



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Licenciatura em Serviço Social

Trabalho de Fim de Curso

Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto e o papel do Assistente Social no atendimento aos pacientes acometidos pelo fenómeno: Estudo de Caso do Hospital Central de Maputo (2022)

Discente: Márcia Domingos Pelembe

Supervisora: Dra. Sara Pinto

Maputo, Março de 2023



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Departamento de Sociologia

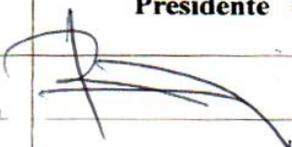
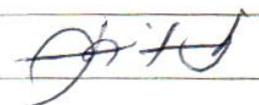
Licenciatura em Serviço Social

Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto e o papel do Assistente Social no atendimento aos pacientes acometidos pelo fenómeno: Estudo de Caso do Hospital Central de Maputo (2022)

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Serviço Social pela Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane.

Discente: Márcia Domingos Pelembe

Membros de júri

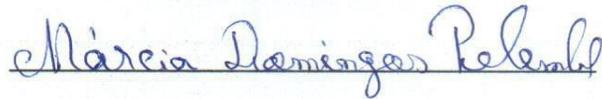
Supervisora	Presidente	Oponente	Data
<i>Sara Maria X. Pinto</i>			

Maputo, Fevereiro de 2023

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, **Márcia Domingos Pelembe**, declaro por minha honra que esta monografia é de minha autoria e nunca foi apresentada, parcial ou integralmente, para obtenção de qualquer grau académico, ou para outro fim desconhecido e que a mesma é produto duma investigação pessoal, estando indicada toda bibliografia utilizada para sua elaboração.

Maputo, Fevereiro de 2023

A handwritten signature in blue ink that reads "Márcia Domingos Pelembe". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

(Márcia Domingos Pelembe)

DEDICATÓRIA

Ao meu amado esposo, Patrício Moisés Monjane, aos meus filhos, Yusten Monjane e Patrícia Monjane, aos meus pais, Domingos Pelembe e Maria Isabel, que não mediram esforços para me ajudar nessa etapa tão importante da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus Todo-Poderoso, pela misericórdia, porque sem ele nada seria possível, por sempre me mostrar o caminho certo em toda a minha caminhada, sem Ele não conseguiria avançar e ultrapassar os obstáculos encontrados na minha vida académica.

A minha orientadora, Dra Sara Pinto, por ter aceitado ser minha supervisora, apesar da intensa rotina da sua vida profissional. Agradeço pela grande atenção dispensada, dedicação, paciência na elaboração da presente monografia, as suas observações fizeram toda a diferença. Muito obrigada, Deus te abençoe abundantemente.

Gratidão ao meu esposo, Patrício Moisés Monjane, pela sua presença e amor incondicional. Aos meus pais, Domingos Fernando Pelembe e Maria Isabel Manjate, pelo incentivo e apoio, esta monografia é fruto dos seus esforços pela minha educação. Aos meus irmãos, Olga Pelembe, Albertina Pelembe, Nelson Pelembe, Nando Pelembe, sem esquecer da minha cunhada, Berta Pelembe, pela ajuda ideológica dada.

A todos docentes do Departamento de Sociologia da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), que sempre transmitiram seu saber com muito profissionalismo, muito obrigada pelos ensinamentos. Aos meus colegas do curso de Serviço Social, 2017, em especial, a minha afilhada, Argêncja Jalane, pelas trocas de ideias e constante presença nos momentos difíceis com uma palavra de incentivo. Ao Xavier Marmunge, pelo apoio concedido durante toda a trajetória académica.

Aos meus colegas do trabalho, técnico Micaías Tomane e Alda Nuvunga, que acima de tudo, são grandes amigos, muitíssimo obrigada pelo suporte. A Dra. Hélia Mananze e Dra. Greta, pela confiança no meu progresso profissional e pelo apoio.

Por último, mas não menos importantes, aos pacientes da consulta de Otorrinolaringologia e aos Assistentes Sociais do Hospital Central de Maputo (HCM), por terem aceitado participar na pesquisa, a todos, muito obrigada.

EPÍGRAFE

*“Humanizar significa acolher o paciente em sua essência,
a partir de uma acção efectiva traduzida na solidariedade,
na compreensão do ser doente em sua singularidade e
na apreciação da vida....”*

(Morais et al., s.d.).

RESUMO

A deficiência é um fenómeno que se verifica desde os tempos remotos e a sua concepção sempre variou entre as sociedades em função de cada época. É considerada uma das principais causas de incapacidades dos indivíduos no contexto das actividades sociais e pode ser adquirida em qualquer fase da vida. Neste contexto, esta pesquisa visou compreender as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em pacientes adultos atendidos no Hospital Central de Maputo (HCM) e o papel do Assistente Social nesse processo de atendimento (2022). A pesquisa é qualitativa, do tipo descritivo e transversal, serviu-se da técnica de entrevista semi-estruturada para a recolha de dados do campo, com auxílio do guião de entrevista. As teorias de Estigma de Goffman (1891) e Humanista de Rogers (1984) serviram de lente para a leitura da realidade estudada. Os resultados obtidos apontaram que as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em pacientes adultos do HCM são o afastamento do mercado de trabalho, dificuldade de aceitação familiar e de constituição de novas amizades e a deficiente formação académica aliada à falta de condições económicas para a compra de próteses auriculares sofisticados. No HCM, cabe aos profissionais do Serviço Social (SS) compreender o processo clínico do paciente para que possam saber orientá-los através da linguagem gestual, mas também compete-lhes garantir a melhoria da condição social dos seus utentes.

Palavras-chave: Deficiência auditiva adquirida; Papel do Assistente Social.

ABSTRACT

Disability is a phenomenon that has been observed since ancient times and its conception has always varied between societies depending on each era. It is considered one of the main causes of disability in individuals in the context of social activities and can be acquired at any stage of life. In this context, this research aimed to understand the social implications of acquired hearing loss in adult patients treated at the Hospital Central de Maputo (HCM) and the role of the Social Worker in this care process (2022). The research is qualitative, descriptive and cross-sectional, using the semi-structured interview technique to collect data from the field, with the help of an interview guide. The theories of Stigma by Goffman (1891) and Humanist by Rogers (1984) served as a lens for reading the studied reality. The results showed that the social implications of acquired hearing impairment in adult patients at the HCM are withdrawal from the job market, difficulty in accepting family members and forming new friendships, and poor academic training combined with the lack of economic conditions to purchase sophisticated ear prostheses. At HCM, it is up to Social Work (SS) professionals to understand the patient's clinical process so that they can guide them through sign language, but it is also up to them to ensure the improvement of the social condition of their users.

Keywords: Acquired hearing loss; Role of the Social Worker.

LISTA DE ABREVIATURAS

CDPD	Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência
DDPPD	Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência
HCM	Hospital Central de Maputo
HCMB	Hospital Central Miguel Bombarda
HMB	Hospital Miguel Bombarda
INEE	Rede Interinstitucional para a Educação em situações de Emergência
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com Deficiência
SS	Serviço Social
UEM	Universidade Eduardo Mondlane

Índice

DECLARAÇÃO DE HONRA	i
DEDICATÓRIA.....	ii
AGRADECIMENTOS	iii
EPÍGRAFE.....	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO.....	7
1.1. Contextualização histórica da deficiência auditiva.....	7
1.2. Surgimento do Serviço Social e a prática interventiva do Assistente Social.....	9
1.3. Serviço Social na saúde	11
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	13
2.1. Enquadramento teórico	13
2.1.1. <i>A deficiência auditiva na perspectiva da Teoria de Estigma</i>	13
2.1.2. <i>Teoria Humanista de Rogers</i>	15
2.2. Enquadramento conceptual.....	17
2.2.1. <i>Deficiência auditiva</i>	17
2.2.2. <i>Hospital</i>	19
2.2.3. <i>Assistente Social</i>	20
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	21
3.1. Natureza da pesquisa.....	21
3.2. Método de pesquisa	21

3.3. Caracterização da área e da população e amostra	22
3.3.1. Área da pesquisa	22
3.3.2. População e amostra.....	23
3.4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	24
3.5. Análise e Tratamento de dados	24
3.6. Questões éticas na pesquisa	25
3.7. Constrangimentos da pesquisa.....	25
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	26
4.1. Actividade 1: Apoio psicossocial aos pacientes	26
4.2. Actividade 2: Sensibilização às famílias	27
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO.....	28
5.1. Perfil sociodemográfico dos inquiridos	28
5.2. Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto	29
5.3. Papel e desafios do Assistente Social no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto.....	36
CONCLUSÃO.....	41
Sugestões	43
Referências Bibliográficas.....	44
Apêndices	48
Anexos	60

INTRODUÇÃO

A deficiência é um fenómeno que se verifica desde os tempos remotos e a sua concepção sempre variou entre as sociedades em função de cada época. É considerada uma das principais causas de incapacidades e/ou limitações dos indivíduos no contexto das actividades sociais e pode ser adquirida em qualquer fase da vida.

Toda forma de deficiência nos humanos é acompanhada por peculiares desvantagens psicológicas, biológicas e sociais. No caso da diminuição ou perda total da capacidade auditiva, geralmente, os indivíduos enfrentam dificuldades no desenvolvimento da linguagem e para além de estarem incapacitados de apreender as normas de convivência social, a sociedade e as famílias muitas vezes não estão preparadas para lidar com as diferenças (Redondo & Carvano, 2000).

Na fase adulta, os impactos dos problemas auditivos adquiridos mostram-se ainda mais significativos em relação aos outros estágios de vida, isto porque é nesse momento em que, na maioria das vezes, a pessoa acometida pela doença vê as suas relações socioprofissionais afectadas pelo tal acontecimento.

Recentemente, é evidente a atenção dada às Pessoas com Deficiência (PcD) no sentido da compreensão e mitigação das suas desvantagens sociais. As acções desenvolvidas por diferentes órgãos governamentais e privados em prol do bem-estar desse grupo de pessoas tendem a se distanciar cada vez mais das situações de exclusão social que outrora apoquentavam o mesmo. Verifica-se que existe consciência sobre a necessidade de construção de uma sociedade inclusiva, na qual está presente a promoção da qualidade de vida da pessoa acometida por deficiência, independentemente da natureza e gravidade da mesma (Francisco, 2018).

Nesta senda, para além da notória massiva elaboração e aprovação de leis que visam assegurar a inclusão social desse segmento populacional, os Assistentes Sociais são alguns profissionais que buscam continuamente garantir assistência social, lutando contra todo o tipo de injustiça envolvida nesse processo.

Sendo assim, o presente estudo é desenvolvido no contexto das implicações sociais do défice auditivo e da actuação do Serviço Social nessa problemática, sendo subordinado ao tema: *Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto e o papel do Assistente Social no atendimento aos pacientes acometidos pelo fenómeno: Estudo de Caso do Hospital Central de Maputo (2022).*

- **Problema**

Diante dos diversos factores de riscos que a sociedade moderna apresenta, a deficiência é um fenómeno que está cada vez mais presente na vida dos humanos. Os dados apresentados pelo Relatório mundial sobre a deficiência da Organização Mundial de Saúde [OMS] e Banco Mundial de 2011 (2012) citados por Figuerêdo (2015), indicam que até em 2010 mais de um bilhão de pessoas ou 15% da população mundial estariam vivendo com alguma deficiência.

Por seu turno, na actualidade, estima-se que “... mais de 5% da população mundial, ou seja, 360 milhões de pessoas (328 milhões de adultos e 32 milhões de crianças) possui surdez incapacitante em alguma medida”(WHO-OMS, 2015 citada por Soares, 2016:9).

Apointa-se ainda que, dois terços da população mundial com problemas auditivos residem em países em desenvolvimento e essa situação tende a se agravar de acordo com as condições de vida e saúde. Não é o crescimento económico, mas a forma como a riqueza é distribuída em um país que altera as condições de saúde da população (OMS, 2006 citada por Francelin, Motti & Morita, 2010).

Em Moçambique a deficiência auditiva está pouco estudada, principalmente na perspectiva da actuação do Assistente Social nesse fenómeno, no entanto, os dados do Censo 2017, indicam que no país, até no ano da realização desse Censo, cerca de 727.620 pessoas, correspondente a 2,6% do total da população estimada em 27.909.798 habitantes tinham algum tipo de deficiência (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019).

Entre as causas que concorrem para a perda brusca de audição no período pós-natal ou na vida adulta, algumas são evitáveis e outras inevitáveis. No período pós-natal ou na vida adulta, segundo Santos e Martinho (2005) citados por Andrade (2011) uma série de problemas pode causar a deficiência auditiva. Estão incluídas nessa série, as infecções (meningites, otites¹); o uso de medicações tóxicas para o ouvido interno (medicamentos ototóxicos); o trauma craniano com lesão de estruturas auditivas; a exposição a ruídos muito intensos, como bombas ou mesmo música muito alta (trauma acústico).

Os problemas auditivos que são identificados depois do nascimento decorrem através de factores genéticos ou não genéticos, a sua manifestação ocorre de forma isolada ou associada a outras anormalidades (Russo e Santos, 1993; Galindo, 2007 citados Francelin, Motti & Morita, 2010).

¹ Otite média é a inflamação da mucosa do ouvido médio, independentemente da sua etiologia (Santos & Russo, S/d; Neves, S/d).

No caso específico da influência dos medicamentos no desencadeamento dos problemas auditivos, Simón (2022) conclui que alguns medicamentos podem causar perda auditiva, com forte impacto na capacidade de comunicação e na qualidade de vida. Deste modo, os benefícios dos medicamentos ototóxicos devem ser pesados em relação aos riscos potenciais, priorizando-se sempre a sua prevenção. Na revisão de literatura feita por este autor, entre os medicamentos que induzem a deficiência auditiva, destacam-se os Anti-infecciosos, Antineoplásicos, Salicilatos e Anti-inflamatórios não esteroides e Diuréticos da ansa.

As implicações sociais que a deficiência auditiva sempre traz consigo são várias, principalmente quando adquirida na fase adulta. A vida do indivíduo acometido por esta doença, bem como das pessoas que integram o seu quadro das relações sócio-familiares e/ou profissionais fica negativamente afectada. A audição como parte dos cinco sentidos que permitem ao ser humano o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, o seu comprometimento constitui um factor incapacitante e de redução do desempenho do indivíduo nas relações sociais.

Redondo e Carvano (2000), no seu estudo sobre a deficiência auditiva, intitulado “a pessoa surda: o diagnóstico a participação social”, constataram que a deficiência na audição influi, no relacionamento da mãe com o filho e cria lacuna nos processos psicológicos de integração de experiência, afecta o equilíbrio e a capacidade normal de desenvolvimento da pessoa.

Corroborando, Erdman (1993) refere que entre os vários problemas relacionados à deficiência auditiva adquirida, destaca-se o auto-isolamento do indivíduo visto que, geralmente, ele deixa de pedir para as pessoas repetirem ou falarem mais alto por causa da vergonha, temendo se tornar motivo de zombaria ou desprezo.

Diante das múltiplas implicações sociais que a deficiência auditiva adquirida acarreta na vida do adulto, discute-se no contexto da literatura o papel do Assistente Social nessa problemática. Segundo Batista (2013), na comunidade surda, o profissional do SS potencia a capacitação e autonomia, tentando minimizar e superar a incapacidade auditiva e maximizando e potenciando as restantes faculdades e capacidades do indivíduo. Nesta abordagem, ele tem em linha de conta quais as necessidades, carências e desafios do indivíduo, para poder auxiliar ou mesmo colmatar na sua totalidade esses desafios tendo em conta os recursos disponíveis para melhor intervir.

Na óptica de Richmond (1982), a intervenção do Assistente Social junto às pessoas com deficiência auditiva, com a família e com as diferentes organizações baseia-se no entendimento da situação da pessoa e do ambiente, bem como na acção. Implica compreender e agir sobre

crises pessoais e familiares que são originadas ao longo do desenvolvimento evolutivo; fornecer informações e treinamento à população ouvinte para poder interagir com a população não ouvinte.

Na realidade prática da sociedade moçambicana, os profissionais do SS são desafiados, em alguns casos, a lidar com as crenças religiosas da família dos pacientes com deficiência auditiva adquirida, isto porque, segundo Simbine (2020), nesta sociedade ter deficiência é resultado de maldição, sendo assim, a PcD, na maioria das vezes, isolada.

No entanto, numa realidade diferente da apresentada por Simbine (2020), foi possível constatar no caso específico do HCM, durante as actividades profissionais da pesquisadora, especificamente, no sector de Otorrinolaringologia eminentes casos de queixas e desabafos de pacientes com essa condição de saúde, em relação às dificuldades de adaptação comunicacional por si enfrentadas após ter contraído a deficiência, associadas à falta de paciência ou despreparo familiar para lidar com o fenómeno.

Essa constatação despertou na observadora, a necessidade de conhecer de forma aprofundada como é viver com deficiência adquirida e a actuação do SS nesse contexto, levantando a seguinte questão de partida:

- *Quais são as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida pelos pacientes adultos atendidos no HCM e qual é papel do Assistente Social nesse processo de atendimento?*

- **Hipóteses**

Para a prossecução dos objectivos do estudo, foram desenvolvidas as seguintes hipóteses, a conhecer:

- i. As dificuldades de comunicação e de aceitação sócio-familiar e, a consequente auto-exclusão social são as implicações sociais enfrentadas pelos pacientes com deficiência auditiva adquirida do HCM, após o acometimento pela doença.
- ii. A promoção da aceitação social e familiar dos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto do HCM constitui o principal papel do Assistente Social no processo de atendimento a esses utentes.

- **Justificativa**

A motivação pessoal para a realização deste estudo surgiu da necessidade de se aprofundar em matéria da deficiência enquanto aspirante profissional do SS, perspectivando contribuir positivamente para a melhoria da qualidade do atendimento humanizado à PcD.

Levando em consideração a susceptibilidade da deficiência auditiva na vida das pessoas, bem como sua crescente tendência numérica, fez-se necessária esta pesquisa para conhecer a magnitude dos problemas de audição. Partiu-se do raciocínio de que compreender as condições de vida das PcD pode contribuir para um maior conhecimento das necessidades dessa população e para a redução das barreiras incapacitantes - que comprometem a sua autonomia.

Ao nível académico, o estudo revela-se importante, pois busca incentivar debates académicos, bem como constituir um manancial de consulta para os futuros interessados em explorar o assunto e, acima de tudo, tornar acessíveis informações que favorecerão a promoção da compreensão sobre a qualificação da intervenção do Assistente Social na problemática da deficiência, num contexto em que esses profissionais estão na luta pela definição dos seus papéis e funções no mercado de trabalho.

No âmbito profissional, espera-se reforçar, através dos resultados deste estudo, as medidas de planificação e replanificação de intervenções em Serviço Social, médicas, políticas, entre outras voltadas para o cuidado e acompanhamento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida na fase adulta. De igual modo, ao nível social intenciona-se consciencializar os membros da sociedade moçambicana e do mundo em geral, em relação as limitações fisiológicas da PcD adquirida e sobre as formas de interação com esse segmento populacional, no sentido da construção de uma sociedade inclusiva.

O estudo configura-se ainda importante, na medida em que pretende resgatar e promover os direitos da PcD, numa era em que se verificam concepções mitológicas que concorrem para a exclusão dessa pessoa na sociedade.

- **Objectivos da pesquisa**

O objectivo geral desta pesquisa é de compreender as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em pacientes adultos atendidos no HCM e o papel do Assistente Social nesse processo de atendimento. Especificamente, procura-se:

- i. Auscultar a percepção dos pacientes em relação às implicações da deficiência auditiva nas relações sócio-familiares da pessoa acometida pelo fenómeno;
- ii. Descrever o papel e desafios do Assistente Social no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto.

Em termos dos procedimentos metodológicos, a pesquisa desenvolvida adoptou a abordagem qualitativa. É do tipo descritiva, a mesma serviu-se da técnica de entrevista semi-estruturada para a recolha de dados do campo, com auxílio do guião de entrevista.

No que concerne à estrutura, este trabalho possui como elementos textuais: Introdução, onde se faz apresentação do tema, problema e/ou pergunta de pesquisa, hipóteses, justificativa, bem como a forma de estruturação do trabalho; Capítulo I, concernente à contextualização da deficiência auditiva, surgimento do SS e papel do Assistente Social na saúde; Capítulo II, referente ao Enquadramento teórico e conceptual, onde apresenta-se as teorias de base e os conceitos utilizados para a análise dos dados do estudo; Capítulo III, relativo à Metodologia de investigação, onde se apresentam os procedimentos metodológicos utilizados na elaboração do trabalho; Capítulo IV, referente à Apresentação do Plano de intervenção social, onde são destacadas as actividades levadas a cabo para intervir no problema identificado e estudado; Capítulo V, relativo à Apresentação dos resultados do trabalho de campo; e, por fim, são apresentadas as Conclusões, Sugestões da pesquisa, as Referências bibliográficas e os Anexos consultados durante a elaboração do trabalho.

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO

Após a apresentação dos pressupostos do estudo na secção anterior deste trabalho, neste capítulo é apresentada uma breve contextualização da deficiência auditiva sob ponto de vista do seu contexto histórico até o actual. De igual modo, faz-se a contextualização da profissão do SS, tendo em vista o seu surgimento e a prática interventiva do Assistente Social, sobretudo na Saúde.

1.1. Contextualização histórica da deficiência auditiva

Do ponto de vista histórico, a relação entre sociedade e PcD é caracterizada por contradições, conforme os diferentes contextos e épocas. Deste modo, para entender as conquistas verificadas na actualidade no âmbito da vida das pessoas acometidas por algum tipo de deficiência, em particular o problema auditivo, é necessário realizar um breve resgate histórico das diferentes concepções tidas ao longo da história em torno desse fenómeno social.

Há cerca de 4000 anos atrás, na era egípcia, a posição de sujeito ocupada pelo surdo não seria a mesma de um humano, por ele não falar e por ser incapaz de aprender. Para os romanos, a discussão em torno de sua posição - sujeito era determinada pelo fato de eles terem uma formação imaginária, segundo a qual, os surdos não tinham possibilidade de desenvolvimento moral e intelectual (Lima, 2010 citado por Costa, 2010).

Segundo Santos e Silva (2015), na Grécia, por exemplo, Aristóteles acreditava que os surdos, por não desenvolverem naturalmente a oralidade, não eram capazes de raciocinar e, por essa condição, não recebiam orientação educacional, e não tinham direitos.

Assim, até o fim do século XV, os deficientes auditivos não tinham escolas especializadas na Europa. Eles eram excluídos da sociedade, existindo leis que os proibiam de votar, casar, herdar propriedades, etc (Santana, 2007 citado por Santos e Silva, 2015).

Nesse período, a posição-sujeito que cabia ao surdo era a de incapaz de se desenvolver moralmente e intelectual, de se expressar oralmente, sendo incapaz de expressar sentimentos ou qualquer pensamento (Lima, 2010 citado por Costa, 2010).

O autor supracitado ressalta que a partir do século XVI, primeiramente através de iniciativas de ensino isoladas e posteriormente institucionalizadas, a educação dos surdos passou a dar-lhes uma posição de sujeito em processo de deslocamento. O sujeito surdo passa a ser olhado como

acto a linguagem, capaz de comunicar-se, de pensar, de expressar sentimentos, um ser moral, não é mais considerado um ser rudimentar, a posição sujeito-surdo é tornada humana.

Neste sentido, o surdo faz-se presente, através da força da ideologia e de sua formação no processo da historicidade e leva a sociedade a ter novas concepções sobre antigas questões que sempre foram postas a humanidade, a presença do sujeito surdo.

Segundo Costa (2010) o primeiro a declarar o surdo como capaz de pensar e de ser ensinado foi Girolamo Cardano, em 1579, no qual fez um método de associação de figuras desenhadas. O sucesso deu-se devido a sua percepção de dar ao surdo à possibilidade de elaboração de conceitos.

Em 1755, na França, o Abade L'Épée causou grande mudança na situação dos surdos, pois a língua gestual foi reconhecida e muitos benefícios foram concedidos (Santana, 2007 citado por Santos e Silva, 2015).

Camacho (2019) citando Aranha (1995), pontuou que somente a partir do séc. XX, em consequência da expansão do modo de produção capitalista, com o aumento do trabalho livre e das guerras mundiais, verificou-se o aumento do entendimento social sobre a deficiência, passando-se a não considerar apenas as doenças genéticas, as resultantes de guerras ou de epidemias, entraram em cena as doenças incapacitantes do trabalho, causadas principalmente pela precariedade no trabalho e pelas altas jornadas de horários, factores agregados que fortaleceram as lutas que reclamavam pela necessidade da criação do direito do trabalho, como também, de um sistema previdenciário e de saúde que pudesse atender essa grande demanda, propondo nova concepção de realidade envolvendo a PcD inserida na produção de riquezas.

Francisco (2018) acrescenta que, no Século XX, a atenção com as deficiências e a PcD passa a ser objecto de diversos estudos científicos. Em 1948, por exemplo, a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, adopta a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que estabelece num dos seus artigos que “toda pessoa humana tem direito ao respeito de sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade”.

Outro factor que impulsionou a mudança na concepção sobre PcD e no surgimento de muitos movimentos foi à aprovação da Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência (DDPPD), em 1975, pela Organização das Nações Unidas (ONU). No final da década de 1970 e início de 1980, por influência do Ano Internacional das Pessoas Deficientes, o movimento adopta a expressão “pessoa deficiente” (Francisco, 2018).

Ainda segundo o autor acima citado, algum tempo depois, é incorporada a expressão “pessoas portadoras de deficiência”, com o objectivo de identificar a deficiência como um detalhe da pessoa, e gerar uma tentativa de não exclusão. Logo contestada por líderes de organizações de pessoas com deficiência. Mais adiante, na década de 1990 do século passado, começa a surgir o termo “Pessoa com deficiência”. O termo faz parte do texto da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adoptada pela ONU em 2006.

Feito o resgate histórico da deficiência, entende-se que desde os tempos remotos a PcD auditiva tem sido vítima de exclusão social, associada à concepção estereotipada presente em diferentes culturas e épocas. Contudo, graças ao desenvolvimento científico que permitiu o conhecimento das reais causas da deficiência, a busca da inclusão social tem sido na actualidade um anseio e desafio para o mundo. Hoje em dia, sabe-se que a PcD é um ser humano como qualquer outro, pelo que goza de direitos.

1.2. Surgimento do Serviço Social e a prática interventiva do Assistente Social

A génese do SS, remota à época da consolidação da industrialização, em finais do sec. XIX e inícios do XX, em Inglaterra, justamente por efeitos de todo um clima de problemas sociais gerados pela revolução industrial, pelo capitalismo económico e pelo liberalismo político, que se fez sentir. A mesma deu-se em Inglaterra, depois nos Estados Unidos e, só posteriormente nos restantes países Europeus que se estabeleceram as raízes do SS (De Robertis, 2003 citado por Nuncio, 2010).

Corroborando com a ideia supracitada, Faleiro (1993), refere que o SS é uma profissão que nasceu em estreita ligação com o capitalismo industrial e o desenvolvimento de forças produtivas centradas no espaço urbano, a par com uma evolução, até então impensável, da técnica e da ciência.

Segundo Nuncio (2010), os pioneiros procuraram responder a três grandes questões: em primeiro lugar ao porquê dos problemas e desigualdades sociais, em segundo lugar a como intervir nestes problemas e finalmente, em terceiro lugar, a que nível realizar essa intervenção.

A prática dessa profissão está centrada na satisfação de necessidades humanas e no desenvolvimento do potencial e recursos humanos. É uma profissão cujo objectivo consiste em provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nos indivíduos em particular (ONU, 1999).

É uma profissão que busca a compreensão do macro para intervir no micro, ou seja, procura apreender a realidade a ser realizada na intervenção a partir do contexto social, histórico, político, económico e cultural. Deste modo, quanto mais amplo o conhecimento da realidade, mais qualitativa e profunda a intervenção profissional se torna (Machado, 2017).

Na óptica de Carvalho (2012), o SS pode ser definido como uma disciplina das ciências sociais e humanas, para as relações humanas em que a relação de ajuda se destaca, em que nesse processo está presente vários componentes a ter em conta, teorias e metodologias, organizações empregadoras, problemas, capacidades e necessidades de determinado grupo, profissionais, orientações de política, princípios e valores.

O profissional de SS actua como facilitador de acesso dos cidadãos aos seus direitos, considerando factores sociais como equidade e liberdade, na tentativa de romper barreiras e burocracias que impeçam ou dificultem o usufruto pleno dos direitos humanos, sociais e de cidadania (Machado, 2017).

Entende-se, então, que o Assistente Social é um profissional importante para a defesa dos direitos sociais, visto que trabalha de forma contínua com os problemas que afectam a sociedade, em especial a classe desfavorecida, incentivando a mobilização social e reconhecendo as implicações éticas do seu fazer profissional.

De acordo com Ander-Egg (1995), um Assistente Social deve possuir as seguintes qualidades e condições: a sensibilidade social, deve ter a capacidade de perceber e responder às necessidades, problemas, emoções, preferências e maneiras de pensar das outras pessoas; a convicção e confiança na capacidade das pessoas exercerem as suas potencialidades, com vista a realização do indivíduo e a resolução dos seus problemas.

O autor em alusão afirma ainda que o Assistente Social deve possuir a habilidade para a motivação e estímulo, deve ter a capacidade para movimentar, motivar, orientar e activar as condutas, para que se verifique uma participação dos destinatários dos seus programas; a aptidão para o reconhecimento humano, onde deve desenvolver boas relações interpessoais; e a maturidade humana, onde deve assumir a responsabilidade dos seus actos e compromissos adquiridos.

Ficou evidente que a mudança social é o objecto principal do SS e do fazer profissional do Assistente Social, pois, ambos, participam no planeamento, na execução, avaliação de políticas e serviços de carácter preventivos destinados ao bem comum. Na maioria das vezes configuram-se

como um mediador entre as pessoas e o serviço, defendendo e garantindo a protecção através de políticas sociais.

1.3. Serviço Social na saúde

O SS intervém em numerosas esferas funcionais, prestando serviços sociais a diversos sectores da população a nível micro, meso e macro. Os Assistentes Sociais participam no planeamento, orçamento, execução, avaliação e alteração das políticas e serviços sociais de carácter preventivo destinados a diferentes grupos e comunidades (ONU, 1999).

Esta profissão tem na questão social – apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura – a base de seu trabalho. Neste contexto, os Assistentes Sociais trabalham com a questão social manifestada nas variadas expressões quotidianas, isto é, nas suas mais diversificadas áreas de actuação profissional: trabalho, família, habitação, saúde, educação, segurança social, justiça, dentre outras (Iamamoto, 2000).

A saúde é, especificamente, uma das áreas de maior e mais antiga implantação do trabalho social. Neste sector, assim como nos outros, a intervenção do SS é igualmente indispensável uma vez que o atendimento dos problemas de saúde vai para além da acção dos médicos e enfermeiros. Faz-se, portanto, necessário que haja um profissional capaz de atender a dimensão social que é subjacente aos problemas de saúde. Para um tratamento global é necessário trabalhar os componentes biopsicossociais da doença (Ander-Egg, 1995).

De acordo com Berezovsky (1987), na saúde, o SS tem a seguinte finalidade:

- Proporcionar aos pacientes matriculados no hospital tratamento psicossocial utilizando métodos e técnicas do SS (visando a possibilitar-lhes seguir o tratamento médico);
- Planear, executar e coordenar programas relacionados aos problemas médico-sociais, cooperando com o hospital no cumprimento dos seus objectivos para com o paciente a comunidade;
- Participar do desenvolvimento de programas sociais e de saúde da comunidade;
- Desenvolver programas de educação em serviço;
- Participar de pesquisas médico-sociais;
- Realizar pesquisas de interesse do Serviço Social.

É neste sentido que o Assistente Social é inserido na área da saúde, com o compromisso de trabalhar em prol de um atendimento humanizado e igualitário para todos os indivíduos. Neste contexto, o Conselho Federal de Serviço Social (2009), defende que nesta área o mesmo desenvolve acções como:

- ✓ Prestar orientações e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais;
- ✓ Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objectivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- ✓ Criar mecanismos e rotinas de acção que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da segurança social;
- ✓ Realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objectivos das mesmas;
- ✓ Realizar visitas institucionais com objectivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- ✓ Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, protecção, prevenção e recuperação da saúde.

Corroborando com a fonte acima referida, o Ministério da Saúde (2007) destaca como tarefas típicas do Assistente Social, especificamente nas enfermarias: Entrevistar os pacientes e familiares em busca de alternativas de solução para as dificuldades decorrentes da doença; Discutir com o paciente e a família sobre as implicações biopsicossociais do diagnóstico e prognóstico médico e a programação de alta; assim como orientar o paciente e família quanto a rotina hospitalar.

É indubitável a importância do SS ou do Assistente Social na saúde, pois traz um olhar diferente em torno do problema do paciente, na medida em que busca identificar e promover a resolução dos problemas de cunho relacional e material, para além dos físicos. Não se pode deixar de reconhecer que essa profissão é de relevância transversal, visto que usa como base o diálogo e privilegia o trabalho em equipa e a interdisciplinaridade.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Feita a contextualização da deficiência auditiva e do SS no capítulo anterior deste trabalho, neste far-se-á o enquadramento teórico e conceptual. Portanto, apresenta-se, em primeiro lugar, as teorias que serviram de raciocínio base desta pesquisa e, finalmente, em segundo lugar, o enquadramento conceptual baseado na discussão dos conceitos básicos relacionados aos tema pesquisado.

2.1. Enquadramento Teórico

Para abordar, teoricamente, o objecto de estudo, recorreu-se ao pensamento de duas teorias diferentes. Uma é denominada “Teoria de Estigma”, desenvolvida por Goffman (1891) e a outra é “Teoria Humanista” desenvolvida por Rogers (1984). Ambas apresentam um raciocínio social dos fenómenos.

2.1.1. A deficiência auditiva na perspectiva da Teoria de Estigma

Neste estudo foi escolhida a abordagem teórica de Goffman (1891) sobre o estigma, exclusivamente para analisar as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida na fase adulta, isto porque a mesma para além de evidenciar tais implicações, aponta as causas desses acontecimentos.

Na sua teoria, Goffman (1891) refere que a interacção é factor responsável pela construção social dos significados. Deste modo, na sociedade existem pessoas consideradas “normais” e outras “anormais”. As primeiras são aquelas que não são alvo de estigma². Os principais pressupostos dessa teoria incluem:

- ✓ **Estigma como atributo desviante:** Goffman define o estigma como um atributo que torna um indivíduo diferente dos outros em uma cultura específica. Isso pode ser algo visível, como uma deficiência física, ou algo não visível, como um transtorno mental.

- ✓ **Estigma social:** O estigma não reside apenas no indivíduo, mas é uma construção social que emerge da interacção entre características individuais e as normas culturais

² É um termo que se refere ao atributo profundamente depreciativo numa linguagem de relações, faz do indivíduo um possuidor de desvantagens em relação aos outros.

predominantes. O estigma não é inerente ao atributo em si, mas à maneira como a sociedade o percebe.

- ✓ **Identidade comprometida:** Indivíduos estigmatizados muitas vezes têm sua identidade comprometida, pois sua característica estigmatizada é vista como um aspecto dominante de quem são, obscurecendo outras partes de sua identidade.
- ✓ **Estigma visível e encoberto:** Alguns estigmas são visíveis, como cicatrizes ou deficiências físicas, enquanto outros são encobertos e não são prontamente percebidos, como orientação sexual ou histórico de doença mental.
- ✓ **Estigma pessoal e estigma social:** Goffman distingue entre o estigma pessoal, que surge de características individuais, e o estigma social, que é associado a grupos inteiros de pessoas, como etnias ou nacionalidades.
- ✓ **Estigma manifestado e estigma virtual:** O estigma manifestado ocorre quando uma característica estigmatizada é prontamente aparente, enquanto o estigma virtual é oculto, mas conhecido pelos outros. Um exemplo de estigma virtual é o conhecimento de que alguém foi condenado por um crime, mesmo que essa informação não seja visível.
- ✓ **Processos de manipulação de estigma:** Goffman descreve diferentes estratégias que as pessoas estigmatizadas usam para lidar com sua condição. Isso inclui a "passagem", quando tentam esconder o estigma, a "cobertura", quando minimizam a visibilidade do estigma, e a "adesão", quando assumem abertamente o estigma.
- ✓ **Desacreditados e desacreditáveis:** Goffman diferencia entre aqueles que já tiveram seu estigma revelado (desacreditados) e aqueles que ainda não tiveram sua característica estigmatizada revelada, mas têm o potencial de serem desacreditados (desacreditáveis).
- ✓ **Efeito na interação social:** A presença de um estigma pode influenciar a maneira como as pessoas interagem umas com as outras. Pessoas estigmatizadas podem experimentar discriminação, evitação ou até mesmo tentativas de normalização por parte dos outros.

- ✓ **Mudança de identidade:** A exposição a um estigma pode levar a mudanças na identidade e no auto-conceito das pessoas, pois elas podem começar a se enxergar sob a lente do estigma percebido pela sociedade.

Portanto, para esta abordagem teórica, num espaço em que estão presentes os “anormais”, os “normais” elaboram uma teoria do estigma, explicando a inferioridade dos primeiros, como forma de ter controlo do perigo que os mesmos representam.

No que diz respeito ao fenómeno da deficiência auditiva adquirida em adulto, a partir da perspectiva da teoria do estigma de Goffman, denota-se que a pessoa acometida pelo problema auditivo é vista como um ser estranho, ou seja, não humano e que deve ser excluída no acesso aos serviços e às oportunidades sociais. Tem a sua identidade gravemente deteriorada na medida em que é considerada inútil na sociedade.

Entende-se, por alguns, que o surdo viola as leis da sociedade porque não pode estudar, trabalhar, ser economicamente activo, ser cidadão conforme o padrão de normalidade então estabelecido. Ele também viola as leis da natureza porque um de seus cinco sentidos e, em alguns casos, dois, não desempenham a função para as quais foram criados. Portanto, o homicídio e abandono revelam-se como medidas a serem tomadas contra essa pessoa.

2.1.2. Teoria Humanista de Rogers

Para compreender o papel do Assistente Social na problemática da deficiência, recorreu-se a Teoria Humanista de Rogers (1984), cujo foco é o conhecimento do subjectivo. Esta teoria traz um olhar cuidadoso no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida.

Para esta teoria, as pessoas acometidas pelo problema auditivo na fase adulta, sentem-se atormentadas ou frustradas, outrossim, elas carecem da percepção mais humana por parte dos Assistentes Sociais, e só assim será possível minimizar o sofrimento causado pelo acontecimento e transformar as vidas dessas vítimas.

Segundo a teoria em referência, a abordagem da situação precisa de partir do ponto de vista do protagonista. Ou seja, o Assistente Social como protagonista, deve identificar a deficiência auditiva adquirida como problema social e buscar compreender qual é o seu papel para resolução desse fenómeno.

A teoria valoriza a dimensão subjectiva e interpretativa assumindo a subjectividade como a única forma de conhecimento individual. Ela defende que o Assistente Social para que possa efectuar uma intervenção social humanizada deve antes compreender a realidade subjectiva do adulto acometido pela deficiência, este processo pressupõe um atendimento empático.

Segundo Núncio (2010) a teoria humanista rompe as orientações profissionais e marxistas, rejeita as explicações objectivas e fundadas na lógica de hipóteses dedutivas, rejeita a existência de uma filosofia orientadora, tradição hegeliana e marxista que presidem à evolução humana.

A teoria humanista também reflecte uma postura investigativa para o Assistente Social na intervenção dos casos de deficiência auditiva, segundo Battini (2009) citado por Núncio (2010) a atitude investigativa do Assistente Social, faz com que o profissional ultrapasse o aparente, sendo capaz de evidenciar o fenómeno no seu núcleo. Através desta postura é possível que se conheça a dinâmica em que se deu a questão, neste caso específico, a deficiência. Para esta teoria as orientações compreensivas caracterizam-se pela procura de razões subjectivas que estão por detrás de resoluções objectivas e aparente dos factores sociais.

Nesta perspectiva, os adultos acometidos pela deficiência auditiva detêm comportamento em relação a sua interacção através das relações sociais. Segundo Carrillo (2004) citado por Núncio (2010) defende que os pacientes assumem as suas experiências quotidianas e a forma como estas experiências afectam o seu comportamento e a sua conduta perante os outros.

Rogers (1984) citado por Núncio (2010) defendeu que é pela relação terapêutica estabelecida com o profissional que o paciente descobre, em si mesmo o seu potencial de crescimento e transformação, convertendo a própria relação num espaço de desenvolvimento individual.

Portanto, ficou evidente que na óptica da teoria humanística o Assistente Social não deve se basear em deduções dos factos para que possa realizar o atendimento à PcD auditiva adquirida, pelo contrário precisa procurar entender a realidade subjectiva de cada utente e buscar soluções individuais para cada um.

2.2. Enquadramento conceptual

Atendendo a importância do conhecimento dos conceitos para o entendimento dos fenómenos, nesta secção se apresenta alguns conceitos-chave. A apresentação desses conceitos visa, simplesmente, clarificar o raciocínio desta pesquisa e não há qualquer pretensão de esgotar com a literatura.

2.2.1. Deficiência auditiva

A deficiência auditiva, conhecida como surdez, consiste na perda parcial ou total da capacidade de ouvir. É considerado surdo todo indivíduo cuja audição não é funcional no dia-a-dia e, é considerado parcialmente surdo todo aquele cuja capacidade de ouvir, ainda que deficiente, é funcional com ou sem prótese auditiva (Goldefeld, 1998).

Na óptica do autor supracitado, a deficiência auditiva pode ocorrer pelo comprometimento das vias auditivas em três diferentes níveis ou locais, sendo o Sistema Condutivo, no qual a perda é causada por problemas no ouvido externo ou no ouvido médio, como rolha de cera, otite externa, otite média, perfuração timpânica, este tipo de perda auditiva pode ser tratado na maioria das vezes com medicamentos ou cirurgias.

No Sistema Neurosensorial, a perda causada pelo problema no ouvido interno e/ou no nervo vestibulo coclear, podem ser divididas quanto a sua causa (etiologia), em genéticas ou adquiridas; não respondem a tratamentos clínicos ou cirúrgicos convencionais, sendo utilizado quando indicados, os aparelhos de amplificação sonora individuais (prótese auditiva) e, em casos seleccionados, os implantes cocleares.

No Sistema Nervoso Central, a perda é causada por problemas no tronco encefálico e/ou cérebro, como tumores e doenças neurológicas que acometam as vias auditivas centrais (Santos; Martinho 2005 citados por Andrade, 2011).

Em Moçambique, de acordo com a Resolução 20/99, de 23 de Junho, relativa a Política para a Pessoa Portadora de Deficiência, a deficiência “é qualquer redução ou perda de capacidade normal para um ser humano resultante de um impedimento”.

A deficiência auditiva não deve ser entendida apenas como a ausência de algo ou falha de uma determinada função auditiva e sim, numa relação com obstáculos, como uma dificuldade para propiciar a integração social e, é neste sentido conceptual mais amplo que foi compreendida a deficiência neste trabalho.

A classificação da surdez quanto ao grau de comprometimento (grau e/ou intensidade da perda auditiva) foi estabelecida por Davis e Silverman (1970) em níveis, de acordo com a sensibilidade auditiva do indivíduo.

De acordo com esta classificação, considera-se audição normal até 25 dB, em seguida, tem-se a perda auditiva leve entre 26 a 40 dB e a pessoa pode apresentar dificuldade para ouvir sons fracos como o tic-tac do relógio. A perda auditiva moderada com nível de audição entre 41 a 55 dB, a pessoa pode apresentar alguma dificuldade para ouvir conversação em fraca intensidade. Já a perda auditiva moderadamente severa de 56 a 70 dB, com esse grau de perda auditiva a pessoa terá dificuldade para ouvir uma conversação normal. A perda auditiva severa de 71 a 90 dB revela uma dificuldade da pessoa para ouvir o telefone tocando ou campainha. A perda auditiva profunda, acima de 91 dB, é caracterizada por uma dificuldade para ouvir o ruído de caminhão, de discoteca, ou, ainda, o ruído de um avião decolando.

Por seu turno, Santos e Russo (s/d) e Neves (s/d) afirmam que a deficiência auditiva pode ser classificada, levando em consideração os seguintes factores:

a) O momento em que ocorre

- Pré-natal – se ocorre durante a vida gestacional;
- Peri-natal – se ocorre durante o nascimento;
- Pós-natal – se ocorre após o nascimento.

b) A origem do problema

- Hereditária;
- Não hereditária.

c) O local onde ocorre

- Sistema condutivo – se ocorre no ouvido externo e/ou ouvido médio;
- Sistema neurosensorial – se ocorre no ouvido interno e/ou nervo vestibulo-coclær;
- Sistema nervoso central – tronco cerebral e cérebro.

2.2.2. Hospital

Segundo Silva (1998), hospital é a instituição devidamente aparelhada em pessoal e material destinado ao diagnóstico e tratamento de pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidado permanente de enfermagem, em regime de internação.

A OMS em 1956, definiu o hospital como sendo uma parte integrante de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população – curativa e preventiva – cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente. Define, também, como sendo um centro destinado ao treinamento de pessoal da saúde bem como à pesquisa biossocial (Mirshawaka, 1994).

Silva (1998) define as funções do hospital como segue:

- ✓ Função restaurativa: na função restaurativa o hospital desenvolve atividades de diagnóstico (ambulatório e internação), tratamento de doenças, reabilitação física, mental e social do indivíduo e cuidados de emergência.
- ✓ Função preventiva: nesta função o hospital desenvolve atividades de prevenção não só com objetivo de ajudar ao cliente como também seus familiares. Estabelecem programas que incluem a supervisão da gravidez normal e nascimento da criança, a supervisão do crescimento normal da criança, o controle das doenças transmissíveis, a prevenção das enfermidades prolongadas ou crônicas, a prevenção da invalidez mental e física, a educação sanitária e a saúde ocupacional.
- ✓ Função de ensino: o hospital desenvolve a função de campo de estágio para a formação de nível médio, de graduação e de pós-graduação em geral, para os profissionais da saúde e afins. Ainda, nesta área, o hospital desenvolve actividades de ensino ao cliente e família, bem como, treinamento e actualização do pessoal que trabalha no hospital.
- ✓ Função de pesquisa: a função de pesquisa do hospital é bastante ampla, reunindo as pesquisas relacionadas aos aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença; e as pesquisas relacionadas às práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

De acordo com Silva (1998), os hospitais, de maneira geral, podem ser classificados sob os aspectos clínicos, jurídicos e pelo número de leitos.

- **Quanto aos aspectos clínicos podem ser geral ou especializados:**

- ✓ Hospital geral: é aquele destinado a prestar assistência sanitária a doentes nas quatro especialidades básicas, ou seja: clínica médica, cirúrgica, obstetrícia e pediátrica.

✓ Hospital especializado: hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, em uma especialidade, como por exemplo: hospital de doenças infecto-contagiosas, de ortopedia, de oncologia.

• **Quanto ao número de leitos, estes se classificam da seguinte forma:**

✓ Hospital de grande porte: hospital com capacidade instalada de 151 à 500 leitos.

✓ Hospital de médio porte: hospital com capacidade instalada de 51 à 150 leitos.

✓ Hospital de pequeno porte: hospital com capacidade instalada de até 50 leitos.

✓ Hospital de porte especial: hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos. 15.

Quanto aos aspectos jurídicos, os hospitais podem ser classificados em governamentais (nacionais, provinciais e municipais) e particulares (de pessoa física ou jurídica), podendo ter finalidade lucrativa, filantrópica ou mista.

O presente estudo foi realizado num hospital central que se enquadra na categoria dos hospitais de grande porte e que presta serviços gerais em Moçambique, conforme é apresentado, posteriormente, na secção sobre *Descrição da área da pesquisa* do presente trabalho.

2.2.3. *Assistente Social*

O Assistente Social é um profissional que tem como objecto de trabalho a questão social com suas diversas expressões, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio das políticas sociais, públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais (Piana, 2009).

Tem um campo de intervenção muito vasto, possibilita trabalhar directamente com grupos sociais vulneráveis como: pessoas de baixos recursos económicos, pessoas com habilidades especiais, crianças vítimas de abuso doméstico, pessoas privadas de liberdade, entre outros (Chávez, Alava & Quijije, 2015).

Assim sendo, entende-se por Assistente Social, neste trabalho, o profissional com formação superior em Serviço Social, que desempenha as funções da profissão numa organização pública ou privada em qualquer das diversas matérias sociais.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

A validade dos resultados de qualquer pesquisa científica é mensurada através do seu método, pois é através deste que é possível verificar esses resultados. Assim, a metodologia traduz o conjunto de procedimentos e técnicas utilizadas para o alcance de um objectivo científico (Gil, 2008). Neste contexto, este capítulo versa sobre as opções metodológicas levadas a cabo para a concretização deste trabalho.

3.1. Natureza da pesquisa

Este estudo, quanto à sua natureza, é qualitativo. Este tipo de estudo permite uma aproximação entre a teoria e os dados, entre o texto e acção, usando a lógica da análise fenomenológica, isto é, da compreensão dos fenómenos pela sua descrição e interpretação (Teixeira, 2008, citado por Moiana, 2017).

Segundo Gerhardt e Silveiro (2009), o método qualitativo preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Também, é um estudo do tipo transversal, pois visou compreender as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida na fase adulta e o fazer profissional do Assistente Social no atendimento aos acometidos pelo fenómeno, tendo em vista um período específico e corrente, concretamente o ano de 2020.

3.2. Método de pesquisa

A pesquisa-acção foi o método utilizado para a efectivação deste estudo. Trata-se de um método que pressupõe uma participação e envolvimento do grupo alvo no problema a ser investigado; recorre a uma metodologia sistemática no sentido de transformar as realidades observadas, a partir da sua compreensão, conhecimento e compromisso dos elementos envolvidos na pesquisa, implicando o desenvolvimento de acções concretas (Gil, 2008).

Ainda na óptica do autor citado, este tipo de método é utilizado para a identificação de problemas relevantes dentro da situação pesquisada bem como definir um plano de intervenção com vista a resolução e acompanhamento dos resultados obtidos.

Assim sendo, no caso desta pesquisa, para além de se ter intencionado a compressão do objecto de estudo, desenvolveu-se algumas actividades que visaram promover o relacionamento saudável

entre os pacientes com deficiência auditiva adquirida e seus familiares, um facto que, igualmente, culminou com a sugestão de algumas medidas que podem ser levadas a cabo por diferentes entidades no âmbito da melhoria da qualidade de vida da PcD.

3.3. Caracterização da área e da população e amostra da pesquisa

3.3.1. Área da pesquisa

Este estudo foi realizado no HCM, particularmente no sector de Otorrinolaringologia e de SS, localizado no Bairro Cimento B, na Cidade de Maputo.

Historicamente, em 1876 decorreu a autorização governamental para construção do hospital e em 1877 iniciaram as obras de construção do Hospital de Lourenço Marques designado inicialmente de ‘Rainha D. Amelia’ (1897) e em 1910 o hospital toma a designação de Hospital Miguel Bombarda (HMB); em 1921 foi aprovado o regulamento dos Hospitais da colónia de Moçambique pelo Boletim nº 14, I serie, o HMB assume funções de Hospital Central e passa a ser denominado Hospital Central Miguel Bombarda (HCMB). Pelo Decreto 08/75 de 18 de Janeiro o governo de Moçambique faz a fusão do HCMB e o Hospital da Universidade de Lourenço Marques que actualmente é denominado de HCM que assume deste modo funções assistenciais e pedagógicas (HCM, 2016).

HCM é um hospital público de referência nacional que oferecem atendimento bem como de campo de desenvolvimento de ensino, pesquisa e extensão. Tem como visão ser um centro de referência de excelência na prestação de assistência em saúde, ensino e gestão pautada em altos padrões de integridade, humanização, ética e deontologia profissional.

Os departamentos que compõem a estrutura da instituição são: Departamento de Cirurgia; Departamento de Medicina Física e Reabilitação; Departamento Pediátrico; Departamento de Urgência e Reanimação; Departamento de Medicina; Departamento de Ortopedia; Departamento de Ginecológico (HCM, 2016). Entre os serviços prestados nessa unidade hospitalar, destacam-se:

- Serviços clínicos: anestesiologia; cardiologia, cuidados intensivos, dermatologia/ venéreo, doenças infecto-contagiosas, endocrinologia, endoscopia, estomatologia, gastroenterologia, geriatria, hematológica, hemodiálise, medicina física e reabilitação, medicina interna, nefrologia, neonatologia, neurologia, oncologia, pediatria, pneumologia,

prevenção de transmissão vertical, psiquiatria, reabilitação, nutricional, serviço de atendimento e aconselhamento juvenil, tratamento da dor, urgências das 24 horas.

- Serviço de apoio clínico: SS; atenção ao utente; banco de sangue; ecografia; electrocardiografia; encefalografia; farmácia; laboratório de bioquímica; laboratório de hematologia; laboratório de anatomia patológica; laboratório de biologia molecular; laboratório de microbiologia; laboratório de parasitologia; mamografia; radiologia; ressonância magnética; tomografia axial.
- Serviços Cirúrgicos: cirurgia cardíaca, cirurgia da mão, cirurgia geral, cirurgia maxila – facial, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, ginecologia, neurocirurgia, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia e urologia.
- Organização administrativa: aceitação, administração e finanças, apoio geral (limpeza e jardinagem), aprovisionamento, arquivo clínico, hotelaria (cozinha, lavandaria), manutenção, planificação e estatística, recursos humanos, secretariado, segurança e transporte.

3.3.2. População e amostra

A população deste estudo foi constituída por pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida, atendidos no sector de Otorrinolaringologia do HCM e por Assistentes Sociais do sector de SS da mesma instituição. De referir que o sector de Otorrinolaringologia desta unidade hospitalar presta diversos serviços para um número variável de pacientes, tais como consulta ao otorrinolaringologista, operações (amigdalectomia, extracção de queiloide, extracção de pólipos nasais, auriculares e nódulos das cordas vocais) e terapia de fala.

Por seu turno, o sector de SS da instituição é constituído por três **03** Assistentes Sociais, aos quais cabe identificar os diferentes problemas sociais dos pacientes e prestar o devido acompanhamento psicossocial.

Sendo um estudo qualitativo, não foi necessário calcular o tamanho da amostra. Segundo Duarte (2002), em um estudo qualitativo tem-se indicado no mínimo 20 unidades amostrais, mas isso varia de acordo com objectivo e universo de investigação até que o material obtido permita uma análise mais ou menos densa das relações estatísticas daquele meio.

Neste sentido, a amostra deste estudo foi composta por 12 participantes, sendo pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida, atendidos no HCM. Em relação aos Assistentes Sociais

trabalhou-se com toda população pelo facto de ser pequena (três profissionais), não sendo necessária a extracção amostral.

O envolvimento dos pacientes no estudo foi baseado na amostragem não probabilística por conveniência, portanto, só fizeram parte do estudo os elementos da amostra que reuniram os seguintes critérios de inclusão: ser paciente adulto com deficiência auditiva adquirida, em atendimento no HCM e estar disponível para participar no estudo.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados baseou-se na técnica de entrevista semi-estruturada, tendo em vista o registo dos dados socio-demográficos dos pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida e dos Assistentes Sociais do HCM, bem como as variáveis do estudo.

A entrevista a semi-estruturada é uma técnica, na qual, o investigador se apresenta ao investigado e formula-lhe perguntas, com o objectivo de obter os dados que interessam a pesquisa (Gil, 2002). A escolha desta técnica deveu-se ao facto de, a mesma permitir uma combinação entre perguntas fechadas e abertas, dando assim, aos entrevistados e ao entrevistador a liberdade de fazer qualquer questão relacionada ao tema sem, necessariamente, obedecer a ordem cronológica das perguntas, resultando em mais subsídios para a pesquisa.

O guião de entrevista dirigido aos pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida e o outro dirigido aos Assistentes Sociais do HCM, foram os instrumentos aplicados para a recolha de dados, os mesmos estão disponíveis nos apêndices 1 e 2 deste trabalho.

3.5. Análise e Tratamento de dados

Para a análise e tratamento de dados da pesquisa utilizou-se o modelo de análise de conteúdo de Laville e Dionne (1999). Na perspectiva de Berelson (1952) citado por Carmo e Ferreira (1998), *análise de conteúdo* é uma técnica ou modelo de investigação que permite fazer uma descrição objectiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação. Este modelo contempla quatro etapas imprescindíveis para a análise de dados: *leitura*, *descrição*, *classificação* e *interpretação*.

Sendo assim, no primeiro momento/etapa fez-se a descodificação e a leitura das respostas dos informantes. Posteriormente, realizou-se a descrição dos dados de forma detalhada através da leitura aprofundada. De seguida, fez-se o agrupamento dos dados dos informantes com base em

categorias, de modo a facilitar a análise de dados. E, por fim, buscou-se fazer a interpretação das informações dos informantes em forma de conclusões gerais. Sendo que para a consolidação dos resultados do campo recorreu-se ao processo de emparelhamento dos mesmos com o quadro teórico.

3.6. Questões éticas na pesquisa

Para salvaguardar a dignidade dos participantes, os dados colectados para esta pesquisa foram recolhidos descartando a identidade real dos envolvidos, em espaços adequados e/ou menos expostos. Os mesmos serão usados, exclusivamente, para fins académicos e destruídos após a publicação dos resultados.

3.7. Constrangimentos da pesquisa

Na literatura, o constrangimento encontrado é a escassez de estudos similares, pois são poucos estudos publicados que abordam as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida na fase adulta, muito menos sobre o papel do Assistente Social nessa problemática. Contudo, para garantir a efectivação da discussão dos resultados da pesquisa desenvolvida explorou-se no máximo a literatura disponível.

Outro constrangimento enfrentado relacionou-se ao baixo interesse de alguns pacientes em participar na pesquisa, com alegações de falta de concentração decorrente dos problemas familiares. Para minimizar este entrave explicou-se ao grupo-alvo a importância da sua participação no estudo.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Neste capítulo são apresentadas as actividades que foram levadas a cabo para a mitigação do problema social abordado neste estudo, que se traduz no despreparo ou impaciência familiar para se comunicar e lidar com a PcD auditiva adquirida.

A apresentação deste plano de intervenção justifica-se pelo facto de se ter adoptado o método de pesquisa-acção no presente estudo. Na óptica de Gil (2008), este tipo de pesquisa é materializada com o planeamento de uma acção destinada a enfrentar o problema que foi objecto de investigação.

4.1. Actividade 1: Apoio psicossocial aos pacientes

Segundo a Rede Interinstitucional para a Educação em situações de Emergência – INEE (2010), o apoio psicossocial é o processo ou acção que promove o bem-estar holístico das pessoas no seu mundo social. Tem como objectivo ajudar as pessoas a recuperar depois de uma crise que desestruturou as suas vidas e para melhorar a sua capacidade de voltar à normalidade depois de experimentar efeitos adversos.

O apoio psicossocial prestado aos pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida do HCM, tinha como objectivo promover a aceitação do fenómeno pelos acometidos, desconstruindo suas percepções negativas sobre o que é viver com deficiência auditiva e construindo neles novas formas de ver a nova realidade que se encontram. Entre os assuntos abordados nas intervenções sociais feitas com os pacientes, destacaram-se a necessidade de adesão contínua ao tratamento assistido da doença e a prevenção de factores agravantes da mesma, como é o caso da automedicação e exposição aos ambientes de muito barulho.

De igual modo, a pesquisadora deste trabalho junto aos pacientes salientou a importância de se assumir socialmente a deficiência auditiva adquirida pelos acometidos, de modo a permitir aos seus próximos a identificação de outras formas viáveis de comunicação. Na mesma concordância, incentivou-se a necessidade de mais tolerância dos pacientes diante da impaciência familiar durante a comunicação, bem como a aprendizagem da língua de sinais por estes, como forma de manter e/ou estender suas relações sociais. Este processo decorreu por meio de conversas presenciais e frequentes com alguns pacientes com deficiência auditiva unilateral. Em casos em que os pacientes apresentaram deficiência auditiva bilateral recorreu-se a comunicação escrita, especificamente o celular.

4.2. Actividade 2: Sensibilização às famílias

Vianna (2000) citando Ferreira (1986) refere que sensibilizar é tornar sensível, comover, impressionar vivamente, a fundo. É um processo que tem ligação directa com o sentir alguma coisa, envolve pelo menos duas pessoas, sendo uma a sensibilizadora e a outra a sensibilizada.

Deste modo, entende-se por sensibilização o processo educativo que visa tornar sensível uma pessoa ou um grupo em relação ao determinado fenómeno ou situação. Possibilita ao sensibilizado a construção de conhecimentos racionais e o desenvolvimento de sentimentos necessários para adoptar determinada postura humana. Pode-se dizer que, também, desperta novos sentidos reflexivos no indivíduo visado em relação a um assunto, baseando-se na sua mente e nas suas emoções.

A sensibilização às famílias dos pacientes com deficiência auditiva adquirida do HCM visou despertar nestas a importância da prestação de cuidados familiares aos seus parentes acometidos pelo défice auditivo, destacando a necessidade de maior tolerância ou paciência nos momentos de comunicação estabelecida com os mesmos. Igualmente, chamou-se a atenção dessas famílias em relação a necessidade de evitar situações de discriminação e estigmatização dos seus parentes com deficiência, como forma de evitar a auto-exclusão, depressão e suicídio dos mesmos.

Com as actividades de sensibilização dirigidas às famílias, percebeu-se que a falta de alguns conhecimentos sobre como é conviver com deficiência é uma das causas das situações de fraco cuidado familiar à PcD. Portanto, tendo em vista esta situação sugeriu-se aos Assistentes Sociais do HCM o fortalecimento do acompanhamento e da sensibilização familiar sempre que for necessário.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO

Neste capítulo são apresentados, analisados e discutidos os resultados da pesquisada do campo, visando evidenciar as implicações sociais associadas à deficiência auditiva adquirida pelos pacientes adultos do HCM, bem como o papel dos Assistentes Sociais da instituição no combate a esse problema social.

Relativamente à estrutura, este capítulo está subdividido em três subcapítulos, nomeadamente: Perfil sociodemográfico dos inquiridos; Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto; Papel e desafios do Assistente Social no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto.

5.1. Perfil sociodemográfico dos inquiridos

Os participantes deste estudo estão divididos em dois grupos diferentes, o primeiro inclui pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida do HCM e, o segundo integra Assistentes Sociais da mesma instituição. Nesta senda, a amostra do primeiro grupo foi caracterizada em função das seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, estado civil, grau académico e profissão/ocupação. Por sua vez, a amostra do segundo grupo foi caracterizada de acordo com as variáveis sexo, estado civil, grau académico, profissão e anos de serviços.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida, constatou-se que, numa amostra de doze (12) participantes, sete (07) são do sexo feminino e os restantes cinco (05) do sexo masculino. Portanto, houve maior participação feminina no estudo e este facto não está relacionado aos critérios de inclusão ou exclusão, mas ao facto de no campo da pesquisa terem sido pacientes desse sexo que mais buscaram os serviços de Otorrinolaringologia do HCM.

Dos pacientes entrevistados, sete (07) são casados e cinco (05) são solteiros, denotando-se dessa forma, a presença de diferentes modelos familiares entre os participantes do estudo. Este resultado, revela também que o apoio familiar pode ser uma necessidade ou desafio para as PcD que não têm cônjuge ou vivem sozinhas.

No que diz respeito ao nível académico dos pacientes entrevistados, dois (02) têm o nível secundário concluído, um (01) uma licenciatura, dois (02) o nível secundário não concluído, dois (02) o nível primário não concluído e quatro (04) estão a frequentar o nível superior. Estes

resultados revelam que maior parte dos inquiridos ainda tem relações académicas e, deste modo, a deficiência por ela adquirida pode constituir-se como um entrave nesse processo.

No que tange à profissão ou ocupação dos pacientes, quatro (04) são estudantes universitários, uma (01) professora, uma (01) empregada doméstica, um (01) comerciante, um (01) activista social, um (01) polícia, dois (02) agentes de segurança e um (01) motorista. Portanto, denota-se que todos participantes do estudo têm a vida activa.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos Assistentes Sociais do HCM, numa amostra de três (03) participantes, constatou-se que todos são do sexo feminino e, solteiros, revelando deste modo, ausência de género e presença da família monoparental entre os inquiridos.

Dos Assistentes Sociais entrevistados, dois (02) têm formação do nível médio e um (01) do nível superior. Todos exercem a assistência social no HCM, com tempos de serviço diferenciados entre si, onde um (01) destes profissionais possui 05 anos de serviço, um (01) 02 anos e um (01) 05 meses.

5.2. Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto

Os comprometimentos sociais acarretados pela deficiência auditiva geralmente variam de acordo com o contexto cultural e temporal da pessoa acometida. Assim sendo, para auscultar as reais implicações da deficiência auditiva adquirida nas relações sócio-familiares dos pacientes adultos do HCM, foram apresentadas algumas questões no guião de entrevista deste estudo, as quais deveriam ser respondidas pelos participantes.

No primeiro momento, os entrevistados foram questionados o contexto histórico temporal do surgimento e/ou aquisição da sua deficiência auditiva, bem como as causas associadas ao fenómeno. As respostas dadas a essas perguntas indicaram que alguns participantes convivem com a deficiência há sensivelmente dez (10) anos e outros há 8 meses e, as causas do fenómeno variaram entre si, sendo a agressão física, o entupimento auricular repentino e a exposição a ruídos algumas mencionadas durante as entrevistas, conforme ilustram os depoimentos que se seguem:

“Adquiri a deficiência auditiva em resultado de agressão física...”(Paciente G, 01/11/2022).

“Tenho a deficiência há mais ou menos 8 meses. Começou de repente num ouvido a fechar-se e ouvi som ...” (Paciente D, 30/09/2022).

“O meu problema tive ... desde 2013, começou com uma dor, piorou com a aula de tiro, som alto das máquinas e dos aviões no meu local de trabalho” (Paciente K, 01/11/2022).

Nota-se que entre os vários contextos de surgimento dos problemas auditivos acima referidos, alguns locais de trabalhos por sua natureza aumentam o risco da perda auditiva dos seus trabalhadores e este facto levanta a necessidade de maior investimento em equipamentos de protecção individual pelas organizações que asseguram essas actividades laborais. Em concordância com esta ilação, Santos e Martinho (2005) citados por Andrade (2011) referem que o período pós-natal ou na vida adulta as causas que concorrem para a perda brusca de audição algumas são evitáveis, como é o caso da exposição a ruídos muito intensos.

A malária, infecção auditiva e o consumo de medicamentos, também, foram algumas causas da deficiência auditiva adquirida apontadas pelos entrevistados, tal como se pode observar nas declarações que se seguem:

“A descoberta da surdez foi quando entrei na faculdade, na verdade eu não aceitei a prior, isso há mais ou menos 2 anos. Adquiri através da malária resistente, quando ela passou fiquei com essa dificuldade” (Paciente H, 06/10/2022).

“...Adquiri através de uma infecção auricular, otite média” (Paciente I, 21/09/2022).

“ ... Eu ouvia bem e de repente comecei a tomar comprimidos de HIV, minha mãe também tem problemas auditivos, quando me apercebi parei de tomar os medicamentos e mesmo assim não voltei a ouvir” (Paciente E, 07/11/2022).

Com os resultados acima apresentados, constata-se que maior parte das perdas auditivas dos entrevistados decorreram de outras enfermidades por si enfrentadas e, alguns casos, da ingestão de medicamentos ou processos terapêuticos. Para Santos e Martinho (2005) citados por Andrade (2011), tais enfermidades enquadram-se nas causas inevitáveis da perda auditiva dos indivíduos e, no caso específico da medicação ototóxica, Simón (2022) alega que, os benefícios dos medicamentos devem ser pesados em relação aos riscos potenciais, priorizando-se sempre a sua prevenção.

Portanto, é importante que os profissionais da medicina promovam acções de consciencialização aos pacientes em relação aos impactos que alguns procedimentos terapêuticos podem trazer nos seus usuários, pois só assim, os visados poderão exercer o seu direito à autodeterminação nesse processo.

Numa das questões colocadas aos participantes deste estudo, procurou-se entender se o problema auditivo desses pacientes era unilateral ou bilateral e, as respostas obtidas apontaram que alguns têm os seus dois (02) ouvidos afectados e outros, um (01) ouvido afectado:

“Afectou os dois ouvidos, muito pior o da esquerda” (Paciente C, 01/11/2022).

“Afectou os dois ouvidos, mas pior o ouvido direito” (Paciente H, 06/10/2022).

“O problema auditivo que enfrento afecta um ouvido” (Paciente J, 2/10/2022).

Estes resultados mostram que a deficiência auditiva adquirida dos entrevistados manifesta-se neles de forma diferente, sendo em alguns, em ambos ouvidos e noutros num único ouvido. Neste contexto, na literatura, Vartiainen e Karjalainen (1998) alegam que a perda auditiva unilateral ocorre, predominantemente, no sexo masculino. Por seu turno, uma pesquisa realizada por Mariotto, Alvarenga e Filho (2006) encontrou como principais etiologias a caxumba (parotidite epidêmica), ototoxidade, meningite, catapora (varicela), traumatismo cranioencefálico e perda auditiva neurosensorial unilateral de causa indefinida.

Apurou-se que desde o acometimento pela deficiência auditiva na fase adulta, alguns pacientes enfrentam dificuldades de relacionamento familiar, ocasionadas pela falta da aceitação do fenómeno seja pela família ou pelo próprio acometido:

“Ficou um pouco difícil porque não é fácil pedir para as pessoas repetirem alguma fala, o mais incrível, acham que estou a ignorá-las. Minhas irmãs entendem, o único problema é o meu pai que insiste que tenho de ir ao hospital e isso me incomoda” (Paciente H, 06/10/2022).

“A dificuldade é maior, pois durante a comunicação não percebo onde a pessoa está, só consigo ouvir um som e fico chateado quando me ligam” (Paciente B, 01/11/2022).

“Dizem que não conseguem gritar para falar comigo, tenho que tratar logo o meu problema. Ficam zangados por eu não responder algumas questões por acharem que estou me fazendo” (Paciente D, 30/09/2022).

Nos depoimentos supracitados, por um lado, é possível denotar a dificuldade de adaptação da família ao novo estado de saúde dos seus membros acometidos pela deficiência auditiva, bem como a falta de aceitação do fenómeno pela mesma.

Percebe-se que parte dos membros da família da PcD auditiva não compreende as limitações da deficiência auditiva e não tem paciência para se comunicar com os acometidos, chegando em alguns casos, a sugerir aos mesmos o tratamento da deficiência. Por outro lado, ficou evidente que para os entrevistados é cansativo pedir as pessoas para repetirem as falas durante uma

conversa e este facto faz com que estes prefiram se relacionar menos. Para Erdman (1993) o alegado cansaço está relacionado ao medo de ser motivo de vergonha ou alvo de desprezo dos participantes da conversa e por essa razão a pessoa com défice auditivo se auto isola.

Constatou-se também que os pacientes que tinham problemas relacionais com alguns dos seus parentes antes de terem sido acometidos pela deficiência auditiva, viram o seu relacionamento estar mais afectado negativamente:

“Agora que estou pior está...afectar muito mais. Eu fico com a minha avó e ela sempre falou que eu não seria nada, nas provas quando eu apanhava uma nota melhor que minha prima zangava: dizia como uma pessoa que não ouve sabe mais do que tu? A minha avó não se conforma e prefere não falar comigo porque só não gosta de repetir” (Paciente E, 07/11/2022).

O caso acima citado mostra que os problemas interpessoais do passado existentes entre a PcD e o seu membro familiar influem na relação de ambas partes mesmo depois da presença da deficiência, inibindo dessa forma, o apoio familiar. De igual modo, ilustra que situações de discriminação dos acometidos ainda são uma realidade que se lastra até a actualidade, sendo eles vistos como incapazes de se desenvolver moralmente e intelectual, de se expressar oralmente, sendo incapaz de expressar sentimentos ou qualquer pensamento (Lima, 2010 citado por Costa, 2010).

Outros pacientes entrevistados relataram ter um relacionamento familiar saudável na actualidade, mesmo depois de terem sido acometidos pela deficiência auditiva na fase adulta, como se pode ver nos depoimentos que se seguem:

“Nos primeiros dias foi muito difícil, mas pouco a pouco fui me habituando com o relacionamento, não há discriminação” (Paciente C, 17/11/2022).

“O relacionamento familiar não mudou, mas eu é que não me sinto mais a vontade em conversar, pois têm certas partes da conversa que, as vezes, não ouço” (Paciente A, 02/09/2022).

Apesar dos relatos dos entrevistados apontarem a existência de um bom relacionamento familiar após a presença da deficiência, é notória a existência de uma baixa auto-exclusão ou redução de contactos do lado das PcD auditiva e este facto leva ao entendimento de que a necessidade de intervenções psicossociais voltadas para a promoção da aceitação da nova realidade pelos acometidos é fundamental para a melhoria da vida dos mesmos.

A partir das declarações que, a seguir, são apresentadas, denotou-se também que as relações de alguns participantes deste estudo com os amigos e com outros integrantes da sociedade foram afectadas negativamente pelo problema auditivo por eles contraído:

“...sim, tenho amigos que gozam comigo, outros falam mal de mim eu presente só falam baixo para eu não ouvir, mas consigo perceber pelos olhares e isso me afecta muito. Mas tenho amigos que me entendem” (Paciente E, 07/11/2022).

“Antes do tratamento foi um pouco difícil na escola, o meu ouvido parecia estar entupido e sempre tinha que aproximar mais o ouvido esquerdo para poder ouvir” (Paciente J, 28/10/2022).

“Sim. Primeiro perdi emprego, depois alguns amigos distanciaram-se de mim” (Paciente C, 17/11/2022).

Uma observação nos depoimentos supracitados permite afirmar que parte das relações sociais das pessoas acometidas pelo défice auditivo foi alvo de depreciação, culminando em perda de amizades, incluindo o emprego, e este resultado mostra que, na actualidade, apesar de vários esforços feitos pelos diferentes órgãos sociais, ainda existem concepções sociais estereotipadas sobre a PcD.

É neste contexto que a teoria de Estigma de Goffman (1891) defende que, para a sociedade a PcD auditiva viola as leis sociais porque não pode ouvir e conseqüentemente não pode estudar, trabalhar, ser economicamente activa, ser cidadã conforme o padrão de normalidade então estabelecido. Ela também viola as leis da natureza porque um de seus cinco sentidos não desempenha a função para a qual foi criado, devendo assim ser excluída socialmente.

Percebeu-se, também que, para a PcD auditiva adquirida é mais difícil construir novas amizades do que manter as existentes, no entanto, as últimas, em alguns casos, perdem-se por razões de vergonha tida pela pessoa não deficiente face ao fenómeno e este afastamento, geralmente não é mantido por todos:

“Nas amizades antigas não há nenhum problema, apenas para as novas amizades” (Paciente I, 02/09/2022).

“...Perdi amigos(as), dizem que grito muito e envergonho na rua de tanto perguntar e pedir para se repetir” (Paciente K, 01/11/2022).

“Não afectou a minha relação no serviço, apenas com os amigos de trabalho, vejo que eles se afastaram, mas com o patrão não mudou nada” (Paciente B, 01/11/2022).

Diferentemente dos pacientes que referiram ter visto as suas relações sociais serem significativamente afectadas pela deficiência auditiva por si adquirida, houve quem disse que as suas não foram afectadas consideravelmente, sobretudo devido ao conhecimento que tem em relação às línguas de sinais:

“Não foram afectadas, pois sou professora de surdos, então me adapto bem, pois trabalho com línguas de sinais, só ... quando a linguagem é totalmente verbal” (Paciente G, 01/11/2022).

Este resultado, no âmbito da comunicação interpessoal, mostra a necessidade e importância da aprendizagem da língua de sinais seja em pessoas acometidas pela deficiência auditiva, bem como em aquelas que não se encontram nessa condição de saúde. Nesta óptica, Dizeu e Caporali (2005) referem que a língua de sinais representa um papel expressivo na vida do sujeito surdo, conduzindo-o, por intermédio de uma língua estruturada, ao desenvolvimento pleno.

No que diz respeito à percepção dos entrevistados em relação a inclusão e/ou exclusão de PcD auditiva no mercado de trabalho, alguns entendem que não há oportunidades de trabalho para os acometidos pelo fenómeno, ou seja, o processo de recrutamento de profissionais nas organizações privilegia os candidatos que não têm deficiência:

“Existe sim a exclusão das pessoas com deficiência auditiva, ... lembro de um episódio que concorri uma vaga de emprego para caixa, no teste escrito estive em 2º lugar, mas todo mundo no dia da entrevista não me deu oportunidade da vaga devido à deficiência auditiva” (Paciente, A 01/11/2022).

Em relação a este resultado, Batista (2013) afirma que a escassez de oferta de oportunidades – de emprego, por exemplo, é uma das formas de exclusão social que as redes de apoio do terceiro sector apresentam às pessoas surdas de forma a poder crescer uma cultura de inserção. Nesta proposição, para o indivíduo poder aproveitar as oportunidades, primeiramente elas têm que existir e em segundo lugar, é quase que obrigatório o indivíduo possuir os saberes básicos: ler, escrever, fazer cálculos.

Para o autor em alusão, assim, dadas as necessidades da pessoa surda relativamente à aprendizagem em que requer o domínio da língua portuguesa, particularmente na escrita, é fundamental intervir ao nível da educação, pondo-lhe à disposição as mesmas condições de aprendizagem e realização pessoal, independentemente

Segundo outros inquiridos existe uma tentativa de promoção da inclusão das pessoas acometidas pela deficiência auditiva, no entanto, em algum momento ou em algumas actividades, a exclusão destes pelos seus companheiros de trabalho tem acontecido:

“Sou activista social, no meu trabalho tentam me incluir, mas mesmo assim sou excluído, trabalho com criança com HIV/SIDA, quando estou a dar palestra preciso sempre de alguém ao meu lado para me auxiliar...” (Paciente E, 07/11/2022).

“Geralmente tem sido pouca a inclusão, por exemplo, se trabalhas no atendimento público, na movimentação do expediente como motorista aí há exclusão” (Paciente C, 17/11/2022).

Com estes dados, a ilação tida atrela-se no facto de que a inclusão das PcD auditiva no mercado de trabalho é um objectivo que não deve se cingir, restritamente em adequação de actividades profissionais em função da deficiência do trabalhador, pois deve, também, visar a criação de condições para manter o acometido, especificamente aquele que teve a doença ainda na vida activa, no exercício da sua tarefa habitual.

Constatou-se que parte dos entrevistados acredita que a inclusão de PcD auditiva no mercado de trabalho é um processo quase impossível, visto que na sua óptica, a comunicação configura-se como um elemento crucial nesse contexto:

“É complicado sendo a comunicação crucial no trabalho, acho difícil, como não trabalho não tenho muito a falar” (Paciente H, 06/11/2022).

“Não é possível trabalhar sem ouvir” (Paciente D, 30/09/2022).

“No mercado de trabalho a comunicação é crucial, a pessoa com deficiência auditiva é difícil ser aceite” (Paciente F, 04/11/2022).

Nos resultados acima observa-se que existe um sentimento de inutilidade entre os entrevistados no âmbito do mercado de trabalho, estes acreditam que se alguém não consegue ouvir não pode trabalhar. Este sentimento decorre do estigma que a sociedade atribui às PcD, a partir do momento em que esta chama o acometido de “anormal”. Na perspectiva de Goffman (1891), os surdos são vistos como um ser estranho, ou seja, não humano e que devem ser excluídos no acesso aos serviços e às oportunidades sociais. Eles têm as suas identidades gravemente deterioradas na medida em que são considerados inúteis na sociedade.

A comunicação com as pessoas é a maior dificuldade enfrentada na sociedade pelos entrevistados, aliada à má percepção das palavras pelos acometidos, incluindo o seu receio de pedir que os falantes as repitam:

“É entender o que a outra parte diz e ...o uso de gestos para se comunicar, o que é tão difícil para se adaptar” (Paciente C, 17/11/2022).

“As pessoas não nos percebem, têm dificuldades para explicar e dar informação. É difícil pedir para se repetir para a mesma coisa ou dizer falar alto, prefiro calar. Mesmo amigos da faculdade as vezes ficam cansados e eu percebo e prefiro calar” (Paciente H, 06/10/2022).

“... por vezes percebo mal as palavras, por exemplo, uma vez fui ao salão e pediram-me para comprar lâmpada e fui comprar lâmina” (Paciente I, 02/09/2022).

De igual modo, a falta de concentração durante a comunicação, incapacidade económica para aquisição de aparelho auditivo sofisticado e a deficiente inclusão no mercado de emprego são outras dificuldades enfrentadas na sociedade pela PcD auditiva segundo alguns participantes deste estudo:

“...Tenho sérios problemas para me concentrar” (Paciente L, 02/11/2022).

“As principais dificuldades são não poder comprar aparelho auditivo sofisticado e a falta de vaga de emprego” (Paciente A, 02/09/2022).

“...a deficiente inclusão no mercado de emprego, tanto pelo estigma assim como pela deficiente formação académica...” (Paciente F, 04/11/2022).

Entende-se que são várias implicações sociais que decorrem da deficiência auditiva adquirida e estas afectam, tanto a própria PcD como o seu meio envolvente. No caso do HCM, denotou-se que alguns pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida enfrentam o afastamento do mercado de trabalho, dificuldade de aceitação familiar e de manter algumas amizades, sobretudo a constituição de novas amizades e a deficiente formação académica aliada à falta de condições económicas para a compra de próteses auriculares sofisticados.

5.3. Papel e desafios do Assistente Social no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto

Após terem sido evidenciadas as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida pelos pacientes adultos do HCM na secção anterior deste trabalho, nesta descreve-se o papel e desafios do Assistente Social no atendimento a esses utentes.

Nesta senda, uma das perguntas colocadas aos trabalhadores entrevistados relacionou-se aos serviços que um Assistente Social presta no HCM, e as respostas obtidas para esta questão

revelaram que o acompanhamento, reintegração social e familiar dos pacientes necessitados são os serviços que cabem ao profissional do SS na instituição:

“Faz acompanhamento de todo doente necessitado...vindo transferido de outras unidades sanitárias, doente sem família, abandonado. Faz reintegrações familiares” (Profissional A, 21/11/2022).

“Assistente Social faz acompanhamento de doentes necessitados, reintegração social e familiar” (Profissional B, 23/11/2022).

“O Assistente Social presta vários serviços, faz acompanhamento a todos os pacientes necessitados vindos transferidos de outras províncias, em particular os vulneráveis” (Profissional C, 25/11/2022).

A partir dos resultados acima apresentados, constata-se que no HCM, o Assistente Social desenvolve actividades de estudo dos problemas sociais dos pacientes em situação de transferidos ou não, visando identificar e mitigar as vulnerabilidades deles durante e depois do atendimento. Essas actividades são de carácter investigativo, mas também interventivo, assumem o primeiro carácter mencionado porque a identificação e compreensão do estado de vulnerabilidade dos pacientes implica um processo de pesquisa, ao passo que, o segundo deve-se ao facto de o profissional de SS ter a missão de intervir no problema por ele identificado.

Estes estudos, segundo Machado (2017) pautam-se na compreensão do macro para intervir no micro, ou seja, procuram apreender a realidade a ser realizada na intervenção a partir do contexto social, histórico, político, económico e cultural. Sendo que, quanto mais amplo o conhecimento da realidade, mais qualitativa e profunda a intervenção profissional se torna.

Pode se dizer que através dos estudos de casos dos pacientes, o Assistente Social no HCM, compreende a situação biopsicossocial dos visados e define planos de acções que visam a resolução dos problemas identificados. De acordo com os depoimentos supracitados, tais situações podem ser necessidades de reintegração social dos abandonados ou dos sem família e de integração institucional ou de procedimentos clínicos de utentes transferidos.

No mesmo diapasão, Berezovsky (1987), afirma que, na saúde, o Assistente Social actua em prol das finalidades do SS, como por exemplo, proporcionar aos pacientes matriculados no hospital tratamento psicossocial utilizando métodos e técnicas do SS (visando a possibilitar-lhes seguir o tratamento médico) e planear, executar e coordenar programas relacionados aos problemas

médico-sociais, cooperando com o hospital no cumprimento dos seus objectivos para com o paciente a comunidade.

Os entrevistados quando questionados o papel do Assistente Social e a forma de atendimento aos pacientes com deficiência auditiva por ele levada a cabo, responderam que cabe a este profissional procurar perceber o problema clínico e social do paciente para a posterior intervenção, sendo os gestos a principal maneira de comunicação neste processo:

“Procurar perceber o problema social e clínico do paciente para a posterior intervir...através de gestos embora seja difícil...uma doença adquirida na fase adulta torna-se difícil de se adaptar...”(Profissional A, 21/11/2022).

“Atender o paciente tal como é, não importa a patologia, portanto, atendemos o paciente com deficiência auditiva através de gesto e exames necessários para posterior tratamento” (Profissional B, 23/11/2022).

Fica evidente que no caso específico do atendimento aos pacientes com deficiência auditiva, os profissionais do SS do HCM são colocados numa situação em que devem usar a linguagem gestual para levar a cabo as suas actividades profissionais e compete aos mesmos compreender o processo clínico do paciente para que possam saber orientá-los, mas também compete-lhes garantir a melhoria da condição social dos seus utentes.

Este resultado do campo corrobora com os pressupostos da Teoria Humanista de Rogers (1984), segundo a qual, no processo interventivo é fundamental que haja valorização da dimensão subjectiva e interpretativa, assumindo-se a subjectividade como a única forma de conhecimento individual. Nesta perspectiva, o Assistente Social para que possa efectuar uma intervenção social humanizada deve antes compreender a realidade subjectiva do adulto acometido pela deficiência, este processo pressupõe um atendimento empático, como por exemplo, o uso de gestos para favorecer a comunicação.

Adicionando, Batista (2013), refere que na comunidade surda, o profissional do SS potencia a capacitação e autonomia, tentando minimizar e superar a incapacidade auditiva e maximizando e potenciando as restantes faculdades e capacidades do indivíduo. Nesta abordagem, ele tem em linha de conta quais as necessidades, carências e desafios do indivíduo, para poder auxiliar ou mesmo colmatar na sua totalidade esses desafios tendo em conta os recursos disponíveis para melhor intervir.

Corroborando, Richmond (1982), alega que a intervenção do Assistente Social junto às pessoas com deficiência auditiva visa a compreensão da situação dos acometidos e do seu meio envolvente, bem como na acção. Trata-se de um processo que compreende e age sobre crises pessoais e familiares que são originadas ao longo do desenvolvimento evolutivo. Também implica o fornecimento de informações e treinamento à população ouvinte para poder interagir com a população não ouvinte.

Um dos participantes referiu que a intervenção do Assistente Social junto aos pacientes com problemas auditivos é complexa, isto porque, em alguns casos, a formação desse profissional tem sido deficiente:

“O papel do Assistente Social no atendimento aos pacientes com problema auditivo tem sido grande desafio na medida que o próprio Assistente não está munido de todas ferramentas necessárias no que diz respeito a formação...” (Profissional C, 25/11/2022).

Os principais desafios enfrentados e dificuldades com as quais se depara o Assistente Social no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto são a falta e necessidade de formação em língua de sinais, bem como o combate da depressão dos seus pacientes:

“Dificuldades na comunicação, uma vez que não temos formação em língua de sinais, os pacientes muitas vezes encontram-se deprimidos devido a sua nova situação” (Profissional A, 21/11/2022).

Nesta vertente, observa-se que é necessária a formação dos Assistentes Sociais com habilidades em língua de sinais, mas também cabe a esses profissionais buscar aumentar os seus conhecimentos por conta própria, visto que segundo Dizeu e Caporali (2005) a língua de sinais conduz o PcD auditiva ao desenvolvimento pleno.

O profissional do SS deve lutar para combater as situações de depressão nos seus utentes, de acordo com Batista (2013), neste campo, os maiores desafios que se colocam ao Assistente Social referem-se a uma capacitação dos indivíduos para exercerem e valorizarem os seus direitos de cidadania e adquirirem uma autonomia social, agindo numa lógica de capacitação havendo uma melhoria da sua qualidade de vida e um aumento da capacidade de tomada de decisão por parte do indivíduo.

Portanto, embora os desafios no uso da língua dos sinais sejam uma realidade, entende-se que o Assistente Social tem um papel expressivo no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva, pois este profissional acompanha o início e o desfecho dos processos clínicos dos seus

utentes, sendo a reintegração social dos necessitados, uma das principais actividades por si desenvolvida.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como principal objectivo compreender as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em pacientes adultos atendidos no HCM e o papel do Assistente Social nesse processo de atendimento. Para o efeito, participaram no estudo 12 pacientes e 03 Assistentes Sociais da instituição em alusão.

De acordo com os dados colhidos durante a pesquisa, as causas que concorrem para a perda de audição uni e bilateral nos participantes, algumas são evitáveis e outras inevitáveis, estando as primeiras relacionadas à exposição a ruídos muito intensos e, as segundas às enfermidades e ingestão de medicamentos.

No trabalho foram alcançados os objectivos, previamente traçados, pois, foram descritas as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em pacientes adultos do HCM, evidenciando-se, em alguns, o afastamento do mercado de trabalho, dificuldade de aceitação familiar e de manter algumas amizades, sobretudo a constituição de novas amizades e a deficiente formação académica aliada à falta de condições económicas para a compra de próteses auriculares sofisticados.

Os dados da pesquisa confirmaram a primeira hipótese *“as dificuldades de comunicação e de aceitação sócio-familiar e, a conseqüente auto-exclusão social são as implicações sociais enfrentadas pelos pacientes com deficiência auditiva adquirida do HCM, após o acometimento pela doença”* na medida em que verificou-se que parte dos membros da família da PcD auditiva não compreende as limitações da deficiência auditiva e não tem paciência para se comunicar com os acometidos. Mas também, para os entrevistados é cansativo pedir as pessoas para repetirem as falas durante uma conversa e este facto faz com que estes prefiram se relacionar menos.

No HCM, o Assistente Social desenvolve actividades de carácter investigativo que consistem na identificação e compreensão do estado de vulnerabilidade social dos pacientes, bem como em acções interventivas destinadas a resolução dos problemas identificados.

A segunda hipótese desta pesquisa *“a promoção da aceitação social e familiar dos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto do HCM constitui o principal papel do Assistente Social no processo de atendimento a esses utentes”*, também foi confirmada a partir do momento em que ficou evidente que no caso específico do atendimento aos acometidos pela deficiência auditiva, cabe aos profissionais do SS do HCM compreender o processo clínico do paciente para

que possam saber orientá-los através da linguagem gestual, mas também compete-lhes garantir a melhoria da condição social dos seus utentes.

No entanto, nesse processo, o Assistente Social tem como seus principais desafios e dificuldades a falta e necessidade de formação em língua de sinais, bem como o combate da depressão dos seus pacientes.

Sugestões

Diante dos factos apresentados ao longo deste trabalho acredita-se que algumas medidas podem ser tomadas não só pela instituição de estudo, mas também pela sociedade em geral para contribuir positivamente no processo de prevenção da deficiência auditiva e na mitigação das implicações sociais associadas ao fenómeno:

- Investimento em formação de língua de sinais, tendo em vista que se constatou a existência de dificuldades ou desafios profissionais na interação entre Assistentes Sociais e pacientes com deficiência auditiva no HCM;
- Trabalho de acompanhamento familiar, contínuo ou sempre que for necessário, com o objectivo de evitar a reincidência de situações de fragilização das relações da PcD e seus familiares.

Referências Bibliográficas

1. Ander-Egg, E. (1995). *Introdução ao Trabalho Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
2. Andrade, Maíra Lima (2011). *Deficiência Auditiva: Aprendendo a Ter e a Conviver*. Monografia em Especialista em Psicologia e Saúde. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio do Janeiro.
3. Batista, S. I. F. (2013). *A (In) Exclusão das pessoas surdas*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Portugal: Instituto Universitário de Lisboa.
4. Berezovsky, M. (1987). *Serviço Social Médico na Administração Hospitalar: Análise Teórica e levantamento da situação em Hospitais de São Paulo* (Vol. único, ed. 1ª). São Paulo: Cortez & Moraes Editora.
5. Camacho, M. A. (2019). *Contribuições e desafios para o Serviço Social no Centro Especializado em reabilitação de Foz do Iguaçu – PR*. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em Serviço Social. Foz do Iguaçu: Universidade Federal da Integração Latino-Americana.
6. Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia de investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa; Universidade Aberta.
7. Carvalho, M. I. (2012). Serviço Social em Portugal: Percurso Cruzado Entre a Assistência e os Direitos. *Revista Serviço Social & Saúde*. Porto Alegre.
8. Chávez, S. A. R.; Alava, L. A. R. & Quijije, S. N. R. (2015). El trabajador social y las competencias para la intervención social y familiar con niños sordos. *Rev. SINAPSIS*, Edición N° 9, Vol. 2.
9. Conselho Federal de Serviço Social (2009). *Parâmetros para a actuação de assistentes Sociais na área da saúde*. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social.
10. Costa, J. P. (2010). *A Educação do Surdo Ontem e Hoje: Posição Sujeito e Identidade*. Campinas, SP: Mercado de Letras.
11. Davis, H.; Silverman, S. R. (1970). Auditory Test Hearing Aids. In: Davis, H.; Silvermann, S. R. (Orgs.). *Holt Rinehart and Winston Hearing and Deafness*.
12. Dizeu, L. C. T. B. & Caporali, S. A. (2005). A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 26, n. 91, p. 583-597.
13. Duarte, R. (2002). *Pesquisas qualitativas: Reflexões sobre o trabalho do campo*. Artigo, 139-154. São Paulo-Brasil.

14. Erdman, S. A. (1993). *Consuelingheraning impaired adults*. In: Alpiner, J. G. Maccartney, P. A. *Rehabilitative audiology: children and adults*. Baltimore: Williams.
15. Faleiro, V. P. (1993). *Metodologia e ideologia do serviço social*. São Paulo, Cortez editora.
16. Figuerêdo, R. B. S. (2015). *O impacto da vulnerabilidade decorrente da deficiência auditiva na manifestação do consentimento informado em casos de experimentação humana*. Dissertação de Mestrado em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos. Salvador: Universidade Federal da Bahia.
17. Francelin, M. A. S.; Motti, T. F. G. & Morita, I. (2010). As Implicações Sociais da Deficiência Auditiva Adquirida em Adultos. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.1, p.: 180-192.
18. Francisco, D. P. (2018). *O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: um estudo sobre o exercício profissional junto à Pessoa com Deficiência na Cáritas Arquidiocesana, no município de Londrina, PR*. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
19. Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa* (1ª edição ed.). Brazil: UFRGS.
20. Gil, A. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (7ª ed.). São Paulo: Atlas. (2002).
21. _____. *Como elaborar projetos de pesquisa* (5ª ed.). São Paulo:Atlas.
22. Goffman, E. (1891). *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. S/l:s/ed..
23. Goldefeld, M. (1998). *Fundamentos em Fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara.
24. Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019). *Resultados definitivos: Censo 2017, Iv Recenseamento da População e Habitação*. Maputo: INE.
25. Hospital Central de Maputo [HCM] (2016). *Relatório das Festividades do Centenário do HCM*, Maputo.
26. Iamamoto, M. V. (2000). *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional* (3ª Ed.). São Paulo: Cortez.
27. Laville, C.; Dionne, J. (1999). *A Construção do Saber*. Porto alegre: Artemed: Belo Horizonte, Editora UFMG.

28. Machado, T. S. (2017). O trabalho do assistente social quanto ao acesso do usuário surdo à política de assistência social. *Anais do EVINCI – UniBrasil*, Curitiba, v.3, n.2: 1046-1060.
29. Mariotto, L. D. F.; Alvarenga, K. F. & Filho, O. A. C. (2006). Avaliação vestibular na perda auditiva sensorioneural unilateral: estudo vecto-electronistagmográfico. *Disturb Comun.*,18(1):27-38.
30. Ministério da Saúde (2007). *Política Nacional de Saúde: Reformar para uma Melhor Saúde*. Maputo: Ministério da Saúde.
31. Mirshawaka, V.. (1994). *Hospital: Fui bem atendido, a vez do Brasil* (Vol. único, ed. 1º). São Paulo: Makron Books editora.
32. Moiana, E. B. (2017). *O contributo das organizações da sociedade civil no desenvolvimento das comunidades rurais do distrito de Moamba*. Maputo: UEM.
33. Neves, M. V. C. B. (S/d). *Manual de Otorrinolaringologia* (2ª ed.). Maputo: UEM.
34. Redondo, M. C. F. & Carvalho, J. M. (2000). *Deficiência Auditiva*. Cadernos da TV Escola 1, Brasília: Secretaria da Educação a Distância-MEC.
35. Núncio, Maria José Da Silveira (2010). *Introdução ao Serviço Social: História, Teoria e Métodos*. S/l: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
36. Organização das nações Unidas [ONU] (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social: Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social*, Lisboa: ONU.
37. Piana, M. C. (2009). *A construção do perfil do assistente social no cenário educacional*. São Paulo: Editora UNESP.
38. Rede Interinstitucional para a Educação em situações de Emergência - INEE. (2010). *APOIO PSICOSSOCIAL: facilitar o bem-estar psicossocial e a aprendizagem social e emocional*. INEE.
39. Richmond, M. E. (1982). *El Trabajo Social*. Talasa.
40. Rogers, C.. (1984). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editora.
41. Santos, N. C. & Silva, I. C. (2015). A Importância da Inclusão do Deficiente Auditivo na Cultura da Organização. *Revista Diálogos Interdisciplinares*, vol.4, nº.1: 23-43.
42. Santos, T. M. M.; Russo, I. C. P. (s/d). *A prática da Audiologia clínica*. S/l: Cortez Editora.

43. Silva M. D. M. (1998). *O Serviço Social no contexto hospitalar. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
44. Simbine, A. J. (2020). Concepções da deficiência em Moçambique: embates entre versões ocidentais e contemporâneas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, n.º 4, pp.: 1-11.
45. Simón, A. (2022). *Medicamentos associados a perda auditiva*. Centro de Investigação do Medicamento.
46. Soares, M. O. (2016). *Associação entre deficiência auditiva, estilo de vida e doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
47. Vartiainen, E. A. & Karjalainen, S. (1998). Prevalence and etiology of unilateral sensoryneural hearing impairment in finnish childhood population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.*;3(2): 253-9.
48. Vianna, A. C. A. (2000). Sensibilização: uma forma de educação para o cuidado. *Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 21, n. esp., : 113 – 120.

- **Legislação**

Resolução 20/99, de 23 de Junho: Política para a Pessoa Portadora de Deficiência.

Apêndices

Apêndice 1



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Departamento de Sociologia

Licenciatura em Serviço Social

Guião de entrevista dirigido aos Pacientes com deficiência auditiva adquirida

Caro participante, este guião de entrevista faz parte da pesquisa desenvolvida no âmbito do Trabalho de Conclusão de Licenciatura em Serviço Social na Universidade Eduardo Mondlane (UEM), cujo tema é: “*Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto e o papel do Assistente Social no atendimento aos pacientes acometidos pelo fenómeno: Estudo de Caso do Hospital Central de Maputo (2022)*”. O seu objectivo é recolher dados para fins exclusivamente académicos, pelo que serão observados os aspectos éticos.

Data ____/____/2022.

Local de estudo: **Hospital Central de Maputo**

Entrevistadora _____

1. Dados sócio-demográficos do participante

1.1. Sexo: M _____ F _____

1.2. Estado civil: _____

1.3. Grau académico: _____

1.4. Profissão/Ocupação: _____

2. Percepção dos pacientes em relação às implicações da deficiência auditiva nas relações sócio-familiares

2.1. Há quanto tempo tem a deficiência auditiva? Como adquiriu?

2.2. O problema auditivo que enfrenta afecta um ou os dois ouvidos?

2.3. Como ficou o seu relacionamento familiar após ter adquirido a deficiência auditiva?

3.4. Acha que as suas relações com os amigos e com outros integrantes da sociedade ficaram afectadas pelo problema auditivo contraído? Se sim, de que forma foram afectadas?

3.5. Como percebe a inclusão e/ou exclusão de pessoas com deficiência auditiva adquirida no mercado de trabalho?

3.6. Quais são as principais dificuldades que a pessoa com deficiência auditiva adquirida enfrenta na sociedade?

Apêndice 2



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Departamento de Sociologia

Licenciatura em Serviço Social

Guião de entrevista dirigido aos Assistentes Sociais

Caro participante, este guião de entrevista faz parte da pesquisa desenvolvida no âmbito do Trabalho de Conclusão de Licenciatura em Serviço Social na Universidade Eduardo Mondlane (UEM), cujo tema é: “Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto e o papel do Assistente Social no atendimento aos pacientes acometidos pelo fenómeno: Estudo de Caso do Hospital Central de Maputo (2022)”. O seu objectivo é recolher dados para fins exclusivamente académicos, pelo que serão observados os aspectos éticos.

Data ____/____/2022.

Local de estudo: **Hospital Central de Maputo**

Entrevistadora _____

1. Dados sócio-demográficos do participante

1.1. Sexo: M ____ F ____

1.2. Estado civil: _____

1.3. Grau académico: _____

1.4. Profissão _____

1.5. Anos de serviços: _____

2. Papel e desafios do Assistente Social no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto

2.1. Quais serviços um Assistente Social presta aos pacientes do Hospital Central de Maputo?

2.2. Qual é o papel do Assistente Social no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto? E como é feito esse atendimento?

2.3. Quais são os principais desafios e dificuldades com as quais se depara o Assistente Social no acompanhamento aos pacientes com deficiência auditiva adquirida em adulto?

Apêndice 3

SOLICITAÇÃO DE REVISÃO ÉTICA AO CIBS

Eu, Márcia Domingos Pelembe, investigadora principal do estudo com o título “IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA EM ADULTO E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO FENÓMENO: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (2022)”, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Serviço Social. Solicito ao CIBIS da Faculdade de Medicina, a revisão científica do meu protocolo.

Os nossos melhores cumprimentos.

Maputo aos, 23 de Setembro de 2022

Márcia Domingos Pelembe

(Investigadora principal)

Apêndice 4

TERMO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu, Márcia Domingos Pelembe, investigadora principal do estudo com o título “IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA EM ADULTO E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO FENÓMENO: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (2022)”, comprometo-me, em cumprir todos os requisitos éticos Nacionais e Internacionais estipulados para pesquisa envolvendo humanos, respeitar a autonomia individual dos participantes do estudo, maximizar os benefícios e minimizar os riscos, bem como proteger a privacidade e manter a confidencialidade de todos os participantes da pesquisa. Comprometo-me igualmente em não efectuar qualquer alteração ao protocolo aprovado pelo Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina & Hospital Central de Maputo (CIBS FM & FM), do consentimento informado de cada participante ao meu estudo e processar toda a informação obtida com toda confidencialidade. Finalmente, comprometo-me que todos os dados recolhidos no âmbito deste estudo não serão usados para quaisquer outros fins que não sejam os referidos no protocolo de pesquisa submetido ao CNBS.

Os nossos melhores cumprimentos,

Maputo aos, 23 de Setembro de 2022

Márcia Domingos Pelembe

(Investigadora principal)

Apêndice 5

DECLARAÇÃO DO SUPERVISOR PARA REVISÃO ÉTICA AO CIBS FM & HCM

Eu, **Sara Maria Pinto**, supervisora da estudante Márcia Domingos Pelembe, investigadora principal do estudo com o título “IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA EM ADULTO E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO FENÓMENO: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (2022)”, declaro que o protocolo já está pronto para submissão ao CIBS- FM & HCM.

Melhores cumprimentos.

Maputo aos, 23 de Setembro de 2022

Sara Maria Pinto

(Supervisora)

Apêndice 6

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Eu, Márcia Domingos Pelembe, investigadora principal do estudo com o título “IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA EM ADULTO E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO FENÓMENO: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (2022)”, declaro que participei na elaboração do protocolo de pesquisa e estarei directamente envolvido na recolha de dados, análise e apresentação dos resultados da pesquisa acima citada. Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro. Não existe nenhum vínculo com companhias farmacêuticas que produzam fármacos ou outras tecnologias usadas no estudo. Esta pesquisa é levada a cabo pelo seu interesse científico e pela sua importância para a saúde pública. Assim, declaramos que não antevemos nenhum tipo de conflito de interesse com relação a pesquisa que lidero como investigador principal.

Maputo aos, 23 de Setembro de 2022

Márcia Domingos Pelembe

(Investigadora principal)

Apêndice 7

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo tem como tema “IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA EM ADULTO E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO FENÓMENO: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO (2022)”. É um estudo liderado por mim como investigadora principal e enquadra-se no âmbito da conclusão da licenciatura em Serviço Social na Universidade Eduardo Mondlane. Para recolher os dados da investigação será feita uma entrevista que é dirigida aos pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida atendidos nos serviços de medicina do Hospital Central de Maputo, assim como aos Assistentes Sociais. Esse estudo vai ajudar a melhorar a intervenção do Assistente Social, e as informações serão recolhidas de forma voluntaria e são de carácter confidencial e serão utilizadas para o uso restrito deste trabalho. Em caso de dúvidas ou desistência, deixo o meu contacto abaixo. Agradeço, desde já, a contribuição de todos.

Investigadora principal

Participante no estudo

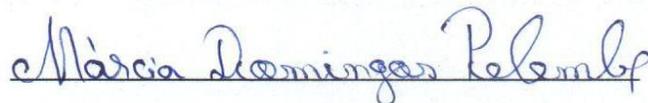
Contacto: 847349205 - **Márcia Domingos Pelembe**

Apêndice 8

Termo de compromisso

Eu, Márcia Domingos Pelembe, comprometo-me a apresentar os resultados do trabalho intitulado “Implicações Sociais da Deficiência Auditiva Adquirida em Adulto e o Papel do Assistente Social no Atendimento aos Pacientes Acometidos pelo Fenómeno: Estudo de Caso do Hospital Central de Maputo (2022)”, onde recolhi os dados e depositar uma cópia do trabalho na Direcção Científica e Pedagógica do HCM.

Maputo aos, 08 de Novembro de 2022



Márcia Domingos Pelembe

Anexos

Anexo 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO
DIRECÇÃO CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA

Ao

Comité Institucional de Bioética para a Saúde
Faculdade de Medicina/HCM

Maputo

Ref: nº 31/2023/DCP/HCM/23

Maputo, aos 30 de Janeiro de 2023

Assunto: Carta de Cobertura

O Hospital Central de Maputo autoriza a realização do trabalho de investigação intitulado: **“Implicações Sociais da Deficiência Auditiva adquirida em Adulto e o Papel do Assistente Social no Atendimento aos Pacientes Acometidos pelo Fenómeno: Estudo de caso do Hospital Central de Maputo”**, a decorrer no Serviço de Otorrinolaringologia, cujo autor é a Sra. Márcia Domingos Pelembe.

Solicitamos a V. apreciação e aprovação Ética.

Saudações Académicas.

A Directora Científica e Pedagógica

Prof. Doutora Cesaltina Lorenzoni
(Médica Patologista MSc. MPH, PhD)

Hospital Central de Maputo. Av Agostinho Neto 1164. Tel/fax 21320827/8

Anexo 2



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

CREDECIAL Nº840/DRA-FLCS/ 2022

No âmbito da disciplina de Elaboração de Projectos e Empreendedorismo, credencia-se junto ao Hospital Central de Maputo, a Sr^a **Márcia Domingos Pelembe**, estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Serviço Social, para realizar o trabalho de recolha de dados sobre o tema “Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adulto e o papel do assistente social no atendimento aos pacientes acometidos pelo fenómeno: Estudo de caso do Hospital Central de Maputo (2022).”

Agradece-se antecipadamente todo o apoio que lhe possa ser prestado para o bom andamento do trabalho.

Maputo, 05 de Outubro de 2022

O Director Nacional Adjunto Para área de Graduação

Prof. Doutor Marlino Eugénio Mubai

(Professor Auxiliar)

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE-Faculdade de Letras e Ciências Sociais-Tel.: (21) 485402 - Fax (21) 485402-

www.flcs.uem.mz- -C.P. 257-Campus Universitário - Pricipal -Maputo -República de Moçambique.

Anexo 3

