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva – PNASA, com o objetivo de construir o projeto de atendimento ao deficiente auditivo no SUS. O PNASA foi organizado de forma regionalizado e integrado à atenção básica, média e alta complexidade, garantindo o diagnóstico e reabilitação auditiva, bem como a promoção e a proteção, incluindo também a terapia fonoaudiológica de adultos e crianças.

Com a fundação do serviço fonoaudiológico e o fornecimento de aparelhos auditivos (AASI -Aparelhos de Amplificação Sonora Individual), o IC (Implante Coclear) para todas as perdas auditivas e idades, passamos a conhecer a realidade da surdez no Brasil e a assisti-la.

As portarias MS/SAS 587 e MS/SAS 589, publicadas em outubro de 2004 descreviam o projeto da política da saúde auditiva. Conforme Silva, Gonçalves & Soares (2014), o projeto divide-se em três níveis de atenção:

- A Atenção Básica propõe-se a criar campanhas educativas, informativas e por meio de eventos individuais ou coletivos identificar e prevenir a saúde auditiva.

- A Média complexidade é responsável pelo diagnóstico e encaminhamento para colocação de aparelhos e terapias coordenados por uma equipe multidisciplinar, formada por médicos otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais adultos com perda auditiva.

- A Alta Complexidade envolve as atribuições da Média complexidade e inclui crianças menores de três anos e usuários com afecções associadas de qualquer natureza e, também, contando com uma equipe mais completa, dispondo de médicos pediatras e neurologistas. A Alta complexidade envolve o Implante Coclear.

Nos últimos anos, com a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva instituída pelo Ministério da Saúde, Portaria Nº 2776 (BRASIL, 2014) surgiu um espaço para o nascimento de diversas alternativas para o cuidado com a surdez. Nessa Política, ocorre um espaço dedicado desde a compreensão e implementação da LIBRAS nas escolas e instituições para dar condição ao surdo de se expressar e ser compreendido até a criação de equipes em hospitais com alta complexidade para o diagnóstico e a colocação do Implante Coclear.

No decorrer deste tempo foram criados vários programas como o diagnóstico das perdas auditivas, adaptação dos aparelhos auditivos, introdução de programas de alta complexidade para perdas maiores, programas para zumbido, programas de vacinação para doenças que provocam a surdez e, mais recentemente, o teste da orelhinha. Com a criação da Política de Atendimento Saúde Auditiva, o serviço de saúde suplementar começou a se organizar e oferecer também esses atendimentos.

Ao mesmo tempo em que a saúde pública está preocupada em colocar em prática políticas de prevenção, tratamento e diagnóstico, outras esferas como da educação e do trabalho estão buscando a compreensão da lei de inclusão do público que tem qualquer tipo de perda auditiva. Com uma política democrática hoje oferece-se todas as formas de tratamento e comunicação para o surdo.

2.2 Estatística da surdez no Brasil

Caracterizam-se na estatística da surdez no Brasil pessoas com deficiência auditiva as quais podem apresentar surdez nos dois ouvidos, surdez em um ouvido e audição reduzida no outro, ou ainda audição reduzida de ambos os ouvidos.

O censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta cerca de 9,7 milhões de brasileiros com deficiência auditiva (DA), o que representa 5,1% da população brasileira. Cerca de dois milhões com diagnóstico de deficiência auditiva severa (1,7 milhões têm grande dificuldade para ouvir e 344,2 mil são surdos), e 7,5 milhões apresentam alguma dificuldade auditiva. A grande maioria, cerca de um milhão de deficientes auditivos, são crianças e jovens até 19 anos.

O censo também aponta que a grande maioria se concentra nas áreas urbanas, totalizando cerca de 6,7 milhões. São pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto (1,8%). No grupo de 60 anos ou mais de idade esta porcentagem aumenta para 5,2%.

Os dados estatísticos da deficiência auditiva mostram diferenças por cor e raça: entre os brancos (1,4%) é superior à observada para os pretos e pardos (0,9%

em ambos). Podemos supor que esta diferença é decorrente da dificuldade de acesso ao diagnóstico e assistência.

Estaticamente, a deficiência auditiva adquirida por doença ou acidente (0,9%) é maior do que a que ocorre desde o nascimento (0,2%). O IBGE (2013) mostrou em seus dados que 20,6% da população com deficiência auditiva está com grau intenso ou muito intenso de limitações o que a impossibilita de realizar as atividades habituais com prejuízo na qualidade de vida, pouco acesso à educação e ao trabalho. E somente 8,4% é acompanhada por algum tipo de serviço de reabilitação.

A Organização Mundial de Saúde (2011) aponta um número de 28 milhões de brasileiros que possuem algum tipo de problema auditivo, 14,8% do total de 190 milhões de brasileiros, possuem algum tipo de problema auditivo.

Ao estudar esses dados podemos considerar que este número tende a crescer, pois o censo do IBGE de 2010 mostrou um salto de 2,7% para 7,4% da população idosa e as deficiências auditivas, que poderiam ser reversíveis em até seis meses são diagnosticadas tardiamente, ou seja, em torno dos quatro anos mesmo com o teste de orelhinha sendo obrigatório. Algumas pesquisas como a feita no Rio de Janeiro em 2010 com crianças com idade pré-escolar indicam que esta faixa etária tem algum problema de deficiência auditiva não identificada.

O zumbido, sintoma que aponta a perda auditiva está presente em 15% a 20% da população do país. Destes, apenas 15% se sentem incomodados com o barulho e procuram ajuda médica. A Sociedade Brasileira de Otologia também mostra que 30% a 35% das perdas de audição estão relacionados ao excesso de estimulação auditiva provocado por volumes de sons elevados e hoje já se registra perdas relacionados ao barulho excessivo das grandes cidades.

As Academias de Audiologia, Otorrinolaringologia e Pediatria apontam que em torno de 0,1% das crianças no mundo nascem com perda auditiva severa e profunda. No Brasil, as causas de surdez em crianças de até dois anos são meningite bacteriana ou virótica (INES); trauma na cabeça associada à perda de consciência ou fratura craniana; medicação ototóxica, infecção de ouvido persistente ou com duração por mais de três meses, além da surdez congênita (ADAP, 2013)

O público que busca o Implante Coclear na saúde complementar, se configura com pouca comunicação, geralmente desenvolvem sinais próprios, com compreensão só entre os familiares. O diagnóstico tardio aponta pouco ou nenhum

uso de aparelhos, sem indicação de reabilitação ou orientação para língua de sinais. É um grupo que não frequenta grupos de surdos e busca o implante coclear com a expectativa de ouvir.

Esse grupo é resultado de um momento no país em determinada época em que não existia uma política de saúde auditiva, sem protocolo de assistência desde o nascimento, sem orientação e acompanhamento. Hoje essas pessoas já são adultos e, com a política de saúde auditiva implementada, têm a oportunidade de colocar o implante coclear, porém sem informação e orientação acabam fazendo a cirurgia sem entender qual o investimento pessoal que devem fazer para que o som escutado passe a ter significado, sem com isso perder sua identidade de surdo.

Nesse processo existe uma dificuldade por parte do técnico de fonoaudiologia, que objetiva como resultado o desenvolvimento da fala e a compreensão do que se ouve. No entanto, esse sujeito que tem a opção de colocar o aparelho precisa ser acompanhado para dar sentidos aos sons que passa a escutar e, não necessariamente, desenvolverá uma linguagem oral compreensiva.

Hoje, com a tecnologia podemos dar uma atenção diferenciada aos diversos tipos da perda auditiva e às histórias dos sujeitos que as tem. No século XX, houve um aumento de pesquisas e aprimoramento de equipamentos para fazer o diagnóstico e o tratamento de todos os tipos de surdez ou perda auditiva. Formando escolas e clínicas com o objetivo de adaptar o sujeito com surdez ao contexto educacional, social e familiar.

Quando a Política de Saúde Auditiva foi criada, no início do século XXI, abriu a oferta de cursos na área de fonoaudiologia para o cuidado com esse público tendo assim um maior número de profissionais para reabilitação e acompanhamento. Com a formalização do atendimento na saúde básica e na de média complexidade na saúde auditiva, a população que perdeu a audição ao longo da vida, seja por acidente ou por doença, teve condição de ser inserida nesses programas, principalmente os idosos e crianças.

Segundo Silva e outros (2014), um estudo a partir de dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, relacionados à adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), de 2004 a 2010, apontou uma melhora na cobertura nacional dos serviços de saúde auditiva, com 86% de implantação da rede em todo o território nacional.

Com a Política Nacional de Saúde Auditiva (PNASA) aumentou vertiginosamente diagnóstico e acompanhamento de pessoas com qualquer tipo de problema auditivo, isto significa que com a política de inclusão daqui para frente a expectativa é que todos os sujeitos que nascerem com algum problema auditivo será incluído em algum programa. Então, a questão que se coloca é: Como atender e encaminhar as pessoas que tiveram o diagnóstico da perda auditiva antes dos programas públicos.

Fazendo todo o levantamento histórico da constituição do sujeito questão melhor discutida no capítulo adiante, no contexto da surdez, ainda hoje a discussão entre dois modelos Clínico-terapêutico e Socioantropológico prevalece, entre os estudiosos pode-se notar uma pequena abertura para um novo olhar a partir principalmente do modelo socioantropológico.

Bisol e Sperbe (2010) e Bauman (2008) conseguem montar um quadro das últimas cinco décadas, muito pertinente para compreensão desse contexto.

... no final da década de 1960, as línguas de sinais passaram a integrar o leque das línguas humanas; a década de 1970 testemunhou a emergência da retórica da cultura: aos Surdos devem ser reconhecidos o direito a uma educação e política próprios, bem como o direito de viver de maneira criativa sua relação com o mundo; nas décadas de 1980 e no início da década de 1990, colocou-se com ênfase a necessidade de definir o s/Surdo em um eixo identitário único, porém na segunda metade dessa década, a relação complexa dos surdos com o mundo pôde ser reconhecida (autores passaram a falar de subcultura, microcultura ou ainda, modelo bi cultural); ainda na década de 1990, percebem-se tentativas de ir além da noção de uma identidade cultural autônoma para uma que está mais consciente das diversas maneiras de ser Surdo em uma montagem complexa de fronteiras pois pessoas s/Surdas serão encontradas em cada raça, etnia, tribo, nacionalidade, classe econômica, gênero, orientação sexual e região geográfica. (BAUMAN, 2008 citado por BISOL e SPERBE, 2010, p. 12)

Outras linhas teóricas têm se dedicado ao estudo da questão do sujeito surdo e todas essas questões colocadas pelos modelos, ao longo da história. Na medida em que vamos aderindo ao estudo neurológico de como o surdo compreende as questões pela via visual, em como vamos aderindo à tecnologia, a posição social vai mudando e assim é possível uma releitura. O que é fundamental sem dúvida é que hoje com a língua de sinais e os métodos adequados na educação está sendo possível ouvir o surdo.

Hoje, a forma de trabalhar com mais respeito aos direitos da pessoa surda é pelo olhar da diferença, da singularidade, isto é, de como cada um usa todos os seus recursos para a formação de sua identidade. Quando as definições de normal ou anormal são determinadas pelas relações sociais tão somente, existe uma possibilidade de alimentarmos histórias ou heróis apontando o sucesso de surdos que venceram no mundo dos ouvintes, tendo como referência a cultura do mundo dos sons, uma questão que deve ser lembrada sobre a população de surdos pré-linguais (BISOL e SPERBE, 2010).

O caminho tomado hoje é olhar para a questão da surdez como uma minoria. Sem considerá-los como deficientes, passam a ter direito de mostrar como olham o mundo em que vivem, abrindo o caminho para os ouvintes criarem formas de se comunicarem com eles. Um passo importante nessa direção foi a mudança da nomenclatura de deficiente auditivo (patológico) surdo com “s” minúsculo para Surdo com “S” maiúsculo (normal, dentro da minoria). Essa posição política abre caminhos para a formalização, direitos e com certeza a constituição de um sujeito ativo.

A questão do reconhecimento da língua de sinais como a forma de comunicação e, por consequência, o veículo de compreensão para os Surdos, os coloca numa posição de normalidade já que ser normal é ter uma língua e anormalidade é ausência de língua e sua representação (comunicação, pensamento, aprendizagem, etc.). Podemos dizer então que LIBRAS torna o sujeito surdo um sujeito da linguagem, com base em Santana & Bergamo, (2005).

A crítica de Santana e Bergamo (2005) é feita em cima da questão que é muito usada colocando a língua de LIBRAS como a formadora da identidade e da cultura do surdo. É importante reconhecer que a língua de sinais possibilitou a compreensão das questões que formam a identidade e a cultura deste grupo, isto é, as conexões estabelecidas a partir da relação entre eles.

A partir da apresentação de como a surdez foi tratada, tanto no olhar social como no olhar clínico, hoje podemos conceber o estudo e o desenvolvimento de um protocolo de avaliação e acompanhamento deste grupo de Surdos pré-lingual com indicação para o uso do Implante Coclear. Quebrar paradigmas neste atendimento é dar oportunidade para uma releitura subjetiva no resultado de ouvir e apontar a repercussão na vida do sujeito que não consegue desenvolver uma conversa, mas que dá significados, sentidos ao som por exemplo de portão se abrindo. Este som para este sujeito inaugura uma nova forma de estar no meio social, quando antes

era preciso entrar no seu campo visual para saber o que estava ocorrendo, a partir do uso do aparelho o controle passou a ser auditivo. Uma conquista na autonomia como sujeito.

É com esse novo olhar que podemos traçar uma nova conduta de orientação no atendimento a esse público. Com esse princípio não é o uso do aparelho ou da língua de sinais que vai determinar o lugar do surdo na sociedade. Sabemos que a língua é dinâmica e composta de um quebra cabeça, onde as peças vão se encaixando na medida da vivência do sujeito no contexto social.

Em 1948, momento da fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de Saúde como bem-estar é vista como a mais clara da qualidade de vida do indivíduo. Seu princípio é visto como completo bem-estar físico, mental e social. Organizar um protocolo de assistência e cuidado nas áreas de saúde e educação é o primeiro passo para saber das necessidades desse público (BLOCK, 2003).

Em 2011, foi então aprovado o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limites por meio do Decreto 7612, 17 de novembro de 2011. Nele, o Governo Federal ressalta o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil com equivalência de emenda constitucional. Este plano está organizado em quatro eixos. 1- Educação, 2- Saúde, 3- Inclusão Social, e 4- Acessibilidade. Um passo maior para criar condições de esse grupo resgatar a dignidade e ter alternativas de exercer sua cidadania (BRASIL, 2013, p. 7).

Kahhale (2003) afirma que,

O homem se constitui socialmente, ao mesmo tempo em que constitui as condições sócio históricas em que vive; é produto e produtor das condições objetivas de sua sobrevivência. Além disso, o homem é uma unidade contraditória entre corpo e psiquismo. O psiquismo é a propriedade da matéria, expressa a capacidade do corpo humano, especificamente do cérebro humano, o qual é resultado do trabalho humano e do desenvolvimento social, intermediado pela linguagem (p. 166).

Quando surgem condições na sociedade que permitem projetos para ampliar a qualidade de vida estamos dando oportunidades para a constituição desses sujeitos, na direção de cidadania e autonomia. O Implante Coclear é uma possibilidade que traz outras questões juntas. Quando esta pessoa passa a ser

atendida por uma equipe multidisciplinar começa a ser vista como um sujeito no seu todo uma vez que cada profissional cuida de um aspecto.

3. DESAFIOS DO SURDO NA CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM

*Não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito.
É preciso também que haja silêncio dentro da alma.
(Rubens Alves)*

O homem é um ser histórico constituído e constituinte das relações sociais. A partir desta constatação a realidade da surdez no Brasil é pluralizada. Nosso grupo de sujeitos é resultado de uma época em que não existia nenhuma orientação sobre a questão da surdez para que ele tivesse socialmente as condições para o desenvolvimento linguístico e cognitivo.

Sabemos que para a linguagem surgir no caso da surdez profunda é importante oferecer signos que intermeiem o meio social em que vive, a princípio na sua maioria ouvintes e a sua condição de um Ser sem a experiência do som. Finalmente considerar a sua escolha de usar o implante coclear dentro deste contexto.

Desde o tempo de gestos e barulhos, a comunicação foi evoluindo para expressões e em seguida sons. Foi a partir desse momento que surgiu a palavra nomeando objetos ou ações. A memória e a percepção foram evoluindo a ponto de poder evocar o objeto pela lembrança. Os signos nomeiam, qualificando, permitindo o imaginário resgatar o objeto.

Quando bebê, as respostas iniciais ao mundo são de natureza biológica, processos naturais. Só na convivência com os adultos que os processos psicológicos começam a existir. Esses processos, mediados pela relação criança x adulto chamados intersíquicos, possibilitam a criação de relação criança e mundo adulto. Uma questão importante que deve ser investigada, na interação criança surda e suas famílias.

Quando nascem os filhos, estabelecemos uma comunicação que foi aprendida no contexto social em que vivemos. Esse grupo de surdos pré-linguais são resultados de doenças tidas na gestação ou no início da vida numa época em que não existia protocolo de investigação sobre as consequências de diversas

doenças. Isso significa que as mães tinham uma relação com esta criança com surdez profunda assumindo que eles compreendiam o que elas falavam.

Observar o comportamento da criança e seu mundo a partir do outro, nos oferece pistas para investigação da gênese das funções psicológicas superiores que são processos voluntários, ações conscientemente controladas, mecanismos intencionais. Com a maturidade, o que era mediado pelos adultos acaba por ser vivido internamente nas crianças. E assim é nos meios historicamente e culturalmente organizados, que a natureza social se torna natureza psicológica (VYGOTSKI, 2008).

Vygotski (2014, p. 111) observou as habilidades das crianças deficientes buscando perceber suas forças mais do que seus limites pela deficiência. Estas habilidades poderiam formar a base para o desenvolvimento de suas capacidades integrais. Para ele, os limites quantitativos, estabelecidos pelos testes, impediam a percepção do aspecto qualitativo de seus comportamentos. Vygotski (op. cit) então propõe uma teoria de experiências socialmente organizadas do homem que determinam a estrutura do consciente.

O fator decisivo que determinou a passagem da conduta animal à atividade consciente do homem foi a aparição da linguagem. A linguagem é o que diferencia o ser humano de qualquer outro animal, e foi por meio dela que o homem transformou a natureza e criou atividades produtivas e com esta cooperação garantiu-se a sobrevivência do grupo. A linguagem permitiu a estruturação da convivência social. É por meio da linguagem que compreendemos a formação do sujeito (consciência, emoções e atividade).

O nascimento da linguagem levou a que, progressivamente, fosse aparecendo todo um sistema de códigos que designava objetos e ações, para em seguida permitir a diferenciação das características dos objetos, das ações e suas relações. A linguagem transformou-se em instrumento decisivo do conhecimento humano, graças ao qual o homem pode superar os limites da experiência sensorial, individualizar as características dos fenômenos, formular determinadas generalizações ou categorias (LURIA, 2001).

Para Luria (2001, p. 27), a palavra designa as coisas, individualiza suas características. Designam ações, relações e reúnem objetos em determinados sistemas. Dito de outra forma, a palavra codifica nossa experiência.

A comunicação vai além de codificação das informações. Esse é o processo da constituição da consciência, segundo Vygotski, que entende a constituição da consciência no plano intrapsicológico não ser uma expressão da realidade, ela se forma a partir do material interpsicológico, de trocas significativas nas relações sociais. E é por meio da mediação feita pela linguagem que a consciência do homem se constitui.

Ainda para Luria (2001), é a linguagem que possibilita ao homem relacionar-se com coisas que observa e/ou que pode manipular. Na medida em que desenvolve a linguagem, passa a se relacionar com o que não tem contato diretamente e que, conseqüentemente, não entraria em sua vivência. A palavra duplica o mundo dando ao homem a possibilidade de operar mentalmente com objetos, inclusive na ausência deste. Pode dirigir não apenas sua percepção, suas representações, mas também sua memória e suas ações.

A linguagem substitui os objetos e permite aos homens relacionarem-se entre si e ampliarem seu mundo, ou seja, trocar experiências que viveram e ampliar as experiências mutuamente. A linguagem não se molda a representação de um pensamento pronto. Quando se torna linguagem, o pensamento se reestrutura e se modifica.

O grupo de surdos desta pesquisa desenvolveu uma linguagem própria. Para a compreensão de seu mundo, é preciso olhar o quanto esta possibilita a sua vivência no mundo social, aonde os signos universais nem sempre são representados da mesma forma, ou com a mesma riqueza. Assim, compreender qual o papel do Implante Coclear como instrumento da constituição da linguagem, possibilita a ampliação do cuidado oferecido aos surdos profundos.

Essa categoria é fundamental para compreender de que forma está estruturada a linguagem desse grupo de surdos pré-linguais, ou seja, os que não constituíram uma língua. Muitas vezes, a estimulação dada a esses sujeitos não possibilitou ter os recursos para associar à uma palavra, várias experiências vividas, passando a viver somente com as informações imediatas e visuais e prejudicando bastante o desenvolvimento dos outros estágios da cognição pela falta de uma linguagem estabelecida.

É a troca significada que dá um impulso à linguagem, e é com esse impulso que inauguramos a nossa fala interior fundamental para o nascimento do nosso olhar do mundo.

Sacks, citando Vygotski, diz que

Nós somos nossa linguagem, costuma-se dizer; mas nossa verdadeira linguagem, nossa verdadeira identidade, reside na fala interna, no incessante fluxo e geração de significado que constitui a mente individual. É por meio da fala interna que as crianças desenvolvem seus próprios conceitos e significados (1998, p. 84).

Para compreender e respeitar a diversidade é preciso compreender que o surdo e a língua de sinais também estruturam essa relação com o mundo e o grupo social. Se na linguagem oral os valores e sentidos são apresentados e apreendidos por meio de palavras orais, no mundo dos surdos esta apreensão é feita visualmente o que vale ressaltar que são concepções diferentes de uma mesma questão.

... a visão é o principal canal de processamento de esquemas de pensamento que propicia a aquisição, construção e expressão de conhecimento, valores e vivências que levam a uma concepção de mundo própria. A linguagem visual para o sujeito surdo é a sistematização e o produto de seu desenvolvimento cognitivo e histórico, tornando-se instrumento para a formulação de generalizações que facilitam a transição da reflexão sensorial espontânea para o pensamento racional através do uso dos sinais. (DALCIN, 2009, p. 9)

Quando estamos olhando para um sujeito surdo pré-lingual, que vem em busca do Implante Coclear, é necessário compreender o seu contexto atual e como construiu sua subjetividade no seu cotidiano. Tal medida, visa procurar entender qual a sua linguagem, que instrumentos utiliza para codificar a sua existência e relacionar-se com o ambiente em que vive.

Dependendo da região e do momento em que é feito o diagnóstico da surdez, esta pessoa desenvolve sua própria linguagem para expressar seus pensamentos e ideias, muitas vezes compreendida somente por ela e por quem convive próximo a ela.

O que define o diagnóstico de um surdo pré-lingual é o uso de gestos ou de LIBRAS, ter uma oralidade limitada, sem muita leitura labial e muitas vezes não ter a experiência do uso de um aparelho auditivo, portanto, tem um córtex auditivo pouco estimulado. Sua linguagem é formada sem o uso da palavra oral e sua memória formada por signos visuais. Ao colocar o implante coclear, esta palavra visual deve

ser recodificada em som, para que possa ampliar o significado de determinados signos linguísticos.

O desafio posto ao sujeito surdo pré-lingual, que desenvolveu signos e uma linguagem dissociada de sons, ou seja, só com imagens e outros signos não orais, é criar a conexão com o som, o signo e seu significado junto a linguagem que desenvolveu e é a sua referência no cotidiano de sua existência.

De acordo com Moura (2000), o surdo profundo necessita desenvolver sua compreensão diante das experiências vividas. Para isso, foram desenvolvidos alguns métodos de ensino como o Bimodalismo, também conhecido como Comunicação Total, que busca utilizar todos os estímulos possíveis e a língua de sinais como base para língua oral, a ênfase é na aquisição e compreensão da língua oral e o Bilinguismo, focado no multiculturalismo, ou seja, valorização dos direitos sociais e culturais da minoria, possibilitando a afirmação da cultura surda no mundo. Moura defende a utilização de duas línguas na educação do surdo, sendo a Língua de Sinais e outra, que pode ser oral ou escrita; aqui não se enfatiza a língua oral, mas a comunicação possível e defesa de uma língua de surdos.

Duarte (2013) considera que a dominância ainda é a abordagem oralista, que trabalha com a oralização para emitir e a leitura labial para a recepção da mensagem. Está comprovado que só parte do conteúdo pode ser assimilado pela leitura labial e, assim, durante os anos de atendimento no hospital foi observado que os surdos desenvolvem gestos ou a língua de sinais para não ficarem isolados do contexto.

Todo esse processo tem a intenção de possibilitar a interação dos surdos com outros surdos e com a comunidade de ouvintes. São várias as escolhas de como desenvolver a comunicação com o mundo. Hoje, as opções são desde o desenvolvimento oral até o uso de LIBRAS, mas para efeitos nesta pesquisa, a questão não é julgar qual o melhor caminho, mas olhar para este sujeito que tem uma história própria dentro da realidade social do país e da família e que deseja alterar. Nesse caso, cabe a equipe mostrar como será essa mudança. Quando uma língua se constitui como forma de comunicação, possibilita uma identificação de pertencimento a este grupo linguístico e permite o surgimento da cultura como um jeito de entender o mundo e possibilitar mudá-lo também, isto com o suporte das percepções visuais constituírem normas sociais e identidade. De acordo com Duarte (2013), condições fundamentais para que a pessoa se reconheça como sujeito.

O protocolo de avaliação e indicação para o Implante Coclear, inserido na Política de Saúde Auditiva (SAUDE, 2014), contém as diretrizes para a conduta médica e fonoaudiológica no que diz respeito aos exames e critério para indicação do público que tem possibilidade de se beneficiar desse cuidado. Podemos encontrar no Manual de Diretrizes para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde a descrição de condições para indicação do procedimento em todas as faixas etárias para o uso do Implante Coclear. Em todas as idades, a premissa para o seu uso é um resultado de 50% ou mais de reconhecimento de sentenças e o uso sistemático do Aparelho de Amplificação Sonoro Individual (AASI) com a frequência em terapia de reabilitação fonoaudiológica.

No entanto, existe uma população de surdos profundos. Inclusive os participantes desta pesquisa, que é anterior à Política Nacional de Saúde Auditiva, hoje adultos, seu desenvolvimento foi muito pessoal, dependendo do nível sócio econômico, região de nascimento e nível de conhecimento do setor de saúde em que está submetido. Na sua grande maioria o diagnóstico só foi feito na idade em que a fala aparece, normalmente por meio da observação de um familiar. E só então, os participantes foram em busca de um diagnóstico, sendo que a orientação dos profissionais de saúde da época, por falta de exames e aparelhos, foi que não se pode fazer nada.

A partir desta orientação, as crianças com surdez profunda passam a sofrer a determinação de suas famílias sem orientação de uma equipe especializada. Por isso, hoje temos uma diversidade grande em relação a esta população de jovens e adultos. Essa diversidade se expressa nos vários gestos desenvolvidos dentro do contexto da família para um mínimo de comunicação, mas que não são compreendidos fora do âmbito familiar. Na falta de orientação em como estimular esta criança para compreender o que acontece ao seu redor e, principalmente, a criação de uma dinâmica que impede esse sujeito surdo explorar a si e ao mundo ao seu redor. São pessoas representadas por terceiros, seus familiares e cuidadores. É com essa configuração que esses adultos buscam a saúde suplementar para fazer a cirurgia para o Implante Coclear.

Segundo (SCARANELLO, 2005), a sequência gradativa das habilidades auditivas é:

- detecção auditiva, que é a habilidade de perceber presença e ausência de som;
- discriminação auditiva, que consiste em discriminar dois ou mais estímulos;
- reconhecimento auditivo que classifica e nomeia o que se ouviu, repetindo ou apontando; e por fim,
- compreensão auditiva, que é a habilidade de responder perguntas, recontar histórias e seguir instruções.

Estas habilidades auditivas são necessárias para o desenvolvimento da linguagem oral.

O implante Coclear, para cumprir o seu propósito, precisa de condições do córtex auditivo. Como este aparelho conduz o som para o cérebro e este reconhece o seu significado supondo uma memória de sons das palavras e sons propriamente ditos, fica com resultado muito pobre, quando o paciente não tem uma memória auditiva. Então, quando o aparelho é colocado em uma criança acompanhado de uma reabilitação, as vias nervosas são criadas e no dia a dia, esta memória auditiva se configura. O mesmo se dá quando um adulto perde a audição e coloca o aparelho, sua memória já constituída é estimulada necessitando somente ajustes de reconhecimento do tipo de som que o aparelho emite. Assim, podemos fomentar o desenvolvimento de uma linguagem e a estimulação de todas as etapas do desenvolvimento cognitivo nesses casos.

Quando a pessoa, que coloca o Implante Coclear, já tem a língua de sinais apreendida em seu dia a dia, começar a estimular a audição é um caminho compreensível. Uma vez que a língua de sinais é uma fala por sinais com toda estrutura gramatical e estrutural, que é solicitada, para este sujeito treinar uma outra língua já existem as vias das quais ele vai precisar.

Segundo Rocha (sd), a neurologia por meio de suas experiências eletroencefalográficas começa a encontrar uma similaridade entre os circuitos neurais do processamento cerebral da língua oral e o processamento cerebral produzido pela língua de sinais. A diferença fica pela natureza do estímulo, um é auditivo e o outro é viso-espacial. O processamento cognitivo acontece por meio da organização de redes neurais com determinação genética, mas também pelos estímulos externos recebidos principalmente na infância.

Crianças que aprendem a língua de sinais na infância, tanto surdas como ouvintes, neurologicamente essas atividades são semelhantes ao processamento de línguas faladas. O mesmo não ocorre em pessoas que aprenderam tardiamente a língua de sinais, pois não foi inserida como um sistema linguístico (op. cit).

Frente a essas pesquisas, a condição do surdo pré-lingual é limitada tanto na língua de sinais como no desenvolvimento oral, pois na infância não teve estimulação para uma comunicação estruturada. Esses sujeitos ao usarem os sinais ou optarem por estimular o som terão um resultado limitado na aquisição de uma linguagem se comparado às crianças surdas que iniciaram desde cedo tanto o uso da língua de sinais como a estimulação do som por meio do implante coclear.

Frente a esta realidade, este sujeito que decide usar um aparelho que produz som em seu cotidiano e que não adquiriu uma linguagem estruturada adequadamente, precisará junto ao atendimento fonoaudiológico também ter uma assistência para que possa incorporar esses novos sons com significados em seu dia a dia, compreendendo ao longo da adaptação do uso do aparelho a sua questão como sujeito, ou seja, apropriando-se do seu processo.

O surdo pré-lingual é um grupo que não foi estimulado a desenvolver uma forma estruturada para expressar seus pensamentos e compreensão do mundo ao redor. Uma questão importante para ser vista sob o enfoque da linguagem, não é falta da audição que impede o desenvolvimento cognitivo, mas a falta de uma linguagem produzida por uma língua oral ou de sinais (WITKOSKI & BAIBICH-FARIA, 2010).

Quando uma pessoa apresenta algum limite físico, seu processo de subjetivação e construção de um sistema de linguagem será afetado por este limite e pela maneira como tentará superá-lo na relação com o ambiente material, social e cultural em que está inserida. Esta questão está posta a todos os surdos e às pessoas que se relacionam com eles.

O sujeito surdo pré-lingual, que usa o Implante Coclear, tem o desafio de introduzir os sons no seu processo de subjetivação, ou seja, aliar a experiência visual à auditiva. As palavras contêm os significados sociais e os sentidos individuais, que foram construídos ao longo da história do sujeito, que a partir do implante coclear deverá passar por um processo de ressignificação dos signos linguísticos, introduzindo o som.

Hoje, conhecendo de forma mais profunda como se dá a sinapse e formação de redes neurais têm-se que considerar o implante coclear ser uma nova estimulação neural num cérebro que não estimulou o córtex auditivo. Com o desenvolvimento dos estudos da neurociência, o processo de construção de signos e linguagem pelos humanos, explicitado por Vigotski e Luria pode ser também comprovado e explicado como um processo de sinapses sociais do cérebro humano.

Neurônios individuais são separados por pequenas aberturas denominadas sinapses, que são habitadas por uma variedade de substâncias químicas que participam na transmissão sináptica. É esta transmissão sináptica que estimula cada neurônio para sobreviver, crescer e ser aceito pela experiência. Em um mecanismo paralelo, os nossos comportamentos sociais atravessam a sinapse social. As mensagens que enviamos uns aos outros são recebidas pelos sentidos e convertida em sinais eletroquímicos dentro das redes sociais do cérebro do receptor. Como a maior parte da comunicação interpessoal é automática e inconsciente, grande parte da transmissão através da sinapse social é invisível e tida como certa. (COZOLINO, 2013, p. 15) ¹

Quando estamos falando de implante coclear em surdos pré-linguais temos que olhar para suas experiências auditivas como um novo sentido para o que foi construído somente pela via visual. Só a integração som e imagem em seu cotidiano poderá ter uma função transformadora e complexa da sua subjetividade.

O signo que pode ser um som, uma palavra ou um sinal é visto como um mediador para transmitir para outro um significado racional com intenção e pensamento. Este pensamento carregado de conteúdo é transmitido a outros seres.

Os traços superficiais das palavras não permanecem os mesmos, sofrem, na verdade, profundas mudanças ao longo do desenvolvimento. Nos primeiros estágios, as palavras designam um complexo total de referentes, incluindo não apenas o objeto nomeado, mas também os sentimentos da criança em face do objeto. Em seguida, as palavras referentes a objetos e seus contextos concretos, e só mais tarde começam a se referir a categorias abstratas (VYGOTSKI, 2014, p 31).

Este processo apontado por Vygotski coloca para o sujeito, que deseja usar o implante coclear e entrar no mundo sonoro, a possibilidade de ressignificar toda a sua relação com o cotidiano e incorporar a percepção de alguns sons à sua condição da surdez.

¹ [tradução nossa].

O grupo de sujeitos especificamente pré-linguais quando entram para o protocolo de avaliação para o Implante Coclear inaugura um olhar diferente do estabelecido pelo SUS. Na sua grande maioria o diagnóstico foi feito tardiamente e, quando isso acontece significa que a família cuidadora o tratou como um bebê ouvinte, estruturando a comunicação por essa via. Esta criança criou formas de compreensão, diferente do bebê surdo, que com diagnóstico imediato, foi orientado na comunicação, contato de olhos, colocação de aparelhos, entre outras coisas. Não podemos neste momento estabelecer o mesmo critério de avaliação. Sabemos que a avaliação audiológica vai ter resultado ruim para a compreensão de palavras e frases, uma vez que não foi estimulada.

Mas existe um sujeito que de alguma forma criou um caminho de compreensão. Este sujeito, a Psicologia precisa dar conta para que o som seja um mediador entre o novo e as formas usadas até então, quando estiver usando o implante coclear e escutando sons. A comunicação não é somente uma manifestação externa. Ela está conectada ao pensamento. Para este sujeito é necessário um olhar do todo. Usar o Implante para ele é inaugurar uma relação inédita, portanto, tratar apenas os sons escutados e emitidos, seria igualar todos os sons que a natureza emite, tirando a característica única do ser humano que é dar um significado constituído de emoção e sentido na vida.

A Psicologia encontra-se no mesmo beco sem saída quando analisa o pensamento verbal em seus componentes, o pensamento e a palavra, e os estuda isoladamente. A união viva de som e significado a que chamamos palavra é fragmentada em duas partes que, supostamente, se mantêm unidas apenas pelas conexões associativas mecânicas (VIGOTSKI, 2008, p.4).

Vygotski (op.cit) ainda propõe uma análise que ele dá o nome de **Análise de Unidades** (grifo nosso), que na sua conduta mantém as propriedades do todo. A unidade básica que mantém isso é o significado da palavra, o qual o pensamento e a fala unem em pensamento verbal. Quando esta palavra representa um grupo ou classe de objetos, ela está representando um ato verbal do pensamento. Um espelho da realidade e também o significado da palavra por si mostrando que esta pertence tanto ao domínio da linguagem como do pensamento. Quando lemos uma

palavra sem saber o seu significado, cai num vazio, não faz parte da nossa experiência de vida.

Assim, quando o sujeito que usa o implante dá um significado para sua experiência ao ouvir um barulho, ocorre uma mudança nas funções psíquicas, supondo assim uma alteração na qualidade da relação estabelecida com o ambiente, que só ocorrerá na ação da atividade significada realizada pelo sujeito histórico (AGUIAR e outros, 2009, p. 56).

Quando a comunicação acontece, essa troca no âmbito social organiza-se por meio da comunicação, seja ela oral ou através de sinais. A palavra “casa”, falada oralmente ou em sinais é carregada de significações. Um som novo é incorporado em seu pensamento quando ele tiver um sentido na sua vida. Isso constitui a relação entre pessoas e, aqui especificamente, é preciso compreender como essa mediação está se dando, lembrando que estamos com um grupo que não tem o uso de signos ou palavras universais, os quais constituíram seus próprios meios para comunicação entre familiares de forma própria limitada. O uso da linguagem de sinais no meio social ainda é restrito, carregada de uma história com preconceitos, a linguagem usada pelos surdos é pouco usada pelos ouvintes.

Um sujeito que passou sua vida criando signos próprios para sua comunicação, vivendo em um contexto limitado na convivência com pessoas, decide entrar para o mundo sonoro na intenção idealizada de ser um ouvinte. Trabalhar com esse grupo mediando a descoberta e a significação dos sons dentro de seu contexto de vida é a função da Psicologia. Este surdo terá que criar novos signos que tenham um sentido para ele, juntando esse som produzido pelo aparelho a sua experiência anterior. Esta mediação tem que ser bem clara uma vez que o sentido dos signos está na consciência deste, ou seja, seu mundo interno, e que a Psicologia só terá acesso se for externalizado, objetivado.

Nessa perspectiva, é possível dizer que o homem constrói seu mundo psicológico por meio de sua relação com o ambiente sociocultural. Enquanto atua sobre o mundo, modifica não apenas a realidade externa como também constrói sua própria realidade psíquica. Esse é um processo no qual o ser humano objetiva sua subjetividade, ao mesmo tempo em que torna subjetiva a realidade objetiva, por meio da capacidade de registro cognitivo e afetivo de suas experiências.” (AGUIAR e outros, 2009, p. 57)

A Psicologia tem um papel fundamental na mediação desse processo, é muito importante tratar o sujeito como um ser que quer ouvir sons sem negar a sua condição de surdez. O Implante Coclear carrega a ilusão de transformar o surdo em ouvinte, e para efeitos dessa dissertação no nível de mestrado, o papel da Psicologia é apontar a verdadeira constituição desta experiência: o surdo escutará sons com uma qualidade diferente do ouvinte e com variabilidade de pureza sonora, terá acesso a sons, mas não deixará de ser surdo.

Delari (2006) afirma que, para Vigotski, a consciência é inacessível ao pesquisador, podendo ser estudada somente por meio da linguagem e das relações sociais das quais ela é função. Ele propôs tomar o significado das palavras como uma unidade de análise, a qual permitiria ao pesquisador estudar os processos da consciência. Além disso, o autor ainda afirma que os significados da palavra se desenvolvem, ou seja, têm uma gênese nas relações sociais situadas historicamente. Mediante ao fato da existência dessa gênese no significado da palavra, o modo de operação do signo e a relação entre o processo de pensamento e comunicação também o tem, e sendo assim, a consciência tem uma gênese social. Esta gênese social expressa as contradições interno-externo, objetivo-subjetivo, significado-sentido.

Os signos e significados, que vão nascendo ao longo do trabalho de assistência, precisam ter uma clareza universal para que o sujeito comece a se sentir parte de um contexto social, que é a função da comunicação. Não podemos repetir o modelo já usado anteriormente, da criação de signos próprios.

Ainda com relação ao dito, Aguiar e outros (2009, p 60)

Significado e sentido são momentos do processo de construção do real e do sujeito, na medida em que objetividade e subjetividade são também âmbitos de um mesmo processo, o de transformação do mundo e constituição dos humanos.

Na sequência desse pensamento em como criar mediações para o surgimento de novos signos, juntando a experiência visual já existente a uma nova experiência auditiva é importante considerar que o afeto e o intelectual se unem num sistema dinâmico de significados.

Vygotski (2008), a dificuldade em aprender uma palavra nova está no conceito e não no som. Uma vez aprendido o conceito, a palavra estará integrada no cotidiano. O mais importante não é o aspecto fonético, mas o seu significado.

Apoiada no autor citado, pensamos que compreender esse processo é fundamental para oferecer uma assistência ao surdo pré-lingual, que passa a usar o implante coclear. E a esse respeito, o autor afirma que:

...isto nos leva a outro fato inquestionável e de grande importância: o desenvolvimento do pensamento é determinado pela linguagem, isto é, pelos instrumentos linguísticos do pensamento e pela experiência sociocultural da criança. Basicamente, o desenvolvimento da fala interior depende de fatores externos: o desenvolvimento da lógica na criança, como os estudos de Piaget demonstram, é uma função direta de sua fala socializada. O crescimento intelectual da criança depende de seu domínio dos meios sociais do pensamento, isto é, da linguagem. ... A natureza do próprio desenvolvimento se transforma, do biológico para o sócio histórico. O pensamento verbal não é uma forma de comportamento natural e inata, mas é determinado por um processo histórico-cultural e tem propriedades e leis específicas que não podem ser encontradas nas formas naturais de pensamento e fala (VYGOTSKI, 2008, p. 62).

O pensamento verbal é a condição de juntar a linguagem ao pensamento para organizar a realidade, e pode ser compreendido a partir da construção dos significados das palavras. Os significados são ações históricas, sociais, e por serem comuns a todos, facilitam a comunicação entre os homens, permitindo a constituição do psiquismo. Na teoria de Vygotski, o pensamento deixa de ser biológico como era na época dos primatas para ser histórico-social como o homem atual, configurando a evolução da raça humana.

Quando a criança aos dois anos de idade começa a falar, a exercer a compreensão dos objetos e construir conceitos, neste momento inaugura o pensamento verbal. Vivemos numa sociedade determinada por leis criadas a partir da evolução histórica humana no contexto social e cultural.

Considerando que estamos falando de um grupo de pessoas que são surdas pré-linguais, mas que pela questão social e política da época em que nasceram não tiveram oportunidade de construir uma linguagem partilhável socialmente, mas só compreensível por pessoas de sua referência afetiva, o que limita muito a convivência social com certa autonomia. Sendo assim, a questão social e cultural

desse grupo tem que ser recortada para a compreensão do lugar que está ocupando no momento e qual será a mudança possível a partir do uso do Implante Coclear.

A realidade é feita por relações, e envolve duas questões: a imediata e a mediata. A primeira refere-se à realidade concreta: ao fato. A segunda, às relações, ou seja, às coisas que se colocam entre os fatos para que eles se efetivem. A categoria mediação possibilita uma relação entre a realidade e a intervenção de um elemento em uma relação que antes era vista como direta, permitindo-nos pensar em objetos ausentes até então.

O homem cria um mediador entre ele mesmo e o mundo da estimulação física, de forma a reagir em termos de sua própria concepção simbólica da realidade. Nessa concepção fica claro o papel da sociedade e da atividade social como mediadores por meio das quais os estímulos do mundo físico são filtrados. Uma questão de análise necessária para poder localizar de que forma se constituiu esta realidade para o público de surdos que estamos pesquisando.

As fases no desenvolvimento das relações comunicação-pensamento, de acordo com Vygotski (2008), eram assim tomadas: os aspectos motores e verbais misturados prevalecem a orientação e referência dada pelo objeto. Associada às expressões emocionais, pela convivência com adultos, a comunicação passa a ser uma indicação para criança das suas necessidades. Com algum tempo a criança por meio da sua comunicação começa internamente a fazer distinções para si mesma. Desta forma, a comunicação deixa de ser um meio para dirigir o comportamento dos outros e começa a desempenhar a função de auto direção.

Na evolução da comunicação, é importante investigar como o surdo pré-lingual, que não teve orientação quando criança para desenvolver uma comunicação, uma linguagem seja ela escrita, oral ou de sinais, promoveu esta evolução da função primária da linguagem. Uma situação concreta, um signo, é empregada como meio de agrupar os objetos, usando a linguagem apenas para ajudá-las a lembrar e reunir componentes da situação prática e para permitir que formulem abstrações ou generalizações, uma questão que precisa ser vista no protocolo a ser desenvolvido.

No caso dessa população específica existe uma possibilidade muito grande do processo parar antes deste momento de abstrações e generalizações. Isso, principalmente porque não existe um grupo de sinais universais, uma linguagem, somente os sinais básicos para compreensão entre familiares, a atividade social é

restrita. Isto gera o problema de saber se os termos abstratos em sua linguagem têm um significado mais concreto do que para os sujeitos com uma linguagem mais estruturada. Dentro da condição desta pessoa ter se configurado como sujeito sem conseguir usar as palavras no contexto abstrato, determina uma conduta diferente na hora de mediar o significado do som do Implante e seu dia a dia (VYGOTSKI, 2008).

Quando ao longo do desenvolvimento da fala, a pessoa passa a utilizar a linguagem junto a uma internalização que vamos chamar de discurso interior, um discurso sem vocalização, uma espécie de diálogo consigo mesmo, com a função de auxiliar o indivíduo em experiências psicológicas, ligado ao sentido das palavras. Nesse caso, Vygotski propõe aqui uma unificação da questão afetiva e cognitiva do funcionamento psicológico. Considerando então a importância da experiência emocional atrelada ao significado da palavra. Isso possibilita ao longo da vida agregar os mesmos significados emocionais a um signo. Para Góes & Cruz (2006), assim vai-se constituindo uma linguagem com sentido e significado.

Para Aguiar e outros (2009), o *sentido* de uma palavra é a representação dos aspectos psicológicos que ela constitui por meio da consciência. Por ter essa representação, sua constituição é dinâmica e complexa, o que nos leva a considerar sua diversidade na constituição do sujeito. Com a categoria sentido, temos o objetivo de compreender os processos subjetivos, sem deslocar o sujeito e sua individualidade nos processos sociais e históricos.

No entanto, Góes & Cruz (2006) é na constituição da linguagem que a capacidade de pensar e formar os signos para se comunicar é registrado toda a experiência das atividades dos homens, alimentando a consciência e o seu olhar do mundo, através de signos. Os conceitos surgem através da essência dos objetos que se transforma em signos e que têm sua importância dentro da limitação da palavra.

A partir da compreensão dos objetos apresentados no seu cotidiano e que vão configurando o seu mundo é que se permite a constituição dos signos. Assim, forma-se a consciência e constrói-se a sua subjetividade, pois é com o pensamento e a linguagem constituída e organizada através da função psíquica superior, que é uma condição do ser humano tal como também a formação de conceito, o uso da memória, entre outros. São ações que representam as ações mediadoras entre o homem e a natureza. Desse modo, o signo é uma ferramenta que transforma o

mundo externo e reflete a realidade. Contudo, o signo é uma atividade interna que intervém na conduta do outro e de si mesmo, isto é, regula o psiquismo das pessoas. Os signos são produzidos culturalmente, alguns somem enquanto novos aparecem.

A palavra tem duas dimensões: uma, utilizada por todos e, a outra, o sentido, é particular, próprio do indivíduo e configurado a partir de suas experiências. Essa questão que nos leva a refletir de que forma podemos, no acompanhamento desses sujeitos surdos, no momento em que começam a usar o implante coclear, passar da apreensão visual na formação de seus signos para a formação da linguagem com o novo contexto do som. Não somente discriminar o som de uma palavra. Ela deve ter contido também o sentido, o afeto dentro da significação. Só assim ele vai poder ampliar seus sons e signos. A esse respeito, Aguiar e outros (2009, p. 63) nos diz:

No processo humano, os significados sociais compartilhados, mais estáveis, mediadores do processo de comunicação e, por que não, do próprio processo de humanização, são transformados/convertidos em sentidos, num processo subjetivo, que contem – elemento essencial – a realidade objetiva.

Assim, a Psicologia se transforma em mediadores para esses sujeitos surdos que buscam o implante coclear nas atividades do mundo social e histórico, que se pretendem constituir e constituírem permanentemente. Esta vivência de afeto e de estimulação de seu cognitivo são acionadas e mobilizadas pelo sentido das experiências, ou seja, suas zonas de configuração de sentidos. Não podemos ignorar que existem sentidos constituídos ao longo de sua história, contendo um contexto próprio desse momento e que devem ser incorporados às novas experiências considerando a totalidade do sujeito.

Para compreender ou apreender a zona de sentido, as categorias necessidades e motivo possibilitam entender aspectos do processo de constituição dos sentidos. A categoria necessidade mobiliza o sujeito a uma relação com o mundo social de modo não intencional. Quando surge a oportunidade de colocar o Implante Coclear vem uma oportunidade inédita de inaugurar uma relação com o mundo social. Decidido pelo sujeito ou por pessoas que vivem ao redor, essa é uma questão importante de se investigar. Identificar a real necessidade do implante para

o sujeito determina a forma de atendimento ao longo do processo. As emoções acontecem juntas das necessidades.

No entanto, as necessidades não mostram a direção; elas nos mobilizam, mas a direção da atividade se mostrará, ou seja, a ação no sentido à satisfação de nossas necessidades só se cumprirá quando significarmos algo do mundo social que faça sentido às nossas necessidades: quando significarmos/apontarmos o *motivo* da nossa ação. Será assim, na atividade social, que formaremos nossos motivos, entendidos como geradores de sentidos.

Esse olhar é fundamental de ser investigado neste protocolo, no sentido de que a ação da Psicologia seja de fato efetiva na promoção da constituição deste sujeito frente à escolha pelo uso do Implante Coclear, dentro do contexto de seu histórico auditivo. O autor ainda complementa,

Os motivos, sejam eles fatos sociais, situações ou objetos, de algum modo são depositários e contêm/condensam afetos, crenças, valores do sujeito, que assim os vê e assim os sente. Dizemos, desse modo, que os motivos, ao mesmo tempo em que geram sentidos, os mantêm de forma camuflada, ou seja, não os revelam de forma clara. Assim, num esforço analítico, ao apreendermos a riqueza e a complexidade dos motivos direcionadores das ações, caminharemos para a compreensão das zonas de sentido. Teremos, assim, maiores condições de, como afirma Vygotski, apreendermos as tendências afetivo-volitivas, capazes de responder ao último porquê das ações do sujeito; estaremos nos aproximando, então, do que é o sujeito. (AGUIAR e outros, 2009, p. 67).

Quando um sujeito que passou a vida inteira no silêncio decide usar o implante coclear, é importante dar a condição para ele constituir esse desejo, e não o enquadra em expectativas de respostas de um protocolo. Quando ele entende o que significa essa sua escolha, suas respostas passam a ser de um sujeito que realiza seus projetos de vida.

4. METODOLOGIA DA PESQUISA

Essa pesquisa, no nível de mestrado, investiga o desenvolvimento de protocolo psicológico de avaliação e acompanhamento ao surdo pré-lingual, com indicação para o Implante Coclear (IC)². Tem como objetivos específicos avaliar os registros dos atendimentos realizados pela equipe multidisciplinar de um hospital particular e as diferenças nos resultados dos sujeitos surdos, que fizeram implante, com ou sem atendimentos psicológicos.

Para responder esses objetivos desenvolveu-se uma análise documental. A análise documental é classificada como uma pesquisa qualitativa por ser uma modalidade de investigação científica, que permite a partir de um estudo retrospectivo de prontuários de equipe de saúde avaliar e propor diretrizes de assistência e cuidados.

4.1 Lócus de pesquisa

O Centro de Diagnóstico Audiológico (CDA) de um hospital particular na região sul do Brasil foi o primeiro que realizou o protocolo de avaliação e terapias do SUS para surdos profundos e pré-linguais, pela saúde suplementar ou particular. Por oferecer toda a estrutura de atendimento como orienta o Ministério da Saúde e, como pelo critério do SUS este grupo de surdos pré-linguais era excluído, o serviço oferecido pelo hospital passou a ser a referência no país. Atendia-se pacientes de todos os estados.

Quando o hospital iniciou o procedimento do IC, tinha como referência de atendimento e avaliação o protocolo do SUS para IC (BRASIL, 2015). Mesmo com a referência do serviço pelo SUS, foi necessária uma construção do atendimento.

Quando este serviço acontece pelo serviço público, existe uma equipe contratada pelo hospital. Aqui, nesse hospital, são profissionais liberais trabalhando

² O Implante Coclear (IC) é uma prótese eletrônica introduzida na orelha interna, por meio de um procedimento cirúrgico (BRASIL, Relatório 99).

em equipe cujo atendimento não existia padronizado pelo convênio. Tínhamos que criar uma forma de atendimento em equipe com um grupo de profissionais liberais. Durante os atendimentos a equipe viu a necessidade de uma adaptação deste, devido à realidade de seus pacientes, surdos pré-linguais. A psicologia dentro desta percepção, desenvolveu uma forma de comunicação que permitisse o surdo pré-lingual e sua família compreender todas as etapas e suas implicações na rotina do sujeito e sua família e principalmente a compreensão do comprometimento nessa mudança que o aparelho provoca, possibilitando um sentido em seu uso.

É nesse contexto que a análise documental foi desenvolvida.

4.2 Fonte dos dados

Foram analisados três prontuários de pessoas surdas profundas atendidas em hospital particular, no período de 2006 a 2009. Os atendimentos foram realizados por uma equipe multiprofissional (médicos, fonoaudiólogos e psicólogo). Em dois prontuários, os usuários foram atendidos pela equipe toda, o que incluiu a assistência psicológica e o terceiro teve atendimento segundo o protocolo padrão sendo assistido pelo médico e fonoaudiológico, sem acompanhamento psicológico.

Os critérios de seleção foram os prontuários serem de usuários com diagnóstico de perda neurosensorial severa e ou profunda bilateral, pré-linguais com indicação médica e fonoaudiológica para os procedimentos do Implante Coclear; além dos registros estarem completos da assistência oferecida pela equipe que acompanhou os casos.

Embora o protocolo médico e fonoaudiológico no pré-cirúrgico se enquadrava na rotina dos exames do hospital, a Psicologia precisou criar uma proposta de atendimento. Dos dois prontuários acompanhados pela Psicologia, um dos sujeitos foi o segundo a passar pela cirurgia (no início do serviço), e o outro quando foi inserido e passou pela avaliação já tínhamos estruturado boa parte do serviço. Daí a diferença nas anotações. Este protocolo de Psicologia foi sendo construído ao longo dos atendimentos.

4.3. Cuidados éticos

A direção do hospital autorizou o uso dos prontuários. Tanto a coleta quanto a análise dos dados foram preservadas as identidades dos usuários, modificando os nomes e resguardadas quaisquer informações que pudesse identificá-los e ou à suas famílias. A autorização para o acesso aos prontuários foi formalizada por meio de carta de autorização de uso dos dados de prontuários, anexa ao final dessa dissertação (anexa). O projeto pesquisa foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo / PUC – SP, e aprovado sob número CAAE 68162017.0.0000.5482.

4. 4. Protocolo (de referência) criado pela equipe multiprofissional de IC

De acordo com a necessidade e tendo a referência do atendimento do SUS a equipe (médicos, fonoaudiólogas e psicóloga) desenvolveu uma rotina em três etapas: pré, cirúrgica e pós.

A primeira fase denominada como pré-cirúrgica iniciava-se pela consulta médica. O médico então solicita uma série de exames de imagens para a confirmação anatômica e fisiológica de que o componente interno do IC poderá ser inserido, e encaminha para a avaliação **audiológica**, solicitando os exames, que confirmam o tipo de surdez e se terá alguma resposta na estimulação do nervo auditivo com o uso do IC.

Semanalmente, a equipe se reunia para fazer discussão de casos junto a todos os exames e atendimentos para decidir sobre a cirurgia e a assistência a ser oferecida.

Na fase cirúrgica há o procedimento do cirurgião e de acompanhamento da família pela psicologia. A equipe médica faz o procedimento cirúrgico, e após a colocação do componente interno a fonoaudióloga por meio de um computador confirma o funcionamento deste e como está a estimulação auditiva no córtex auditivo.

Na Fase pós cirúrgica, a rotina do paciente envolvia assistência com os profissionais de fonoaudiologia e de psicologia. A fonoaudiologia realizava o ajuste de eletrodos e a reabilitação e a psicologia assistia, antes e após o atendimento audiológico. Essa rotina tinha duração de 2 a 3 anos. No primeiro ano, o

atendimento iniciava-se com 30 dias após a cirurgia seguido de acompanhamentos trimestrais. Depois passava para semestral e do 3º ano em diante anuais.

Visando delimitar a atuação da psicologia na criação de um protocolo de atendimento específico aos surdos pré-linguais, detalharemos a seguir a rotina criada para assistir esses casos.

4. 4. 1. Rotina da psicologia

Com vistas à cirurgia do paciente para implantação do implante coclear, foi feito o atendimento psicológico antes e depois, acompanhamento e orientação sobre a experiência da colocação do aparelho. Como não há um protocolo de referência no SUS para a área da psicologia, faremos um detalhamento do protocolo construído para assistir esses pacientes da equipe.

Dentro desta rotina a psicologia desenvolveu material e rotina para a fase pré-cirúrgica; rotina para durante a cirurgia e uma rotina para a fase pós – cirúrgica.

4.4.1.1. Material e rotina psicológica na fase pré –cirúrgica

- Modelo do Implante Coclear, aparelho completo, com o componente interno e externo, para ser manuseado pelo sujeito e sua família.
- Material gráfico composto de uma figura da orelha com a prótese completa, explicando a função de cada componente do aparelho
 - Modelo da orelha em 3D e fotografias de IC.
 - Gráfico de audiometria para compreensão de como o som se processa.
 - Quadro com as etapas do processo cirúrgico do implante: para o procedimento cirúrgico foram preparadas orientações a serem transmitidas ao sujeito e família, na véspera da cirurgia, em cinco etapas. Com a presença da família era dado um suporte ao paciente a respeito de possíveis alterações na rotina e possíveis problemas emocionais.

1- Modelo do Implante Coclear: aparelho completo, com o componente interno e externo, para ser manuseado pelo sujeito e sua família. O implante coclear (IC) é

uma prótese composta por dois componentes: a unidade externa, composta de um microfone, um processador de fala e uma antena transmissora; e a interna, que contém um receptor/estimulador e um fino cabo que interliga o processador a um conjunto de eletrodos. O material era utilizado para explicar à família e ao paciente como funciona o IC e eles podiam manipular.

Figura 1 Prótese Implante coclear (IC)



Imagem capturada. Referência completa em Centro Auditivo Cuenca. Clínica Universidad de Navarra (2013).

2- Material gráfico composto de uma figura da orelha com a prótese completa: explicando a função de cada componente do aparelho. Este material era dado para o paciente e sua família. Neste momento era explicado como a memória auditiva funciona.

A função da unidade interna é a de receber o sinal emitido pela unidade externa e transformá-lo em pulso elétrico, que será transmitido pelo conjunto de eletrodos para o interior da cóclea. A unidade externa tem a função de captar o som do ambiente, codificá-lo e enviá-lo para a unidade interna (Brasil, 2017).

Figura 2: Componentes externo e interno do IC

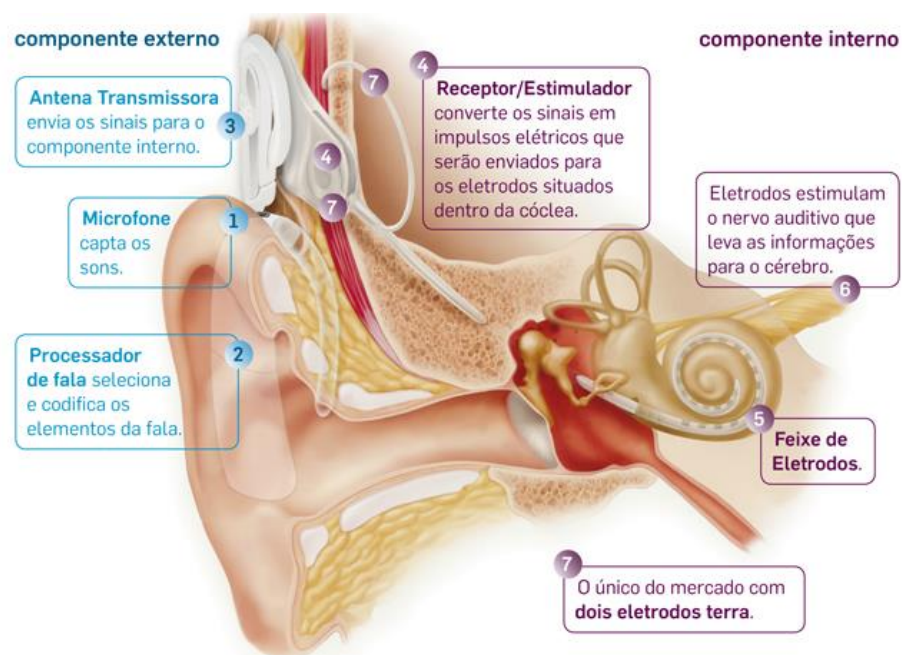
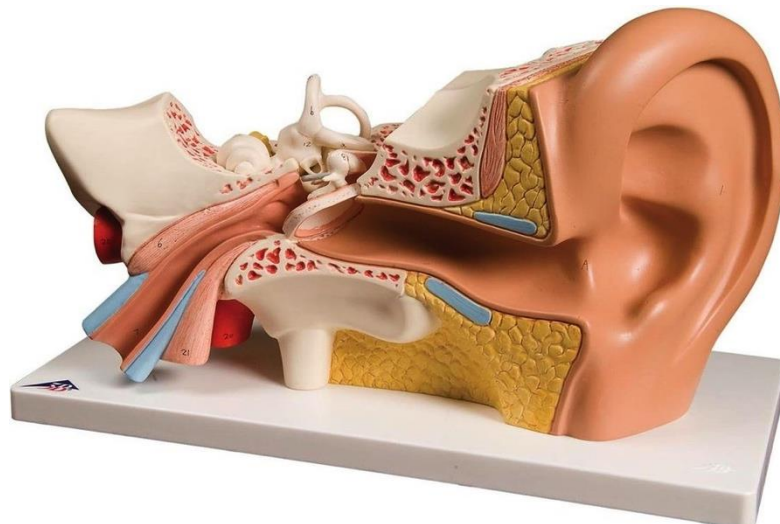


Imagem capturada. Referência completa em Implante Coclear. Apresentação (2017).

3-Modelo da orelha em 3D, fotografias de IC e gráfico: Com este modelo da orelha a psicologia trabalha no concreto todo o procedimento cirúrgico e a colocação do componente interno. Com a junção dos três instrumentos usados, a psicologia permite que o sujeito, que usa uma forma de comunicação diferente da equipe, juntamente com a sua família, apreender todas as etapas do procedimento e compreender qual o possível resultado do aparelho, conforme o comprometimento em seguir as orientações da equipe.

A orelha 3D torna manuseável as partes da orelha. Para um público que não tem ideia de como é formado sua orelha internamente, e por isso tem dificuldade em entender como vai ser colocado o aparelho.

Figura 3: Orelha 3D



Título original *Anatomisch model*. Disponível por meio em estabelecimentos da área da saúde por promotores de divulgação. O produto encontra-se referenciado como *anatomisch-model-oor-4-deli*.

Figura 4: Aparelho Implante Coclear colocado

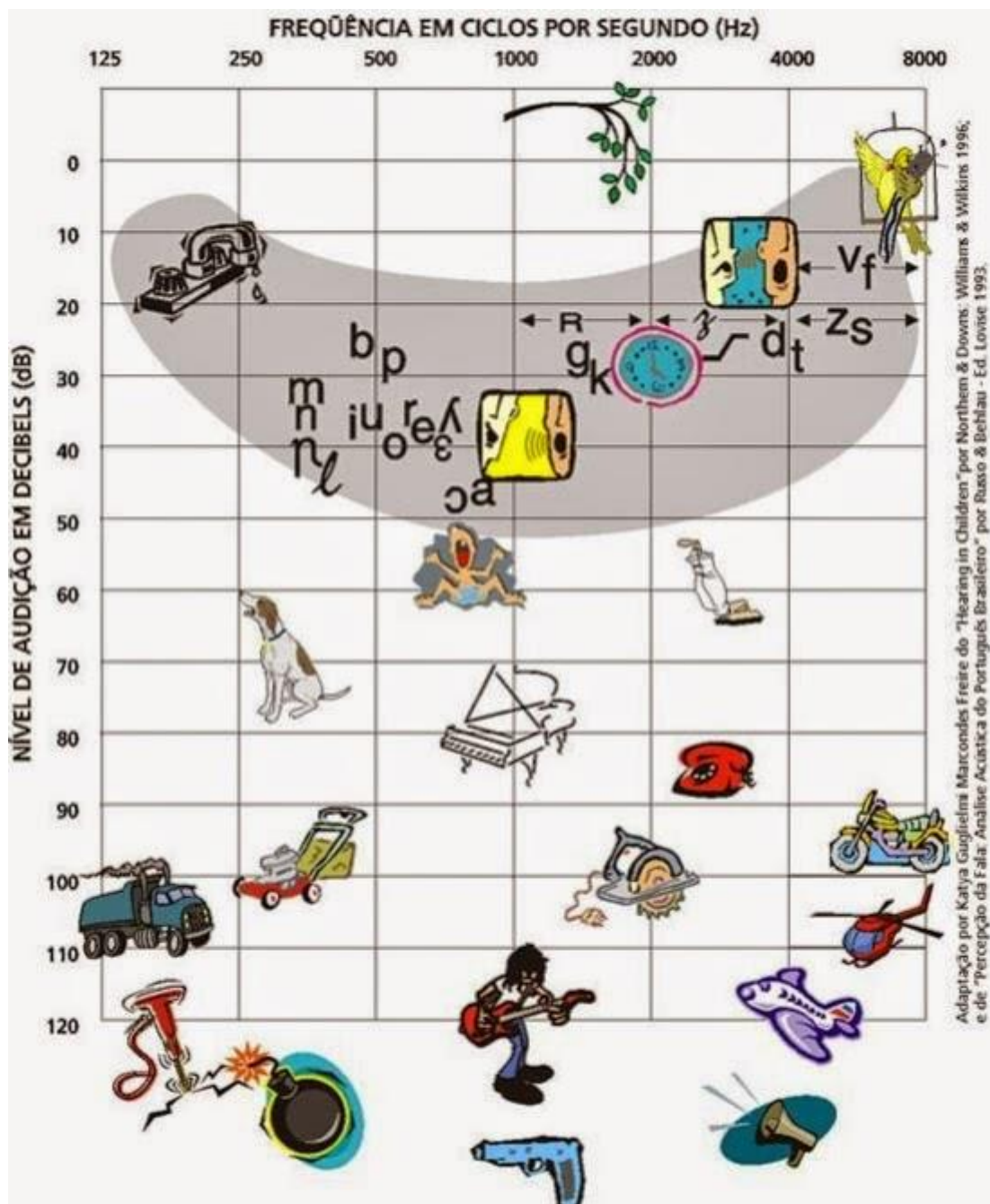


Imagem capturada. Referência completa em Gomes, N. D. et al (2013).

O modelo do aparelho juntamente com a orelha 3D e o modelo gráfico de audiometria para compreensão de como o som se processa, são usados como instrumento de trabalho como forma de esclarecimento ao paciente. O modelo do aparelho implante coclear, normalmente é usado para que o sujeito e sua família

possam manusear. Quando estes manuseiam os eletrodos, conseguem entender como vai acontecer o som. Já com o gráfico de audiometria, é possível esclarecer, em escala, que ao ir discriminando os sons, ele vai construindo a memória auditiva, mostrando assim, a evolução na compreensão desses diferentes sons. Isso é facilitado quando o sujeito e a família se comprometem na utilização do implante.

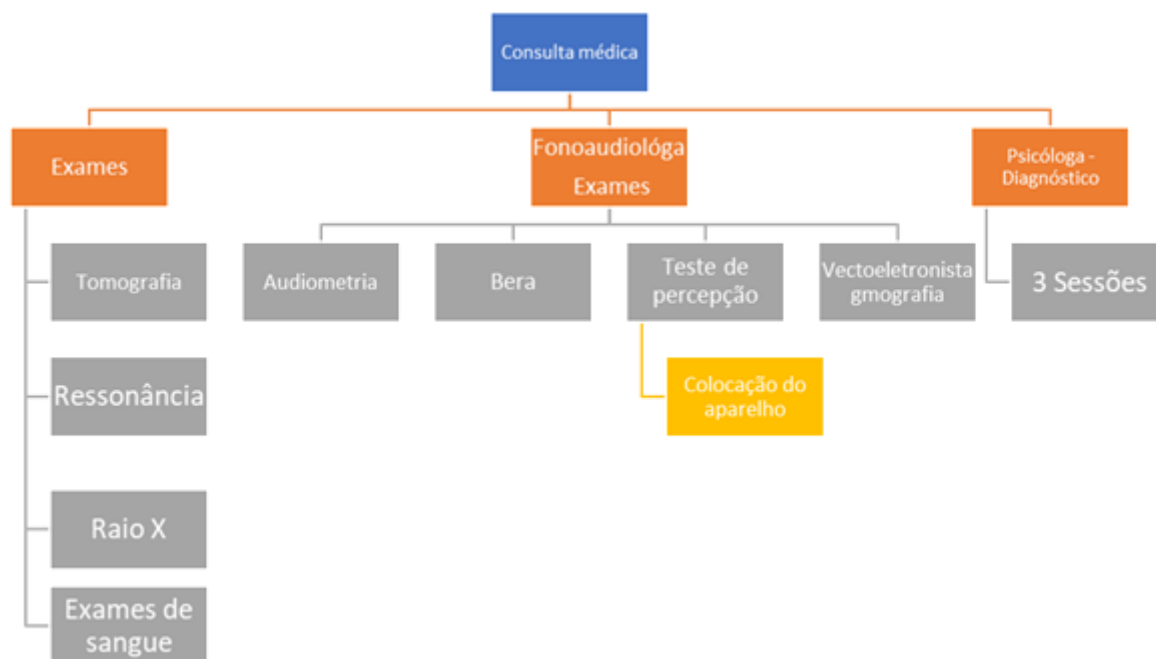
Quadro 1: Modelo de gráfico de audiometria para compreensão de como o som se processa



Fonte: <http://bloqalessandra.blogspot.com.br/2015/04/nova-audiometria-novos-resultados.html> - 16/06/2017

Nesta fase pré-cirúrgica a psicologia fazia em média três atendimentos. Nestes encontros era levantado todo o histórico do sujeito, sua surdez e da família, e com o uso do material citado acima conversamos sobre a decisão em fazer o procedimento cirúrgico e o comprometimento nas mudanças.

Quadro 2: Exames e avaliações



Fonte: Própria Autora

Em posse de todos os resultados de exames e avaliações a equipe faz uma reunião para discussão dos resultados e o possível resultado do aparelho e estratégias de atendimentos. Novamente a psicologia como mediadora entre o sujeito, a família e a equipe de profissionais, discute e aponta as possíveis estratégias para que exista um comprometimento entre as solicitações de tratamentos e reabilitações e a dinâmica desta família frente às mudanças provocadas pelo uso do Implante Coclear. Em seguida era agendada a cirurgia.

Na véspera da cirurgia, a psicologia tem dois encontros com o sujeito e toda a família para conversar sobre a rotina no dia cirurgia e nos pós cirúrgico.

No primeiro encontro retomamos o funcionamento do aparelho e a questão do resultado, aproveitando para tirar possíveis dúvidas sobre o pós-operatório e o momento de ligar o aparelho.

No segundo encontro conversamos sobre a cirurgia em si. Para proporcionar uma melhor visualização de todos os momentos da cirurgia e diminuir a ansiedade da família, elaboramos um quadro (Quadro 4, a seguir), que era dado para família sobre todas as fases da cirurgia.

Quadro 3: Fases da Cirurgia



Fonte: Própria Autora

4.4.1.2. Fase cirúrgica

A psicologia tem em mente diminuir a ansiedade da família durante o processo cirúrgico, então, durante a cirurgia passava por meio de mensagem de celular ou na porta do centro cirúrgico para família o processo e em que momento estava a cirurgia. Muitas vezes era orientado que todos familiares fossem passear fora do hospital e que através das mensagens a família conseguia saber o que estava acontecendo. Percebemos que quando adotamos esse procedimento o pós-operatório acontecia de uma forma mais tranquila.

Quadro 4: Orientações para a cirurgia de IC

PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA
ETAPA 1 – Anestesia
<p>Preparando-se para a cirurgia, o início se dá com o paciente recebendo a anestesia geral, que pode ser feita de duas formas:</p> <ol style="list-style-type: none">1- Recebendo uma picada no braço e a introdução de uma agulha com soro fisiológico. Neste soro é introduzido a substância que induz ao sono.2- Recebendo uma máscara, quando já está na sala de cirurgia, e ao respirar é induzido o sono. <p>Esse tipo de anestesia pode produzir uma sensação de frio e tremedeira quando acaba a cirurgia.</p>
ETAPA 2 – Colocação do Eletrodo
<p>Preparação para colocação do eletrodo. Nesta etapa existe uma medição para a exata colocação do componente que contém o ímã que segura a antena. Este ímã fica embaixo do couro cabeludo. Para fazer o corte para colocação do componente interno é necessário raspar o cabelo ao redor da orelha, cujo corte é feito contornando a orelha (aponto na orelha dele aonde vai ser feito). A cirurgia é feita por um microscópio.</p>
ETAPA 3 – Estimulação auditiva
<p>Quando estamos na orelha interna (cóclea), é chegado o momento de colocar os eletrodos. Neste momento, mostro o modelo usado na orientação. Ainda neste momento, o uso do microscópio é fundamental, pois são muito pequenos. Após a colocação dos eletrodos, a Fonoaudióloga, que faz os ajustes destes, entra em sala e conecta a antena ao ímã colocado e liga o aparelho. Este é o primeiro registro da estimulação auditiva e do caminho feito no córtex auditivo do paciente. Uma vez constatado que tudo está certo, a fonoaudióloga desliga o aparelho.</p>
ETAPA 4 – Finalização da Cirurgia
<p>Nesta etapa, a última, é o fechamento da cirurgia. É colocado com cuidado para que o eletrodo não saia do lugar. Após a sutura do corte é feito um acolchoado na região da orelha para que não sofra impactos. Por último é colocado uma faixa em torno da cabeça. O anestesista finaliza fazendo o paciente acordar.</p>

ETAPA 5 – Retorno pós-cirúrgico

Última etapa, o paciente vai para o quarto. Normalmente, o paciente tem alta no mesmo dia, com orientações médicas sobre cuidados que devem ser tomados neste primeiro mês. O paciente recebe orientação para voltar para o hospital em 30 dias para ativação dos eletrodos implantados.

Fonte: Própria Autora.

4.4.1.3. Fase pós cirúrgica

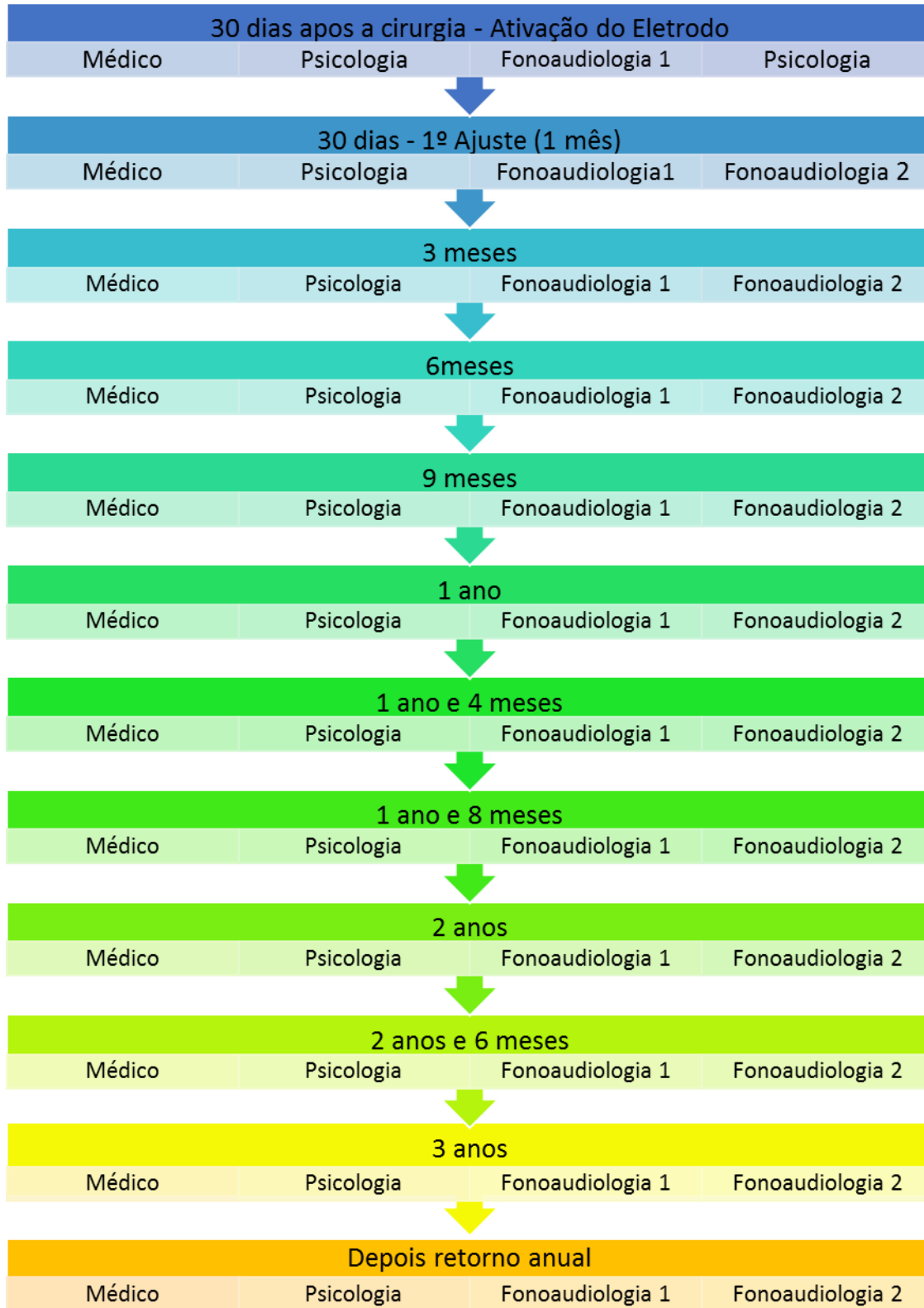
A terceira fase, a mais longa, dura em média dois anos nos atendimentos da psicologia. Inicia no momento em que o aparelho é ligado, ou como se fala entre os profissionais, “é ativado os eletrodos”. Aqui a psicologia faz **dois atendimentos, um antes e outro depois** desta ativação, quando normalmente o sujeito e sua família estão com a expectativa elevada sobre este momento. No atendimento da psicologia é importante lembrar sobre o funcionamento e as possíveis repostas do aparelho, fazendo com que todos sejam colocados na realidade de que os resultados serão fruto de um trabalho entre o sujeito, a família e a reabilitação. Dentro do cenário da história do paciente esse trabalho de trazer a realidade do resultado na expectativa de ouvir, é fundamental para o comprometimento da reabilitação. Aqui a psicologia tem condição de mediar a questão psicológica que o motivou a usar o Implante Coclear e o compromisso em seguir a orientação dada pelo médico e a fonoaudióloga em relação a reabilitação.

Após a ativação dos eletrodos a psicologia faz um novo atendimento para escutar o relato da experiência que o sujeito teve no primeiro contato com o som produzido pelo aparelho. Conversar sobre as possíveis frustrações e retomar a nova rotina que a família deve ter para auxiliar o sujeito a criar a memória auditiva. Aqui quando damos as novas orientações é importante ter o cenário da dinâmica familiar e como essa mudança será assimilado por eles. Quando a psicologia constrói estes cenários, consegue conduzir e dar suporte para possíveis crises de mudanças entre o sujeito e a família.

Os encontros com a psicologia aconteceram a partir deste momento, sempre que o sujeito retornava ao hospital para reajustes dos eletrodos. Em média, por um período de dois anos.

A equipe deste hospital era composta de médicos otorrinolaringologistas, fonoaudiólogas com especialização em diagnósticos (na figura é a fonoaudióloga 1) e fonoaudiólogas treinadas para fazer os ajustes dos eletrodos (na figura abaixo a fonoaudióloga 2), e psicólogo. Os protocolos que foram usados nestes trabalhos e atendidos pela Psicologia são retomados mostrando a rotina do hospital até dois anos, pós cirurgia.

Quadro 5: Pós Cirúrgico - 4ª Etapa



Fonte: Própria Autora

4.5. Análise dos dados: critérios

Os dados dos prontuários foram coletados em planilhas de Excell (Windows 10) para serem analisados qualitativamente comparando os ganhos de cada usuário de maneira a se identificar cuidados de assistência oferecidos pelos diferentes profissionais que poderiam associar-se aos ganhos com o implante coclear.

A escolha de análise dos dados foi a análise de conteúdo, apoiada em Bardin (2011, p. 247), na qual o autor afirma existir uma relação entre o tipo de discurso e as características do sujeito ou do seu meio. Ao analisar os prontuários levou-se em consideração a descrição da rotina e seus resultados, mas também o contexto histórico, considerando a dinâmica e a sua assimilação. Foi preciso sair da norma sobre o que é ouvir e não ouvir, para compreender o “ouvir” de um surdo pré-lingual usando um aparelho. Só com a quebra desse paradigma foi possível compreender os ganhos ao dar um significado, não se prendeu a palavra dita, mas sim ao significado do barulho e seu sentido subjetivo na vida deste sujeito, cuja a realidade vivida foi na ausência do som e que por questões próprias do seu ser decidiu por usar o aparelho.

Neste sentido a categoria mediação no atendimento da psicologia com o sujeito, família e equipe tem a função de ligar a singularidade e a universalidade. Ter o papel de intervir no processo de significação para todos envolvidos neste protocolo, constituindo as diferenças e permitindo a existência do outro na relação e suas modificações.

Ao analisar o conteúdo dos prontuários, foi possível identificar duas categorias para a compreensão do objetivo da pesquisa, a categoria das relações sociais e de comunicação, que possibilitaram agrupar a evolução dos sujeitos na relação com o mundo ao colocar o IC. A categoria relações sociais buscou entender o processo da escolha em sair do mundo de relações visuais para introduzir um som com significado próprio para esse sujeito. Não estamos falando de uma experiência em que este sujeito vai aprender a escutar frases. Mas muito antes disso, são pessoas que vão dar um significado a um barulho, como o som de uma máquina de lavar roupa. Isto é, ir em busca do entendimento do sentido e significado, transformando uma experiência em algo psicológico permitindo o surgimento do novo.

“Os significados são, portanto, produções históricas e sociais. São eles que permitem a comunicação, a socialização de nossas experiências. Muito embora sejam mais estáveis, “dicionarizados”, eles também se transformam no movimento histórico, momento em que sua natureza interior se modifica, alterando, conseqüentemente, a relação que mantêm com o pensamento, entendido como um processo.” (AGUIAR, OZELLA, 2013)

Quando a psicologia trabalha junto com a experiência auditiva do sujeito que entra no mundo do som, ela possibilita que este não só apreenda o som, mas também o simbólico e a experiência emocional de escutar este barulho. Quando o sujeito compreende a dimensão dessa experiência, está permitindo uma ampliação de seu mundo interior, e assim está modificando a sua realidade social. Esta ação modifica seu pensamento e como conseqüência a sua linguagem. Essa ação é a possibilidade para dar um sentido a toda essa experiência. Permitindo a construção de uma história própria.

A outra categoria a da Comunicação permitiu observar a evolução no desenvolvimento de uma linguagem, e o aumento dos signos, ao dar um significado e um sentido ao som associado à experiência visual permitindo uma evolução e assim dar um salto na qualidade de vida.

O pensamento envolve aspectos da cognição e a emoção. Quando o construímos a linguagem, base da consciência, na realidade estamos expressando a experiência do mundo interno e externo, que são constituídos pelos significados, que numa dinâmica vão se modificando, ampliando e transformando as funções psíquicas. (AGUIAR e outros, 2009)

A comunicação entre os homens só é possível, quando produzimos material que são compartilhados com significados e sentidos. Quando ao usar o aparelho o sujeito apreender um barulho que tem o mesmo significado para ele e para as pessoas ao seu redor, estabelece uma comunicação. São entendimentos de signos universais que passam a fazer parte de seu mundo próprio. Quando identificamos essas experiências nos prontuários é apontado também uma mudança na qualidade de vida deste sujeito. Este, passa a ampliar suas aspirações como sujeito num contexto social, considerando os aspectos cognitivo e afetivo como reescrevendo sua história social.

Além das duas categorias citadas (relações sociais e comunicação) também analisou-se a ação do clínico, que nos permitiu avaliar os aspectos do protocolo associados ao desenvolvimento e aquisições dos participantes da pesquisa. ao

contexto teórico, visto que classificar elementos em categorias impõe uma investigação do que cada um deles tem em comum com outros.

A sistematização do material obtido nos prontuários segundo esses três aspectos: relação social, comunicação e ações do clínico (psicologia) foi organizada em quadros segundo a fase da assistência conforme modelo abaixo.

Quadro 6: Pré Operatório

PRÉ OPERATÓRIO	DATA	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Ação do Clínico:		

Fonte: Própria Autora

Quadro 7: Pós Operatório

PÓS OPERATÓRIO	DATA	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Ação do Clínico:		

Fonte: Própria Autora

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentaremos um resumo dos casos objeto dessa pesquisa. Estes serão analisados com base em dados dos prontuários desenvolvidos pela equipe multidisciplinar do hospital. A investigação do conteúdo permitiu isolar os aspectos no atendimento feito pela Psicologia que apontaram uma mudança na vida dos sujeitos. Essa análise é importante nesta dissertação para uma visão geral, pois permitirá uma compreensão da assistência prestada pela equipe e por nos permitir apontar as diretrizes de um protocolo psicológico como parte do cuidado em equipe ao surdo profundo.

5.1 Relato do caso Eduardo

Identificação:

Com atendimento psicológico
Cirurgia de implante: 14/06/2006
Ativação do aparelho: 12/07/2006

Eduardo teve pneumonia com um ano de idade, provável razão da surdez. Estudou em colégio especial para surdez até a adolescência. Terminou o primeiro grau já adulto. Não conseguiu se adaptar com o uso de aparelhos auditivos (AASI). Aprendeu muito pouco a língua de sinais LIBRAS e não fez reabilitação auditiva.

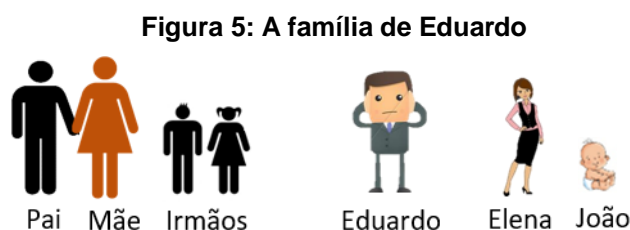
Trabalhava em uma empresa de componentes eletrônicos como técnico de almoxarife há 10 anos. O dono da empresa soube do Implante Coclear e o encaminhou para a nossa equipe já com a aprovação do convenio médico.

Durante o processo de avaliação para indicação do uso do Implante Coclear, o cliente não atendia às exigências do protocolo de Audiologia prescrito, uma vez que o resultado seria muito pobre. Pela avaliação médica, Eduardo havia indicação cirúrgica. Como o convênio aprovou, foi feita a colocação do componente interno.

A partir da ativação dos eletrodos, foi elaborada uma rotina de atendimento pela psicologia, fonoaudiologia de reabilitação e fonoaudiologia para o mapeamento dos eletrodos.

A evolução de compreensão e discriminação das palavras era lenta. Para Eduardo, a experiência com o mundo sonoro o incentivou a alterar sua vida em relação aos estudos e alguns planos pessoais como tirar a carteira de habilitação, casar-se e ter filhos.

Durante os atendimentos psicológicos a cada encontro era observado uma mudança. No primeiro encontro, foi sua mãe quem praticamente respondeu a todas as questões sem a menor participação dele, já no último encontro, ele veio só com sua namorada e usou todos os seus recursos para conversar com a psicóloga.



Fonte: Própria Autora

A família de Eduardo é composta de pai, mãe, uma irmã e um irmão. Durante todo processo de avaliação e orientação para a cirurgia do IC e, após a ativação dos eletrodos, a única pessoa da família que esteve presente foi sua mãe. Mais tarde quando iniciou um namoro, a namorada Elena começou a acompanhá-lo nos atendimentos e a pedir orientação de como ajudá-lo na compreensão dos sons que escutava.

Quando veio para fazer avaliação sua comunicação era feita por gestos pessoais e a sua mãe era a intérprete. Ao final do atendimento já estava no início da aprendizagem de leitura labial, usava alguns gestos universais e respondia perguntas simples como por exemplo “Como vai você? ”.

Sua vida social no início basicamente se resumia em ir e vir do trabalho para a casa. O relacionamento social de Eduardo se resumia a sua mãe, que decidia tudo por ele. E no trabalho, seu chefe, que buscou o IC por meio da saúde suplementar.

Com o IC traçou planos para o futuro, voltar a estudar, tirar a carteira de habilitação e ter um filho. A medida que ia incorporando o som em sua rotina,

Eduardo se fortaleceu para realizar seus planos. Ao final do atendimento já estava casado, morando em um apartamento alugado, com um filho e com a carteira de habilitação. Voltou a estudar à noite.

Embora Eduardo ainda esteja fora do protocolo estabelecido pelo SUS, ele conseguiu transformar todas as oportunidades sonoras em ascensão na qualidade de vida. Faz do som um aliado para que compreenda todas as ações em torno de si.

Tabela 1: Atendimento Eduardo

Cirurgia: 14/06/2006

Ativação: 12/07/2006

		Sujeito	Relação social	Comunicação
PRÉ OPERATÓRIO	06/05/2006	<p>Eduardo não interage. Sua mãe é a interlocutora entre nós dois. Não usa LIBRAS. E não tem leitura labial. Existe uma comunicação de gestos próprios entre ele e a mãe. Não interfere na informação dada pela mãe. Pouca curiosidade a respeito de todo procedimento do IC. Sua rotina é ir ao trabalho. Vai sozinho já aprendeu aonde pegar o ônibus tanto para ir como para voltar para casa. Atualmente não estuda. Mora com os pais. Ficou sabendo do aparelho através do proprietário da empresa em que trabalha. A mãe falou estar cansada da rotina de ter que o</p>	<p>Relação dual. Mãe e filho. Não interage com o clínico. Quem trouxe o interesse pelo aparelho foi terceiros.</p>	<p>Gestos próprios entre ele e sua mãe.</p>
		<p>Ação do Clínico: Primeira entrevista é para conversar sobre as expectativas em relação ao resultado do aparelho. Conhecer qual a melhor forma de comunicação com o sujeito e a família. Saber o grau de conhecimento da rotina após a cirurgia. Solicitei que escrevesse o que sabia sobre o aparelho e não conseguiu. Conversamos sobre rotinas que iriam acontecer antes e após a cirurgia e o que significaria para eles. Comecei a conversar sobre o resultado do aparelho e a necessidade de ter uma reabilitação auditiva. Expliquei a rotina dos agendamentos com a equipe antes e depois da cirurgia.</p>		

PRÉ OPERATÓRIO	08/05/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Ficou doente com um ano. Teve pneumonia. A mãe acha que foi com a pneumonia que ficou surdo, ela não sabe. Não teve orientação profissional. Estudou na Escola do bairro até 10 anos 4ªserie. Estudou em escola para surdos e colégio municipal com ouvintes, da 4ª a 8ª serie. Não foi orientado para usar aparelho AASI, não fez reabilitação com fonoaudióloga. Terminou o primeiro grau aos 26 anos. Parou de estudar e foi trabalhar. Trabalha em empresa de componentes eletrônicos como auxiliar técnico no almoxarifado por 10 anos. Tem uma irmã e um irmão mais novos. Não usou aparelho AASI.</p>	<p>Eduardo ainda distante do contato comigo. Sua mãe as vezes fala sem perguntar a ele. (Pensa por ele).</p>	<p>A comunicação só se dá através da mãe. Não estabelecemos uma comunicação entre nós dois.</p>
		<p>Ação do Clínico: Após compreender o histórico do Eduardo conversamos sobre o tipo de investimento que deverá ser feito. É uma mãe que buscou os recursos e escolas sem orientações de profissionais. Todos os resultados do Eduardo são consequência do investimento da mãe. Como ao longo de sua vida não usou aparelho, após a cirurgia o habito de todos os dias colocar de manhã e dar a manutenção diária a noite será nova. Ao colocar o aparelho sua atenção será dirigida para o som, uma questão nova que também deverá ser introduzida. A rotina de fazer reabilitação também deverá ser introduzida, e para que tenha o melhor resultado possível deverá ser longa.</p>		

PRÉ OPERATÓRIO	12/06/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Peguei o modelo do aparelho e uma orelha 3D para mostrar a Eduardo como seria a cirurgia. Pela ausência de comunicação isso facilitaria a comunicação e o entendimento do sujeito. Manuseou o aparelho. Fez algumas perguntas através da mãe. Usei o gráfico de audiometria com desenho para mostra a evolução que terá ao colocar o aparelho. No desenho da orelha mostrei como o aparelho funciona. Expliquei as mudanças no cotidiano e a necessidade da reabilitação audiológica. Apresentei a ele a importância de estar atento aos sons e seus significados para assim incorporar em sua memória.</p>	<p>Primeira vez que Eduardo sai da relação dual mãe e filho. Através da mãe faz perguntas para mim.</p>	<p>Começa a interagir com o mundo, apesar de ainda usar a mãe como canal de comunicação, se interessa em fazer perguntas.</p>
		<p>Ação do Clínico: Trazer para o real. Com o modelo do aparelho e todos os componentes, podemos deixar que haja o manuseio e os desenhos, objetivo possibilitar uma maior aderência ao tratamento. Usando todos os recursos com desenhos é possível ter uma compreensão de todo o processo. Primeiro atendimento que Eduardo participa, manuseando o aparelho. E os componentes da orelha, procurando entender o que vai acontecer.</p>		

PRÉ OPERATÓRIO	13/06/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>O atendimento hoje é sobre o dia da cirurgia. Foi agenda-da para o dia 14/06/2006. É um hospital dia. A pessoa não fica internada. Mostro como vai ser o corte e como será o curativo. Através de um roteiro sobre as etapas da cirurgia mostro como vou dar notícias através do celular ou pessoalmente na porta do centro cirúrgico. Foi explicado sobre a rotina pós cirúrgicos e que a ativação dos eletrodos será 30 dias após a cirurgia.</p>	<p>Estamos no final da etapa de diagnóstico e da família do Eduardo só compareceu a mãe. Toda a família foi convidada.</p>	<p>Sujeito começa a criar formas de comunicação comigo, fazendo gestos que eu entenda ou apon-tando</p>
<p>Ação do Clínico: Falar sobre as etapas da cirurgia e mostrar o lugar aonde vai ficar, com o objetivo de amenizar a ansiedade do sujeito e de sua família. Objetiva-se um pós-operatório tranquilo e sem dor. Agendamos para 30 dias. O dia da ativação dos eletrodos.</p>				

		Sujeito	Relação social	Comunicação
PÓS OPERATÓRIO	12/07/2006	Atendimento antes da ativação dos eletrodos. Eduardo veio com sua mãe. Está muito ansioso.	Ansioso.	Apesar de não ter uma comunicação compreensível aos outros, Eduardo está mais
		<p>Ação do Clínico: Por meio da mãe que traduziu para Eduardo expliquei como será a ativação dos eletrodos e que por causa de sua memória não estimulada não compreenderá o som produzido pelo aparelho. Reforcei as ações que deverão ocorrer para que esta memória comece a compreender. A família de Eduardo é composta de pai, mãe e dois irmãos porém durante todo o atendimento pré cirúrgico só a mãe compareceu. Isto é importante anotar para uma orientação e uma atenção maior a esta mãe. Com o objetivo de baixar a ansiedade e expectativa do sujeito e da família, retomo a conversa com o material usado na apresentação do implante coclear para compreensão de como será o estímulo no momento da ativação. Após ativação dos eletrodos volto a conversar com ele e a família.</p>		

PÓS OPERATÓRIO	12/07/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Relata estranheza ao som produzido. Diz escutar um choque. Não sabe o que fazer com o som. Frustrado por não estar compreendendo o som.	Ressaltar o que o sujeito traz e dar significado.	Ainda dual, sua mãe faz a tradução em gestos. Percepção corporal do som produzido pelo aparelho.
		Ação do Clínico: Escuta e orientação para amenizar a frustração do Eduardo e da família em relação ao resultado do aparelho. Vou conversando com a mãe, e ela vai traduzindo para ele a seguinte orientação. “ O cérebro não tem na memória nada parecido com isso para fazer uma comparação e que ele está inaugurando uma nova forma do cérebro entender uma experiência agora com som. Quanto mais você usar o aparelho melhor vai ficando o som. Reforcei a importância de fazer reabilitação fonoaudiológica. Expliquei que íamos agendar para 30 dias e que depois a cada ajuste dos eletrodos iríamos conversar.		

PÓS OPERATÓRIO	12/08/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Eduardo veio com a mãe. Relata que estava cansado e que estava escutando muito barulho, mas não compreendia nada. Apesar de não entender, não pensa em parar de usar. Falou com o chefe e vai poder sair uma vez por semana para fazer reabilitação fonoaudiológica. Tem a expectativa de começar a entender com a reabilitação.</p>	<p>Ainda com pouca mudança. Teve o interesse de falar com o chefe sobre a terapia.</p>	<p>Comunicação ainda permanece com a mãe. Está prestando atenção aos sons.</p>
<p>Ação do Clínico: Ainda está com resultado sonoro com pouca compreensão. Ressaltei a importância de a família ajudar o Eduardo a reconhecer o som que está escutando. Quando escuta um som precisa reconhecer a direção e depois dar um significado, um nome para este som. Esta mudança de comportamento precisa ser sempre lembrada pois o natural é buscar o suporte visual e sensorial primeiro. Oriente sobre o cansaço, mudar o recurso neurológico traz um estresse grande. Relembrei porque não compreende o que escuta e a importância de quando escutar buscar a fonte do som e entender. Sujeitos com o diagnóstico do Eduardo precisam de um suporte grande da equipe no início do aparelho. Além do prognóstico audiológico baixo, ele não teve a rotina de usar um aparelho estabelecida quando foi feito o diagnóstico da surdez. Quando adulto o investimento nessa mudança é maior. A atenção da equipe deve ser maior e no sujeito, para que seja fundada o desejo pelo som.</p>				

PÓS OPERATÓRIO	12/10/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Veio bem entusiasmado. Já consegue dar significado à alguns sons. (Motor de carro). Diz que é bom muito bom poder almoçar e deitar no sofá e controlar quem entra em casa através do barulho do portão que agora ele reconhece. Antes não podia fazer isso porque nunca sabia quem estava entrando em casa. Sua mãe está muito animada com o futuro.</p>	<p>Aumenta sua relação com o mundo quando se relaciona com sons que determinam mudança no seu cotidiano. O mundo sonoro já estava fazendo parte de sua rotina apesar da pouca compreensão.</p>	<p>Começa a ampliar sua relação com o mundo. Início da separação dual (sua mãe)</p>
<p>Ação do Clínico: A mãe começa a perceber mudanças em Eduardo Reforcei novamente a importância dele sempre buscar um significado para o som que está ouvindo.</p>				

PÓS OPERATÓRIO	20/12/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Rotina diferente. Mais atento com o que acontece ao seu redor. Fica cansado de tanto ouvir sons.	Início de uma relação com o mundo através da atenção aos novos sons.	A comunicação começa a melhorar. Atenção melhorou, apesar de não ter ainda uma comunicação que seja compreendida, hoje está participando mais de tudo na sua rotina.
<p>Ação do Clínico: Com seis meses de uso do aparelho audiológicamente a resposta é pequena, porém seu comportamento frente a vida começa a se modificar. Incorpora o som no seu cotidiano com um apoio à informação visual que tem. A terapia de reabilitação dá sentido ao som que escuta modificando e ampliando a experiência no dia a dia. Continuo reforçando o apoio da família em ajudá-lo a reconhecer o som que está escutando. Esta ação ajuda também na adaptação da família a nova rotina e mudança de comportamento do Eduardo continuo sem notícias do resto da família. Sempre é a mãe que vem aos encontros.</p>				

PÓS OPERATÓRIO	23/03/2007	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Veio acompanhado de sua mãe, e está traduziu seus gestos me contando de seus planos. Tem três sonhos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- terminar os estudos; 2- Tirar carteira de habilitação; 3- Ter um filho. <p>Já começou a estudar a noite.</p>	<p>Com nove meses de uso do aparelho Eduardo começa a fazer planos para sua vida. O resultado audiológico continua aquém do esperado, porém sua relação com sua vida mudou bastante. Hoje participa ativamente do atendimento.</p>	<p>Sua comunicação começa a melhorar. Procura usar sinais universais e hoje sua mãe passou a ser interprete, diferente do início em que ela falava por ele.</p>
<p>Ação do Clínico: Embora o aparelho ainda não dá nenhuma compreensão dos sons, mas o fato de estar podendo controlar melhor os sons à sua volta o incentivou a buscar novos rumos. Estamos falando agora de uma nova rotina de vida, de possibilidades, investimento em mudanças. Conversamos sobre o custo das baterias. Falei de uma ONG que dá suporte para as pessoas que usam este aparelho. Aqui é importante mostrar a importância de usar todos os recursos para compreender o que está acontecendo. Usar a condição visual que já é bem estabelecida, mas aumentar a compreensão do que o visual capta, ter a condição de associar o som, o visual e espacial para codificar e significar a experiência. Sua qualidade de vida já está bem alterada neste momento, quando se propõe a voltar a estudar, aprender a dirigir e ter um filho.</p>				

PÓS OPERATÓRIO	16/06/2007	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Hoje Eduardo traz a importância e o empenho em fazer terapia de reabilitação, já presta atenção à leitura labial e responde perguntas simples. Percebo que está usando os recursos para se comunicar. Sinais, o som do Implante Coclear e leitura labial. Sua relação com o mundo está mudada.	Arrisca a sair para o mundo. Quando diz que vai tirar carteira de habilitação está querendo alçar voo mais altos.	Continua precisando de sua mãe para se comunicar, porem hoje ela é interprete.
		Ação do Clínico: Um ano de aparelho. Perguntei como vai e ele compreendeu. Sua fala está mais compreensível, já está mais adaptado aos sons do aparelho. Em relação a mãe explorei como estava para ela as mudanças do filho e seus planos. Esta respondeu ser muito estranho, passou a vida inteira dedicada a ele. Eduardo já não fica mais estressado com os sons do aparelho. Neste momento surge a necessidade de dar um suporte para a mãe de Eduardo Uma mudança em um ano de rotina de uma vida inteira.		
PÓS OPERATÓRIO	12/10/2007	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Continua estudando a noite uma vez por semana. Esta fazendo a materia historia. No trabalho continua com a mesma função.	Aumenta sua relação com o mundo quando concretiza planos, como voltar para escola.	Ampliar sua relação com o mundo.
		Ação do Clínico: A mãe fala das mudanças do Eduardo. Aqui percebo a necessidade de dar uma atenção maior para a mae de Eduardo. Ela esta angustiada com a mudança na rotina.		

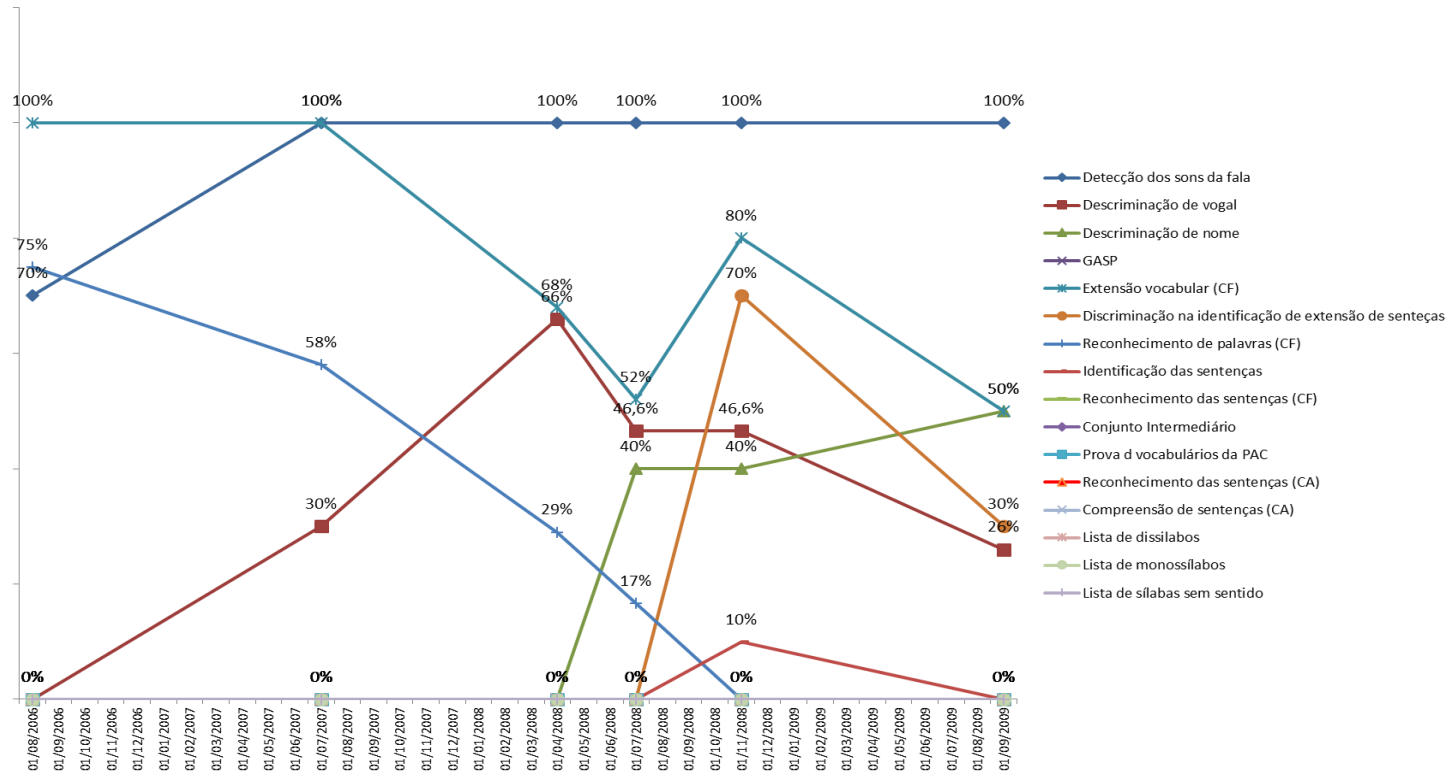
PÓS OPERATÓRIO	16/02/2008	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Empenhado na terapia de reabilitação. Presta mais atenção à leitura labial. Responde a perguntas simples. Continua precisando de sua mãe para se comunicar. Pensa em tirar carteira de habilitação no próximo ano.	Eduardo depois de 18 meses de uso do aparelho já está bem diferente frente ao mundo. Ao fazer planos amplia seu universo. Neste momento é importante dar uma atenção à sua mãe.	A comunicação total de Eduardo está diferente. Inaugurou a leitura labial, isso implica numa relação ativa com o outro. Ao responder perguntas simples está em relação total com o outro.
		Ação do Clínico: Escutar o que o cliente traz e auxiliá-lo a dar um significado nomeando o que ele traz, ampliando tanto o processo simbólico como recurso para se posicionar no ambiente que vive.		

PÓS OPERATÓRIO	20/06/2008	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Eduardo mostrou sua carteira de habilitação, vem sem a mãe, Trouxe sua namorada Elena. Quando está em fase de muitas mudanças sua atenção auditiva fica alterada, conversamos sobre isso. Com dois anos de uso do aparelho ainda é cansativo ficar prestando atenção no que ouve.</p>	<p>Ampliou seu mundo social. Está namorando e reflete sobre mudar de trabalho, a empresa está com problemas. Ao começar a dirigir ganho outra dimensão de mundo.</p>	<p>Sua comunicação com o mundo está totalmente diferente de quando este fazendo avaliação para o Implante coclear. Hoje usa os recursos para estar na vida inclusive para um relacionamento afetivo. Primeira vez que sua mãe não vem ao atendimento.</p>
<p>Ação do Clínico: São dois anos usando o aparelho. Está mudando vários aspectos de sua vida. Saiu da condição de dependência e submissão materna para uma autonomia quando decide voltar a estudar, namorar e pensa em mudar de trabalho. Ainda é cansativo para ele ouvir, mas aponto que hoje tem mais recursos para compreender o que está a sua volta. Audiologicamente os ganhos acontecem, porém mais devagar, está aprendendo a usar todas as ferramentas para compreender o que está acontecendo. A grande diferença que observo é o interesse dele em saber o que está acontecendo. Criando condições para aumentar seus signos já que busca a compreensão de tudo. Há dois atrás Eduardo. não estava decidindo pela sua vida, praticamente terceiros (sua mãe, seu chefe) decidiam qual direção deveria tomar. O fato de ter entrado no mundo sonoro, mesmo sem a compreensão da fala possibilitou a ele uma mudança na sua posição frente à sua vida. Neste momento ainda com muitas mudanças é importante observar como isso tudo está se encaixando na dinâmica da família.</p>				

PÓS OPERATÓRIO	ANO DE 2009	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Alugou um apartamento e constituiu uma família. Os atendimentos agora são espaçados e atendem à demanda de cada um. Feliz com o nascimento do filho. Importante aqui dar uma atenção individual à sua mãe.	Ampliou sua relação com o mundo. Hoje tem um filho e uma esposa. A mãe demanda uma atenção.	Eduardo está no comando do atendimento. Procura se comunicar com os seus recursos.
Ação do Clínico: A mãe estava deprimida. Demonstrou rejeição à escolha afetiva do filho. Procurei apontar as mudanças na dinâmica da família e as conquistas do filho para ter autonomia e tomar decisões por ele mesmo. A mãe escutou, porém percebi que para que ela pudesse aceitar tudo isso era preciso que começasse a olhar para sua vida e a ressignificá-la .				

Fonte: Própria Autora

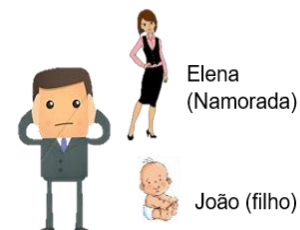
Gráfico 1: Evolução de Eduardo na Avaliação e Reabilitação fonoaudiológica após IC



Fonte: Própria Autora

No gráfico 1 é apresentada a evolução da avaliação de percepção sonora (protocolo de fonoaudiologia) que nos indica as aquisições com o uso do implante. Podemos perceber algumas aquisições, mas estão aquém do esperado pelo protocolo fonoaudiólogo. No gráfico, podemos observar que Eduardo com um ano e nove meses começa a discriminar o próprio nome.

Figura 6: As relações de Eduardo



Fonte: Própria Autora

Quadro 8: Evolução de Eduardo ao longo do acompanhamento pela Psicologia

Atendimento	3º	6º	9º	12º
	12/06/2006	12/08/2006	23/03/2007	25/03/2008
Eduardo	Mostra curiosidade pelo aparelho e como funciona	Determinado a usar o aparelho. Identifica barulhos e nomeia	Faz leitura labial e responde perguntas simples. Está estudando a noite.	Está com namorada. A atenção auditiva ainda instável
Ações Psicologia	Uso material didático para compreender como funciona o aparelho	Reforço o funcionamento da memória auditiva e a importância de ir na direção do som que escuta	Nascimento de linguagem: - Leitura labial. - Uso os recursos visuais, espaciais para dar sentido ao som.	A namorada como mediadora. Pede orientação para ajudar a dar significados ao som que ele escuta.
Maria	Tem curiosidade em relação ao aparelho	Reforço o funcionamento da memória auditiva e a importância de ir na direção do som que escuta A mãe está ajudando o filho em entender os sons e ampliar seu mundo ao redor.	A transformação de Eduardo está afetando sua mãe.	Não veio ao atendimento. Primeira vez

Fonte: Própria Autora

Neste quadro de evolução do Eduardo podemos destacar quatro pontos nodais, pontos essenciais, que determinaram uma mudança na qualidade de vida. No meu primeiro encontro direciono para compreender qual é a melhor forma de me comunicar com ele. Aqui levanto o momento em que ele está hoje, para traçar formas de comunicação com o objetivo de auxiliá-lo a evoluir até o momento que ele deseja. O primeiro ponto foi o terceiro atendimento que ao mostrar o aparelho, a orelha e figuras demonstrando como ficaria após a cirurgia, despertou o interesse do Eduardo. Pela primeira vez, ele teve um contato comigo, até então existia uma apatia e uma permissão para que sua mãe falasse por ele. Aqui, a minha ação de mediação se deu através do material, uma comunicação universal que permitiu dialogar e mostrar o que iria acontecer com ele.

O segundo ponto nodal ocorre no sexto atendimento, quando Eduardo entra no mundo sonoro e começa a identificar barulhos. Aqui ele decide que vai introduzir o som em seu cotidiano, mesmo dizendo que é muito barulho o que está escutando. Angústia de quem nunca escutou som e começa a escutar sem parar, quando começa a nomear o som inaugura o segundo salto de qualidade. Neste segundo ponto, a minha mediação se deu através da orientação dada para família de como ajudar Eduardo a localizar o som e a nomeá-lo, alimentando assim sua memória auditiva.

O Terceiro ponto nodal se dá no nono atendimento, quando se comunica comigo através da leitura labial. Eduardo mostra o investimento dele em compreender a forma desse novo modo de comunicação. Pela primeira vez em todo o atendimento tira a sua mãe da condição de representante para a posição de intérprete. A leitura labial inaugura nele uma forma mais ampliada de se relacionar com o mundo. O terceiro ponto aponta que é possível a mediação da Psicologia que olha um sujeito com condição de desenvolvimento, do momento de vida em que está alheio para um com condições de autonomia.

E o último ponto se dá quando Eduardo vem com a namorada Elena. A namorada não cumpri o mesmo papel da mãe, vem partilhar com ele, vai construir com ele, e, assim, ele sai de um monólogo para um diálogo.

No primeiro atendimento Eduardo não fazia nenhuma interação, neste momento sua mãe e o dono da empresa em que trabalhava decidiam para qual direção deveria ir. No último atendimento, ela já estava na posição de autonomia, tomando decisões sobre a sua vida.

5.2 Relato do caso Roberto

Identificação:

Com atendimento psicológico
Cirurgia de implante: 14/06/2006
Ativação dos eletrodos: 12/07/2006

Roberto nasceu em 04/03/1993. Quando se preparou para o atendimento era um adolescente de 15 anos e estava na 5ª série de uma escola de ouvintes. Roberto tem um irmão de cinco anos, gosta de estudar, tem afinidade com o inglês e o português. Os pais acompanham o desenvolvimento do filho e tem a expectativa de vê-lo inserido no contexto social. A família de Roberto apresenta dinâmica familiar adequada e comprometimento com o desenvolvimento dele.

Com cinco meses de idade, a avó desconfiou da surdez do Roberto. A mãe foi em busca do diagnóstico e com um ano e 10 meses fazia terapia de reabilitação com fonoaudióloga. Com dois anos e seis meses iniciou leitura oro facial (LOF) e desenvolvimento da fala.

Roberto estudou a primeira série em escola regular e escola especial para surdos. Fazia terapia de reabilitação com fonoaudióloga e tinha acompanhamento psicopedagógico. Não foi orientado para o uso de próteses por ter perda profunda. O pai se empenhou para a aprovação do procedimento pelo convênio médico da empresa. Após a cirurgia, a família esteve totalmente comprometida para a nova rotina. Roberto esteve em alguns momentos interessado em conhecer a comunidade surda e LIBRAS.

Esta ação provocou uma crise na família, pois existia uma exigência dos pais com o Roberto para ser um surdo oralizado. Logo que ativou os eletrodos, Roberto começou a dar significados aos sons que o aparelho produzia. Até o último atendimento estava trabalhando e estudando em colégio de ouvintes. Sua intenção era fazer vestibular para engenharia.

Tabela 2: Atendimento Roberto

Cirurgia 20/11/2006 Ativação 20/12/2006

		Sujeito	Relação social	Comunicação
PRÉ OPERATORIO	08/08/2005	<p>O pai relata que procuraram o SUS para fazer o Implante Coclear. Mas seu filho não entrava no protocolo estabelecido. Agora que soube que o convenio pode fazer, vai buscar os melhores recursos para ele. Desde que tiveram o diagnostico ainda bebê, procuram todos os recursos para que ele pudesse se desenvolver, inclusive esteve nas escolas especializadas em surdez. Atualmente estuda em escola regular e faz leitura labial. O pai fala que pesquisou bastante na internet sobre o aparelho e os resultados para idade do seu filho.</p>	<p>Família comprometida com a surdez de Roberto. Relação com mãe, pai, avó e irmão.</p>	<p>Diagnostico cedo e estimulação auditiva desde bebe.</p>
		<p>Ação do Clinico: Escuta.</p>		

PRÉ OPERATORIO	01/09/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Entrou na escola com dois anos e seis meses, iniciando LOF (leitura orofacial) e oralização. O ensino fundamental e atualmente estuda em colégio para ouvintes. Faz terapia de reabilitação com fonoaudióloga. E tem acompanhamento psicopedagógico. Roberto tem um irmão com 5 anos. O pai tem a expectativa de que ele ouça barulhos. Acha importante dar todas as possibilidades para seu filho. Deixou de usar prótese por orientação médica. O Roberto está com uma expectativa grande em relação ao IC. O pai admira o filho. Sempre acompanhou em todas as atividades. Acha o menino caseiro. Gosta de desenho. O pai sabe que ele e a mãe vão ter que batalhar bastante para vencer a escolha do IC.</p>	<p>Roberto é estimulado a conviver com outros alunos surdos. O pai admira o filho. Sempre acompanhou em todas as atividades. Acha o menino caseiro. Gosta de desenho</p>	<p>Roberto é estimulado a desenvolver uma linguagem. Os primeiros anos, época da construção da linguagem estuda em escola de surdos e de ouvintes.</p>
<p>Ação do Clínico: Escuta e coleta de dados da história da surdez do sujeito. Durante este atendimento percebi a expectativa de Roberto em relação ao resultado do aparelho, esperando começar a ouvir com ele. A família tem uma noção das mudanças que este procedimento vai provocar na rotina. e estão dispostos. O pai (figura masculina forte) o acompanha em todas as atividades. Acha ele muito caseiro (expectativa do pai em relação ao filho). Admira o esforço do filho e do rendimento na escola.</p>				

PRÉ OPERATORIO	15/09/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Juntos conversamos sobre o aparelho e com figura da orelha e o desenho do compnente conversamos como o aparelho vai ficar internamente e externamente. E principalmente perceber que mesmo tendo toda a experiencia e frequência em escolas especiais, a experiencia do IC produzindo um som é inédita e vamos precisar acompanhar isso bem. Conversamos sobre as dúvidas do funcionamento do aparelho e como deve ser feito para alimentar a memória auditiva. Foi discutido sobre as mudanças que o uso do Implante provoca na dinâmica familiar, e de como a família pode ajudar o Roberto para localizar, identificar e entender os barulhos que o aparelho produzira no início.</p>	<p>Relação familiar completa. Família comprometida com o processo de mudança.</p>	<p>Ao mostrar o aparelho e como ele será colocado no ouvido Roberto manipulou o material, se mostrou interessado em compreender tudo, principalmente a parte que vai ser colocada na cirurgia</p>
<p>Ação do Clínico: Uso de material específico e através do manuseio compreender todo o processo cirúrgico e o funcionamento do aparelho. Objetivo aumentar a adesão à escolha de ouvir sons. Conversando com os pais sobre a experiencia de ouvir som, foi importante apontar que esta é uma experiencia totalmente nova, que apesar de ter leitura labial, ainda está no âmbito da relação visual com a experiencia. Roberto está inaugurando uma etapa nova em sua vida. Importante as pessoas compreenderem isso.</p>				

PRÉ OPERATORIO	19/11/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Véspera de cirurgia, os pais e Roberto vieram para conversarmos sobre a rotina da cirurgia e o pós-Cirúrgico. Apresentei o quadro das etapas da cirurgia e a forma como estaremos nos comunicando. Mostrei a Roberto o quarto aonde iria ficar e a entrada do centro cirúrgico. Roberto está tenso e ansioso.</p>	<p>Família está presente, para compreensão das etapas da cirurgia e como amenizar o pós-operatório</p>	<p>Acompanha visita ao hospital</p>
		<p>Ação do Clínico: A psicologia – acolhimento e nomeação das emoções. Apresentei o quadro elaborado para orientação das etapas da cirurgia. Durante a cirurgia envio mensagem para família sobre a cirurgia usando o modelo das etapas da cirurgia como guia</p>		

PÓS OPERATORIO	20/12/2006	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Sujeito</th> <th style="text-align: center;">Relação social</th> <th style="text-align: center;">Comunicação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conversa antes da ativação dos eletrodos. Expectativa de Roberto e família alta.</td> <td>Roberto recebe apoio da família. Todos estão presentes para ativação dos eletrodos</td> <td>Comunicação entre os componentes da família, para dar apoio à ansiedade de roberto em relação ao som do IC</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeito	Relação social	Comunicação	Conversa antes da ativação dos eletrodos. Expectativa de Roberto e família alta.	Roberto recebe apoio da família. Todos estão presentes para ativação dos eletrodos	Comunicação entre os componentes da família, para dar apoio à ansiedade de roberto em relação ao som do IC
		Sujeito	Relação social	Comunicação				
Conversa antes da ativação dos eletrodos. Expectativa de Roberto e família alta.	Roberto recebe apoio da família. Todos estão presentes para ativação dos eletrodos	Comunicação entre os componentes da família, para dar apoio à ansiedade de roberto em relação ao som do IC						
<p>Ação do Clínico: Retomo a conversa sobre as reações quando ativa os eletrodos e os próximos dias. Relembro a conversa sobre ajudar o Roberto no reconhecimento do som e seu significado. Retomo sobre as reações quando ativar os eletrodos e os próximos dias. Relembro a conversa sobre ajudar o Roberto no reconhecimento do som e seu significado. Muito importante ressaltar que o surdo pré-lingual estabeleceu o canal viso-espacial para constituir sua compreensão de mundo. Essa forma não deve ser desprezada, principalmente no início do uso do aparelho. Atendimento fundamental para a adesão ao uso do IC. Relembrar todas as orientações dadas antes da cirurgia para diminuir o grau de frustração ao som produzido pelo aparelho ao ativar os eletrodos.</p>								
PÓS OPERATORIO	20/12/2006	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Sujeito</th> <th style="text-align: center;">Relação social</th> <th style="text-align: center;">Comunicação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conversa após a ativação dos eletrodos. Roberto fez referência de estar escutando um choque. Frustração, pois, esperava escutar outro som.</td> <td>A família está dando apoio ao Roberto pela frustração do som, mas também da emoção de estar usando o IC. Realização de um plano.</td> <td>Nomeação do som percepção corporal e integração simbólica.</td> </tr> </tbody> </table>	Sujeito	Relação social	Comunicação	Conversa após a ativação dos eletrodos. Roberto fez referência de estar escutando um choque. Frustração, pois, esperava escutar outro som.	A família está dando apoio ao Roberto pela frustração do som, mas também da emoção de estar usando o IC. Realização de um plano.	Nomeação do som percepção corporal e integração simbólica.
		Sujeito	Relação social	Comunicação				
Conversa após a ativação dos eletrodos. Roberto fez referência de estar escutando um choque. Frustração, pois, esperava escutar outro som.	A família está dando apoio ao Roberto pela frustração do som, mas também da emoção de estar usando o IC. Realização de um plano.	Nomeação do som percepção corporal e integração simbólica.						
<p>Ação do Clínico: Relembrei que sua memória auditiva precisa ser alimentada de sons com significados e sentidos. Assim o som que hoje é sentido como choque, amanhã terá um sentido. Escuta e acolher a frustração. Relembremos que mesmo que ele faça leitura labial, sua memória auditiva não está estimulada. Fundamental apontar a importância da adesão da família, para não sobrecarregar um. É importante que todos entendam como funciona a alimentação da memória auditiva, quando Roberto escutar um som e alguém da família ajuda-lo a saber de que direção vem o som, e em seguida associar o som com o objeto que produz o som. a percepção corporal e integração simbólica.</p>								

PÓS OPERATORIO	15/02/2006	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Relatou que consegue ver diferença entre os sons do motor de um carro e de uma moto. Fica muito cansado no final do dia. A mãe mudou sua rotina. Está preocupada com o filho mais novo. Está muito doente.</p>	<p>A doença do irmão mais moço aponta para a mudança na dinâmica da família, alteração da figura do irmão. Antes era Surdo sem escutar. Hoje é um Surdo com o recurso do som.</p>	<p>Criar novos signos e res-significar os que já tem associando a memória visoespacial com a auditiva. Mãe como mediadora</p>
<p>Ação do Clínico: Relembrei a importância de ajuda-lo a nomear o som, primeiro a ajudar a localizar e ajuda-lo a associar o que vê com o que escuta. Orientei em relação ao irmão mais novo em dar mais atenção e sempre explicar o que está acontecendo com seu irmão mais velho. Seu irmão aponta para uma questão que surge em todos os atendimentos. Quando não usava o IC era preciso entrar no campo visual dele para ter o contato, agora surge a possibilidade de uma relação próxima do ouvinte, apesar de continuar surdo. Importante dar uma orientação na mudança da dinâmica familiar.</p>				

PÓS OPERATORIO	01/07/2007	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>A mãe está com queixa sobre a rotina, relatou mudança no comportamento de Roberto. Não usa o Implante Coclear nos finais de semana e está com interesse em conhecer LIBRAS e outros surdos. Ela está preocupada sobre esse interesse de seu filho. Teme que talvez ele não queira usar o Implante Coclear. O irmão mais moço ainda está muito doente. Dinâmica familiar alterada.</p> <p>Ação do Clínico: Conversamos sobre a mudança na dinâmica familiar. Roberto ganha uma nova posição na família. Pode ouvir sons. Conversamos sobre este momento de Roberto como um interesse em conhecer o mundo surdo e sua linguagem. Hoje usando o aparelho tem mais clareza do que é ser surdo. Orientei sobre prestar mais atenção a doença do filho mais novo. Como uma oportunidade de reconhecer o lugar deste filho mais novo que até o momento da cirurgia talvez não tivesse muito espaço na relação familiar. Reforcei a importância de ao ouvir um som associar com sua experiência visual. Só assim vai conseguir alimentar a memória auditiva. Momento importante para a família. Compreensão das mudanças de comportamento e dinâmica.</p>	Relação social ampliada	Ampliação dos signos

PÓS OPERATORIO	19/09/2007	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Melhorou na escola, está com comportamento de adolescente modificado. Está falando mais, usando o IC nos finais de semana. Quer melhorar os programas. A mãe não veio. (Avó e a terapeuta de reabilitação que vieram)	Na etapa do diagnóstico os pais colocaram que Roberto era visto como quieto. Avó participa das atividades de reabilitação	Auto estima melhor. Ampliação do meio social. Comunicação modificada. Relação social ressignificada. Ampliação dos mediadores
		Ação do Clínico: Conversamos sobre o interesse em aumentar sua memória auditiva como uma escolha em escutar. Auto estima mais forte. Surge o momento de reconfigurar sua identidade que hoje é composto da surdez e do som. Se aventura a conhecer e ser no mundo dentro dessa condição.		

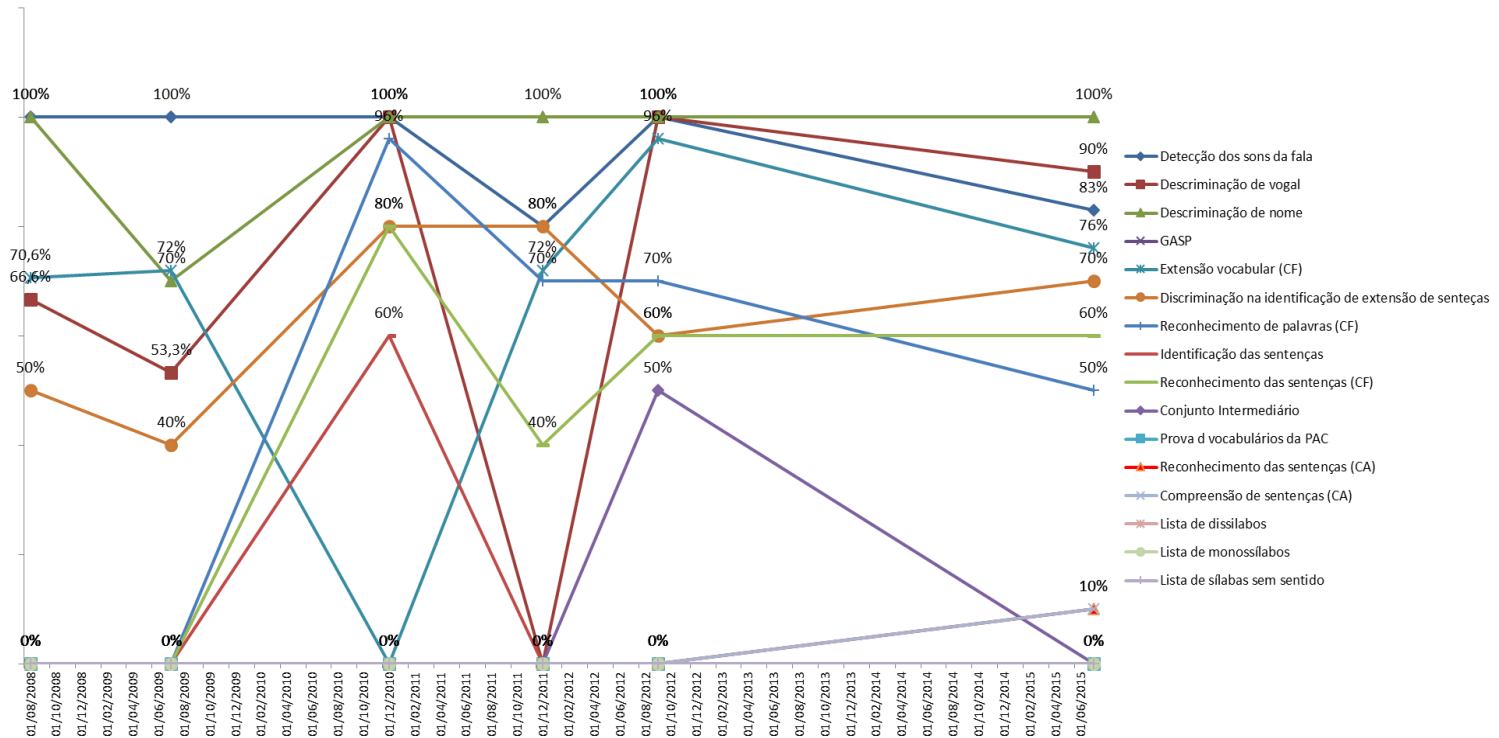
PÓS OPERATORIO	12/12/2007	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>Usando o IC já há um ano. As mudanças no comportamento começam a estabilizar. O habito de escutar um som faz parte da rotina. Ainda sente cansaço, demanda uma atenção para introduzir o som que não compreende. Presta atenção nos sons dos motores de carro e moto, já sabendo a diferença, neste momento já escuta palavras e compreende. Roberto reconhece mudanças no tom da voz de sua família.</p>	<p>Percebe os humores da família (emoções) pelo tom de voz. A mãe, a avó e a terapeuta reabilitador como mediadores</p>	<p>Comunicação mais ampliada. Começa a introduzir uma nova forma de escuta e amplia a visão de mundo. Nomear e dá o significado. Já está significando alguns sons.</p>
		<p>Ação do Clínico: Conversei com a mãe sobre essas mudanças e como afetaram sua vida. Começa a compreender algumas palavras. Reforcei novamente a importância dessa rotina de compreender o som escutado e de como já está dando resultado. Um ano de uso do IC e as mudanças já são muitas. Hoje Roberto está mais participativo na escola, melhorou no rendimento. Já está usando o som produzido pelo aparelho como mais um recurso para compreender o mundo ao seu redor e fazer planos para o futuro.</p>		

PÓS OPERATORIO	24/04/200	Sujeito	Relação social	Comunicação
		<p>O pai veio nesse encontro. Perguntou sobre a necessidade de usar o AASI no outro ouvido. Orientei que o protocolo indica, mas que nem sempre o sujeito consegue se adaptar. Roberto está no primeiro ano do segundo grau, está se preparando para fazer engenharia.</p>	<p>Família bem estruturada. Conseguindo introduzir a mudança adequadamente. Faz planos para estar no meio social</p>	<p>Pai como mediador. Planos para o futuro.</p>
<p>Ação do Clínico: Conversamos sobre a evolução do Roberto e os planos para o futuro e qual seria o investimento para facilitar suas conquistas. Colocação do aparelho no do outro lado para estimulação do nervo e possível colocação de um IC mais tarde. Lembro que Roberto sempre vai precisar de suporte para estar bem adaptado ao mundo sonoro.</p>				

PÓS OPERATORIO	01/05/2010	Sujeito	Relação social	Comunicação
		Está indo muito bem na escola. No momento está fazendo o segun-do grau. Quer fazer engenharia. Esta com planos de trabalhar e fazer vestibular.	Relação com amigos ouvintes e surdos.	Hoje sua comunicação está mais segura. Usa o som como um recurso de direção e compreensão do que está acontecendo ao seu redor.
		Ação do Clínico: Nesta conversa chamei atenção para estar sempre a par da tecnologia para auxilia-lo neste desejo de fazer faculdade. E no trabalho de suporte para buscar seus planos. Importante a consciência de que Roberto não se tornou um ouvinte, é uma pessoa surda com recursos para estar na sociedade ouvinte.		

Fonte: Própria Autora

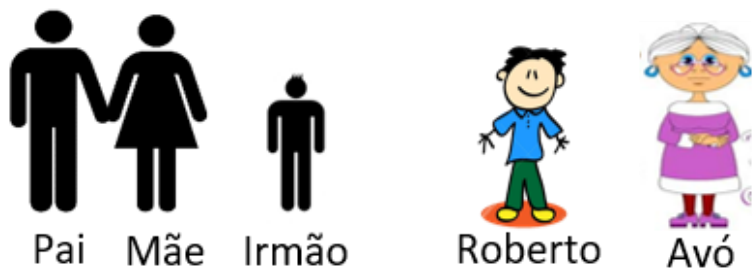
Gráfico 2: Evolução de Roberto na Avaliação e Reabilitação Fonoaudiológica após IC



Fonte: Própria Autora.

Com o gráfico 2 podemos ver a evolução da percepção sonora (protocolo de fonoaudiologia) que nos indica as aquisições com o uso do implante. Segunda a fonoaudióloga reabilitadora Roberto apresenta melhoras em reconhecimento de palavras e sentenças em conjunto fechado e também em conjunto intermediário no ano de 2015 com 9 anos de uso do IC.

Figura 7: A família de Roberto



Fonte: Própria Autora.

Quadro 9: Evolução de Roberto ao longo do acompanhamento pela Psicologia

Atendimento	4º	7º	9º	11º	13º
	15/09/2006	20/12/2006	01/07/2007	12/12/2007	01/05/2010
Roberto	Roberto participou ativamente, manipulando todos os materiais e fazendo perguntas.	Roberto falou que estava escutando um choque. Frustração, pois, esperava escutar outro som.	Roberto. Não usa o IC nos finais de semana e está com interesse em conhecer LIBRAS e outros surdos.	Usando o IC há um ano. O hábito de escutar virou rotina. Escuta palavras e compreende. Já reconhece mudanças no tom da voz.	Está indo muito bem na escola. Quer fazer engenharia. Está com planos de trabalhar e fazer vestibular.
Ações Psicologia	Com uso de material didático. Conversamos sobre a rotina e o funcionamento do aparelho	Orientações dadas sobre: adesão da família para localização do som e significar o objeto ao som escutado. O som que hoje é sentido como choque, amanhã terá um sentido.	Roberto ganha uma nova posição na família. Conversamos sobre o interesse em conhecer LIBRAS. O irmão mais novo ainda doente e requerendo atenção.	Mudança na dinâmica família e na vida da mãe. Roberto, mais participativo, usando o som como mais um recurso para compreender o mundo e fazer planos para o futuro.	Importante a consciência de que Roberto não se tornou um ouvinte, é uma pessoa surda com recursos para estar na sociedade ouvinte.
Família	Família participou com perguntas e ajuda que tem que dar para manipulação do material	A família compreendeu o tipo de ajuda que tem que dar para Roberto	Mudança no comportamento de Roberto. Dinâmica familiar alterada. Compreensão das mudanças	Família percebendo a mudança no comportamento de Roberto	Família está estruturada adequadamente depois das mudanças promovidas pelo Implante Coclear.

Fonte: Própria Autora.

Roberto neste quadro de evolução aponta cinco pontos nodais, pontos essenciais, que mostra um salto em sua vida. No primeiro encontro, sempre procuro observar qual a melhor forma de comunicação com a família e a pessoa que está fazendo a avaliação. Roberto é um adolescente que tem uma família bem informada, e adaptada à solicitação de um filho com surdez profunda.

No quadro, podemos observar que o primeiro ponto nodal aconteceu no quarto encontro quando mostro o aparelho com os componentes interno e externo, as fotografias e a orelha, de modo a permitir que, através do manuseio Roberto pôde ter conhecimento de todo o processo que está passando. O uso desse material possibilita uma comunicação que permite uma troca de informação mesmo não usando a mesma língua, isto permite vê-lo como um sujeito (aponta para apesar de não existir a mesma forma de comunicação, eu o vejo como um sujeito).

O segundo ponto nodal ocorre no sétimo encontro quando Roberto tem a primeira experiência sonora, que veio como uma percepção corporal. Este momento é muito importante, pois a partir do momento que ele consegue entender que, da percepção corporal pode transformar numa experiência sonora, consegue estabelecer uma adesão ao trabalho de terapia fonoaudiológica. Neste segundo ponto, a minha mediação se deu através da orientação dada para a família sobre como ajudar Roberto a localizar o som e a nomeá-lo, alimentando assim sua memória auditiva.

O Terceiro ponto nodal se dá no nono encontro, em que sua mãe estava preocupada com o interesse de Roberto em conhecer LIBRAS, sua preocupação em deixar de usar o implante coclear. Neste momento a mediação da Psicologia se dá no contexto familiar, permitindo que sua mãe exponha sua apreensão e, através de nossa conversa perceba que seu filho está buscando ampliar a noção de seu mundo.

O quarto ponto se dá quando Roberto conta que já tem o hábito de prestar atenção ao som, escutando palavras e compreendendo-as, e reconhece mudanças no tom da voz de sua família. A mediação aqui acontece quando a Psicologia aponta o quanto Roberto dá significado, um sentido aos sons que escuta. Reconhecer o tom de voz da família é reconhecer também a carga de emoção que este tom de voz carrega.

E o último ponto nodal se dá no décimo terceiro encontro, quando Roberto fala de seus planos para o futuro. Está fazendo o segundo grau. Quer fazer engenharia. Está com planos de trabalhar e fazer vestibular.

5.3 Relato do caso Cristina

Identificação:

Sem atendimento psicológico

Cirurgia do implante: 10/08/2011

Ativação dos eletrodos: 19/09/2011

O resumo deste caso foi elaborado a partir dos registros do prontuário fonoaudiológico, pois não teve acompanhamento psicológico.

Cristina tinha 37 anos, na época do atendimento e escolaridade até o 2º. Grau incompleto. Trabalhava numa rede de distribuição de medicamentos como auxiliar de produção.

Buscou o IC devido a surdez adquirida por meningite e encefalite quando da internação por traumatismo decorrente de um acidente de carro, quando tinha dois anos de idade. Dois meses após alta hospitalar, Cristina perdeu toda a fala. A família colocou-a na escola para surdos, fez uso de AASI, mas não usava há muitos anos. Queixava-se de um pouco de zumbido e dores de cabeça. A mãe faleceu quando tinha 5 anos e a convivência de Cristina é com a irmã, sobrinhas e colegas de trabalho.

Apresentamos a seguir a evolução da avaliação de percepção sonora (protocolo de fonoaudiologia) que nos indica as aquisições com o uso do implante. Podemos perceber algumas aquisições, mas estão aquém do esperado pelo protocolo fonoaudiológico.

Tabela 3: Atendimento Cristina

Cirurgia: 10/08/2011

Ativação: 19/09/2011

	Sujeito	Relação social	Comunicação
24/05/2010	<p>Anamnese fonoaudiológica. Idade 37 anos. Nasceu. 14/02/1973. Trabalha como auxiliar de produção. Tem 2º grau incompleto. Quem acompanhou foi sua irmã. Cristina teve traumatismo craniano por acidente de carro e no hospital contraiu meningite e encefalite, quando era pequena, mais ou menos dois anos. Dois meses após o acidente notaram que já não falava mais, perdeu toda a fala. Colocaram na escola especialista em surdez, fez uso de AASI, mas atualmente não usa. Sua mãe faleceu quando Cristina tinha 5 anos.</p>	<p>Relaciona-se com irmã</p>	<p>Fala até os dois anos de idade</p>
<p>Ação do Terapeuta: Coleta de dados sobre o histórico da cliente.</p>			

24/10/2010	Sujeito	Relação social	Comunicação
	Cristina fez a cirurgia de Implante e Ativou. Este relato é da fonoaudióloga que faz a terapia de reabilitação. Cristina iniciou reabilitação auditiva logo após a ativação, duas vezes na semana com duração de 45 minutos cada sessão. Em terapia seu desempenho foi bem nas tarefas de detecção de sons, algumas vezes revelou uma falta de concentração, a qual prejudicou seu desempenho, mas quando mantém, a atenção o resultado é melhor.		Detecta sons
Ação do Terapeuta: Identifica dificuldade de concentração na usuária			

19/09/2011	Sujeito	Relação social	Comunicação
	Ativação do aparelho. A paciente compareceu à ativação de seu implante na data atual. Foi verificada a impedância dos eletrodos, que se encontram em bom funcionamento. Foram inseridos 4 programas novos com aumentos progressivos que deverão ser utilizados 10 dias cada programa. Se sentir desconforto ao mudar de programa, abaixe o volume ou use por mais dias no programa anterior.		Identifica sons
	Ação do Terapeuta: Ativação do eletrodo. Foram dadas as orientações quanto ao uso, cuidados e manuseio, assim como à necessidade de fonoterapia, ao menos, 2 vezes ao dia.		

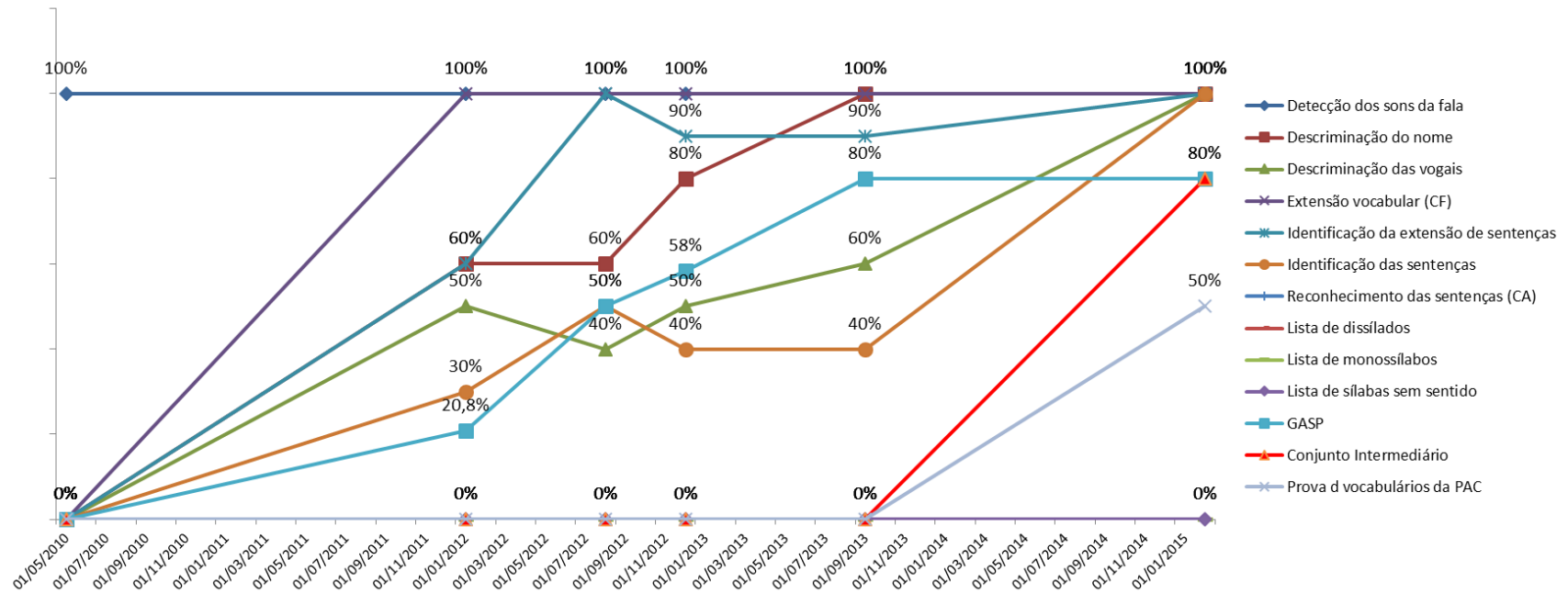
30/01/2012	Sujeito	Relação social	Comunicação
	<p>Seu desempenho permaneceu bem nas tarefas trabalhadas antes do período de férias. A falta de concentração ainda presente alterando o desempenho, mas quando mantem a atenção melhora. Em função desse comportamento estamos trabalhando junto algumas tarefas de processamento auditivo para auxiliar. Neste atendimento Cristina relatou ter ficado feliz quando escutou a colega do trabalho chamar por ela.. Reconheceu auditivamente novos sons ambientais, como: som do chinelo da irmã andando. Melhorou para atenção ao seu nome. Em tarefas de conjunto fechado realizou discriminação da extensão de palavras, estamos dando ênfase em um maior número de palavras e frases. Percebendo sons de menor intensidade (Relatou escutar o som da chuva, agua da torneira, o som do chinelo da irmã)</p>	<p>Cristina relatou ter ficado feliz quando escutou a colega do trabalho chamar por ela. Relaciona-se com irmã</p>	<p>Reconheceu auditivamente novos sons ambientais, como: som do chinelo da irmã andando. Melhorou para atenção ao seu nome. Relatou escutar o som da chuva, agua da torneira, o som do chinelo da irmã</p>
<p>Ação do Terapeuta: Seis meses de uso do aparelho, conseguiu entender o seu nome, relatou escutar alguns sons. A falta de concentração ainda presente alterando o desempenho, mas quando mantem a atenção melhora. Em função desse comportamento estamos trabalhando junto algumas tarefas de processamento auditivo para auxiliar.</p>			

17/12/2012	Sujeito	Relação social	Comunicação
	<p>Cristina está muito feliz com seu Implante Coclear, relatou ouvir muitos sons ambientais. Suas repostas auditivas melhoraram em relação ao mapa (ajustes dos eletrodos através de um programa específico que é conectados no processador) anterior. Cristina tem se interessado muito por músicas infantis para cantar com as sobrinhas e está mais comunicativa em terapia. Observação: suas respostas oscilam em função do seu estado emocional. Por exemplo. Se na família está tudo bem (principalmente com sua irmã) ela está bem, mas se acontece algo Cristina se dispersa e perde a atenção auditiva. Alterando seu rendimento e repostas. Fora isso, é participativa assídua e gosta muito de vir a terapia. Iniciamos um trabalho em conjunto fechado com música, ela gostou muito.</p>	<p>Cristina tem se interessado muito por músicas infantis para cantar com as sobrinhas e está mais co-municativa em terapia</p>	<p>Ouvir muitos sons ambientais. Está mais comunicativa em terapia. é participativa assídua e gosta muito de vir a terapia. Detecta sons de fala mesmo quando sussurrando. No dia a dia ouve todos os sons inclusive os mais baixos</p>
<p>Ação do Terapeuta: Iniciamos um trabalho em conjunto fechado com música, ela gostou muito. Está evoluindo no teste de percepção de fala</p>			

26/04/2012	Sujeito	Relação social	Comunicação
	Paciente evoluindo bem. A fonoaudióloga de reabilitação entrou junto e fez testes de discriminação sem pistas visuais e a paciente acerta nome de frutas, o próprio nome e os sons de ling. Apesar de não observarmos melhora nos limiares auditivos da audiometria tonal, a paciente detecta sons de fala mesmo quando sussurrando. No dia-a-dia ouve todos os sons inclusive os mais baixos.	Interação no trabalho e com familiares: irmã e sobrinhas.	Paciente acerta nome de frutas, o próprio nome e os sons de ling. No dia a dia ouve todos os sons inclusive os mais baixos
Ação do Terapeuta: Seis meses de uso do aparelho, conseguiu entender o seu nome, relatou escutar alguns sons. A falta de concentração ainda presente alterando o desempenho, mas quando mantem a atenção melhora. Em função desse comportamento estamos trabalhando junto algumas tarefas de processamento auditivo para auxiliar.			

Fonte: Própria Autora.

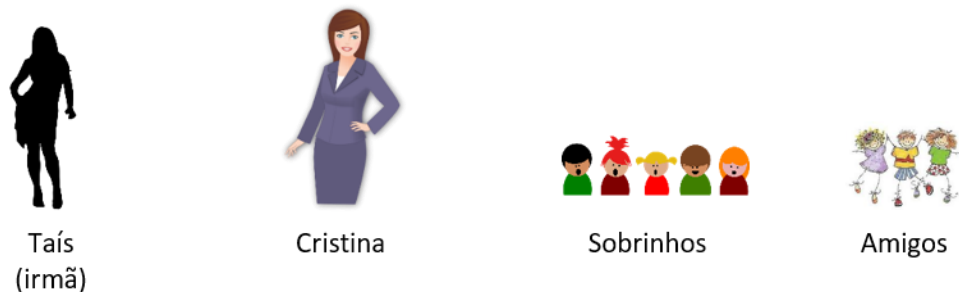
Gráfico 3: Evolução Cristina na Avaliação e Reabilitação Fonoaudiológica após IC



Fonte: Própria Autora.

Como podemos ver no gráfico 3, a evolução da percepção sonora (protocolo de fonoaudiologia) nos indica as aquisições com o uso do implante. Segunda a fonoaudióloga reabilitadora Cristina apresenta melhoras em reconhecimento de sentenças em conjunto fechado com um ano e 4 meses.

Figura 8: A família de Cristina



Fonte: Própria Autora.

Quadro 10: Evolução de Cristina ao longo do acompanhamento pela fonoaudiologia

Atendimento	1º	2º	3º	4º	5º
	24/05/2010	24/10/2011	30/01/2012	17/12/2012	19/02/2015
Cristina	Cristina com 37 anos trabalha como auxiliar de produção. Tem 2º grau incompleto. Aos dois anos adquiriu meningite e encefalite. Colocaram na escola para surdos, fez uso de AASI hoje não usa. Ótima LOF, se esforça para comunicar pela fala, conhece LIBRAS. Sua mãe faleceu quando tinha 5 anos.	Fez a cirurgia de Implante em 10/08/2011 e ativou em 19/09/2011. Iniciou reabilitação auditiva. Foi bem nas tarefas de detecção de sons, apresentou falta de concentração em alguns momentos, a qual prejudicou seu desempenho, mas quando mantém, a atenção o resultado é melhor.	A falta de concentração ainda presente. Cristina ficou muito feliz quando escutou a colega do trabalho chamar por ela. Melhorou atenção para o seu nome. Relatou escutar o som da chuva, água da torneira	Um ano de uso do Implante Coclear. Cristina tem se interessado por músicas infantis para cantar com as sobrinhas. Mais comunicativa em terapia. As respostas oscilam de acordo com o seu emocional. Alterando o rendimento e respostas.	Com três anos de uso do implante já está no conjunto intermediário. Faz terapia de reabilitação uma vez por semana.
Ações do Terapeuta	Escuta.	Identifica dificuldade de concentração na usuária	Introdução de tarefas de processamento auditivo para melhorar a falta de concentração.	Um ano de uso do aparelho, interesse em aprender música e está mais comunicativa.	Está evoluindo no teste de percepção de fala. Conjunto intermediário.
Família	Sua irmã acompanhou na consulta.				

Fonte: Própria Autora.

Cristina, não foi atendida pela Psicologia. Este quadro foi elaborado a partir das informações contidas nos relatórios das Fonoaudiólogas. As informações são em relação a evolução auditiva. Um ponto nodal a ser citado é quando ela consegue escutar suas colegas de trabalho chamarem por ela. A música também foi um interesse dela para se relacionar com suas sobrinhas.

Cristina quando perdeu a audição já tinha uma fala, foi a ausência dessa fala que alertou para buscar uma avaliação. Ao fazer o diagnóstico a família buscou escolas especialistas para desenvolver uma forma de comunicação, onde existisse treino de LOF e LIBRAS. Ao fazer o implante coclear já era adulta. A terapia de reabilitação mostrou os resultados em com seis meses de tratamento. Podemos supor que o fato de já ter tido uma memória auditiva na infância tenha ajudado a começar a reconhecer sons.

Nos relatórios da fonoaudióloga de reabilitação e também da fonoaudióloga que ajusta os eletrodos foi apontado, algumas vezes, a falta de concentração. Neste caso, a Psicologia poderia estar intervindo tanto na orientação sobre treinar o ouvir novamente, principalmente, porque no seu histórico o uso de LOF e LIBRAS estimula o contato visual, colocando a estimulação do ouvido em segundo plano.

Um outro aspecto que a fonoaudióloga de reabilitação apontou foi a interferência do aspecto emocional no treino auditivo. Essa profissional percebeu que o rendimento caía bastante quando a família estava com algum problema, principalmente se fosse a irmã, cujo vínculo é bem forte. Neste momento, o trabalho em conjunto com a Psicologia possibilitou que Cristina possa entender essa angústia quando tem algum problema nessa dinâmica, para que possa ganhar autonomia em sua própria vida.

Pelo fato de Cristina ter tido a oportunidade de fazer o diagnóstico logo que ocorreu a perda auditiva, e ser encaminhada para construir uma comunicação com o recurso de leitura oro facial e língua de sinais, o Implante Coclear trouxe um ganho para quem o usa. Assim compreender os sons que o implante começa a emitir passa a ser mais uma forma de comunicação com o mundo. É importante essa compreensão para que supere todos os desafios de voltar a ouvir quando buscar os recursos desenvolvidos no contexto espaço visual tendo como referência de significado do som.

À guisa de conclusão do capítulo, os três prontuários apontaram que um serviço com as três áreas oferece mais oportunidade para os sujeitos se apoderarem dos resultados da forma completa. Ao compreender e se apoderar do sentido do som, sua memória auditiva também fica estimulada.

CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

Esta dissertação no nível de mestrado investigou cientificamente o desenvolvimento de protocolo psicológico de avaliação e acompanhamento ao surdo pré-lingual com indicação para o implante coclear, e pôde chegar às seguintes considerações conclusivas. Com ou sem o acompanhamento psicológico, o IC transforma o sujeito, promovendo mudanças no âmbito de vida pessoal, familiar e social, porém foi possível constatar que o sujeito pode ampliar sua relação com esses meios através do auxílio do protocolo de psicologia.

A análise dos dados destes três prontuários apontou que a criação de um protocolo de psicologia para avaliação e acompanhamento na indicação do Implante Coclear e após a ativação dos eletrodos traz um benefício para o sujeito.

Ao analisar os prontuários de Eduardo e Roberto, foi possível observar os momentos em que a psicologia atuou como mediadora, promovendo saltos no processo de aprendizagem do uso do Implante Coclear. Apesar da falta de informações sobre a evolução do sujeito no prontuário de Cristina, que não teve acompanhamento psicológico durante o processo, também foi possível observar momentos em que a psicologia poderia atuar como mediadora na ampliação dessa relação com o mundo.

A atuação do profissional dentro desse protocolo permite ao sujeito dar significado e sentido aos barulhos, os quais no início eram apenas uma percepção corporal, e passaram a ser o hábito de ouvir. Dá um suporte e acolhimento à família, sendo que esse novo momento permite ao indivíduo uma autonomia e uma individualidade na dinâmica familiar, além de dar também a oportunidade dele se tornar um sujeito-social, permitindo que faça as próprias escolhas, baseadas nas experiências ampliadas.

Desenvolver esta dissertação constituiu-se um desafio pela escolha da abordagem considerando a teoria Sócio Histórica o melhor caminho para compreender este sujeito dentro do contexto social da realidade do Brasil atualmente. Nosso objetivo foi através da análise dos dados obtidos nos atendimentos deste serviço realizado em um hospital particular, construir a proposta de um protocolo que possa dar condições deste sujeito surdo, que se propõem a entrar no mundo dos sons, capacidade de transformar seu dia a dia numa qualidade de vida melhor, através da experiência com o Implante coclear. Uma vez concluída

oferece contribuições para outros profissionais que compõe as equipe de Implante Coclear, ferramentas para acompanhar este grupo.

REFERÊNCIAS

ADAP. Associação dos Deficientes Auditivos, Pais, Amigos e Usuários de Implante Coclear. **Universidade americana para surdos completa 150 anos**. Disponível em: <<http://www.adap.org.br/site/index.php/rtigos/151-universidade-americana-para-surdos-completa-150-anos>>. Acesso em: 30 abr. 2017

AGUIAR, W. M. S. de; OZELLA, Sergio. – **Apreensão dos sentidos: Aprimorando a proposta dos núcleos de significação**. Revista Estudos RBED. Vol. 94, n. 236. Pg 299 – 322. Brasília. Jan-Abril. 2013.

AGUIAR, W. M. S. de. **Reflexões sobre sentido e significado** in: BOCK, A.M.; GONÇALVES, M.G.M.; (org.) **A Dimensão Subjetiva da Realidade: Uma leitura Sócio histórica**. Cortez Editora. São Paulo. 2009

ANATOMISCH MODEL. ANATOMISCH-MODEL-OOR-4-DELI. **ORELHA 3D** (popular). Disponível em: < <http://www.medischdirect.nl/anatomisch-model-oor-4-deli>> Acesso em: 7 abr. 2015.

ANDRADE, A.M.de; LUCAS, M.; SPONCHIADO, D.- Moura MC. **O Surdo Caminhos para Uma Nova Identidade**, Revista Revinter/Fapesp Rio de Janeiro – 2000. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_147.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015

BARDIM, L. **Análise de Conteúdo**. Edições Setenta. São Paulo. 2011

BISOL, Claudia; SPERBE, Tania Mara. **Discurso Sobre a Surdez: Deficiência, Diferença, Singularidade e Construção de Sentido**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. vol. 26. n. 1. Jan-Mar 2010. pp. 7-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a02v26n1.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2015

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE DA SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS – DGITS/SCTIE COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC) - Relatório n° 99 Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/03/Relatorio-AssistenciaSaudeAuditiva-CP.pdf>> A cesso em: 18/06/2017

____. **Diretrizes Gerais para à Atenção Especializada à Pessoas com deficiência Auditiva no sistema Único da saúde (SUS)**. Brasília. DF, Disponível em: <<http://saude.gov.br>> Acesso em: 18 dez. 2014.

____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. MEC. **A história dos surdos**. Disponível em: <www.portaldaeducacao.com.br/fonoaudiologia/artigos/12144/a-historia-dos-surdos> Acesso em: 3 mai. 2012.

CENTRO AUDITIVO CUENCA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. **El sentido de la audición. Implante coclear. Madrid, Espanha**. 2013. Disponível em: <<http://www.scoop.it/t/el-sentido-de-la-audicion/p/3997528497/2013/02/26/implante-coclear-clinica-universidad-de-navarra>> Acesso em: 10 abr. 2015

- COLIN, Dominique. *Psicologia Del Niño Sordo*. Ed. Toray-Masson. Barcelona, Espanha. 1980
- COZOLINE, Lones. **Why the Brain Became a Social Organ**. *The Social Neuroscience of Education. Optimezing Attacchement and learning in the Classroom*. 2013. p. 03 – 22
- DALCIN, G. **Psicologia da Educação dos Surdos**. Florianópolis. SC. 2009.
- DEFICIENTE ON LINE. **Inclusa de deficientes no mercado de trabalho**. Disponível em: <http://www.deficienteonline.com.br/inclusao-de-deficientes-no-mercado-de-trabalho_76.html> Acesso em: 30 abr. 2017
- DELARI, Achilles Junior. *Clínica Vigotskiana: Fragmentos e Convite ao Diálogo*. Curitiba. Produção Independente. 2006
- DUARTE, Soraia Bianca Reis *et. Al.* **Aspectos Históricos e Socioculturais da População Surda**. *História, Ciências Saúde*. Manguinhos. v. 20. 2013. p. 1713–734
- GÓES, Maria Cecilia Rafael de. **Linguagem, Surdez e Educação**. ed. Autores Associados. 3ªed. Campinas. 2002. p.37 – 47
- GÓES, Maria Cecilia Rafael de; CRUZ, Maria Nazaré da. **Sentido, Significado e Conceito: Notas sobre as Contribuições de Lev Vygotsky**. *Revista Pro-Posições – 2006 Pro-Posições*, v. 17, n. 2 (50) - maio/ago. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643627/11146>. Acesso em: 2 fev. 2015
- GOMES, N. D. et al. **Implante coclear: o que o radiologista deve saber**. *Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem*. 46 (3). Radiol. Bras. São Paulo. 2013. 0100-3984. p 163–167. Disponível em: <http://www.rb.org.br/detalhe_artigo.asp?id=2415&idioma=Portugues> Acesso em: 5 abr. 2015.
- IMPLANTE COCLEAR. Apresentação. **O que é o Implante Coclear**. Disponível em: <<http://www.politecsaude.com.br/produtos/implante-coclear/224/>>. Loja virtual. Acesso em: 2 mai. 2015
- KAHHALE, E. M. P. **Psicologia na saúde: Em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada**. In: BOCK e outros (org.), **A Perspectiva Sócio Histórica na Formação em Psicologia**. Editora Vozes. 2003.
- LURIA, Alexandr Romanovich. **Pensamento e Linguagem: Últimas Conferências** – Editora Artmed. 2001. p. 22 – 27
- MIRANDA, R. C. **Histoacuteria–surdos**. Disponível em: <mirandalibrassemfronteiras.weebly.com/-histoacuteria–surdos.html> Acesso em: 10 fev. 2017.
- MOURA, Maria Cecilia. **O Surdo: Caminhos para uma Nova Identidade**. Rio de Janeiro. Revinter/FAPESP.
- PFEIFER, Paula Veras. **Pensando a Integração Social dos Sujeitos Surdos: Uma Análise sobre a Escolha da Modalidade Linguística. Língua de Sinais ou Língua Oral, pela Família**. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharel em Ciências

Sociais RS. 2002. 88 p. Disponível em: <<http://www.antropologia.com.br/divu/colab/d13-pvpfeifer.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2016

ROCHA, Fabio. **Libras. Língua brasileira de sinais. Um estudo eletroencefalográfico de sua funcionalidade.** Disponível em: - <<http://www.enscer.com.br/pesquisa/artigos/libras/libras.html>> Acesso em: 17 jan. 2017.

SACKS, Oliver. **Vendo Vozes: Uma viagem ao mundo dos surdos.** 6ª reimpressão Companhia das Letras. São Paulo. 1989. pp. 29 – 40.

SANTANA, A.P.; BERGAMO, A. **Cultura e Identidade: Encruzilhada de Lutas Sociais e Teorias.** vol. 26. n. 91. Educ. Soc. Campinas. Maio/Ago. 2005. p. 565-582. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v26n91/a13v2691.pdf>> Acesso em: 3 mai. 2015 Educ. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>

SCARANELLO, Carla Alessandra. **Reabilitação auditiva pós implante coclear.** Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio Surdez: implicações clínicas e possibilidades terapêuticas 38 (3/4): 273-278, jul./dez. 2005 Capítulo VII. Disponível em <<http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n3e4/>> Acesso em 12 abr 2016.

SHOBEL, K. **História da Educação dos surdos.** Universidade Federal de Santa Catarina Licenciatura em Letras-LIBRAS na modalidade a distância. Florianópolis. SC. 2009. 49 p. Disponível em: <http://www.libras.ufsc.br/colecaoLetrasLibras/eixoFormacaoEspecificativa/historiaDaEducacaoDeSurdos/assets/258/TextoBase_HistoriaEducacaoSurdos.pdf> Acesso em: 5 abr. 2016

SILVA, L.S.G da; GONÇALVES, C.G.O.; SOARES, V.M.N. **Política Nacional de Atenção Auditiva: Um Estudo Avaliativo a partir da Cobertura de Serviços e Procedimentos Diagnósticos.** Curitiba. PR. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/lfmac/Downloads/123dok_politica_nacional_de_atencao_a_saude_a_uditiva_um_estudo_avaliativo_a_partir_da_cobertura_de_servico.pdf> Acesso em: 5 abr. 2016

SILVA, Silvana Araújo. **Conhecendo um pouco da História dos Surdos.** Londrina-PR. 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/prograd/nucleo_acessibilidade/documentos/texto_libras.pdf> Acesso em: Acesso em: 5 abr. 2015

SOLOMON, A. **Longe da Arvore: Pais, Filhos e a Busca da Identidade.** Editora Scchwarcz SA. São Paulo. 2015. p. 65-141

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Curso de Licenciatura em Letras-LIBRAS.** Na modalidade a distância. p. 9-17. Disponível em: <http://www.libras.ufsc.br/colecaoLetrasLibras/eixoFormacaoPedagogico/psicologiaDaEducacaoDeSurdos/assets/558/TEXTOBASE_Psicologia_2011.pdf> Acesso em: 13 mai. 2016.

VIGOTSKI, Lev Semenovich, LURIA, Alexandr Romanovich, LEONTIEV, Alexis N. Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem. Ícone Editora. 13ª Edição. São Paulo. 2014. p. 31, 109, 115

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **Pensamento e Linguagem**. Editora Martins Fontes, São Paulo. 4ª Edição. 2008.

WITKOSKI, Silvia Andreis; BAIBICH-FARIA, Tania Mara. **A Importância da Língua de Sinais para as Pessoas Surdas na Construção de uma Linguagem Plena e Genuína**. Revista Contrapontos Eletrônica. v.10. nº 03. 2010 p. 338-344. Disponível em: < <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/2180>> Acesso em: 23 abr. 2016

ANEXOS

ANEXO 1



PUC-SP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA – PUC SP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICOSSOMÁTICA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA BANCO DE DADOS

Eu, Dr. Maurício Buschle, autorizo a psicóloga **Lesle Freitas Maciel**, responsável principal pelo projeto de Pesquisa do mestrado, no Núcleo de Psicologia Psicossomática, o qual pertence ao curso de Psicologia da PUC-SP, para realização de Análise de Prontuários do período de 2006 a 2015, do Hospital Iguaçu – Curitiba PR no setor de CDA-HI (Centro de Diagnóstico Auditivo Hospital Iguaçu) para o trabalho de pesquisa sob o título “**Desenvolvimento de Protocolo Psicológico de Avaliação e Acompanhamento do Surdo Adulto Pré-lingual com indicação para o Implante Coclear**”. Esta pesquisa está sendo orientada pelo(a) Professor(a) **Dra. Edna Maria Severino Peters Kahhale**

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Dr. Maurício Buschle
RG:
Hospital Iguaçu

Pesquisador: Leslie Freitas Maciel
RG:

Orientador: Edna Maria Severino Peters Kahhale
RG:

ANEXO 2

RELATO DE CASO 01
COM ATENDIMENTO PSICOLOGICO
Eduardo
Cirurgia 14/06/2006
Ativação 12/07/2006

O Eduardo foi o segundo caso que chegou para equipe avaliar. Ainda estávamos bem no começo e sem protocolo estruturado. Ele chegou já com a aprovação do convenio medico para fazer a cirurgia de Implante Coclear

1º Agendamento 06/05/2006

Eduardo com 32 anos sempre veio acompanhado com sua mãe. No primeiro atendimento procurei estabelecer uma forma de comunicação com ele. Não usava LIBRAS, desenvolveu gestos entre ele e sua mãe. Maria sua mãe traduzia o que ele falava. Pedi a ele que escrevesse para mim o que sabia em relação ao aparelho e não conseguiu. Sua escolaridade apontava para um vocabulário restrito. Neste primeiro encontro procuro conhecer qual a expectativa em relação ao resultado do aparelho, uma vez que é uma pessoa adulta sem experiência auditiva, que tem um prognostico de linguagem limitado segundo a fonoaudiologia. Dificilmente consegue acompanhar uma conversa tanto na compreensão como na fala.

Sua mãe relatou que foi o chefe do Eduardo quem deu entrada no processo para fazer o implante, e que eles não conheciam nada do aparelho. Nesta primeira sessão apontei algumas rotinas que teriam que mudar após a cirurgia e o que significaria para eles. A mãe falou que estava cansada de sempre ter que sair junto ao filho, pois ele tinha dificuldade de reconhecer o nome de um ônibus, que nunca pegou ou ter que ir há algum lugar novo. Tudo ela tinha que ir junto para poder resolver já que ele não tinha leitura labial, não falava nada e nem têm fluência em LIBRAS fora a dificuldade para escrever. Neste primeiro encontro comecei a conversar sobre o resultado do aparelho no primeiro ano e que íamos precisar conversar para adequar esse cansaço em acompanhá-lo e o quanto isso ainda ia ser necessário. Agendamos então um segundo horário para fazer o seu histórico e a preparação para cirurgia.

A equipe de médicos e fonoaudiólogos após avaliarem, percebeu que colocar o implante seria para um baixíssimo resultado auditivo, no sentido de

acompanhar e compreender a linguagem falada, porém mesmo assim decidiram fazer, uma vez que o Convenio Medico, já tinha liberado a compra do aparelho. Ficou combinado então que a psicologia estaria junto à reabilitação para acompanhar a nova rotina para o Eduardo e sua mãe Maria.

2º Agendamento 17/05/2006

No segundo encontro novamente veio Eduardo e sua mãe Maria, pedi para contar um pouco da história dele. Maria começa a contar que Eduardo ficou doente com um ano, teve pneumonia e talvez tenha sido por isso que ficou surdo, ela não sabe. Descobriu bem mais tarde e não teve muita orientação. “O médico havia dito que não ia dar resultado usar os aparelhos assim mesmo colocou, porém sem a reabilitação Eduardo não se adaptou e parou de usá-los. Quando chegou a idade de ir para escola matriculou na escola no bairro aonde morava ficou até 10 anos e terminou a 4ª série, foi quando teve um contato com a língua de sinais LIBRAS, porém sem desenvolvimento.

Nem o Eduardo e nem sua mãe e nem os outros componentes da família aprenderam a língua de sinais, desenvolveram gestos próprios para se comunicarem. Nos anos seguintes estudou em várias escolas especiais para surdos e também ouvintes, demorou muito para terminar o primeiro grau (aos 26 anos), e mesmo assim tem muita dificuldade em ler e escrever.

Parou de estudar e foi trabalhar numa empresa de componentes eletrônicos como auxiliar técnico no almoxarifado por 10 anos, ainda quando era pequena trabalha no mesmo setor. Nesta empresa que o Fernando, proprietário ficou sabendo do implante coclear e deu entrada ao processo para ter a liberação do convenio médico. Até então Eduardo não tinha planos para voltar a usar aparelho e nem tão pouco de escutar, se mostrava acomodado na situação, tinha um emprego e morava com os pais.

A mãe Maria falou que Eduardo tem um irmão e uma irmã mais novos que pouco participaram de todo o processo de mudança de vida dele. Após ter me contado uma parte da história de Eduardo agendei um novo horário para conversarmos sobre o aparelho, a cirurgia e o pós cirúrgico. Principalmente conversar sobre escutar e o investimento que teria que fazer para entrar no mundo sonoro.

3º Agendamento 12/06/2006

Nesse terceiro atendimento peguei o modelo do aparelho Implante Coclear, e comecei mostrando o componente interno como o externo e um modelo de orelha 3D para explicar para Eduardo que com a limitação de comunicação estes materiais facilitaria a sua compreensão, pois ele poderia manipular tudo. Era fundamental que ele entendesse todo o processo e funcionamento do aparelho para de fato ter uma atenção para os sons que iria escutar.

Quando Eduardo começou a entender todo o processo, houve uma mudança em seu interesse por tudo. Expliquei as alterações em seu cotidiano e a necessidade de investir numa reabilitação fonoaudiológica para ajudar no uso do aparelho.

Apresentei para ele a importância de estar atento aos sons e seus significados, para assim poder incorporar em sua memória.

Eduardo manuseou todo o material que mostrei e fez algumas perguntas através de sua mãe. Neste momento percebi que seu deu conta do processo cirúrgico e ficou um pouco ansioso. Agendamos outro horário para o preparo cirúrgico e orientações pós-cirúrgicas.

4º Agendamento 13/06/2006

A cirurgia foi agendada para 14/06/2006 e conversamos na véspera.

O objetivo de o atendimento ser na véspera, foi para podermos conversar sobre os medos e possíveis dúvidas. Nesse momento Eduardo teve a noção real sobre a decisão de pôr o aparelho e modificar sua posição perante a vida. Existe uma mudança interna de escolha e isso aparece no momento da cirurgia.

Quando percebo um nível de ansiedade elevado costumo levar até o quarto onde será a internação e mostro partes do centro cirúrgico que serão reconhecidas por ele. Para família me prontifico a dar notícias sobre as etapas da cirurgia por celular ou pessoalmente. Neste momento foi explicado o próximo agendamento para trinta dias após a cirurgia quando será ligado o aparelho. E que teremos dois encontros um antes de ligar o aparelho e outro depois.

5º Atendimento.12/07/2006

Trinta dias após a cirurgia Eduardo chegou ao hospital ansioso. Retomamos a conversa através de sua mãe sobre a rotina para ligar o aparelho e que neste

momento se escutasse alguma coisa seria barulhos, começa a tarefa de associar o som que escuta ao objeto que promove o barulho e dar um sentido para ele dentro do seu dia a dia. Será um trabalho intenso e quanto mais usar o aparelho, mas rápido começa a identificar diferenças nos sons que escuta. Em relação à mãe mostrei a melhor forma de ajudar seu filho. Normalmente a primeira dificuldade é reconhecer de qual direção o som está vindo, esse é um papel importantíssimo da família, ajudar a localizar o som, primeiro treino para se adaptar ao uso do aparelho. A mãe compreendeu a orientação e traduziu para o Eduardo.

Sessão após a ativação dos eletrodos: 12/07/2006

Eduardo relata estranheza ao som produzido pelo aparelho. Diz “estar ouvindo um choque”. Vem um pouco frustrado, já que não estão compreendendo o que está ouvindo. Apesar da emoção de pela primeira vez escutar algo, não sabe o que fazer com esse som. Vou conversando com sua mãe e ela vai traduzindo a ele que isso acontece porque seu cérebro não tem na memória nada parecido com isso para fazer uma comparação e que ele está inaugurando uma nova forma do cérebro entender uma experiência. Que por isso quanto mais ele usar mais irá alimentar essa memória e mais rápido vai compreender os sons que escutar. Foi reforçada a importância da reabilitação fonoaudiológica para treinar o que se ouve.

Expliquei também que vamos nos ver daqui a trinta dias e que depois será a cada três meses.

6º Agendamento 12/08/2006

Após trinta dias Eduardo veio ao hospital para uma avaliação dos primeiros resultados do aparelho e se será necessário ajustar os eletrodos. Eduardo disse que estava cansado e que estava ouvindo muito barulho, mas não compreendia nada. Apesar de não entender não pensa em parar de usar. Falou com seu chefe e vai poder sair uma vez por semana para fazer terapia de reabilitação. Tem nessa terapia a expectativa de começar a compreender esses barulhos. Agendamos para 60 dias.

7º Agendamento 12/10/2006

Veio bem entusiasmado, já consegue entender alguns sons. Diz que é muito bom poder almoçar e deitar no sofá e controlar quem entra na casa através do barulho que o portão faz. Antes não podia fazer isso porque nunca sabia quem

estava entrando em casa. Começa a ficar mais animado com aparelho apesar de que só escuta barulhos e são muitos. Reforcei novamente a importância de ele sempre buscar um significado para o som que está ouvindo. Sua mãe está mais animada com o futuro.

8º Agendamento 20/12/2006

Eduardo está com uma rotina diferente. Mais atento ao que acontece ao seu redor. Segundo sua mãe Eduardo ainda fica muito cansado por estar ouvindo muitos barulhos o dia inteiro. Está fazendo terapia de reabilitação e aprendendo a prestar atenção aos sons. Continua muito animado com o uso do aparelho. Agendamos para três meses.

9º Agendamento 23/03/2007

Neste dia Eduardo veio acompanhado de sua mãe e através dela contou de seus planos para este ano que inicia. “Diz que sempre quis realizar três sonhos” Um é voltar a estudar, o segundo é tirar carteira de habilitação e o terceiro ter um filho. O primeiro já começou, pois voltou a estudar a noite. Embora o aparelho não tenha alterado a sua compreensão da fala o fato de esta podendo controlar melhor os sons à sua volta o incentivou a buscar novos rumos. Está estudando a noite. Diz que ainda está ouvindo muitos sons, mas não entende o que é falado. Quando pega o ônibus escuta moto, carro, e pessoas falando ao mesmo tempo, esse é mais um treino que terá que fazer ter filtros do que escutar. Um treino neurológico.

Estamos falando agora de uma nova rotina de vida, de possibilidades, investimento em mudanças. O fato de não estar entendendo a fala não o impede de fazer planos para sua vida. Mostra que o fato de estar tendo barulhos com os quais pode se orientar já é o bastante no momento para criar planos. Conversamos sobre os recursos do aparelho (acessórios) e podemos conhecê-los juntos, pedi para trazer todos os acessórios no próximo encontro.

Eduardo está preocupado em ser roubado, o aparelho tem uma cor clara e gostaria de trocar por uma cor mais escura, conversamos sobre custo das baterias. Tem um consumo alto de bateria e mostrei a ele uma ONG que dá suporte aos sujeitos usuários deste aparelho e que ele poderia tanto conversar sobre mudar a cor da capa do aparelho como também comprar as baterias num preço e condições mais acessíveis. Agendamos para junho.

10º Agendamento 12/06/2007

Um ano de cirurgia. Neste encontro Eduardo já está mais atento à nossa conversa. Começa a discriminar o seu nome, e fala “mãe”. Perguntei como vai você? E ele entendeu, e a fala está mais compreensível, já está adaptado aos sons que o aparelho capta. Neste atendimento quem está triste e queixosa é sua mãe. Diz que está cansada e que desde que ele era pequeno que não para. Aqui explorei mais como está para ela as mudanças de seu filho e a questão de seus planos que não incluir ela. Maria disse que realmente é estranho, passou a sua vida em função deste filho por causa da surdez, está feliz, mas percebendo as mudanças.

Ela foi até a câmara municipal de Curitiba e conseguiu que um vereador comprasse as baterias para algum tempo. Está preocupada com o trabalho do filho, a empresa está em crise, mas só vai ficar sabendo na semana seguinte. Um ano que o filho fez a cirurgia e já percebeu muitas mudanças.

Eduardo está fazendo reabilitação uma vez por semana e continua estudando a noite, terminando o supletivo do 8ºano do 1ºgrau. Com um ano de aparelho Eduardo já está mais integrado ao mundo sonoro. Apesar de não compreender muitos os sons, já não estressam mais. Agendamos para novembro.

11º Agendamento 18/11/2007

Eduardo está empenhado na terapia de reabilitação, já presta atenção na leitura labial e responde a perguntas simples. Continua precisando de sua mãe para se comunicar, tem pensando em tirar carteira de habilitação, talvez vá fazer isso no próximo ano.

Através dos relatos de sua mãe percebo uma mudança no Eduardo quando do primeiro atendimento pouco participava da conversa e não se preocupava com o que estava sendo dito. Hoje um ano e meio depois Eduardo traz questões próprias dele, sua mãe está desorientada com sua rotina, não tinha pensando nessa questão quando veio buscar o hospital para colocar o aparelho. Agendamos para março do próximo ano.

12º Agendamento 25/03/2008

Neste retorno Eduardo mostrou sua carteira de habilitação, vem com uma vontade de mudar de emprego, neste atual não mudou de função desde que entrou

na empresa. Continua a fazer o supletivo a noite. Aumentou o número de terapia de reabilitação. Agendamos para julho

13º Agendamento 22/07/2008

Neste atendimento é a primeira vez que Eduardo vem sem a mãe, trouxe sua namorada Elena. Ela teve interesse em saber como funciona o aparelho e pediu para que eu a orientasse sobre como ajudar o seu namorado a compreender o som. Foi explicado o funcionamento do aparelho e como ela poderia contribuir para o sucesso do Eduardo O Eduardo vai ter um ganho com a ajuda da namorada. Ele continua a estudar a noite ainda não mudou de trabalho. Seu pai está muito doente, mas Eduardo não falou muito sobre isso, existe um distanciamento entre eles. Agendamos para novembro.

14º Agendamento 12/11/2008

Eduardo veio com sua namorada. Atualmente estão morando juntos. Eduardo relata que alugou um apartamento e mudou-se com sua namorada. Ela está esperando um filho e o ele está muito feliz com isso. Atualmente está realizando todos seus planos. Está cada vez mais conquistando novos sons e sua fala melhorou bastante.

Quando Eduardo está em fase de muitas mudanças sua atenção auditiva fica alterada, conversamos sobre isso, e como estes 2 anos com o aparelho ainda é muito cansativo estar o tempo todo prestando atenção no que escuta. Por isso não responde auditivamente.

Últimos atendimentos

No ano de 2009 foi espaçado o tempo para ajuste dos eletrodos. Neste ano estava feliz com o nascimento do filho, e morar no apartamento. Constituiu uma família e decidiu fazer a cirurgia do segundo aparelho.

Sua mãe pediu para conversar comigo fora da rotina dos ajustes dos eletrodos. Agendamos um horário.

Maria estava um pouco deprimida, não aceitou a saída do filho de casa. Seu marido está muito doente. Está difícil a nova rotina, e mostrou uma rejeição pela escolha afetiva do filho. Procurei falar com ela sobre outro olhar em relação as mudanças na dinâmica da família, das conquistas que o Eduardo fez em ter

autonomia e tomar decisões para ele. E que isso é muito importante para ele e inclusive para que continue tendo mais conquistas auditivas, aprendendo a usar todos os recursos. Sinais, leitura labial, o som que o implante produz e assim significar sua vida, suas relações e escolhas.

Maria escutou e percebi que para que ela pudesse aceitar tudo isso era preciso que começasse a olhar para a sua vida e a ressignificar.

ANEXO 3

RELATO DE CASO 02

Acompanhamento Psicológico

Roberto

Cirurgia 20/11/2006

Ativação 20/12/2006

Roberto está entre os primeiros pacientes. Adolescente de 15 anos, veio para avaliação para o procedimento de Implante Coclear.

1º Agendamento 08/08/2006

Neste primeiro atendimento incentivei aos pais contarem a razão de ter tomado a decisão de estar no procedimento de indicação do implante coclear. O pai fala que houve uma época que procuraram o SUS para fazer o Implante Coclear, mas o Roberto tinha saído do critério. Desde que tiveram o diagnóstico ainda bebê, procuraram todos os recursos da época para que ele pudesse se desenvolver, inclusive que esteve nas escolas especializadas em surdez. Atualmente estuda em escola regular e faz leitura labial.

O pai fala que pesquisou bastante na internet sobre o aparelho e os resultados para idade de seu filho.

2º Agendamento 09/08/2006

Nome do pai: Luís. Profissão: controlador. Idade 31 anos.

Nome da mãe: Maria idade 31 anos.

Neste primeiro atendimento conversei com a mãe. Pedi para ela me fazer um relato da história de seu filho.

Roberto nasceu quando Maria mãe tinha 18 anos. Teve rubéola no 4º mês de gestação.

Roberto tem um irmão mais novo. Com cinco meses de idade a avó desconfiou a surdez dele. A mãe foi em busca do diagnóstico. Com 1 ano e 10 meses fazia terapia de reabilitação com fonoaudióloga. Com dois anos e seis meses iniciou LOF (leitura oro facial) e desenvolvimento da fala na escola especialista em surdez. A primeira série em escola regular e no contra turno em uma escola especialista em surdez. Atualmente faz terapia de reabilitação com fonoaudióloga e

tem acompanhamento psicopedagógico. Não foi orientado para o uso de próteses por ter perda profunda.

3º agendamento 01/09/2006

No atendimento com o pai explorei sobre o conhecimento e a resposta do aparelho Implante Coclear. Ele tem a expectativa de que seu filho ouvisse barulhos. Pesquisou na internet sobre o Implante Coclear, e sabe que talvez tenha pouco resultado. Diz que se existir um mínimo de possibilidade vai correr atrás. Acha importante poder proporcionar tudo que for possível para que o Roberto possa ouvir e se comunicar. Segundo o pai o Roberto deixou de usar prótese auditiva porque em uma consulta medica e avaliação feitos anteriormente (com 2 anos) foi dito que ele não era candidato ao implante e que não adiantava usar a próteses auditiva. O B.F.O.M. está com uma expectativa grande em relação ao implante coclear. Ouve sempre a orientação do pai. Ontem (07-08-06) o pai disse ao Roberto da necessidade de usar próteses e ele obedeceu imediatamente. Admira o filho em relação à escola principalmente em relação ao inglês. Diz que o filho vai bem. Acha que é muito rigoroso com o Roberto, sabe que cobra bastante, mas acha que só assim seu filho vai se dar bem na vida. Sempre acompanhou seu filho em todas as atividades. Acha o menino caseiro. Gosta de desenho. Não lê muito. Tem compromisso na igreja. Percebe que existe diferença de jeito nos dois filhos. Acha o mais novo muito apegado ao pai. Ele sabe que ambos (ele e a mãe) vão ter que batalhar muito para vencer essa escolha pelo implante e suas mudanças e consequências. Mas estão dispostos. Na dinâmica familiar, diz que tem que melhorar muito. Sempre acompanhou seu filho em todas as atividades.

Já falou na empresa a respeito da cirurgia e da compra do aparelho. Luís já soube pela empresa em que trabalha que o convenio já aprovou sobre a compra e a cirurgia do implante coclear

4º Agendamento 15/09/2006

Neste atendimento que foi feito com os pais e o Roberto, foi mostrado e discutido como o aparelho funciona. Como será o possível resultado e como deve ser feito para alimentar a memória auditiva. Discutimos todas as mudanças que ocorrerá com o uso do implante e como a família poderá ajudar o Roberto identificar e entender os barulhos que o aparelho produzirá no início.

5º Agendamento 19/11/2006

Véspera da cirurgia, novamente os pais e Roberto vieram para conversar sobre a rotina do dia da cirurgia de após. Importante escutar e conversar sobre a ansiedade de Roberto em relação à cirurgia e depois com o uso do aparelho. Discutido sobre as dúvidas combinei que estaria enviando pelo celular notícias sobre as etapas da cirurgia mostrado neste atendimento (anexo 3). Agendamos para 30 dias o próximo atendimento.

6º Agendamento 20/12/2006

Dia da ativação dos eletrodos. Esse atendimento é feito em duas etapas. A primeira antes de ligar os eletrodos. Aqui converso com Roberto sobre os últimos trinta dias e revemos tudo que foi conversado sobre os resultados e as reações ao ligar os eletrodos, observo sua ansiedade e do pais também.

A segunda etapa se dá após a ativação dos eletrodos. Quando voltam com o Implante Coclear Roberto relata estranheza em relação ao som produzido pelo aparelho, referiu ao barulho como um escutar um choque. Conversamos sobre as expectativas e o resultado. Roberto Esperava um outro som.

Relembramos a nossa conversa sobre a memória auditiva. Que mesmo que ele tenha feito leitura labial, sua memória auditiva não foi estimulada, e que agora é importante que ele dê significado em todos os barulhos que escutar. Isso significa que quando escutar um som deverá ir em busca de nomeá-lo. Agendamos para fevereiro.

7º Agendamento 15/02/2007

Roberto veio a este encontro relatando que consegue ver diferença entre o barulho do motor de um carro e de uma moto. Diz que fica muito cansado ao final do dia. E que está escutando barulhos sem compreender. A mãe de Roberto diz que mudou um pouco a rotina dela. Lembro a importância de sempre estar nomeando os sons que ele escuta. A mãe está preocupada com o irmão mais novo, não anda bem de saúde. Alertei para a possibilidade de não estar entendendo a mudança na rotina da família em função da cirurgia e possibilidade de Roberto escutar. Orientei que ela dedicasse um tempo a ele e conversasse sobre tudo isso. Agendamos o próximo encontro para maio.

8º agendamento 01/05/2007

A mãe estava com queixa sobre a rotina. Foi explicado sobre as mudanças que ocorrem após o procedimento da cirurgia e sua ativação. Com relação ao Roberto houve relatos sobre o comportamento, associados a fase da adolescência. Relatou a mãe que o Roberto não usa o aparelho no final de semana e teve interesse em conhecer outros surdos e sobre a língua de sinais LIBRAS. Só usa quando sai de casa. A dinâmica familiar ainda está alterada em relação ao seu irmão (problemas de saúde).

Orientei a mãe sobre conversar bastante com o irmão do Roberto, é importante ele entender a mudança na família. Conversamos sobre o interesse do Roberto sobre LIBRAS e os surdos. Hoje ao ouvir sons ele tem mais clareza do que é ser surdo. A mãe teve preocupação em ele deixar de usar o IC e adotar LIBRAS.

19/09/2007

Roberto está muito bem, queixas do comportamento de adolescente. Na escola melhorou bastante. Está falando mais, já está usando o implante nos finais de semana. Quer melhorar os programas. Mãe não veio. Quem acompanhou foi a avó Lurdes e a fonoaudióloga Luísa (fonoaudióloga que faz a reabilitação).

12/12/2007

Roberto está usando o Implante Coclear há um ano. As mudanças no comportamento começam a estabilizar. O hábito de escutar um som faz parte da sua rotina, ao decidir por usar o aparelho todos os dias inclusive nos finais de semana. Conversei com a mãe sobre essas mudanças. A alteração da rotina ao introduzir o som mesmo que sem compreensão, demanda uma atenção e por isso causa um cansaço. Começa a ter resultado de compreensão de algumas palavras. E sons. A mãe fala dele perceber mudanças no tom da voz das pessoas da família. E presta atenção em sons como de moto, carro e percebe a diferença.

24/04/2008

Família bem estruturada, está conseguindo introduzir a mudança adequadamente. Hoje o pai esteve presente conversamos sobre como o aparelho funciona. O pai me perguntou sobre o AASI (ele gostaria que o Roberto usasse) foi orientado que estimulasse o uso. Apesar de estar no protocolo da fonoaudiologia nem sempre a pessoa se adapta, pois, são sons muito diferentes.

Roberto está no 1º ano do segundo grau. Está muito empenhado em aprender para prestar vestibular para fazer engenharia mecânica ou civil, ou arquitetura. Está estudando no colégio de ouvintes (escola regular).

01/05/2010

Roberto está usando o IC já há três anos. Os resultados na terapia de reabilitação mostram que já está integrado em sua rotina o hábito de ouvir, sua atenção já está adaptada a nova estimulação. Roberto está com planos de trabalhar e estudar até chegar ao curso superior. Segundo a família este já tem integrado em sua vida o hábito de descobrir o significado dos sons escutados. A tendência assim é evoluir sempre em sua compreensão dos sons.

ANEXO 4

RELATO DE CASO 03

Sem acompanhamento Psicológico

Cristina S.R.

Cirurgia 10/08/2011

Ativação 19/09/2011

1º Atendimento

Data 24/05/2010.

Anamnese fonoaudiológica.

Idade 37 anos. Data de nascimento. 14/02/1973

Trabalha como auxiliar de produção. Tem 2º grau incompleto.

Quem acompanhou foi sua irmã.

Cristina teve traumatismo craniano por acidente de carro quando era pequena e no hospital contraiu meningite e encefalite. Tinha em torno de dois anos.

Dois meses após o acidente notaram que já não falava mais, perdeu toda a fala.

Colocaram na escola especial para surdos, fez uso de AASI, mas atualmente não usa.

A mãe de Cristina faleceu quando esta tinha 5 anos.

2º Atendimento

24/10/2010

Cristina Fez a cirurgia de Implante e Ativou. Este relato é da fonoaudióloga que faz a terapia de reabilitação.

Cristina iniciou reabilitação auditiva logo após a ativação, duas vezes na semana com duração de 45 minutos cada sessão. Em terapia seu desempenho foi bem nas tarefas de detecção de sons, algumas vezes revelou uma falta de concentração, a qual prejudicou seu desempenho, mas quando mantém, a atenção o resultado é melhor.

3º Atendimento.

19/09/2011

Ativação do aparelho.

Cristina compareceu à ativação de seu implante na data atual.

Foi verificada a impedância dos eletrodos, que se encontram em bom funcionamento.

Foram inseridos 4 programas novos com aumentos progressivos que deverão ser utilizados 10 dias cada programa. Se sentir desconforto ao mudar de programa, abaixe o volume ou use por mais dias no programa anterior.

Foram dadas as orientações quanto ao uso, cuidados e manuseio, assim como à necessidade de fonoterapia, ao menos, 2 vezes ao dia.

4º Atendimento

30/01/2012

Cristina deu continuidade na reabilitação auditiva duas vezes na semana, com duração de 45 minutos cada sessão. Seu desempenho permaneceu bem nas tarefas trabalhadas antes do período de férias. A falta de concentração ainda presente alterando o desempenho, mas quando mantém a atenção melhora. Em função desse comportamento estamos trabalhando junto algumas tarefas de processamento auditivo para auxiliar. Neste atendimento Cristina relatou ter ficado feliz quando escutou a colega do trabalho chamar por ela.

5º Atendimento

17/12/2012

Cristina está muito feliz com seu Implante Coclear, relatou ouvir muitos sons ambientais. Suas repostas auditivas melhoraram em relação ao mapa (ajustes dos eletrodos através de um programa específico que é conectados no processador) anterior. Na rotina da vida prática não tão bem como as respostas obtidas anteriormente, sugiro que o presente programa seja permanecido no caso dos novos programas ano se adequarem. Cristina tem se interessado muito por músicas infantis para cantar com as sobrinhas e está mais comunicativa em terapia. Observação: suas respostas oscilam em função do seu estado emocional. Por exemplo. Se na família está tudo bem (principalmente com sua irmã) ela está bem, mas se acontece algo Cristina se dispersa e perde a atenção auditiva. Alterando seu

rendimento e respostas. Fora isso, é participativa assídua e gosta muito de vir a terapia.

Iniciamos um trabalho em conjunto fechado com música, ela gostou muito.

Relatório da fonoaudióloga que ajusta os eletrodos.

Paciente evoluindo bem. Veio com queixa de que os sons altos estão altos demais. Apesar de não observarmos melhora nos limiares auditivos da audiometria tonal, a paciente detecta sons de fala mesmo quando sussurrando. No dia-a-dia ouve todos os sons inclusive os mais baixos. Está evoluindo no teste de percepção de fala. Foi verificada a impedância dos eletrodos, que se encontram em bom funcionamento. Foram inseridos 3 programas novos com aumentos progressivos que deverão ser utilizados 20 dias cada.

Se sentir desconforto ao mudar de programa, abaixe o volume ou use por mais dias no programa anterior.

Retorno em 4 meses.

6º Atendimento

26/04/2012

Paciente evoluindo bem.

A fonoaudióloga de reabilitação entrou junto e fez testes de discriminação sem pistas visuais e a paciente acerta nome de frutas, o próprio nome e os sons de ling.

Apesar de não observarmos melhora nos limiares auditivos da audiometria tonal, a paciente detecta sons de fala mesmo quando sussurrando. No dia-a-dia ouve todos os sons inclusive os mais baixos.

Foi verificada a impedância dos eletrodos, que se encontram em bom funcionamento. Retorno em 3 meses.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

Lesle Freitas Maciel