



# Aspectos Sociais e Econômicos das Famílias “Casos Novos” de um Programa de Implante Coclear

Social and Economic Aspects of Families “New Cases” of a Cochlear Implant Program

TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES\*

SONIA TEBET MESQUITA\*\*



**RESUMO** – Esta pesquisa teve o objetivo de identificar os aspectos socioeconômicos que envolvem as famílias de candidatos ao implante coclear no Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA) do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), Universidade de São Paulo (USP). O estudo foi documental, baseado na análise do instrumental de estudo socioeconômico do Serviço Social (GRACIANO; LEHFELD, 2010; GRACIANO, 2013), constante no prontuário dos usuários. O documento foi aplicado com os usuários e familiares, agendados como casos novos durante o período de setembro de 2012 a março de 2013, num total de 88 famílias. Os resultados permitiram identificar os principais aspectos sociais e econômicos que envolvem os casos novos candidatos ao implante coclear e constatou que a aplicação do instrumental no atendimento inicial, pelo Serviço Social, é um método eficaz para um conhecimento aproximativo da realidade socioeconômica e cultural do usuário e família a ser transmitida à equipe interdisciplinar.

**Palavras-chave** – Serviço Social. Família. Implante Coclear.

**ABSTRACT** – This research aimed to identify socioeconomic aspects involving the families of candidates for Cochlear Implant Center of Audiological Research (CPA), Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies (HRAC), University of São Paulo (USP). The study was based on documentary analysis tools in the socioeconomic study of Social Service (GRACIANO; LEHFELD, 2010; GRACIANO, 2013) contained in records of users. The document was applied with the users and their families, as scheduled New Cases for the period from September 2012 to March 2013, a total of 88 families. The results showed the main social and economic aspects involving New Cases candidates for cochlear implants and found that the application of instrumental in the initial care, Social Service, is an effective method for an approximate knowledge of the socio-economic and cultural realities of the user and family to be sent to the interdisciplinary team.

**Keywords** – Social Service. Family. Cochlear Implant.

---

---

\* Mestranda em Ciências da Reabilitação na Universidade de São Paulo (USP), Bauru/SP. Assistente Social do Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), Bauru/SP – Brasil. E-mail: [talitasfernandes@usp.br](mailto:talitasfernandes@usp.br)

\*\* Doutora em Serviço Social – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Franca/SP. Assistente Social do Setor de Projetos Comunitários do HRAC/USP, Bauru/SP – Brasil. E-mail: [soniatm@usp.br](mailto:soniatm@usp.br)  
Submetido em: dezembro/2013. Aprovado em: junho/2014.

O Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA) é uma unidade do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP), que atende pessoas com deficiência auditiva, desenvolvendo programas em nível de diagnóstico diferencial, prevenção, habilitação e reabilitação – entre eles o Programa de Implante Coclear (PIC).

Para desenvolver o PIC, o CPA conta com uma equipe interdisciplinar constituída de otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, neurologistas, pediatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, que acompanham os usuários em todas as etapas: diagnóstico, avaliação, retornos pré-cirúrgicos, hospitalização e *follow-up* (retornos pós-cirúrgicos para acompanhamento), este último, por tempo indeterminado.

Nessa equipe, o assistente social é o profissional que busca o conhecimento aproximativo da realidade social, econômica e cultural das famílias e transmite à equipe, possibilitando a visão de totalidade desses usuários.

Para tanto, o assistente social conta com um instrumental de estudo socioeconômico (GRACIANO; LEHFELD, 2010; GRACIANO, 2013) baseado em cinco indicadores – situação econômica, escolaridade, número de membros da família, habitação e ocupação – e se estende às questões subjetivas que envolvem expectativas com o diagnóstico e tratamento, dinâmica familiar, escolar, profissional e social, preconceitos, apoio na reabilitação, recursos comunitários e serviços complementares na cidade de origem.

Cientes da significativa influência dos aspectos sociais que envolvem as famílias no diagnóstico e reabilitação da deficiência auditiva, surgiu o interesse em verificar se os aspectos constitutivos desse instrumental de estudo socioeconômico levam a um conhecimento mais aproximado da realidade e também das condições das famílias para assumirem o processo de reabilitação em sua extensão e complexidade.

O objetivo geral deste estudo foi identificar a abrangência do instrumental de estudo socioeconômico no que se refere aos aspectos sociais e econômicos que envolvem os casos novos candidatos ao implante coclear; como objetivos específicos: levantar o perfil socioeconômico e cultural das famílias; conhecer às relações familiares, escolares e sociais; constatar se há utilização ou não de recursos comunitários, no local de origem, como forma de contribuição no processo de reabilitação e verificar as expectativas em relação ao diagnóstico e reabilitação da deficiência auditiva.

A pesquisa foi documental baseada na análise do instrumental de estudo socioeconômico, constante no prontuário dos usuários, aplicado com os mesmos e seus familiares, agendadas como casos novos (para um primeiro atendimento no CPA – HRAC/USP) que compareceram durante o período de setembro de 2012 a março de 2013, num total de 88 famílias.

Para fundamentar este estudo, foi consultada bibliografia referente à deficiência auditiva, implante coclear, interdisciplinaridade, serviço social e o instrumental de estudo socioeconômico.

## **A deficiência auditiva e os recursos audiológicos para a reabilitação: aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e implante coclear (IC)**

A audição é um dos sentidos mais importantes do corpo humano e tem função primordial na comunicação e preservação da espécie, já que está ligada à função de alerta. Assim, a audição é fundamental para o processo de comunicação, necessário para a inclusão social, além de auxiliar na defesa própria e ser o principal canal pelo qual a linguagem e a fala são desenvolvidas (BEVILACQUA et al., 2013).

Boothroyd et al. (2010), definem deficiência auditiva como qualquer distúrbio de audição, independentemente da etiologia, tipo e grau. Todavia, a deficiência auditiva pode ser classificada com

relação ao grau (intensidade da perda, grau de comprometimento), tipo (localização da alteração) e etiologia (a possível causa da perda).

Sabe-se que é uma deficiência não visível fisicamente e se limita em atingir uma pequena parte da anatomia do indivíduo. No entanto, como consequência, ocorre à alteração no seu desenvolvimento, enquanto ser humano-social por natureza, que precisa e quer se comunicar com o meio em que vive (sonoro), com uma dinâmica própria para ouvintes (BEVILACQUA et al., 2013). Tal situação implica busca de recursos audiológicos e complementares para a reabilitação.

Segundo Roush e Seewald (2009), nos últimos 20 anos, importantes avanços têm ocorrido na avaliação e tratamento de deficiência auditiva em crianças, sendo estas, prioridade em exames de diagnósticos hospitalares já nas primeiras semanas de vida.

Em decorrência do diagnóstico de perda auditiva, Roush e Seewald (2009) pontuam que os principais recursos audiológicos indicados para crianças desde o primeiro ano de vida são o aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e o tecnológico implante coclear (IC), que possibilita às crianças com perda auditiva de graus severo e profundo o desenvolvimento da audição e o acesso à linguagem.

Considera-se perda auditiva de grau severo quando os limiares auditivos estão entre 61 e 90 dB; caso não haja intervenção, essa perda pode impedir o desenvolvimento da fala e da linguagem. Já na perda auditiva de grau profundo os limiares auditivos estão superiores a 90 dB; sem intervenção, o desenvolvimento da fala e da linguagem não ocorrerá; com intervenção, o desenvolvimento da fala e da linguagem poderá ocorrer, mas lentamente e com dificuldade (BOOTHROYD et al., 2010).

Para Bevilacqua e Formigoni (1998), o AASI oportuniza à pessoa com deficiência auditiva um som ampliado. Porém, no caso das crianças com deficiência auditiva, os autores consideram que estas não conhecem os sons porque nunca ouviram. Assim o auxílio do AASI será de amplificar os ruídos que só passarão a ter significância conforme o trabalho desenvolvido para compreendê-los.

Por outro lado, as pessoas com deficiência auditiva de graus severo e profundo podem não apresentar resultados satisfatórios com a amplificação sonora fornecida pelo AASI. Para esses casos, a alternativa é o implante coclear (IC), colocado cirurgicamente no ouvido interno e que sobrevive de estimulações elétricas.

O IC é composto de dispositivos internos e externos que, somados, visam oferecer a compreensão da fala por meio da audição apenas; é um recurso eletrônico capaz de substituir o órgão sensorial da audição. Tornou-se um recurso hábil para melhorar a qualidade de vida de indivíduos com perda auditiva de graus severo/profundo (BUCHMAN et al., 2011). Entre os centros que desenvolvem programas de implante coclear, está o Centro de Pesquisa Audiológica (CPA), apresentado a seguir.

## **O Programa de Implante Coclear (PIC) no Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA)**

O CPA é uma das unidades do HRAC/USP, criado em 1990, para ampliar o atendimento a pessoas com deficiência auditiva e para abrigar o PIC, que atualmente conta com 1.100 usuários implantados, num total aproximado de 1.600 matriculados, procedentes de todas as regiões do Brasil. Pela sua excelência de tratamento, ele constitui uma referência nacional e internacional na área.

Com a necessidade de realizar e desenvolver pesquisas na área de audiologia e de atender pessoas com deficiência auditiva de diferentes lugares do Brasil, o CPA criou um protocolo de entrada de casos novos, visando ao diagnóstico e acompanhamento de perdas auditivas, com adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e, se for o caso, inclusão no PIC, dependendo do contexto apresentado por cada usuário.

No CPA os usuários que comparecem para um primeiro atendimento no PIC são submetidos a uma reunião de casos novos – quando são recepcionados pelo assistente social, pelo psicólogo e pelo

fonoaudiólogo – e recebem orientações em relação às rotinas institucionais, exames, recursos comunitários e direitos sociais. Posteriormente, passam por atendimento individual no serviço social, quando é realizado o estudo socioeconômico, de acordo com o instrumental desenvolvido por Graciano e Lehfeld (2010) e citado por Graciano (2013), e também são prestadas orientações sociais, providências quanto a recursos, e são encaminhados à equipe interdisciplinar para atendimento individual com as demais áreas.

Em virtude da complexidade do PIC, a equipe tem procurado efetivar a postura interdisciplinar, por meio de procedimentos coletivos, com todos os profissionais – na totalidade, ou mesmo parcialmente – buscando uma visão mais ampla do usuário e família para a definição de conduta. Essas formas de atenção estão presentes, para possibilitar um resultado favorável na reabilitação da pessoa com deficiência (MESQUITA, 2000).

### ***A interdisciplinaridade do trabalho em equipe no PIC***

Na contemporaneidade, o que se observa é que a organização do trabalho em equipe ocorre a partir da necessidade de incluir atitudes em saúde que levem em consideração à integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade, o que permite a produção de mudanças na assistência e no cuidado (BORGES et al., 2012).

Em relação ao trabalho em equipe, não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada. É necessário investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe, atitude que requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença, conforme pontuam Borges et al. (2012).

O contexto da interdisciplinaridade, assim, aponta para a ruptura de valores tradicionais na saúde como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartilhamento do saber.

A proposição de mudança das práticas na saúde pressupõe um saber-fazer comum, que contribui para a superação da fragmentação no cotidiano dos serviços, pois não há integralidade onde não há troca de conhecimentos. Nesse contexto, a interdisciplinaridade e a circulação do conhecimento são fundamentais para a construção de práticas integrais (BORGES et al., 2012).

De acordo com o exposto, a equipe do CPA, no momento atual, é “adjetivada” como interdisciplinar, na busca pela troca de saberes, reciprocidade, discussão e conhecimento das atribuições e papéis próprios e do outro profissional. No CPA essa concepção é traduzida em reuniões entre a equipe para discussão de casos clínicos e definição de condutas e diálogos entre profissionais durante os atendimentos dos usuários, na busca de uma visão total da pessoa com deficiência auditiva e sua família.

Observa-se que só numa perspectiva interdisciplinar o usuário pode ser atendido, uma vez que, para que sua reabilitação se efetive, ele, necessariamente, deve ser visto na integralidade e não apenas como uma pessoa afetada por uma deficiência. Essa perspectiva interdisciplinar fortalece a humanização no atendimento qualificando às ações de saúde, conforme determinação da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS).

Se a ação profissional não seguir esses caminhos da humanização na saúde e visualizar apenas a deficiência, o usuário poderá perder a sua condição de cidadão e ser reconhecido por uma visão excludente e fragmentada.

Nessa equipe interdisciplinar, o assistente social é o profissional que busca um conhecimento aproximativo da realidade social dos usuários e suas famílias e transmite à equipe, considerando as expressões da questão social que compõem o contexto social dos mesmos, reconhecendo-os como cidadãos, com possibilidade de transformar essa realidade.

### ***O papel do Serviço Social no PIC do CPA***

O Serviço Social no PIC do CPA tem como objetivo principal o diagnóstico da realidade socioeconômica e cultural do usuário e família, bem como das expectativas, dos recursos humanos, comunitários e institucionais na cidade de origem, enfim, seus limites e possibilidades para atender as exigências da reabilitação (MESQUITA, 2000). Esse conhecimento é básico para intervenção nas expressões da questão social.

Segundo Martinelli (2007), o Serviço Social é uma profissão de natureza interventiva que atua no campo das relações humano-sociais. É uma forma de especialização do trabalho e tem, portanto, uma dimensão sócio-histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte.

Detalhando, para Sousa (2008) as dimensões/competências do Serviço Social são:

- Ético-política, pois sua prática se realiza no marco das relações de poder e forças sociais da sociedade capitalista e se faz fundamental um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social;
- Teórico-metodológica, pois o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha e para isso faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade apreendendo sua essência e construindo novas possibilidades profissionais;
- Técnico-operativa, pois o profissional deve conhecer, aproximar-se e, sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que lhe permitam desenvolver ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes.

Dessa forma, o conhecimento dessas dimensões da prática profissional é básico para intervenção nas expressões da questão social apresentadas pelos usuários casos novos, intervenção essa que se viabiliza com a aplicação do instrumental de estudo socioeconômico da profissão.

### ***O instrumental de estudo socioeconômico do Serviço Social***

O instrumental de estudo socioeconômico do Serviço Social se destaca como uma possibilidade de conhecer a realidade dos usuários visando à sua compreensão e intervenção sob a ótica da equidade e justiça social de forma a assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (GRACIANO; LEHFELD, 2010; GRACIANO, 2013).

Para Miotto (2009), abordar o tema “estudo socioeconômico”, no âmbito do Serviço Social, remete a pensá-lo, inicialmente, enquanto parte intrínseca das ações profissionais dos assistentes sociais. Afinal de contas, o desenvolvimento das ações profissionais pressupõe o conhecimento acurado das condições sociais em que vivem os sujeitos aos quais elas se destinam, sejam indivíduos, grupos ou populações.

Dessa forma, o conhecimento da realidade dos usuários passou a ser o principal objetivo da utilização deste instrumental nas ações profissionais, e o contexto é que deve ser priorizado na análise desta realidade social.

Conforme Graciano e Lehfeld (2010) e citado em Graciano (2013) no âmbito do HRAC/USP, a metodologia do estudo socioeconômico visa a instrumentalizar os assistentes sociais para o conhecimento das condições de vida dos usuários, implementar programas e serviços, bem como traçar o perfil de sujeitos de amostras de pesquisas, relacionando os estratos socioeconômicos com diferentes indicadores para maior conhecimento da realidade.

Em concordância com os objetivos visados pelos elaboradores deste instrumental, este artigo vem reafirmar a relevância de sua utilização, como forma de possibilitar, além do conhecimento dos

aspectos sociais e econômicos que envolvem as famílias, a mobilização destas para a garantia de direitos, numa perspectiva da equidade e justiça social e a garantia de uma reabilitação integral e emancipatória.

### **O estudo socioeconômico na realidade dos sujeitos da pesquisa**

Para Graciano e Lehfeld (2010) e Graciano (2013), o estudo socioeconômico existe no sentido de disseminar conhecimentos e é uma referência para os assistentes sociais no processo de efetivação e garantia e ampliação de direitos.

A utilização do instrumental de estudo socioeconômico pelo Serviço Social para caracterização da realidade social se dá a partir de uma análise global de alguns indicadores (média salarial, número de membros da família, escolaridade, nível ocupacional, situação e condição habitacionais e outras questões subjetivas), finalizando com um sistema de pontuação que possibilita a definição da estratificação socioeconômica de cada família. Esta classificação dá-se em seis estratos, a saber: Baixo Inferior (BI), Baixo Superior (BS), Médio Inferior (MI), Médio (M), Médio Superior (MS) e Alto (A) – sendo os mesmos determinados conforme a realidade apresentada pelo núcleo familiar (GRACIANO; LEHFELD, 2010).

Entre os usuários pesquisados não houve pertencentes aos estratos Médio Superior (MS) e Alto (A), como disposto a seguir nas configurações:

- **Baixo Inferior (BI):** 10,2% – com média salarial é de  $\frac{1}{2}$  a 2 SM e a composição familiar de 3 a 6 membros; o maior nível educacional dos responsáveis era o ensino médio completo; e mesmo com este nível de escolaridade estavam em situação de desemprego; a habitação era cedida e em situação regular.
- **Baixo Superior (BS):** 63,6% – com média salarial é de 2 a 4 SM e família de 3 a 4 membros, o maior nível educacional dos responsáveis foi ensino médio completo e eram trabalhadores assalariados de produção, bens e serviços; a habitação, em seu maior índice, era própria e em boas condições.
- **Médio Inferior (MI):** 22,8% – com média salarial é de 4 a 9 SM, família de 3 a 4 membros; o maior nível educacional dos responsáveis era o superior completo e eram trabalhadores assalariados administrativos, técnicos e científicos; a habitação, na maioria dos casos, era própria e em boa situação.
- **Médio (M):** 3,4% – a média salarial atingiu o mesmo nível em duas faixas: de 9 a 15 SM e 15 a 30 SM. A família tinha de 3 a 4 membros, e o maior nível educacional dos responsáveis era o superior completo em todos os casos e eram trabalhadores da alta administração ou trabalhadores assalariados administrativos, técnicos e científicos; a habitação era própria e em boas ou ótimas situações.

O maior número de usuários pertencentes aos estratos BS e MI pode ser justificado pela condição socioeconômica de razoável a boa dessas famílias, o que possibilitou o acesso a informações bem como aos serviços de saúde e reabilitação como porta de entrada, mesmo que na saúde privada e/ou em localidade distante.

Por outro lado, essa condição socioeconômica expressa a realidade brasileira, que vem lutando contra a pobreza extrema e as situações de vulnerabilidade social por meio de programas, projetos, serviços e benefícios da política de assistência social e que vem contribuindo para a transformação da configuração das classes sociais de baixas para médias.

### **Aspectos constitutivos do estudo socioeconômico**

Do instrumental de estudo socioeconômico também fazem parte informações sobre a procedência e idade dos usuários.

Os sujeitos pesquisados estavam entre a faixa etária de 0 a 3 anos, 11 meses e 29 dias de idade (87,6%); entre 4 a 12 anos, 11 meses e 29 dias de idade (4,5%); acima de 18 anos de idade (5,7%) e entre 13 a 18 anos, 11 meses e 29 dias de idade (2,2%).

O número elevado de usuários com idade entre 0 a 3 anos, 11 meses e 29 dias, explica-se, pois o PIC tem como critério de inclusão esta faixa etária. Os usuários de outras faixas etárias foram atendidos mediante encaminhamento institucional por se tratar de casos com sequelas de meningite, acidentes ou perdas progressivas, que resultaram em deficiência auditiva profunda bilateral e necessitaram de um tratamento cirúrgico efetivo.

Esse critério de inclusão referente à idade confirma o que Ruben e Schwartz (1999) destacam sobre a intervenção precoce, que é determinante para evitar prejuízos na habilidade da linguagem, que, por sua vez, desempenha um papel fundamental na comunicação e na inclusão social do ser humano.

Em relação à procedência, 69,4% são da região Sudeste, 18,2% da região Centro-Oeste, 9,0% da região Sul, 1,2% da região Norte e 2,2% da região Nordeste.

Essa configuração pode ser justificada pela proximidade geográfica com o CPA, facilitando o acesso ao serviço em termos de custos e locomoção, além das subsedes da Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAFs) – 2 no estado de São Paulo e 1 no estado do Mato Grosso e Centros de Reabilitação nestas regiões, que exercem o papel de porta de entrada dos usuários e trabalham como parceiros do HRAC/USP por meio da reabilitação complementar, além de possibilitar a divulgação do serviço e o encaminhamento dos casos que atendem aos critérios do PIC.

O que se verifica é que no processo de tratamento são fundamentais parcerias entre as secretarias municipais de saúde e instituições reabilitadoras, no sentido de propor encaminhamentos ou apoio a programas e ações para tornar o processo de reabilitação mais acessível a todos os cidadãos (BRASIL, 2010).

### **Aspectos sociofamiliares**

A família é o primeiro referencial e permeia toda existência do ser humano, pois é ela que proporciona a construção da primeira identidade e insere os sujeitos nas relações sociais, em termos emocionais, culturais e socioeconômicos (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Tendo como base a contemporaneidade, é possível dizer que mudanças avassaladoras e profundas de valores, de comportamentos e de identidades vêm acontecendo. Nessa perspectiva, a complexidade da dinâmica familiar traduz-se, de forma inquestionável, na maneira com que seus membros interagem.

Com todo esse aparato de diversidade, o amor, o afeto, enfim, os sentimentos passam a ser também um desafio, tendo em vista que aprender a respeitar e a entender as diferenças, aprender a educar os filhos, dentro de suas limitações e dificuldades, é algo que exige um esforço cada vez maior por parte de todos os membros da família contemporânea (PASSOS, 2002). Por tudo isso, os novos tipos de famílias trazem consigo uma nova e transformada realidade.

Diante deste contexto e no sentido mais profundo, a família continua a ser um espaço indispensável para a sobrevivência, desenvolvimento e proteção integral dos seus membros, independentemente da tipologia familiar ou da forma como vem se mantendo.

### **a) Tipologia familiar**

Em relação aos tipos de família presentes nos usuários pesquisados, verifica-se que 83% das famílias são caracterizadas como *nuclear* – tradicional, composta por pai, mãe e os filhos; 8,1% como *monoparental* – composta apenas por um dos responsáveis, mãe ou pai (separados, viúvos ou divorciados) e os filhos; 4,5% como *reconstituída* – formada por pai e/ou mãe vindos de outros casamentos somados aos filhos da outra relação; 2,2% como *unipessoal* – constituída por uma única pessoa; e 2,2% como família *extensa* – composta por pais e filhos juntamente com tios, avós, primos ou outros membros.

Esses tipos de famílias foram conceituados por Graciano e Lehfeld (2010) e Graciano (2013) e considerados pelas autoras como essenciais na constituição do instrumental de estudo socioeconômico.

Os dados demonstram que, embora a família nuclear seja predominante, novas tipologias vêm se configurando com o decorrer das mudanças de papéis familiares e das transformações societárias.

Trata-se de uma diversidade de modelos familiares que sempre existiu e agora pode ser claramente visto e nos faz vislumbrar inúmeras possibilidades de se viver sem perder a essência de ser família (PASSOS, 2002).

O papel da família é o de encorajar a individualidade emergente da criança com deficiência, permitir que ela faça suas próprias escolhas, que se manifeste e expresse seus sentimentos. A fim de realizar essa tarefa, a família terá de se libertar de suas noções preconcebidas em relação à dependência, às limitações e ao *status* familiar inferior da criança, e permitir que esta revele suas próprias necessidades e capacidades (BUSCAGLÍA, 2006).

### **b) Relacionamento familiar**

O desenvolvimento de um relacionamento familiar bem integrado e funcional não é responsabilidade exclusiva de uma só pessoa, e sim de todos os membros da família (BUSCAGLÍA, 2006).

Os relatos dos próprios familiares em relação à dinâmica familiar, a interação entre os membros, o convívio, o afeto, paciência dos responsáveis com a pessoa com deficiência, a presença ou não de vícios no ambiente familiar e a existência ou não de conflitos familiares, permitiram categorizar o relacionamento como:

- **Ruim** (1,1%), com dinâmica familiar desfavorável, sem interação entre os membros e convívio marcado por conflitos, fragilização de vínculos, agressões verbais, desentendimentos, acusações, presença de vícios em substâncias psicoativas ou jogos que atrapalham o cotidiano familiar além da ausência de comprometimento dos responsáveis com a pessoa com deficiência.
- **Regular** (12,5%), com razoável nível de interação, afeto e convívio entre os membros e regular nível de comprometimento dos pais ou responsáveis – apenas um dos membros demonstrou ter paciência nos cuidados com a pessoa com deficiência – e relatos de presença de alguns conflitos familiares.
- **Bom** (80,7%) com boa interação, afeto e convívio entre os membros em que os pais ou responsáveis demonstraram comprometimento com a pessoa com deficiência, paciência nos cuidados e classificaram os conflitos familiares existentes como comuns.
- **Muito bom** (5,7%), com envolvimento e alto nível de comprometimento de todos os membros da família, afeto e cuidados com a pessoa com deficiência, sem relatos de conflitos familiares.

Essa realidade demonstra que a aceitação da deficiência por todos os membros da família só é alcançada quando se permite a união de forças e a superação das limitações e conflitos pessoais, sempre



lembrando que os seus potenciais de boa vivência em família são infinitos, apenas precisam ser considerados, valorizados e estimulados (BUSCAGLÍA, 2006).

### **c) Problemas de saúde na família**

Essa questão é abordada em virtude das repercussões da convivência com uma pessoa afetada por uma doença crônica, que exija cuidados especiais.

Em relação ao histórico de problemas de saúde ou deficiência na família, 70,5% alegaram desconhecer casos na família e 29,5% relataram doenças crônicas ou graves: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e câncer, deficiência auditiva, física e Síndrome de Down.

Nestes casos de doenças ou deficiências relatadas de outros membros da família, para os que ainda não estão em tratamento, foram prestadas orientações aos familiares sobre o acesso aos serviços de saúde pública e reabilitação para o devido tratamento.

### **d) Religião**

A religião expressa uma busca de vinculação da pessoa ao divino. É um fenômeno social que se organiza em função de símbolos sagrados (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Para estes autores (2004), a religião significa a relação entre o homem e o poder sobre-humano no qual ele acredita ou do qual ele se sente dependente. Essa relação se expressa por meio de emoções especiais (confiança, medo), conceitos (crenças) e ações (culto e ética); é também a convicção de que existem poderes transcendentais, pessoais ou impessoais, que atuam no mundo e se expressam por pensamento, sentimento, intenção e ação.

Na religião, a pessoa com deficiência encontra uma oportunidade de participação social, de conquista e de exercício de inclusão, que lhe foi negada por um mundo globalizado, individualista e competitivo (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Na realidade das famílias pesquisadas, 68,2% eram *católicas*, 23,9% eram *evangélico-protestantes*, 3,5% consideraram-se *sem religião*, 2,2% eram *umbandistas* e 2,2% pertencentes à religião *espírita*.

Os dados obtidos na pesquisa vão ao encontro da realidade brasileira, que apresenta uma prevalência das religiões cristãs (católica e evangélico-protestante) em relação às demais, conforme consta nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

A influência da religião e religiosidade sobre a saúde é um fenômeno resultante de vários fatores. Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde estão os fatores: estilo de vida, suporte social, sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Por esses motivos, é importante que os profissionais de saúde levem em consideração a influência da religiosidade e espiritualidade na vida dos usuários, pois isso pode determinar sua maneira de lidar com a doença e o processo de reabilitação.

## Aspectos sociais

### a) Escola

A literatura revela que, juntamente à família, faz-se necessária uma rede de apoio para a efetivação da reabilitação. Essa rede geralmente se constitui da escola, da comunidade e dos recursos da sociedade (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Após a família, a escola é o segundo meio social de grande importância na formação da identidade da pessoa com deficiência, que pressupõe a realidade social à qual o indivíduo pertence e revela sua condição de vida, contexto familiar, costumes, religião e a maneira como o sujeito está inserido nessa realidade (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Em relação ao aspecto escolar, os dados da pesquisa revelaram que 66% dos usuários não estavam inseridos na escola em virtude da faixa etária (87% entre 0 a 3 anos, 11 meses e 29 dias), enquanto 29,5% estudavam e 4,5%, embora estivessem em idade escolar, não estavam estudando durante o período da coleta de dados.

Para classificar o relacionamento escolar foram ouvidos os pais ou responsáveis e, se maior de 7 anos, o próprio usuário. Foram analisados: o nível de interação escolar com colegas e professores, o desempenho e rendimento escolar, o acolhimento por parte da escola, o contentamento com o ambiente escolar e a inclusão social.

Assim, o relacionamento escolar foi classificado como:

- **Ruim** (3,8%) – com conflitos escolares, falta de acolhimento por parte da escola, desempenho negativo, isolamento social, dificuldades em fazer amizades e manter relações positivas e distanciamento da realidade exigida pela escola. Estes casos foram encaminhados pela equipe interdisciplinar do Programa de Implante Coclear, para um serviço de apoio na cidade de origem com psicoterapia e/ou psicopedagogia, fonoterapia, conselho tutelar, entre outros, de acordo com as particularidades dos casos, para contribuir na inclusão escolar, parte do processo de reabilitação.
- **Regular** (19,2%) – interação social com os professores, bom desempenho e notas, porém com dificuldades de relacionamento com colegas e constrangimento em estabelecer relações e fazer amizades.
- **Bom** (77%) – boa interação e dinâmica escolar com colegas e professores, bom desempenho, boas notas, facilidades em fazer amizades e o não envolvimento em conflitos.

Essa realidade dos usuários da pesquisa vai ao encontro da realidade escolar contemporânea da criança/adolescente com deficiência auditiva, que vivencia situações de exclusão, curiosidade, preconceito, *bullying* e suas consequências, desde o primeiro dia escolar, em virtude dos distúrbios de comunicação que apresentam (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007). As mesmas autoras relatam que a rejeição no ambiente escolar provoca isolamento e evasão que, embora sejam comportamentos adaptativos, não são desejáveis, por serem considerados exclusão social.

Percebe-se também no cotidiano que, muitas vezes, a criança com deficiência tem negada a matrícula por dirigentes e professores da escola, pelo fato de necessitar de atenção especial; quando consegue ingressar, carrega o peso de obter bons resultados, pois é grande a expectativa em torno de suas habilidades intelectuais por parte dos pais e professores.

## **b) Trabalho**

O local de trabalho, sendo um espaço com predomínio da língua oral, dificulta ao surdo mostrar seu potencial e ele pode falhar no cumprimento de compromissos, em virtude do entendimento prejudicado (MARIN; GÓES, 2006).

Além dessa limitação, no mercado de trabalho as pessoas com deficiência se deparam com dificuldades relacionadas à educação e ao treinamento profissional pela escassez de programas de reabilitação, fazendo com que a deficiência se sobreponha às habilidades individuais. A alternativa do trabalho informal também se torna uma opção limitada pelos fatores mencionados e pelas dificuldades de acesso ao financiamento, autoconfiança e habilidades comerciais (CHATT, 2010).

A dificuldade de encontrar uma ocupação, qualquer que seja, além do serviço indesejado, renda insuficiente, autoestima afetada, sensação de incapacidade, acaba gerando frustração, pois é por meio do trabalho que o ser humano se sente útil, necessário e integrado à vida social (FRANCELIN; MOTTI; MORITA, 2010).

De todos os usuários pesquisados, 93,1% se encontravam sem idade para o trabalho. Já entre os com idade para o trabalho – acima de 18 anos – num total de 6 usuários, apenas 1 (16,7%) estava trabalhando, sem problemas de relacionamento, negando situações de exclusão em decorrência da deficiência ou conflitos com os colegas, chefia e usuários dos serviços, diferentemente da realidade exposta pela literatura (FRANCELIN; MOTTI; MORITA, 2010; CHATT, 2010).

## **c) Relacionamento social**

No que se refere ao relacionamento social, conforme determina o instrumental de estudo socioeconômico (GRACIANO; LEHFELD, 2010; GRACIANO, 2013), foram considerados os usuários com idade igual ou superior a 3 anos (28 sujeitos), quando se iniciam os primeiros contatos sociais mais amplos. Entre esses, relataram ser:

- Ruim: 3,6%.
- Regular: 28,5%.
- Bom: 64,3%.
- Muito bom: 3,6%.

Nessa questão, foram considerados os relatos de relacionamentos com a comunidade, vizinhos, grupos religiosos e com amigos.

Sabe-se que tanto na infância como na adolescência ou na fase adulta da pessoa com deficiência, é essencial um suporte no processo de reabilitação que possibilite a inserção no ambiente familiar, escolar, comunitário, social, inclusive no mercado de trabalho, protegendo e preparando para o enfrentamento de situações de discriminação ou exclusão social e para a vida em sociedade (BUSCAGLÍA, 2006).

Nesse contexto, embora sem se dar conta disso, a criança que nasce com deficiência e o adulto que sofre um acidente que o incapacita, serão limitados menos pela deficiência do que pela atitude da sociedade. É a sociedade, na maior parte das vezes, que definirá a deficiência como uma incapacidade e é o indivíduo que sofrerá as consequências de tal definição e que fará a opção de se isolar ou de se aceitar e socializar-se, conforme pontua o mesmo autor.

#### **d) Preconceito**

Deparamo-nos frequentemente com o preconceito, que pode surgir muitas vezes de forma sutil, o que é uma violência psicológica que não deixa marcas explícitas. Muitas vezes, ele se encontra em nós mesmos, sendo mais fácil, no entanto, reconhecê-lo no outro. Para Ohl et al. (2009), trata-se de um fenômeno produzido na tensa relação entre indivíduo e sociedade, devendo, portanto, ser compreendido a partir do diálogo entre as dimensões psicológica e social que constituem os processos de humanização. O preconceito às pessoas com deficiência, assim, configura-se como um mecanismo de negação social, uma vez que suas diferenças são ressaltadas como falta, carência ou impossibilidade.

Frequentemente, das pessoas com deficiência é retirada a possibilidade de constituírem-se como sujeitos, porque lhes são atribuídas qualidades especiais que tornam naturais a sua condição de “pessoa com deficiência” e, como tal, sem habilidades cognitivas e com necessidades de interações sociais (OHL et al., 2009).

Na realidade dos usuários da pesquisa, quando questionados sobre a ocorrência de situações de discriminação/preconceito em sua vida, 88,7% relataram não ter sofrido este tipo de situação, enquanto 11,3% relataram ter sofrido algum tipo de situação constrangedora.

Dos usuários que sofreram a situação de discriminação/preconceito, 80% informaram ter ocorrido na família, por não aceitação da deficiência auditiva, em forma de abandono, agressão verbal, indiferença e exclusão das atividades com parentes (festas e outros eventos familiares). Já 20% afirmaram ter sofrido este tipo de situação na escola, a partir da rejeição para matrícula chegando ao isolamento e exclusão por parte da coordenação, professores e alunos.

O que se verifica é que muitos pais/responsáveis de pessoas com deficiência, como resultado dos preconceitos da sociedade, sentem-se relegados a um *status* inferior com poucos ou restritos direitos. Com frequência, esses sentimentos têm por base a realidade e resultam principalmente de seus encontros quase diários com atitudes depreciativas da sociedade. Para Buscaglia (2006), a impaciência, a condescendência e o ceticismo, em relação a essas famílias e seus filhos e a sua insistência em relegar tais crianças a categorias especiais e escolas e turmas separadas, parecem estar continuamente indicando um *status* inferior.

Adaptações ao preconceito social frequentemente resultam no aprofundamento dos sentimentos de incerteza, medo, fuga e frustração. Assim, é criada uma espécie de círculo vicioso, o qual só pode ser rompido quando a família compreende que, mesmo como minoria, conhece seus direitos e aprende a exercê-los, passando do *status* inferior para aquele de agente da mudança, ao da construção e da solução de conflitos.

#### **e) Rede de apoio à reabilitação**

Sabe-se que todas as atividades voltadas à saúde da pessoa com deficiência devem considerar os recursos da comunidade, para assegurar a continuidade do tratamento e, em especial, a inclusão ativa da pessoa com deficiência nas rotinas da comunidade. Assim, é importante mobilizar as lideranças e instituições para que os processos de prevenção, atenção à saúde e reabilitação sejam completos e eficazes (BRASIL, 2010).

A reabilitação baseada no apoio da comunidade é um processo em que a própria pessoa com deficiência, sua família e respectiva comunidade são os agentes principais da sua capacitação social (FIGUEIRA, 2013).

Pode-se dizer que, atualmente, um dos principais desafios aos profissionais da equipe é mobilizar ou mesmo incentivar a rede de reabilitação que, em princípio, seria constituída pela família, escola, trabalho e recursos comunitários na cidade de origem.

No caso da pesquisa, os usuários foram questionados se contavam com apoio ao processo de reabilitação e 85,2% relataram que sim, enquanto 14,8% relataram que não. Nas respostas afirmativas, esse apoio veio: apenas da família (66,7%), da escola e família (18,7%), apenas da escola (10,7%), do trabalho e família (2,6%) e da escola, trabalho e família (1,3%).

Em relação à *família*, foi considerado o apoio de outros familiares que não os pais ou responsáveis nos cuidados e despesas referentes à reabilitação.

No *âmbito escolar*, o apoio veio dos professores e alunos no desenvolvimento da comunicação e no desempenho e interação, assim como o incentivo ao tratamento/reabilitação.

No *trabalho* o apoio aconteceu em forma de incentivo da chefia ao tratamento, a designação para tarefas compatíveis a sua capacidade e o respeito dos colegas.

Além do apoio da família, da escola e do trabalho, é imprescindível a terapia fonoaudiológica na cidade de origem para a concretização da reabilitação, sendo, para tanto, um recurso que deveria estar presente na rede pública de saúde; todavia, o que se constata é que em muitas regiões do país esse recurso público não está disponível, levando o usuário e a família a desistir do tratamento, comprometendo sua reabilitação.

No que se refere aos *recursos para reabilitação* é o apoio à locomoção da cidade de origem para Bauru. Sobre esse recurso, 91% tinham conhecimento e 9% desconheciam e, no caso destes últimos, foram esclarecidos quanto aos recursos existentes.

Para chegarem até o CPA, 47,8% contaram com recursos próprios e os demais se utilizaram de recursos públicos:<sup>1</sup> tratamento fora do domicílio (TFD) entre 27,2%, condução municipal grupal/carona amiga (12,5%) e com condução municipal individual (12,5%).

As famílias que utilizam recursos próprios geralmente são famílias com condições socioeconômicas favoráveis e/ou que, na expectativa de um acesso rápido ao tratamento, quando recebem a carta de agendamento do HRAC/USP, optam por não procurar apoio na cidade de origem – em virtude da burocracia e/ou buscam mobilizar familiares e amigos.

No entanto, independentemente da situação socioeconômica da família, no primeiro atendimento, o Serviço Social, visando assegurar o acesso e a continuidade no tratamento, orienta os usuários e as famílias sobre os recursos a serem acionados na cidade de origem: programas, benefícios e outros serviços para o apoio à reabilitação.

Essa ação evita que a equipe do Programa de Implante Coclear do HRAC/USP, desenvolva práticas isoladas no âmbito institucional e atenda, de forma articulada, numa perspectiva de trabalho em redes sociais. A prática da equipe não deve, portanto, estar limitada ao usuário/família, à equipe e à comunidade, mas ampliada para outros grupos sociais que vivenciam a mesma situação, atuando a equipe como defensora dos direitos de cidadania.

### **f) Expectativas familiares**

A partir do diagnóstico, as reações paternas podem ser diversas e traduzirem em sentimentos muito fortes de angústia. Os sentimentos dos pais dependem das expectativas que desenvolvem em relação à criança, como percebem a deficiência, como é a postura dos profissionais ao transmitir-lhes o diagnóstico, entre outras manifestações (YAMADA; VALLE, 2011).

Dessa forma, o diagnóstico deve ser transmitido com muita atenção e humanização, o que requer um preparo da equipe de saúde, pois a conduta no relacionamento inicial produz duas grandes reações: se adequada, a família e o usuário nunca a esquecerão; se inadequada, eles nunca a perdoarão (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Conforme as ideias de Murakami et al. (2001), em relação às expectativas iniciais, no momento do diagnóstico, constata-se que a maioria das famílias deseja que a pessoa com deficiência auditiva passe a ouvir, mesmo que seja o mínimo possível.

No caso dos usuários pesquisados, em relação às expectativas iniciais com o tratamento, 46,6% relataram ser *cirúrgico e/ou complementar* (IC e/ou AASI) – geralmente estas famílias têm um forte desejo pelo desenvolvimento da comunicação através da oralização, comunicação oral da pessoa com deficiência e, portanto, concordam com ambos os recursos audiológicos para contribuir neste processo; já 29,5% destacaram querer o tratamento apenas *cirúrgico* (IC) – na maioria destes casos, o usuário já faz uso do AASI sem resultado significativo e as famílias – encaminhadas por profissionais – já tem conhecimento do IC; 13,7% referem-se a um tratamento *complementar* (AASI) e 10,2% apenas ao *diagnóstico* – nestes casos, percebeu-se a dificuldade de aceitação dos pais/responsáveis em relação à deficiência e a restrição à realização de procedimentos invasivos.

Nesse contexto, o trabalho realizado por uma equipe interdisciplinar durante e após o diagnóstico da deficiência auditiva é fundamental para trabalhar as expectativas e os aspectos sociais dos pais/responsáveis, proporcionando-lhes segurança e tornando-os mais conscientes da situação que estão vivenciando. Desse modo, os profissionais ampliam a visão dos pais/responsáveis em relação à dimensão da deficiência auditiva e suas repercussões e os orientam para o desenvolvimento de seus filhos, buscando recursos internos e externos.

## **Considerações finais**

Este estudo permitiu identificar a abrangência do instrumental de estudo socioeconômico no que se refere aos aspectos sociais e econômicos que envolvem os casos novos candidatos ao IC e constatou que a aplicação do instrumental no atendimento inicial, pelo Serviço Social, é um método eficaz para um conhecimento aproximativo da realidade do usuário e família.

O perfil socioeconômico revelou que as famílias casos novos do PIC são predominantemente dos estratos sociais baixo (superior) e médio (inferior), e apresentaram características condizentes com a realidade socioeconômica da sociedade brasileira.

As relações sociais, envolvendo família, escola e sociedade, em geral foram favoráveis, com boa interação, convívio social e apoio à reabilitação, com destaque para o suporte da família, não havendo, na maioria dos casos, situações de preconceito/discriminação social.

Os recursos comunitários na cidade de origem, o apoio ao processo de reabilitação e para locomoção ao CPA eram de conhecimento da maioria; porém, para a primeira vinda, contaram com recursos próprios.

As expectativas familiares iniciais incidiram sobre o tratamento cirúrgico e/ou complementar, sugerindo que os usuários e as famílias não demonstram restrições aos recursos audiológicos – IC e/ou AASI – para contribuir no desenvolvimento da comunicação, reabilitação e qualidade de vida da pessoa com deficiência.

Diante do exposto, pode se dizer que esse instrumental de estudo socioeconômico firma-se como um valioso instrumento para ação profissional do assistente social no seu cotidiano interdisciplinar, por permitir, com o seu conteúdo, um conhecimento aproximativo da realidade do usuário e família a ser socializado com as demais áreas, na busca de uma atenção holística apregoada pelo SUS, não só como constitutiva de um atendimento humanizado, mas também como um recurso para um atendimento consonante as demandas.

Fica patente que o enfrentamento de desafios por parte do assistente social na concretização de seus objetivos – principalmente no que se refere à defesa do direito do usuário à saúde e reabilitação –

começa com o conhecimento das demandas e sua competência em lidar com esse conhecimento, para fortalecer o usuário como sujeito de ações, decisões e transformações.

## Referências

- BEVILACQUA, M. C.; FORMIGONI, G. M. P. *Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva*. 2. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1998.
- BEVILACQUA, M. C. et al. Descoberta da deficiência auditiva pela família: vendo o futuro idealizado desmoronar. *Acta Paulista de Enfermagem*, UNIFESP, v. 25, p. 82-88, 2013.
- BOOTHROYD, A.; EISENBERG, L. S.; MARTINEZ, A. S. An on-line imitative test of speech-pattern contrast perception (OlimSpac): developmental effects in normally hearing children. *J Speech Lang Hear Res*, v. 53, n. 3, p. 531-542, Jun. 2010.
- BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
- BUCHMAN, C. et al. Cochlear implantation in children with labyrinthine abnormalities and cochlear nerve deficiency: implications for auditory brainstem implantation. *The Laryngoscope*, v. 121, n. 7, 2011.
- BUSCAGLIA L. *Os deficientes e seus pais*. Tradução de Mendes R. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004.
- CHATT, C. B. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência e os aspectos jurídicos para sua efetivação. *Universo Jurídico*, Juiz de Fora, ano 11, set. 2010.
- FIGUEIRA, E. Pessoas com deficiência e a reabilitação baseada na comunidade como alternativa: psicologia e deficiência. *Net*, 2013. Disponível em: <http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo=1772>. Acesso em: 11 mar. 2013.
- FRANCELIN, M. A. S.; MOTTI, T. F. G.; MORITA, I. As implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 180-192, 2010.
- GRACIANO, M. I. G. *Estudo socioeconômico: um instrumento técnico operativo*. 2. ed. São Paulo: Veras, 2013.
- \_\_\_\_\_; LEHFELD, N. A. S. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Serv. Social Saúde*, Campinas, v. 9, n. 9, p. 157-185, jul. 2010.
- \_\_\_\_\_; TAVANO, L. D. A.; BACHEGA, M. I. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. *Fissuras Labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos, 2007. p. 311-333.
- HUMANIZA SUS. Política nacional de humanização. *Net*, 2004. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_2004.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf). Acesso em: 06 maio 2014.
- INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. *Net*, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 ago. 2013.
- MARIN, C. R.; GÓES, M. C. R. A experiência de pessoas surdas em esferas de atividade do cotidiano. *Cadernos CEDES*, Campinas, v. 26, n. 69, p. 231-249, 2006.
- MARTINELLI, M. L. *Serviço social: identidade e alienação*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- MESQUITA, S. T. *Implante coclear: quem são os usuários?* Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2000. 320 f.
- MIOTO, R. C. Estudos socioeconômicos. Serviço Social. *Net*, 2009. p. 481-496. Disponível em: [http://xa.yimg.com/kq/groups/22603673/2059814974/name/Texto-base\\_1.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/22603673/2059814974/name/Texto-base_1.pdf). Acesso em: 19 maio 2013.
- MURAKAMI, G. A. O. et al. Expectativas prévias ao implante coclear e avaliação pós-implante em adolescentes. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 5-16, 2001.
- OHL, N. G. et al. Escolarização e preconceito: lembranças de jovens com e sem deficiência. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, v. 13, n. 2, p. 243-250, jul./dez. 2009.
- PASSOS, M. C. Família: o que muda e o que permanece em diferentes configurações. *Cadernos de Psicologia*, v. 12, n. 1, p. 31-43, 2002.
- ROUSH, P. A.; SEEWALD, R. C. Acoustic amplification for infants and children: selection, fitting and management. In: EISENBERG, L. S. *Clinical management of children with cochlear implants*. Plural publishing. San Diego: Oxford Brisbane, 2009. p. 35-58.
- RUBEN, R. J.; SCHWARTZ, R. Necessity versus sufficiency: the role of input in language acquisition. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 47, n. 2, p. 137-140, Feb. 1999.
- SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

YAMADA, M. O.; VALLE, E. R. M. A vivência dos pais no diagnóstico da deficiência auditiva do filho. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, v. 80, p. 136-147, 2011.

---

<sup>1</sup> *Recursos públicos: TFD*: benefício do Sistema Único de Saúde/SUS que consiste no pagamento de passagens e ajuda de custo para estadia e permanência na cidade do tratamento. *Carona amiga*: agrupamento de usuários para atendimento em um mesmo dia, mediante liberação de condução pela Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde.