

# **O PSICÓLOGO NO PROGRAMA DE IMPLANTE COCLEAR DO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS-USP**

**The psychologist in the cochlear implant program of Hospital de Reabilitação de  
Anomalias Craniofaciais-USP**

Midori Otake Yamada – HRAC - USP  
Maria Cecília Bevilacqua – HRAC - USP

## **Resumo**

O objetivo deste trabalho é relatar o papel do psicólogo no Programa de Implante Coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – Bauru, desenvolvido por uma equipe interdisciplinar para a reabilitação de pessoas com deficiência auditiva. O trabalho do psicólogo envolve as seguintes etapas: estudo de caso, preparação pré-cirúrgica, acompanhamento pós-cirúrgico e acompanhamento na reabilitação. Os quatro momentos são permeados pelo contínuo trabalho em relação aos sentimentos do paciente, relação familiar e pela investigação sobre a mudança ocorrida na sua vida e da família durante o processo.

**Unitermos:** Psicologia, implante coclear, deficiência auditiva.

## **Summary**

The objective of this paper is to give an account of the psychologist's role in the Cochlear Implant Program at the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo – Bauru, developed by an interdisciplinary team, aiming the rehabilitation of persons with hearing impairment. The work of the psychologist involves several stages: case study, pre-surgical case, post-surgical management and rehabilitation follow-up. These four stages are permeated by continuous work concerning the feelings of the patients, family relations and a careful investigation on the changes occurred in their lives and of their families, throughout this process.

**Uniterms:** Psychology, cochlear implant, hearing impairment.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo é fruto da experiência das autoras com pessoas com deficiência auditiva profunda e seus familiares, que buscam atendimento no Programa de Implante Coclear (PIC) do Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA), do Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), em Bauru – SP, desde 1990.

O CPA, além de oferecer atendimento às pessoas com deficiência auditiva, tem como objetivos formar docentes e pesquisadores na área da Ciência da Audição, assessorar outros setores do Hospital, bem como o curso de Pós-graduação e outros centros audiológicos e de serviços públicos de diferentes regiões do país.

Considerado pioneiro no Brasil, o PIC tem feito com que outros programas – que se constituíram ou que estão se constituindo em outros estados – procurem assessoria da equipe multiprofissional que o desenvolve, o que motivou a elaboração deste artigo como uma das alternativas de contribuição para as novas equipes que se formam.

O PIC tem características próprias, oferece uma estrutura de trabalho de equipe interdisciplinar e compactua com a filosofia de humanização no hospital. A proposta da equipe que o desenvolve é ver o paciente na sua totalidade, como um ser integrado no mundo, e não focá-lo na sua surdez.

Cabe neste momento, destacar que a indicação de um implante coclear tem critérios muito bem definidos: ele destina-se exclusivamente àquelas pessoas com deficiência auditiva profunda e que não obtêm benefícios com o uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

O IC é um dispositivo eletrônico, designado a prover a audição e melhorar a comunicação de pessoas incapazes de compreender a fala por meio do AASI. É composto por uma parte interna, implantada mediante intervenção cirúrgica, cujos eletrodos são inseridos na cóclea. A parte externa, por intermédio de um microfone instalado junto à orelha, capta o som que é transmitido por um fio ao processador de fala. O processador envia a informação codificada para uma antena transmissora colocada junto ao receptor-estimulador. O ciclo da audição se completa quando o estímulo elétrico e os sinais codificados são transmitidos por radiofrequência para o receptor-transmissor. Este aparelho estimula os eletrodos que são implantados na cóclea (COSTA FILHO *et al.*, 1996; COSTA FILHO *et al.*, 2002).

Cada pessoa e cada família vivencia a surdez de modo singular e particular. Assim, o benefício do implante coclear (IC) depende também dos objetivos e das possibilidades físicas, emocionais e sociais de cada pessoa, bem como das expectativas familiares. A percepção da qualidade do som captado pelo IC é um aspecto que deverá ser exaustivamente explorado antes da cirurgia, pois o implantado deverá ter a exata noção de que jamais ouvirá novamente da mesma maneira de quando tinha a audição perfeita. O som obtido com o IC embora melhore a comunicação e a percepção sonora é muito diferente do que o ouvido humano naturalmente capta.

Considerando os problemas emocionais relacionados à surdez, cirurgia e implante coclear, a intervenção do psicólogo é fundamental no trabalho com o paciente e família, conseqüentemente, com a equipe.

O presente trabalho é um estudo descritivo e tem por objetivo relatar o papel do psicólogo no Programa de Implante Coclear do HRAC-USP-Bauru. De acordo com Triviños (1992), o relato de experiência profissional tem por objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade – no caso deste trabalho, o cotidiano do psicólogo.

Este trabalho tem ainda o objetivo de estimular o intercâmbio de conhecimentos, olhares e experiências entre equipes, profissionais e pessoas ligadas à área, para uma ação coletiva mais global, bem como colaborar para pesquisas que busquem a humanização no atendimento.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Dentro do PIC, a atuação do psicólogo se dá segundo as etapas que o paciente realiza no programa: inicia-se com o estudo de caso, realizado em conjunto com a equipe e perdura por todo o processo de reabilitação e acompanhamento vitalício.

Faz parte do trabalho do psicólogo:

1. Estudo de caso/avaliação psicológica
2. Preparação pré-cirúrgica:
  - a) Processo de decisão
  - b) Internação
3. Acompanhamento pós-cirúrgico:
  - a) Na internação
  - b) Nas primeiras ativações do implante coclear.
4. Acompanhamento na reabilitação

Esses quatro momentos são permeados pelo contínuo trabalho com os sentimentos do paciente e relação familiar e pela investigação das mudanças ocorridas na sua vida e na vida da família durante todo o processo.

Partindo da perspectiva de que a Psicologia Existencial é a ciência que estuda o ser do homem, é fundamental que se conheça sobre seu viver e experienciar, razão pela qual, neste trabalho, serão abordadas as experiências da pessoa com surdez e com o IC durante seu processo de reabilitação.

A proposta inicial do trabalho do psicólogo no PIC é acolher a pessoa em todo o seu “ser”: paciente e família são ouvidos e aceitos, para que possam contar com o apoio dos profissionais. Concomitantemente a este processo de acolhida, ocorrem os atendimentos de outros profissionais.

### **1. ESTUDO DE CASO/ AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

Para conhecer o paciente e sua família, são realizadas sessões que têm por objetivo a exploração e conhecimento do mundo interno da pessoa e do funcionamento do sistema familiar. Para tal, utiliza-se, basicamente, a entrevista psicológica e alguns instrumentos auxiliares, como testagens e outras técnicas que se fizerem necessárias. Os procedimentos diferenciam-se de acordo com a idade do paciente.

No caso de adultos, a ênfase é colocada na vivência do entrevistado, sempre com o objetivo de conhecer e compreender sua experiência, para se ter uma visão global da pessoa desde os aspectos mentais até os psicodinâmicos. Mediante a descrição do mundo próprio do sujeito e de sua situação atual, o psicólogo procura apreendê-lo em sua totalidade. A avaliação psicológica procura identificar em que ponto de sua existência o sujeito se encontra e que significados ele constrói em si e no mundo (AUGRAS, 2000).

Além de uma atitude receptiva, é necessário que o entrevistador observe e avalie criticamente, segundo sua experiência clínica e conhecimento teórico, o que ocorre durante a entrevista. Assim, formula hipóteses, que serão testadas ao longo das entrevistas futuras, sempre com objetivo de entender o caso (CUNHA, 1993).

Desta maneira, é necessário conhecer a história do paciente, a sua experiência com a surdez e suas expectativas e motivações quanto ao implante coclear.

Algumas técnicas, como desenho e/ou pintura, podem ser utilizadas para favorecer a expressão de sentimentos e possibilitam verificar a criatividade e conhecer o mundo interno da pessoa. É preciso lembrar também que, dentro do processo de estudo de caso, o conhecimento da Psicopatologia se faz necessário.

As entrevistas com os familiares são realizadas para conhecer a dinâmica familiar.

A entrevista psicológica com pessoas com deficiência auditiva tem um caráter especial e exige cuidado e habilidade do psicólogo na escolha das técnicas que serão utilizadas para favorecer a comunicação e incentivar a colaboração do paciente para expressar seus

sentimentos, visto que ele tem necessidades especiais. Assim, é muito importante que o psicólogo esteja atento e perceba qual o melhor canal de comunicação de cada um.

No caso da criança, o estudo depende dos pais e de outros órgãos envolvidos na (re)habilitação da criança (escola, fonoaudiólogos e outros), que ao trazerem informações sobre a criança, contribuem para a análise e compreensão do caso.

Dependendo da idade da criança, da perda auditiva, da facilidade na comunicação e da sua cooperação ou não, ela pode ser submetida a uma entrevista ou ser avaliada por intermédio de jogos (hora do jogo).

Segundo Logan (1991), muitos fenômenos podem ser observados por meio das brincadeiras da criança: pode-se avaliar inteligência, criatividade, espontaneidade, habilidades percepto-motoras, processos de pensamento, percepção de si e dos outros.

Segundo Trinca (1984), na *hora de jogo* avalia-se tanto o aspecto evolutivo como psicopatológico, além da capacidade adaptativa e simbólica da criança.

Quando a criança faz uso da comunicação verbal – dependendo da idade – a entrevista é utilizada para uma “conversa”, investigando-se sobre ela, sua relação com a família e com deficiência auditiva, ou até mesmo as expectativas que tem sobre o implante coclear. Utiliza-se a psicomетria para uma estimativa do nível intelectual e para a avaliação da personalidade, instrumento de auxílio no diagnóstico diferencial da deficiência auditiva.

O estudo da dinâmica familiar se faz necessário porque a (re)habilitação da criança depende do envolvimento familiar. Embora todos os membros da família passem por momentos de tensão, a mãe, especialmente, pelo papel e funções que desempenha, fica sobrecarregada e mais exposta ao estresse. A busca da recuperação do equilíbrio familiar é necessária para viabilizar e otimizar o desenvolvimento da criança (MATSUKURA *et al.*, 2000).

Sendo assim, a importância da família no desenvolvimento global da criança é inegável: é por intermédio dela que a criança aprende e forma sua visão de mundo, pois o modo como a família lida com a questão da deficiência auditiva interfere na sua vivência com a deficiência.

Vários são os estudos que relatam a importância da família na (re)habilitação da criança com deficiência auditiva (ALMEIDA, 1991; CARVALHO, 1992; PEREIRA; CARVALHO, 1993; HARRISON, 1994; VASCONCELOS *et al.*, 1995; MARTINS *et al.*, 1996; YAMADA, 1998; SILVA *et al.*, 1999; YAMADA *et al.*, 1999; MOTTI; PARDO, 2002). Sendo assim, é grande a importância de se conhecer cada família, a sua estrutura e funcionamento, verificar como os membros vivenciam a questão da deficiência auditiva, as expectativas do atendimento da instituição e/ou do implante coclear.

No estudo de caso, os limites entre a avaliação psicológica e a intervenção terapêutica ficam diluídos. Esse processo pode auxiliar a equipe, o próprio sujeito – na compreensão de si mesmo – e a família, na reconstrução de novas possibilidades do funcionamento do sistema familiar.

Geralmente existe a necessidade de orientar o paciente e a família sobre as habilidades e potencialidades que possuem para reorganizarem-se, assim, faz-se o encaminhamento para psicoterapia, se necessário.

Os critérios de elegibilidade para o PIC-HRAC-USP-Bauru estão relacionados a aspectos médicos, audiológicos, psicológicos ou sociais. No aspecto psicológico, não é considerado elegível para o programa, no momento, pacientes com distúrbios mentais de qualquer natureza mais grave (deficiência mental, psicose ou outras psicopatologias). Embora não seja um critério de exclusão, o estado emocional do paciente e da família também deve ser considerado: a pessoa ou a família pode estar desestruturada por ter recebido o diagnóstico da deficiência auditiva ou estar num momento crítico por alguma razão, no entanto, dependendo da causa, este estado pode ser alterado. Ou seja, pode não ser favorável para o programa de implante num momento e ser no outro (COSTA FILHO *et al.*, 2002; BEVILACQUA *et al.*, 2002). Neste caso, o trabalho de aconselhamento da equipe de psicólogos e de outros profissionais engajados na (re)habilitação do paciente, bem como o contato com outros pacientes implantados e familiares são de grande importância e extremamente necessários.

## **2. PREPARAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA**

#### **a) Primeira etapa - processo de decisão.**

Esta fase ocorre em continuidade ao processo de avaliação e o atendimento pode ser individual ou familiar. É nela que se delibera sobre realizar ou não o IC e pode ser um período conflituoso tanto para o paciente como para a família, sendo fundamental a intervenção do psicólogo. O IC é uma alternativa; a escolha torna-se difícil e gera conflito interno, especialmente quando as expectativas são altas e não condizentes com as informações reais. Nesta etapa, os riscos de uma cirurgia e o aspecto visível da unidade externa do IC são fatores exaustivamente considerados.

Nesse processo, cabe ao psicólogo, ainda, refletir sobre outras interferências que possam surgir, como a própria relação psicólogo-paciente, equipe-paciente, família-paciente e outras.

No caso da criança, além das entrevistas, utiliza-se material lúdico no preparo pré-cirúrgico, tais como bonecas, brinquedos relacionados aos objetos hospitalares, como estetoscópio, seringas, gaze, réplica da unidade externa do IC, play-mobil hospital etc.

Uma cirurgia traz, para a criança, situações que esta não está acostumada a vivenciar. Pessoas estranhas, injeções, ambiente desconhecido e procedimentos dolorosos contribuem para provocar reações de insegurança e medo de todo esse desconhecido. Sendo assim, é de fundamental importância que a criança seja devidamente preparada a fim de que os processos psicológicos desencadeados pela situação não comprometam a própria recuperação do paciente (FERRARI, 1985).

Durante esta etapa é oferecido um espaço para que a criança possa familiarizar-se e dramatizar situações que irá vivenciar no processo cirúrgico: contato com materiais hospitalares, dramatização do corte de cabelo (que é necessário neste tipo de cirurgia), curativos e vivência da situação hospitalar utilizando diversos brinquedos.

A intervenção psicológica se dá de acordo com a faixa etária do paciente e a necessidade de cada caso. É importante ressaltar que a vivência se torna fundamental para a criança com deficiência auditiva, porque ela perde as informações do meio e os acontecimentos para ela são repentinos e abruptos, contribuindo para reações de susto e medo do desconhecido (YAMADA *et al.*, 1999).

#### **b) Segunda etapa - internação**

No período de internação, novamente, podem surgir necessidades de se trabalhar com a pessoa/família no que se refere à ansiedade, medo, angústia, sentimento comuns frente à cirurgia. É quando o psicólogo ouve, acolhe, discute os sentimentos, desmistifica as fantasias e convive com a ansiedade e angústia juntamente com todos. É seu papel acompanhar o paciente durante a internação, para maior compreensão dos acontecimentos ao seu redor, e retomar o contato antes da cirurgia, na sala de pré-operatório, tranquilizando-o.

Para a criança, a situação de hospitalização pode ser nova e desconhecida, ocasião em que sentimentos como o temor do desconhecido é maior. Com medo, ela vai explorando e descobrindo a nova situação, e a equipe do hospital age minimizando esse fator. O processo pode ser mais ameno ou não dependendo das experiências anteriores de hospitalização (YAMADA *et al.*, 1999).

A sala de pré-operatório oferece um clima mais tranquilo e menos ameaçador, pois nela a criança tem alguns brinquedos à sua disposição.

### **3. ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO**

#### **a) Na internação**

Nessa etapa, o trabalho é focado no período de recuperação. São trabalhadas as verbalizações e sentimentos do paciente, favorecendo sua recuperação do ponto de vista psicológico. O psicólogo vai trabalhar as questões que surgirem: a vergonha que o paciente sente por estar com uma parte da cabeça raspada, a sua imagem corporal no relacionamento com o outro, a saída do ambiente natural, ou seja, o afastamento da família e do trabalho, a dinâmica da deficiência auditiva em sua vida e/ou a vivência familiar, que apresentam a necessidade de elaboração. Também é trabalhada a alta, dando-se atenção ao retorno ao cotidiano, preparando o

paciente para uma nova etapa. Assim, procura-se observar as expectativas e atitudes do paciente e da família, buscando desmistificar alguns aspectos da dinâmica limite-possibilidade.

No caso da criança, são oferecidos brinquedos, solicitados desenhos e trabalha-se novamente com os objetos lúdicos do preparo pré-operatório, para que a criança possa vivenciar e elaborar a sua situação e seu contexto.

#### **b) Nas primeiras ativações do implante coclear**

As primeiras ativações do IC, até mais ou menos seis meses após a cirurgia, iniciam a fase de adaptação do IC – para o paciente e para a família.

Inicialmente, com muita emoção, a pessoa é afetada pelo impacto de estar ouvindo. A emoção é perturbadora positiva ou negativamente. Posteriormente, ocorre um período de sentimentos confusos e, em certos momentos, ambivalentes. Nesse período, a pessoa pode ficar perturbada e angustiada, ocasião em que a realidade e a fantasia do processo ouvir se misturam e a ajuda emocional proporcionada pelo psicólogo é de grande valia.

No caso da criança, podem ocorrer dificuldades tanto para ela, na adaptação ao uso da unidade externa do IC, quanto para a família, com a nova situação vivenciada por todos: angústia e desespero pela possibilidade de a criança não aceitar o IC; excesso de cuidados dos pais para com o IC e com a criança, somados à superproteção – que geralmente já ocorria antes; ansiedade quanto ao resultado do implante e, conseqüentemente, com a fala da criança. É uma fase de readaptação do paciente e da família para uma nova realidade.

Neste período, além dos atendimentos individuais, inicia-se o trabalho de grupo de pacientes e familiares, o que proporciona trocas de experiências e ajuda mútua entre os membros, trabalhando-se as questões surgidas durante as conversas.

O grupo é aberto e formado pelos pacientes com retorno agendado para o mapeamento do seu IC e atendimento pela equipe interdisciplinar. O grupo de adultos é composto em média por três elementos, de maneira a permitir melhor comunicação e, em alguns casos, existir a necessidade de leitura orofacial (LOF). O grupo de família dos pacientes adultos é formado somente quando há, no mínimo, a presença de membros de duas famílias.

O grupo das crianças implantadas forma-se concomitantemente ao grupo dos pais/familiares. Cada encontro é único e depende do agendamento de retorno. Mediante uma leitura sistêmico-existencial, o psicólogo utiliza o método fenomenológico, trabalha os conteúdos emergentes no grupo e auxilia na construção e reconstrução das novas possibilidades vivenciais.

### **4. ACOMPANHAMENTO DA REABILITAÇÃO**

O acompanhamento, na reabilitação, é feito nos atendimentos de retorno, após seis meses de uso do IC. Nesse período, continua-se trabalhando o conteúdo que o paciente e a família trazem, com especial atenção para as particularidades de cada caso, e investiga-se as mudanças ocorridas na vida do paciente e da família após o IC.

#### **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

Levando-se em conta as etapas do processo de atuação do psicólogo, é possível perceber que os pacientes e seus familiares também vão construindo os seus caminhos em etapas. De início, tantos os pacientes como as famílias apresentam-se com idéias fantasiosas em relação ao IC, expectativas altas e ansiedades frente à nova situação. Seus sentimentos são confusos e angustiados; demonstram uma atitude de passividade ou de resistência em relação ao psicólogo, e posteriormente vão se tornando mais abertos, conscientes e participativos.

Pela própria limitação que a deficiência auditiva provoca na comunicação, algumas entrevistas podem se tornar desgastantes tanto para o paciente quanto para o profissional. Ocorrem dificuldades de entender a pessoa, bem como de fazer-se entender por ela.

Na prática, em alguns casos, a comunicação verbal é suficiente (sempre com o cuidado especial com deficiência auditiva). Em outros, é preciso utilizar como auxílio a escrita, o desenho, os gestos e/ou a participação de outros membros da família.

A experiência da surdez para os pacientes e familiares tem um impacto avassalador, alterando todo o ser da pessoa, as relações familiares e a interação com o outro e com o mundo.

Nos pacientes com surdez adquirida, a pessoa vivencia a perda e o desamparo. Há um predomínio dos sentimentos negativos, uma tendência ao negativismo, caracterizando um clima afetivo de tensão e depressão. Como parte do enfrentamento da perda, eles passam por um processo de luto, amplamente conhecido nos trabalhos de Kübler-Ross (1987).

Nos pacientes com surdez congênita – a maioria das crianças atendidas neste programa – o prejuízo auditivo faz parte de sua identidade. Luto, depressão e ansiedade são sentimentos experimentados pelos pais.

Assim, a primeira fase do processo de IC proporciona ao paciente e seus familiares entrarem em contato com as dimensões do mundo do silêncio, o que às vezes era evitado para não entrar em contato com o sofrimento e a dor.

Os pacientes e familiares manifestam os sentimentos e permitem-se re-significar a surdez. Percebem com maior segurança a parcela de responsabilidade frente à realidade e adquirem uma postura mais aberta para novas possibilidades, tanto individuais como familiares.

Por meio da análise existencial o paciente faz um exame da própria vida e a função do psicólogo é criar condições facilitadoras para que ele elabore e compreenda por si mesmo todo o processo pelo qual está passando e passará, obtendo assim esclarecimentos e delimitando suas expectativas.

No processo da tomada de decisão de fazer ou não a cirurgia de IC, a pessoa quer voltar a ouvir e esse “querer”, está relacionado ao desejo de ouvir como antes (quando ouvinte) o que não é real. Tendo em vista que, no desejo, o emocional é mais presente que o racional (incluindo valores, crenças e fantasias), sempre há dificuldade em lidar com essa realidade. Ao mesmo tempo em que deseja realizar o IC, que possibilitará mudanças no seu “ser-não-ouvinte”, existe a possibilidade de permanecer como está, sem correr riscos.

Destaca-se, assim, a importância da atuação do psicólogo junto ao paciente e à família, no momento de lidarem com esta realidade, pois chegam com expectativas altas e informações distorcidas sobre o implante, aspectos somados às dificuldades individuais de cada caso.

O trabalho psicológico proporciona-lhes conscientização, responsabilidade e liberdade na tomada de decisão quanto à realização ou não da cirurgia e propicia-lhes trabalhar sentimentos e emoções que precisam ser elaborados. Aspectos que, para Romero (1999), são fundamentais na intervenção psicológica.

As crianças também podem vivenciar situações hospitalares, brincar e expressar-se, o que é saudável do ponto de vista emocional.

No pós-cirúrgico, quase sempre existe um misto de alívio e apreensão. De um lado, alívio, porque a situação tida como a mais delicada (a cirurgia) foi superada; de outro, apreensão, pela preocupação com a recuperação, com os cuidados que precisam ter e com o que está por vir.

Segundo Angerami *et al.* (2002), a filosofia de humanização nas relações mobiliza o paciente a colaborar com o tratamento, fortalecendo-o para lidar com a situação de crise e amenizar o processo de internação.

O psicólogo é um elemento voltado à atenção afetiva da pessoa, é aquele que ouve o *outro lado* das queixas do paciente e seus posicionamentos, sem estar voltado ao tratamento clínico médico, e auxilia também na redução do “stress” pré e pós-operatório.

No decorrer da fase pós-cirúrgica e na reabilitação, as vivências emocionais marcantes dos pacientes são: o impacto de ouvir, a fase de adaptação com o implante tanto do paciente como da família e o novo “ser ouvinte”.

O impacto de estar ouvindo é sempre uma experiência de muita emoção e de realização, após a experiência angustiante da surdez.

Na fase de adaptação, o paciente pode vivenciar sentimentos contrários e até ambivalentes. Alegria por ouvir e tristeza por não compreender a fala do outro. Satisfação pelos benefícios do IC e sentimento de incômodo pela aparência da unidade externa. A adaptação dos

familiares quanto ao modo de comunicar é determinante, pois nesse momento, de qualquer maneira, a pessoa já está ouvindo.

O terceiro momento caracteriza-se pela integração do “ser surdo” e do “ser ouvinte”. Significa que a pessoa continua tendo a deficiência auditiva e também a audição. Para estas pessoas, a experiência com o IC, significa o resgate da confiança perdida, a possibilidade de diálogo, de fazer planos para o futuro e poder relacionar-se de maneira mais completa.

Durante todas as etapas vivenciadas pelos pacientes e familiares os sentimentos e as emoções predominantes são a ansiedade, a angústia, o medo, a tristeza, a alegria e a tranquilidade; sentimentos mais fortes em alguns momentos e mais amenos em outros, o que revela a força e presença da afetividade ou dimensão afetiva na vida da pessoa (YAMADA, 2002).

Com o IC, muitos pacientes relatam melhoras na comunicação, conseqüentemente, diminuição do stress, melhora na qualidade de vida e percepção mais positiva da realidade vivenciada. Yamada (2002) também constatou em seu estudo, que após o uso do IC acontecem mudanças positivas nos sentimentos e estados de ânimo dos implantados, tendo observado uma avaliação positiva e de sintonia com o mundo.

No caso das crianças, os relatos mais freqüentes dos pais são a respeito das melhoras na audição e fala da criança, conseqüentemente, passa a existir uma melhor comunicação entre pais e filhos; há a percepção de que criança ficou mais calma e os pais experienciam sentimentos de satisfação e tranquilidade, com diminuição da ansiedade e insegurança.

## **CONCLUSÃO**

Diante do contexto apresentado, conclui-se que a atuação do psicólogo no processo de IC torna-se abrangente ao lidar com o paciente, família e equipe multiprofissional:

- sua atuação junto ao paciente é fundamental em todas as etapas do programa, pois o ajuda a elaborar suas questões emocionais, compreendendo seu mundo e dando-lhe suporte durante todo o processo do programa;
- tendo em vista que a família do paciente é um microcosmo, quando um membro é afetado todos os outros também o são, assim, o suporte psicológico familiar se faz necessário, auxiliando na construção de novas realidades;
- o trabalho em equipe é fundamental e o paciente deve ser considerado na sua totalidade, aspecto que deve estar presente especialmente na construção da atitude interdisciplinar de todos os profissionais que lidam com ele.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. C. Grupo de mães de crianças deficientes auditivas: o impacto do diagnóstico. *Dist. Comun.*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 199-209, out. 1991.
- ANGERAMI, V. A.; MACIEL, S. C.; MAIA, E. M. C.; ROTH, M. C.; MACIEL, S. C.; CAMPOS, T. C. P. *Novos rumos na psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 187p.
- AUGRAS, M. *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 96p.
- BEVILACQUA, M. C.; COSTA FILHO, O. A.; MORET, A. L. M. Implante coclear em crianças. In: CAMPOS, C. A. H.; COSTA, H. O. O. *Tratado de otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 2002. cap. 26, p. 269-277.
- CARVALHO, J. M. O trabalho do psicólogo na escola especial com grupo de orientação aos pais de crianças deficientes auditivas. *Dist. Comun.*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 59-68, set. 1992.
- COSTA FILHO, O. A.; BEVILACQUA, M. C.; MORETI, A. L. M. Critérios de seleção de crianças candidatas ao implante coclear do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábica Palatais – USP. *Rev. Bras. Otorrinolaring.*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 306-313, jul. 1996.
- COSTA FILHO, O. A.; BEVILACQUA, M. C.; AMANTINI, R. C. B.; NETO, D. L. Implante coclear em adultos. In: CAMPOS, C. A. H.; COSTA, H. O. O. *Tratado de otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 2002. cap. 27, p. 278-289.
- CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 533p.
- FERRARI, B. Preparação psicológica do paciente cirúrgico. *Doutora*, São Paulo, v. 2, n. 7, p. 47-50, ago. 1985.
- HARRISON, K. M. P. *A surdez na família: uma análise de depoimentos de pais e mães*. 1994. 137f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- LOGAN, N. (1991) apud CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico*. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 533p.
- MARTINS, M. C. F. N.; BORGES, A. C. L. C.; YAZIGI, L. Aconselhamento de pais de crianças deficientes auditivas: aspectos psicológicos. *Pró-Fono*, Carapicuíba, v. 8, n. 1, p. 19-24, mar. 1996.
- MATSUKURA, T. S.; EMMEL, M. L. G.; PALHARES, M. S.; MARTINEZ, C. M. S.; SURIAM, C. E. A importância da previsão de suporte aos cuidados de crianças portadoras de transtornos no desenvolvimento. *Temas Desenv.*, São Paulo, v. 8, n. 48, p. 5-10, jan./fev. 2000.
- MOTTI, T. F. G.; PARDO, M. B. L. Diagnóstico da deficiência auditiva: compreensão dos pais e seguimento às orientações. *Acta AWHO*, São Paulo, v. 21, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.actaawho.com.br>>. Acesso em: 29 nov. 2002.
- PEREIRA, M. C. C.; CARVALHO, J. M. O trabalho em grupo com pais de crianças deficientes auditivas. *Dist. Comun.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 77-82, nov. 1993.
- ROMERO, E. *Neogênese: o desenvolvimento pessoal mediante a psicoterapia*. São José dos Campos: Novos Horizontes, 1999. 351p.
- SILVA, S. C.; KROM, M.; BEVILACQUA, M. C.; YAMADA, M. O. Família da criança deficiente auditiva: características e recursos. *Pró-Fono Rev. Atual. Cient.*, Carapicuíba, v. 11, n. 1, p. 47-52, mar. 1999.
- TRINCA, W. *Diagnóstico psicológico: prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984. 106p.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992. 175p.
- VASCONCELOS, L. G. E.; BOTELHO, A. C. M. M. Orientação a pais de crianças com distúrbios de comunicação – relato de experiência. *Pró-Fono*, Carapicuíba, v. 7, n. 1, p. 16-20, mar. 1995.
- YAMADA, M. O. *A construção da deficiência auditiva na família*. 1998. 128f. Monografia (Especialização em Terapia Familiar e de Casal) – Instituto Bauruense de Psicodrama, Bauru.
- YAMADA, M. O. *Dimensão afetiva, segundo a concepção de Emílio Romero, da pessoa com surdez adquirida antes e após o uso de implante coclear*. 2002. 93f. Dissertação (Mestrado em

Distúrbios da Comunicação Humana) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru.

YAMADA, M. O.; BEVILACQUA, M. C.; COSTA FILHO, O. A. A intervenção do psicólogo no pré e pós-operatório do programa de implante coclear. *Pediatr. Mod.*, São Paulo, v. 35, n.3, p.92-96, mar. 1999.