UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES

Os Programas de Implante Coclear do Brasil e o Serviço Social

BAURU
2016

TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES

Os Programas de Implante Coclear do Brasil e o Serviço Social

Tese apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, no Programa de Fonoaudiologia.

Orientador: Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga

BAURU
2016

F391p Fernandes, Talita Fernanda Stabile
Os Programas de Implante Coclear do Brasil e o
Serviço Social / Talita Fernanda Stabile Fernandes.
– Bauru, 2016.
169 p. : il. ; 31cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia
de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Profa. Dra. Kátia de Freitas
Alvarenga

Nota: A versão original desta tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética do HRAC-USP
Protocolo nº: 1.255.883
Data: 02/10/2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas com deficiência auditiva do Brasil, usuárias de Implante Coclear e suas famílias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela minha saúde física, intelectual e espiritual durante esta desafiadora caminhada.

A minha família, pelo apoio, amor incondicional, pelos bons conselhos e distração nos momentos de ansiedade.

Ao meu esposo, pelo amor, paciência, companheirismo e encorajamento em cada etapa desta pesquisa e de minha carreira acadêmica.

A orientadora desta pesquisa, Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga, pelos conhecimentos teóricos e metodológicos transmitidos.

A coorientadora, Dra. Sonia Tebet Mesquita, pela sabedoria pessoal e profissional, pela amizade, carinho e paciência.

As assistentes sociais participantes deste estudo, pelo empenho, colaboração e pontualidade nas respostas.

A equipe do Centro de Pesquisas Audiológicas do HRAC/USP, pelo incentivo, parceria e amizade.

Aos professores da Banca Examinadora, Profa. Dra. Mariza Ribeiro Feniman, Profa. Dra. Maria Inês Gândara Graciano e Profa. Dra. Lilia Christina Oliveira, pelo tempo disponibilizado e pelas valiosas contribuições.

“A recompensa do investigador não é a obtenção de prêmio, mas o privilégio de ter trazido seu grão de areia ou seu tijolo ao sempre renovado edifício da verdade científica.”

Luiz Venere Décourt, 1970

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer o trabalho do Assistente Social nos Núcleos habilitados para desenvolver Programa de Implante Coclear do Brasil. De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Brasil - 07/2015 foi identificado um universo de 27 Núcleos habilitados para Programa de Implante Coclear pelo Ministério da Saúde – objeto deste estudo. A abordagem foi quantiquantitativa e tipologia descritiva transversal. Para a fundamentação teórica foi realizada uma consulta às bases de dados *Pubmed*, *Lilacs* e *Social Services* mediante os descritores: políticas públicas de saúde, deficiência auditiva, surdez, implante coclear, auxiliares de audição, e serviço social. Para a coleta de dados junto aos 27 Núcleos foi elaborado um questionário *on-line* contendo perguntas abertas e fechadas que sustentaram ao objetivo da pesquisa. O mesmo foi aplicado com um Assistente Social de cada serviço. A análise dos dados quantitativos obedeceu ao método estatístico descritivo com base no objetivo do estudo e referenciais da literatura. Os dados qualitativos foram analisados pelos princípios da análise de conteúdo por método descritivo temático-categorial e teve como norte, o objetivo da pesquisa, as evidências da literatura e a experiência investigativa profissional. Este estudo ampliou o conhecimento acerca dos Programas de Implante Coclear do Brasil, uma vez que, na literatura nacional e internacional não foram identificados estudos anteriores sobre estes e suas equipes. Os resultados permitiram uma análise das atribuições e ações dos Assistentes Sociais nestes Programas que revelaram suas dimensões: investigativa e interventiva.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Deficiência Auditiva. Implante Coclear. Serviço Social.

ABSTRACT

The Cochlear Implant Program of Brazil and the Social Service

This research aimed to know the work of the social worker in enabled Services to develop Cochlear Implant Program of Brazil. According to National Health Facilities (CNES) Brazil -07/2015 identified a universe of 27 enabled services Cochlear Implant Program by the Ministry of Health - the subject of this study. The approach was Quantiqualitative and cross descriptive type. For the theoretical foundation was held a query to the Pubmed, Lilacs and Social Services through the descriptors: public health policies, hearing impairment, deafness, cochlear implants, hearing aids, and social work. To collect data from the 27 services was prepared a questionnaire online with open and closed questions and that supported the purpose of the research. The same was applied to a social worker's for each service. The analysis of quantitative data followed the descriptive statistical method based on the purpose of the study and reference literature. Qualitative data were analyzed by the principles of content analysis by thematic-categorical and descriptive method was to the north, the research objective, the evidence from the literature and professional investigative experience. This study expanded the knowledge of the Cochlear Implant Program of Brazil, as in national and international literature were not identified earlier studies of these and their teams. The results allowed an analysis of the atributions and actions of social workers in these programs that showed its dimensions: investigative and interventional.

Keywords: Health Public Policy. Hearing loss. Cochlear implant. Social service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Componente interno e externo do Implante Coclear	35
Figura 2 - Distribuição da quantidade de núcleos habilitados para realizar o Implante Coclear por regiões do Brasil	55
Figura 3 - Distribuição da quantidade de núcleos habilitados para realizar o Implante Coclear por estados do Brasil	56
Figura 4 - Nuvem de palavras da subcategoria “Objetivo geral do Serviço Social na equipe do Programa de Implante Coclear”	76
Figura 5 - Nuvem de palavras da subcategoria “Demandas para o profissional de Serviço Social no Programa de Implante Coclear”	77
Figura 6 - Nuvem de palavras da subcategoria “Facilidade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de Implante Coclear”	81
Figura 7 - Nuvem de palavras da subcategoria “Dificuldade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de Implante Coclear”	82

- QUADROS

Quadro 1 - Tipos de cursos oferecidos em Ensino e Pesquisa	65
Quadro 2 - Perfil da população atendida nos Programas de Implante Coclear	66
Quadro 3 - Tipo de acompanhamento pós-cirúrgico realizado pelos Programas	70
Quadro 4 - Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Objetivo geral do Serviço Social	76
Quadro 5 - Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Demandas do Serviço Social	77
Quadro 6 - Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Ações individuais do Serviço Social	78
Quadro 7 - Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Ações coletivas do Serviço Social	79
Quadro 8 - Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Principais instrumentos e técnicas utilizados pelo Assistente Social no Programa de Implante Coclear	79
Quadro 9 - Respostas objetivas obtidas pela subcategoria Recursos mobilizados no atendimento aos pacientes/famílias no Programa de Implante Coclear	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual da caracterização dos serviços	63
Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos dados: equipe e prontuário	67
Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos dados: composição da equipe básica	69
Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual do <i>follow-up</i> dos pacientes pelos Programas	69
Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual de outros serviços oferecidos pelos Programas	70
Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual do fluxo de atendimento nos Programas de Implante Coclear	71
Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual dos dados: formação do(a) Assistente Social entrevistado(a), composição da equipe de Serviço Social e jornada de trabalho no Programas	73
Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual da produção científica do Serviço Social no Programa de Implante Coclear	74

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CER	Centros Especializados de Reabilitação
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CF	Constituição da República Federativa
CPA	Centro de Pesquisas Audiológicas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IC	Implante Coclear
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
FM	Frequência Modulada
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	21
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO, AVANÇOS	
3.1	E DESAFIOS	25
	AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS	
3.2	PÚBLICAS	27
	A DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS	
3.3	PÚBLICAS DO BRASIL	30
3.4	A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	32
	O IMPLANTE COCLEAR COMO ALTERNATIVA PARA REABILITAÇÃO	
3.5	DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	34
	OS PROGRAMAS DE IMPLANTE COCLEAR HABILITADOS NO	
3.6	BRASIL	37
	A INTERDISCIPLINARIDADE COMO FUNDAMENTO DO TRABALHO	
3.7	PROFISSIONAL NA SAÚDE E REABILITAÇÃO	40
3.8	O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE BRASILEIRA	43
	A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NA REABILITAÇÃO DAS PESSOAS	
3.9	COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: EVIDÊNCIAS DA LITERATURA	46
4	PROPOSIÇÃO	51
5	MATERIAL E MÉTODOS	55
5.1	CASUÍSTICA	55
	CARACTERIZAÇÃO DOS NÚCLEOS HABILITADOS PARA REALIZAR	
5.1.1	IMPLANTE COCLEAR – CATEGORIA 1	56
5.2	MÉTODO	57
5.3	ANÁLISE DOS DADOS	58
6	RESULTADOS	63
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS – CATEGORIA 1	63
6.2	DADOS DO PROGRAMA DE IMPLANTE COCLEAR – CATEGORIA 2	66
	DADOS OBJETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE	
6.3	IMPLANTE COCLEAR – CATEGORIA 3	73

	DADOS SUBJETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE	
6.4	IMPLANTE COCLEAR – CATEGORIA 4	75
7	DISCUSSÃO	87
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS – CATEGORIA 1	87
7.2	DADOS DO PROGRAMA DE IMPLANTE COCLEAR – CATEGORIA 2	100
	DADOS OBJETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE	
7.3	IMPLANTE COCLEAR – CATEGORIA 3	112
	DADOS SUBJETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA DE	
7.4	IMPLANTE COCLEAR – CATEGORIA 4	116
8	CONCLUSÕES	131
9	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICES	153
	ANEXOS	165

1 Introdução

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O Implante Coclear (IC) é um recurso audiológico de alta tecnologia, indicado para pessoas com deficiência auditiva de graus severo ou profundo bilateral e que não se beneficiaram com o uso da amplificação sonora individual oferecida por próteses auditivas. Trata-se de uma alternativa cirúrgica, que tem por objetivo permitir ou resgatar a detecção e compreensão da fala no ruído apenas com o uso da audição, sem qualquer pista visual, bem como o desenvolvimento da linguagem oral do paciente.

Para alcançar os benefícios oferecidos por esta tecnologia deve existir um Programa de IC habilitado, que contemple as etapas pré, peri e pós-cirúrgica. Pela sua complexidade, os resultados dependem de uma indicação clínica precisa e criteriosa, procedimento cirúrgico com técnicas específicas, acompanhamento pós-cirúrgico com mapeamento apropriado, treinamento auditivo e de linguagem por meio de terapia fonoaudiológica especializada e *follow-up* médico, psicológico e social.

No Brasil, para habilitação de um Núcleo para a realização do IC, as Portarias nº 1.278/99 e nº 2.776/14 (revogada pela Portaria 2.157/15) exigem condições básicas para o desenvolvimento do Programa: infraestrutura adequada, recursos institucionais, fluxos de atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos; e a existência de uma equipe especializada (BRASIL, 1999; BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

Esta equipe mínima, prevista pelas Portarias, deve ser composta por: Fonoaudiólogos (audiologistas), Médicos (otorrinolaringologista, neurologista, pediatra), Enfermeiros, Psicólogo e Assistente Social.

O Assistente Social atua nas diferentes etapas do Programa de IC, desde o diagnóstico, avaliação pré-cirúrgica, hospitalização, até o acompanhamento pós-cirúrgico transmitindo à equipe interdisciplinar o contexto familiar, cultural, econômico e social dos pacientes e famílias.

Em sua atuação, especificamente em Programas de IC, o Assistente Social, além do conhecimento básico para intervenção nas expressões da questão social, deve adquirir conhecimento específico na área da audilogia, como fundamento para compreensão, no sentido mais amplo, do contexto que envolve o paciente e

1 Introdução

sua família e para contribuir nas condutas clínicas adotadas pela equipe. É necessário, que o profissional interprete as expectativas e motivação do paciente e família para o processo de reabilitação com o IC e tenha uma intervenção ético-política nas mazelas sociais que os circundam, articulando com a equipe de reabilitação, a instituição e as redes de apoio: familiar e social.

Esta intencionalidade, investigativa e interventiva, evidencia a relevância do Assistente Social na equipe de um Programa de IC e sugere um conhecimento científico das atuações dos profissionais de Serviço Social em outros Programas de IC do Brasil que possam ratificar esse papel, ou mesmo reconceitua-lo, de acordo com as demandas e atribuições.

2 Justificativa do Estudo

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA), também conhecido como Seção de IC do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP) – *Campus* Bauru, foi o primeiro Núcleo habilitado pelo Ministério da Saúde para realizar IC no Brasil. O Programa de IC do HRAC/USP foi construído nestes 26 anos de existência por meio da experiência clínica e evidências científicas obtidas por intermédio de pesquisas observadas em vasta produção bibliográfica, como artigos, livros, resumos em anais de congressos, dentre outros.

Neste contexto, a atuação do Serviço Social no Programa de IC do HRAC/USP foi estruturada, prevendo uma intervenção que respondesse as demandas sociais tradicionais e emergentes em um serviço que desenvolve ações totalmente via Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta deste estudo surgiu, a partir de uma reflexão da pesquisadora sobre os seus quatro anos de atuação como Assistente Social neste Programa de IC do HRAC/USP, que é referência pelo compromisso com a promoção da saúde auditiva pública e com qualidade.

É de conhecimento, que com a descentralização da saúde no Brasil, o número de Núcleos credenciados para a realização de IC no país tem aumentado e, ao compreender as particularidades regionais e a existência de serviços via sistema público ou privado, surgiu o interesse em conhecer como a área de Serviço Social tem ocupado este espaço que, por oferecer um recurso de alta tecnologia é considerado alta complexidade no sistema de saúde e demanda profissionais altamente especializados.

A hipótese é que, em serviços de saúde, incluindo os credenciados para desenvolver Programa de IC, os profissionais de Serviço Social desenvolvem a sua prática em vários programas, setores, especialidades e níveis de complexidade do sistema e, em alguns casos, em virtude das numerosas demandas e atribuições, o profissional encontra dificuldades em mostrar o seu verdadeiro papel e em se capacitar, desenvolvendo um trabalho generalista, o que compromete a sua atuação na área da audiologia.

Faz-se necessário, portanto, que os sujeitos envolvidos com a Política de Saúde no Brasil, incluindo os Assistentes Sociais e demais profissionais atuantes em

2 Justificativa do Estudo

Núcleos credenciados para IC, reconheçam a importância de estruturar estes serviços em Programas de IC, com uma equipe básica especializada para prestação do serviço com qualidade e, que as atribuições privativas do Serviço Social, que são fundamentais para a vida dos pacientes/famílias em reabilitação da deficiência auditiva sejam reconhecidas.

Esta pesquisa é inédita e se faz relevante pela oportunidade de conhecimento dos Núcleos credenciados para desenvolver Programa de IC do Brasil, já que, na literatura nacional e internacional não foram identificados estudos anteriores que permitissem um “raio x” destes e suas equipes. Esta pesquisa também oportuniza uma análise das atribuições e ações dos Assistentes Sociais nestes Programas que revelem suas dimensões: investigativa e interventiva, pois, é preciso qualificar o espaço do saber fazer profissional para efetivar a dimensão ético política da profissão.

Soma-se ainda, a possibilidade de intercâmbio técnico científico, atendendo aos objetivos da Universidade de São Paulo (USP) que, por meio de sua prestação de serviços com qualidade, preza também pelas atividades de ensino e pesquisa.

Esta pesquisa traz a proposta de produção da qualidade formal e política, pois, envolve e aplica tecnologias, métodos e ciência e também projeta conteúdos históricos presentes na sociedade (DEMO, 1990).

Ela tem um caráter transdisciplinar, por utilizar uma abordagem científica que visou à unidade do conhecimento, permitindo um pensamento complexo que procura estimular uma nova compreensão da realidade, articulando elementos que passam entre, além e através das diferentes áreas da saúde, questão esta que é defendida para o aperfeiçoamento do SUS – união de diferentes saberes para novas conceituações.

3 Fundamentação Teórica

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a fundamentação teórica foi realizada uma consulta às bases de dados PubMed, Lilacs e Social Services mediante os descritores: políticas públicas de saúde, deficiência auditiva, surdez, implante coclear, auxiliares de audição, e serviço social.

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS

A Política de saúde, como política social, tem suas diretrizes voltadas para o planejamento e a organização do sistema de saúde em todos os níveis de atenção, bem como incluem aspectos voltados à organização dos serviços, à política de recursos humanos e tecnológicos, instâncias de participação da população e financiamento, entre outros. Esse plano organizativo de preocupações, no entanto, não pode excluir o processo por meio do qual o indivíduo gesta consciência política de suas necessidades, emergindo como sujeito de seu próprio destino. Nesse cenário, a própria atuação organizada da sociedade aparece como condição essencial de enfrentamento das desigualdades sociais.

Dentre os marcos históricos que tiveram impacto sobre o que se propõe hoje como entendimento da saúde, coloca-se a criação do Ministério da Saúde em 1953, durante o governo Vargas, ao mesmo tempo em que as empresas criavam sua própria assistência médica, colocando as bases para o surgimento da previdência privada. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que deveria tratar individualmente dos doentes, enquanto o Ministério da Saúde deveria se ocupar da população como um todo, por meio de campanhas coletivas voltadas a problemas específicos (OLIVEIRA et al., 2007).

Desde a década de 1970 a implantação do Projeto da Reforma Sanitária exigia o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde e tinha como desafio a superação do grave quadro de desigualdades em saúde no país. Isso seria viável no bojo de um projeto amplo de transformação do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira que aliasse crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A partir da Constituição da República Federativa (CF) de 1988 ficou definida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto sistema único - descentralizado e participativo - quando a saúde passou a ser considerada direito universal, equitativo e integral (BRASIL, 1988).

Todavia, no percurso da política de saúde verificava-se a influência do governo na aplicabilidade da saúde pública e, nas áreas sociais, os avanços institucionais e em programas específicos conviviam com a persistência de graves desigualdades sociais.

Outro aspecto a ser considerado na análise da política de saúde é o modelo do federalismo brasileiro, que tem implicações para a definição do papel das esferas de governo na saúde. A descentralização no setor nas últimas décadas, com ênfase nos municípios, alterou o papel federal na Política. Porém, mesmo em um contexto de pressões por retração do Estado e de descentralização político administrativa, reafirmou-se a relevância do Ministério da Saúde na definição de políticas, no financiamento e na regulação do sistema de saúde (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A descentralização é um fenômeno marcante nas políticas sociais e se expressa de maneira diversa nos sistemas de saúde, para melhorar a eficiência, a efetividade e os instrumentos de responsabilidade.

A experiência internacional sugere que, em países como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, a descentralização articulou-se a processos de regionalização que possibilitaram a organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (LIMA et al., 2012). De modo geral, foram conferidas atribuições limitadas aos governos locais, enquanto os níveis regionais, vinculados aos entes estaduais ou provinciais nas federações, expandiram suas funções de planejamento e gestão sobre as políticas de saúde.

Já na América Latina, a descentralização e a regionalização foram conduzidas com graus variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, com comprometimento do acesso e da continuidade da atenção.

A fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Não houve

uma diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionassem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais específicas visando à redução da iniquidade no acesso, na utilização e no gasto público em saúde (LIMA et al., 2012).

Nesta perspectiva, o governo federal necessita desempenhar um papel redistributivo e desenvolver políticas focadas na redução das desigualdades territoriais (MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014). A efetivação dos direitos dos cidadãos em nível nacional deve ser uma função característica dos governos centrais em vários sistemas federais, considerando a importância da descentralização na despesa pública em saúde.

O desafio posto na contemporaneidade da política de saúde brasileira está em superar as profundas desigualdades sociais existentes no país e que foram aprofundadas nos últimos governos. Na saúde, a grande bandeira é a luta pelo fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária e para que o SUS legal seja efetivado na realidade factual.

3.2 AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo a Organização das Nações Unidas mais de um bilhão de pessoas no mundo tem algum tipo de deficiência, sendo que aproximadamente 80% vivem nos países em desenvolvimento. Estas pessoas estão entre as mais estigmatizadas, mais pobres e que têm os níveis mais baixos de escolaridade (ONU, 2011).

No Brasil, dados do Censo Demográfico de 2010 revelaram que 46 milhões de indivíduos se reconhecem com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 24% da população (IBGE, 2010).

É imprescindível salientar que pessoas com deficiência constituem um grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento têm que considerar um mosaico de diferentes necessidades. Mais do que isso, cuidados e acompanhamento devem ser iniciados precocemente, tão logo seja diagnosticada alguma lesão potencialmente causadora de incapacidades.

A preocupação em relação às pessoas com deficiência tem raízes nos movimentos sociais que reivindicam igualdade de direitos e ganhou maior expressão no recente reconhecimento, por parte da população e das autoridades, dos direitos das pessoas com deficiência (CASTRO et al., 2008). Essa tendência reforçou-se no Brasil com a criação de leis desde a Constituição da República Federativa de 1988 que protegem e garantem os direitos de cidadania dos indivíduos com deficiência.

Em poucos anos, tratados internacionais e pressões políticas de movimentos sociais e do meio acadêmico foram responsáveis pela redescritção da deficiência como um tema na esfera da justiça e da democracia, e não somente na esfera biomédica (SANTOS, 2011).

Nessa perspectiva, as reivindicações sobre a deficiência passaram a ser também de transformações sociais, econômicas e políticas para tratar o tema com mais igualdade; reconhecer a experiência da deficiência como uma expressão da diversidade é valorizar a diferença entre as pessoas e assumir o compromisso democrático de garantir a igualdade e a liberdade nas sociedades a partir do reconhecimento dessas diferenças.

Há muitos fatores que contribuem para os efeitos negativos no cotidiano das pessoas com deficiência. Estes geralmente estão relacionados aos aspectos familiares, sociais, econômicos, culturais e emocionais (GORECZNY, 2011). Atitudes negativas dentro destes contextos contribuem para exclusão social e desigualdades no acesso a oportunidades.

Na realidade familiar e comunitária, o impacto da deficiência não está restrito a mortalidade, mas também envolve a morbidade e incapacidade experimentada por aqueles que sobrevivem. Determinadas deficiências são responsáveis por uma alta proporção de anos potenciais de vida ocupados com tratamento, desafios escolares, profissionais e sociais (LUQUETTI; KOIFMAN, 2011).

Diante deste contexto, proteger socialmente as pessoas com deficiência constitui uma das responsabilidades do Estado democrático (SANTOS, 2011). Isso significa atender uma demanda específica para promover justiça e não meramente uma medida paternalista ou benevolente.

As políticas públicas de atendimento à pessoa com deficiência devem contar com a participação dos próprios sujeitos na elaboração de estratégias de inclusão social. Para Mannan (2012) estas políticas em um país devem direcionar-se aos

3 Fundamentação Teórica

princípios básicos da autonomia, dignidade e equidade garantindo acesso, suporte, informação e enfrentamento das vulnerabilidades.

No Brasil, com amparo legislativo, os governos têm adotado como medidas de garantia de direitos, a implantação de benefícios sociais classificatórios a fim de suprir as necessidades econômicas do público com incapacidade trabalhista comprovada. Um exemplo é o Benefício de Prestação Continuada (BPC) – Lei 8742/93 que se configura como política-chave de proteção social às pessoas com deficiência em situação de pobreza e incapazes para o trabalho e é considerado um mecanismo de reparação de desigualdades no país (AMARAL et al., 2012).

Já às políticas internacionais de atendimento às pessoas com deficiência têm assumido como filosofia a garantia da acessibilidade para uma vida independente, inclusão social, acesso ao mercado de trabalho com dignidade e participação nas decisões pessoais e da esfera pública (TARTAKOVSKY; GAFTER-SHOR; PERELMAN-HAYIM, 2013).

Por outro lado, a literatura internacional é crítica ao se referir aos serviços de prevenção e cuidados às pessoas com deficiência considerando estes como espaços de barreiras e atitudes negativas em relação às dificuldades de acesso das pessoas com deficiência (SYMONS et al., 2014).

No caso Brasil, ainda há escassez de conhecimentos sobre o acesso da população com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao sistema de saúde vigente, em especial, nas regiões menos favorecidas socioeconomicamente.

Atitudes sociais negativas são causadoras de sérios problemas humanos, comportamentais e sociais na população com deficiência (BEELMANN; HEINEMANN, 2014). É o caso de políticas públicas mal elaboradas ou direcionadas, que podem levar à exclusão social e a negativa qualidade de vida deste público que hoje se aproxima dos 15% da população mundial (WILSON; SCIOR, 2014).

Diante da realidade apresentada pela literatura, às pessoas com deficiência no Brasil encontram-se inseridas em um contexto social bastante diverso daquelas que vivem nos países desenvolvidos. A situação brasileira merece atenção quando considerados o papel da economia de mercado e a insuficiência de orçamento do Estado na destinação de recursos públicos para a assistência à saúde.

3.3 A DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL

Dentro do contexto da saúde, a reabilitação das pessoas com deficiência aparece enquanto serviço nos diferentes níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Na atenção básica, observamos ações de prevenção de doenças ou deficiências e promoção da saúde. Na média complexidade há um direcionamento para a prática curativa, por meio de tratamento especializado da doença/deficiência. Já na alta complexidade os atendimentos são prestados por profissionais altamente especializados e com recursos/equipamentos de alta tecnologia (TEIXEIRA, 2007).

Esta conduta vai ao encontro do compromisso do Brasil com as legislações, portarias, regulamentações e decretos vigentes relacionados às pessoas com deficiência, dentre elas as prerrogativas da Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) por meio do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite - Decreto 7.612/2011, o qual estabelece a implementação de apoios necessários ao pleno e efetivo exercício da capacidade legal por todas às pessoas com deficiência, empenhando-se na equiparação de oportunidades, valorizando o protagonismo e as escolhas dos cidadãos com e sem deficiência no âmbito das políticas públicas (BRASIL, 2011).

Em relação à deficiência auditiva, o Ministério da Saúde, ao reconhecer que esta era uma questão de saúde pública, instituiu primeiramente a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) por meio da Portaria nº. 2.073/2004 em todas as unidades federativas, respeitando a competência das três esferas de gestão. O estado ao instituir o PNASa teve que estruturar uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados que estabelecesse uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas da deficiência auditiva, com vistas a minimizar o dano da deficiência na população. Esta proposta buscou a atuação efetiva na melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência auditiva, por meio do SUS, além de definir que a política fosse estruturada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2004).

A consolidação desta Política deu-se num processo dinâmico de construção. A implantação das diretrizes apontadas implicou na descentralização das ações de

3 Fundamentação Teórica

assistência, articulação intrainstitucional e intersetorial de âmbito estadual e municipal, bem como a sensibilização e envolvimento da sociedade organizada e segmentos políticos de defesa dos direitos das pessoas com deficiência auditiva. Desta forma, garantiu os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, assim como a inclusão de dados que viabilizassem a produção de informações nos sistemas de informação objetivando oferecer aos gestores subsídios para o planejamento, a regulação, o controle e a avaliação e promover a disseminação da informação.

Os componentes foram regulados por protocolos de conduta em todo o sistema de saúde e permitem o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. A política, considerando a necessidade de definir ações e de auxiliar os gestores no controle e avaliação da atenção às pessoas com deficiência auditiva, estabeleceu novas Portarias. A primeira SAS/MS nº. 587/2004 redefiniu ações de saúde auditiva na atenção básica, atenção na média e na alta complexidade, onde às Secretarias de Saúde dos estados foram delegadas as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais de atenção à saúde auditiva (BRASIL, 2004). A segunda SAS/MS nº. 589/2004 veio direcionar o cadastramento dos serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), assim como redirecioná-los, excluindo alguns procedimentos da classificação/serviços do SIA/SUS (BRASIL, 2004).

Na Atenção Básica, promoção da saúde auditiva é priorizada a prevenção e identificação precoce dos problemas auditivos, as ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamento, quando necessário, para o serviço na média complexidade. Na Atenção de Média Complexidade são realizados triagem e monitoramento auditivo, garantidos a partir do processo de referência e contra referência da pessoa com deficiência auditiva. Na Atenção de Alta Complexidade as condutas terapêuticas especializadas ocorrem de forma articulada e integrada com o sistema local e regional de referência e contra-referência para o diagnóstico e tratamento da deficiência auditiva, incluindo a faixa etária de zero a três anos. Neste sentido, o serviço deve contar com equipamentos específicos, estrutura física, recursos humanos especializados e estar devidamente credenciado no SUS, para execução das ações.

As Portarias SAS/MS não regulamentaram o IC, porém previram como procedimento de alta complexidade o acompanhamento dos usuários deste recurso audiológico de alta tecnologia.

Especificamente o IC, a indicação, o procedimento cirúrgico e o acompanhamento do paciente que recebeu este dispositivo são regulamentados nas Portarias 1.278/1999, 2.776/2014 (revogada pela Portaria 2.157/2015) e pelo documento Consulta Pública nº 17/2013 e as etapas são realizadas por Núcleos credenciados no país pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento de Programa de IC (BRASIL, 1999; BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

3.4 A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A audição é um sentido fundamental à vida, pois é à base do desenvolvimento da comunicação humana. A deficiência auditiva causa no indivíduo, além da limitação na capacidade de percepção dos sons, comprometimentos psicossociais, causando afastamento do convívio social e do seu papel na sociedade, interferindo na qualidade de vida do mesmo (AURÉLIO et al., 2012).

Durante muito tempo, a deficiência auditiva foi considerada uma doença incapacitante. Nos últimos anos, muito tem sido feito para amenizar esse estigma e proporcionar a melhora da qualidade de vida dos indivíduos com o distúrbio auditivo.

A incidência de deficiência auditiva congênita no mundo é estimada em 4 (quatro) para cada mil recém nascidos (INSTITUTO BRITÂNICO DE PESQUISAS AUDITIVAS, 2006). No Brasil, pelo Censo Demográfico realizado em 2010, constatou-se que existiram aproximadamente 46 milhões de pessoas com deficiência, ou seja, 24% da população total da época. Destes 5,1% declararam alguma ou grande dificuldade de ouvir (IBGE, 2010).

A deficiência auditiva leva a alteração no desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem (CALDAS et al., 2012). Desta forma, o desenvolvimento destas habilidades com foco na informação auditiva e expressão apropriada só é possível com o uso dos dispositivos audiológicos tecnológicos em conjunto com uma efetiva rede de reabilitação.

A reabilitação da pessoa com deficiência auditiva pode ser definida como um processo de resolução de problemas, com o objetivo de minimizar a dificuldade -

3 Fundamentação Teórica

limitação de atividade - e a desvantagem - restrição de participação de um indivíduo com um déficit de audição (BRAGA DA SILVA; BRAZ DA SILVA; AURÉLIO, 2013). A reabilitação, assim, possibilita que os indivíduos retomem a sua vida social, ampliando a convivência coletiva, melhorando sua autoestima e bem-estar. Atualmente, o avanço da tecnologia muito tem contribuído com a reabilitação da pessoa com deficiência auditiva disponibilizando recursos audiológicos eficientes.

O processo de reabilitação da pessoa com deficiência auditiva contempla, entre outros, a adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) e o IC. Estes dispositivos têm sido desenvolvidos e aprimorados até os nossos dias com o objetivo de reduzir os efeitos deletérios da deficiência auditiva (BRAGA DA SILVA; BRAZ DA SILVA; AURÉLIO, 2013).

Neste contexto torna-se imprescindível a existência de um programa de reabilitação das pessoas com deficiência auditiva que, além de considerar o uso de recursos audiológicos, também consiga abranger o sujeito em interação na sociedade, buscando minimizar as consequências que uma perda de audição provoca.

A elevada prevalência da deficiência auditiva e seu impacto sobre a vida das pessoas são razões suficientes para os governos intervirem e fornecerem recursos eficazes para a reabilitação das pessoas com esta deficiência (THIMONTY et al., 2013).

Entretanto, na realidade mundial verificam-se as dificuldades na área dos distúrbios da audição em geral. Estas abrangem todo o estado biopsicossocial de uma pessoa e sua incidência e consequências são maiores em países em desenvolvimento, onde existe oferta limitada de serviços, poucos profissionais treinados e pouca consciência de como lidar com essas dificuldades. Tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento e subdesenvolvidos a deficiência auditiva tem apresentado altos custos financeiros no que se refere ao tratamento. Os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde têm sido: a má distribuição dos recursos financeiros, a ineficiência, os custos crescentes e a desigualdade nas condições de acesso dos usuários (BEVILACQUA et al., 2013).

Os mesmos autores sugerem a produção de evidências científicas e a incorporação das mesmas nas práticas clínicas e gerenciais dos serviços de saúde

como atitudes essenciais para qualificar a atuação das equipes de saúde e a gestão. Áreas que envolvem tecnologias, como no atendimento às pessoas com deficiência auditiva, necessitam de estudos que utilizem tais informações para a avaliação da política, efetividade do tratamento, permitindo otimizar a verba pública e oferecer um atendimento com qualidade para o paciente (BEVILACQUA et al., 2013).

Logo, a reabilitação da pessoa com deficiência auditiva na política de saúde apresenta-se como uma área em expansão no Brasil e no mundo. Quanto mais a saúde auditiva for incorporada enquanto política pública pelos países, mais benefício trará às pessoas com deficiência, aliada as oportunidades de pesquisa para diversos profissionais, contribuindo na formulação de políticas que atendam esta fatia populacional vulnerável com mais qualidade, humanização e resolutividade.

3.5 O IMPLANTE COCLEAR COMO ALTERNATIVA PARA A REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A reabilitação das pessoas com deficiência auditiva tem por objetivo permitir ao indivíduo com a deficiência readquirir a percepção auditiva através de dispositivos eletrônicos. Os principais dispositivos, disponíveis para esse processo, são: AASI e o IC (SLEIFER; FERNANDES, 2011).

As dificuldades ocasionadas pela privação sensorial podem ser minimizadas com o uso do AASI, o qual permite o resgate da percepção dos sons da fala, além dos sons ambientais, promovendo a melhora da habilidade de comunicação, sendo que o prognóstico dependerá do local da lesão, do grau da perda auditiva e, principalmente, das expectativas existentes com relação à amplificação (AURÉLIO et al., 2012).

As pessoas com deficiência auditiva de graus severo e profundo, podem não apresentar resultados satisfatórios apenas com a amplificação sonora fornecida pelo AASI. Para estes casos, a alternativa é o IC, inserido cirurgicamente na orelha interna e que sobrevive de estimulações elétricas.

O IC é um dispositivo eletrônico que permite a reabilitação de indivíduos com perda auditiva sensorineural severa ou profunda bilateral, que não se beneficiaram com o uso de AASI. Conforme demonstrará a Figura 1 abaixo, o IC é composto pelos dispositivos interno e externo e tem o objetivo de estimular eletricamente as

3 Fundamentação Teórica

fibras do nervo auditivo, realizando de forma parcial a função da cóclea (MARTINS et al., 2012).

Fonte: COMPONENTES do Implante Coclear. Disponível em: <http://www.politecsaude.com.br>. Acesso em: 01 mai 2016.

Figura 1 – Componente interno e externo do Implante Coclear.

Como alternativa de tratamento para pessoas com deficiência auditiva o IC apresenta inúmeras nuances. Não é simplesmente implantar cirurgicamente o aparelho no paciente e este ser conduzido unicamente por seu dispositivo eletrônico. O IC constitui-se em um processo que envolve diferentes etapas: avaliação pré-cirúrgica, ato cirúrgico e reabilitação auditiva (MARTINS et al., 2012). Essa reabilitação deve ser realizada em núcleos habilitados pelo Ministério da Saúde, por profissionais especializados na área.

O documento Consulta Pública nº 17/2013 apresenta os critérios de indicação e contraindicação do IC no Brasil para diferentes faixas etárias, tipos e grau de perda auditiva. Para cada público, a indicação cirúrgica do recurso audiológico dependerá de determinadas condicionalidades previstas nas Diretrizes Gerais para a Assistência da Saúde Auditiva Hospitalar no SUS (BRASIL, 2013) e na Portaria 2.776/2014 (revogada pela Portaria 2.157/2015) e também dependerá dos critérios institucionais dos núcleos habilitados para desenvolvimento do programa cirúrgico (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

3 Fundamentação Teórica

Com relação à situação no Brasil, o fato de não existir, desde o início, uma legislação em nível nacional que determine a manutenção dos dispositivos do IC pela saúde pública, fez com se instalasse um sério problema para seus usuários, principalmente àqueles pertencentes à classe social baixa, uma vez que, defeitos ou falta de baterias podem fazer com que o usuário de IC fique impossibilitado de utilizar o recurso audiológico, caso não conte com outros meios de mobilização social, judicial ou apoio de recursos comunitários (TEFILI et al., 2013).

Diante desta realidade social e econômica do IC no país, verifica-se que o potencial benefício socioeconômico do investimento muitas vezes é perdido, aumentando o ônus social e trazendo frustração aos pacientes e familiares.

Entretanto, na realidade brasileira, atualmente este contexto vem se alterando em virtude da elaboração e publicação de uma Portaria que aprovou diretrizes gerais, ampliou e incorporou procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema SUS, como é o caso da Portaria 2.776/2014 (revogada pela Portaria 2.157/15), que, dentre as suas diretrizes, trouxe a disponibilidade do IC bilateral pelo SUS incluindo também o apoio da saúde pública na manutenção destes dispositivos (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

No contexto dos Estados Unidos, conforme as evidências da literatura, também se constata a ausência de apoio governamental no que se refere à manutenção do aparelho, todavia, a maioria das famílias de pessoas com deficiência auditiva que optam pelo uso do IC é pertencente à classe social média e aderem aos seguros de saúde (MAULDIN, 2012).

Na realidade alemã, para menos de 10% da população com deficiência auditiva diagnosticada é indicado o IC, pois toda a situação risco-benefício é levada em consideração pela equipe antes da indicação do recurso audiológico. E, neste país, o aspecto econômico não desempenha qualquer papel (JACOB; STELZIG, 2013).

Mediante as evidências na dinâmica internacional do IC, verifica-se uma realidade contraditória, na contra mão dos avanços tecnológicos no tratamento da deficiência auditiva, pois, a falta de apoio governamental na manutenção destes recursos audiológicos ratifica os prejuízos da desigualdade socioeconômica no contexto das famílias de indivíduos com deficiência auditiva. Há, portanto, a necessidade de maior investimento do setor público em relação aos recursos auditivos desde a fase do diagnóstico até a pós-cirúrgica, tornando-os acessível a

toda população como forma de garantir o direito a universalidade na saúde e reabilitação.

3.6 OS PROGRAMAS DE IMPLANTE COCLEAR HABILITADOS NO BRASIL

No Brasil, o documento Consulta Pública nº 17/2013 e a Portaria 2.776/2014 (revogada pela Portaria 2.157/2015) prevêm o encaminhamento dos casos com suspeita de perda auditiva para consulta otorrinolaringológica e avaliação audiológica completa em Serviço de Saúde Auditiva de Média e Alta Complexidade e aos Centros Especializados de Reabilitação (CER) habilitados na Reabilitação Auditiva, para identificar os recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da pessoa com deficiência auditiva (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

De acordo com a Portaria nº 587/2004 (Art 2º, §3º) entende-se por Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade aquele que ofereça atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita de perda auditiva e pessoas com deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional, constituindo-se como referência para o diagnóstico e tratamento da perda auditiva em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas sejam neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal, perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade (BRASIL, 2004).

Ainda segundo a Portaria nº 587/2004, Art 12, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação dos gestores estaduais e municipais, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão (BRASIL, 2004).

Conforme dados do CNES – (07/2015) há oitenta e seis Centros de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade habilitados no Brasil. E há vinte e sete núcleos habilitados para realização do IC.

3 Fundamentação Teórica

Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários candidatos à cirurgia de IC, na atenção especializada, o documento Consulta Pública nº17/2013 (BRASIL, 2013) definiu as seguintes modalidades:

- a) Modalidade Ambulatorial – consiste em ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica) destinadas a promover atenção especializada aos pacientes submetidos às cirurgias de IC, definidas pelas Portarias e realizadas em estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados;
- b) Modalidade Hospitalar – consiste em ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especializada à pacientes submetidos às cirurgias de IC, definidas pelas Portarias e realizadas em estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES com condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

Com relação à cirurgia de IC, a mesma vêm sendo indicada como uma opção de tratamento para pacientes, adultos e crianças, com deficiência sensorineural de grau profundo bilateral que obtêm pouco ou nenhum benefício com AASI. É considerado como recurso efetivo, que permite melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva, psicológica e social. Exige procedimentos de alta complexidade e especificidade, que demandam a existência de serviços altamente especializados, equipes multiprofissionais geralmente compostas por médicos, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais, instalações e equipamentos bastante diferenciados (BRASIL, 2013).

Na realidade internacional, a pesquisa de Sorkin (2013) revelou uma significativa perspectiva de tratamento com IC para pessoas com deficiência auditiva nos países Bélgica, China, Japão, Reino Unido e Estados Unidos. Nestas localidades há um avanço considerável na indicação cirúrgica para crianças e adultos.

A Bélgica é responsável por ter centros especializados para triagem auditiva neonatal e IC. Estes centros realizam o tratamento cirúrgico em crianças e adultos e garantem os cuidados de saúde de maneira universal. O país também oferece

3 Fundamentação Teórica

muitos serviços para pessoas com deficiência com o objetivo de melhorar a sua participação, integração e igualdade de oportunidades em todas as áreas da vida social e educacional (RAEVE; WOUTERS, 2013).

Depois de anos de intensa discussão, deliberação e debate, a China finalmente revelou seu plano de reforma para cuidados em saúde. O país está em processo de desenvolvimento de um esquema de reembolso nacional para cuidados médicos. Atualmente, diferentes métodos de financiamento estão sendo considerados para garantir que as pessoas com deficiência auditiva, especialmente crianças, tenham acesso ao IC após a identificação de perda auditiva (LIANG; MASON, 2013).

Ainda com uma baixa porcentagem de adeptos e a maioria com idade inferior a 18 anos, no Japão o sistema de saúde oferece cobertura universal para o tratamento em IC, desde o diagnóstico até a implantação, mapeamento e pós-tratamento (OLIVER, 2013).

No Reino Unido, todos os adultos e crianças que preenchem os critérios para IC são elegíveis para este tratamento sob o Serviço Nacional de Saúde. Eles têm o direito de serem avaliados, recebem a cirurgia de IC e, posteriormente, conseguem o tratamento com manutenção e reabilitação, inteiramente gratuito (RAINE, 2013).

Nos Estados Unidos, embora ainda seja pequeno o número de pessoas que se submetem a cirurgia de IC, o dispositivo vem sendo reconhecido como uma intervenção de mudança de vida para adultos e crianças. Tem reconhecimento generalizado pela eficácia dos resultados e a intervenção é coberta pelos seguros de saúde locais (SORKIN, 2013; NIPARKO; ZWOLAN, 2013).

Voltando ao contexto do Brasil, verifica-se que algumas localidades ainda não contam com Programas de IC, motivo pelos quais os candidatos ao recurso audiológico migram para Centros em outros estados a fim de realizar a cirurgia. Contudo, uma das exigências específicas destas equipes é o atendimento terapêutico especializado na cidade de origem; sem isto, a cirurgia é inviabilizada. A grande maioria destes pacientes realiza a cirurgia pelo sistema público, mas não têm condições econômicas de realizar acompanhamento com equipe de reabilitação especializada (PEDRETT; MOREIRA, 2012).

Diante desta situação, constata-se a necessidade de maior descentralização dos serviços públicos de saúde e reabilitação da pessoa com deficiência auditiva nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde e, em especial, nos

Programas de IC por meio da criação e habilitação de outros Centros que venham atender a demanda brasileira de pessoas com deficiência auditiva e facilitar o acesso e permanência da população em serviços mais próximos de sua localidade de origem. Estes Programas devem focar não somente o tratamento e ações assistenciais, mas também o ensino, a pesquisa e extensão com vistas a formar profissionais e reabilitadores na área da saúde auditiva e contribuir para melhoria da qualidade dos serviços prestados ao público alvo.

3.7 A INTERDISCIPLINARIDADE COMO FUNDAMENTO DO TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE E REABILITAÇÃO

Toda ação baseada no pressuposto da interdisciplinaridade busca dar conta da complexidade do sujeito implicado nas suas relações sociais e pessoais (OLIVEIRA, 2007). Na saúde e reabilitação, quando se trabalha com a concepção do processo saúde-doença socialmente determinado, verifica-se uma realidade baseada nos aspectos psicossociais, afetivos, técnicos e científicos, que movimentam a vida tanto na sua dimensão individual quanto coletiva.

Os serviços de saúde são organizados levando em conta a diversidade de aspectos que os usuários apresentam e demandam quando o procuram. As equipes de saúde, principalmente nos serviços especializados, contam na sua maioria com uma equipe multiprofissional, ou seja, diferentes especialistas trabalhando de maneira verticalizada. A abordagem e a atenção ao usuário, na maioria das vezes se dá sem comunicação e integração entre as especialidades na atenção e na orientação aos pacientes.

Já a abordagem interdisciplinar prevê a comunicação entre os diversos saberes e a construção de redes de conhecimento que permitam uma ação de saúde totalitária para os usuários (OLIVEIRA, 2007). Favorece assim, uma visão expandida do paciente para que os profissionais de saúde possam trabalhar, considerando a sua complexidade e sua biodiversidade.

Para Fazenda (2011), no Brasil, entende-se a interdisciplinaridade como uma nova atitude diante da questão do conhecimento, da abertura à compreensão de aspectos ocultos do ato de aprender e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão. Exige, portanto, profunda imersão no trabalho cotidiano, na prática.

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

A interação dos profissionais em um verdadeiro trabalho em equipe é também premissa básica, mesmo que decorra de um processo lento e progressivo de implantação. Profissionais não engajados apresentam uma grande dificuldade em se conectarem a regras de trabalho comuns. E isso promove práticas isoladas, na qual fatores subjetivos e objetivos, como, por exemplo, afinidade, empatia, postura profissional, interesse em dialogar e conhecer o trabalho do outro, ausência de preconceito e boa formação acadêmica são componentes intervenientes na interação (GUEDES; JUNIOR, 2010).

Desta forma, na prática, com sujeitos sociais, que têm sua subjetividade e sua história, deve-se levar em conta a sua inserção no contexto sociopolítico, pois este pode ser tanto um facilitador como um obstáculo para o trabalho em equipe, influenciando a interação e a comunicação entre os profissionais.

No trabalho em equipe, não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada. É necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe. Esta atitude requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença (BORGES et al., 2012).

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

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

Para Scherer, Pires e Jean (2013) a interdisciplinaridade na área da saúde, é entendida como instrumento e expressão de uma crítica do saber disciplinar e como

3 Fundamentação Teórica

uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano. Exige a integração não somente de saberes, mas também de práticas e integra e renormaliza as disciplinas e as profissões delas decorrentes, concretizando, ao final, a íntima relação entre conhecimento e ação.

Neste contexto, trata-se da interdisciplinaridade como processo de construção de conhecimento e ação na saúde, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho. Implica em um posicionamento ético e político que exige diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados.

A visão interdisciplinar na saúde e reabilitação é uma condição para o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da inovação. Engloba problemas e necessidades reais, objetivando soluções integradoras; é fundamental na geração de conhecimento e não ocorre simplesmente pela junção de saberes de diferentes áreas, mas pela integração e compartilhamento de conhecimentos, habilidades e métodos que operacionalizem a criação de novos conceitos teórico-metodológicos e técnicos advindos dessa junção (BARRA, 2013).

Para Almeida Filho (1997) na área da saúde coletiva é necessária, além das atitudes interdisciplinares, a utopia pela transdisciplinaridade. E esta requer reflexões e ações com uma finalidade comum e com tendência a horizontalização das relações de poder. Implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as áreas que o compõem. Vasconcelos (1996) assinala que a transdisciplinaridade requer uma radicalização da interdisciplinaridade, com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo.

Na realidade, a transdisciplinaridade traz a exigência de consagrar o diálogo entre diferentes campos de saber sem impor o domínio de uns sobre os outros, acercando-se de uma atitude e de uma postura que orientem a interação e a *reliance* entre os profissionais e seus conhecimentos (RODRIGUES, 2000).

Diante da perspectiva apresentada pela literatura, os desafios das equipes de saúde e reabilitação estão em construir um trabalho interdisciplinar com utopia transdisciplinar. Isto implica em um trabalho coletivo que exige disposição, estudo e criatividade e visa enriquecer não só a equipe, mas os usuários do serviço,

contemplando-os como sujeitos complexos, sociais e os diferenciam, de acordo com suas necessidades e possibilidades enquanto cidadão.

3.8 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE BRASILEIRA

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, constata-se na literatura que, no Brasil, os Assistentes Sociais começaram a ser requisitados no setor saúde a partir de 1945, no contexto do processo de expansão do capitalismo e das mudanças internacionais geradas pelo fim da Segunda Guerra Mundial. Soma-se a essas características conjunturais o conceito de saúde voltado a aspectos biopsicossociais (BRAVO, 2009).

A partir dos anos 90, na Política de Saúde brasileira identificaram-se alguns desafios que ainda estão postos na atualidade. Os dois projetos existentes e que ainda estão em disputa: o Projeto da Reforma Sanitária X o Projeto Privatista. Para Bravo (2012) os atuais governos ora fortalecem o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo. A autora refere, entretanto, uma ênfase maior ao projeto privatista.

O Serviço Social não passa ao largo dessa tensão. Ao mesmo tempo em que a década de 90 é marcada pela hegemonia da tendência em intenção de ruptura, não por acaso, é quando o Serviço Social atinge sua maioridade intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento à tendência em intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos a profissão pela contemporaneidade (NETTO, 2012).

Na saúde, onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (VASCONCELOS, 2012).

Em concordância com a literatura e baseado no documento “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2014), constata-se

que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização na saúde.

Uma questão importante refere-se ao conceito de saúde contido no Artigo 196 da CF de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080/1990, os quais ressaltam as expressões da questão social, e estas devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (2012) como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam através das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

O artigo 196 da CF de 1988 prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na Lei 8080/1990 - artigo 3º a saúde é contextualizada tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. A legislação ainda pontua que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

O Serviço Social tem nestes fatores a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. Nesta perspectiva, Iamamoto (2012) e Neto (2012) referem que a atuação profissional na política de saúde deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade na saúde.

Para Sarmento (2011); Lanza, Campanucci e Baldow (2012) o enfrentamento da questão social pelo Estado evidencia o papel das políticas sociais e indica como as mesmas traduzem a correlação de forças entre o Estado e as demandas da classe trabalhadora. E é nesta disputa que se move o trabalho profissional do Assistente Social.

Neste contexto, em meio a esta correlação de forças, o trabalho do Assistente Social pode ser desenvolvido nos diferentes espaços, havendo, entretanto, predominância de determinadas ações a partir das áreas de trabalho. Considera-se importante também evidenciar que todas as dimensões do trabalho profissional são complementares e indissociáveis e, especificamente na saúde e reabilitação, foco deste estudo, constituem-se parte de uma equipe integrada.

Segundo o documento CFESS (2014) o Assistente Social na saúde tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social.

A intervenção do Serviço Social na política de saúde abrange as mudanças que ocorrem no cotidiano dos indivíduos e também de seus familiares, provocadas, dentre outros fatores, pela hospitalização, pelo desconhecimento do cidadão em relação ao diagnóstico/tratamento, pelo agravamento da situação financeira, pela ansiedade e medo da doença, pelo preconceito e discriminação, pela dificuldade de acesso aos serviços e aos profissionais, pela necessidade de insumos e até mesmo pela articulação no momento da alta hospitalar (LANZA, CAMPANUCCI E BALDOW, 2012).

Diante do exposto, pode-se afirmar que as demandas que se apresentam ao Serviço Social envolvem uma série de condicionantes e exigem uma intervenção profissional que não se limite à prática curativa, mas que inclua aspectos preventivos, informativos e de promoção da saúde e que tenha articulação com a equipe interdisciplinar, rede de serviços socioassistenciais e de saúde e o compromisso com a humanização das ações e efetivação dos direitos sociais dos sujeitos.

3.9 A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NA REABILITAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: EVIDÊNCIAS DA LITERATURA

O Serviço Social é uma profissão de natureza interventiva que atua no campo das relações humano-sociais. É uma forma de especialização do trabalho e tem, portanto, uma dimensão política que lhe é constitutiva e constituinte (MARTINELLI, 2011). Assim, o exercício profissional explicita a natureza interventiva da profissão, cujo fim último é sempre a emancipação social dos sujeitos com que atua.

Como área de conhecimento e de intervenção profissional o Serviço Social consolida seu significado social em suas relações com as demais profissões e com as práticas societárias mais amplas especialmente com as que se direcionam para o enfrentamento das situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral e, sobretudo, dos setores mais empobrecidos da sociedade.

Para tanto, em cada ato profissional são mobilizados conhecimentos, saberes e práticas que, mediante uma ampla cadeia de mediações e do uso adequado de instrumentais de trabalho, visam alcançar os resultados estabelecidos (MARTINELLI, 2011).

O Assistente Social nas Políticas de saúde e reabilitação da pessoa com deficiência auditiva tem por objetivo identificar os aspectos sociais, econômicos e culturais das famílias dos pacientes, relacionados ao processo saúde/doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletivo para estas questões. Para tanto são mobilizados os recursos institucionais e comunitários no campo da assistência e demais políticas, tendo como perspectivas de avaliação a construção de políticas públicas que efetivem os direitos básicos de cidadania (FERNANDES e MESQUITA, 2014).

Portanto, a prática profissional do Assistente Social na saúde e reabilitação das pessoas com deficiência auditiva está dirigida além da emancipação, para inclusão social que é o processo pela qual a família e sociedade se humanizam para acolher em seu contexto as pessoas com a deficiência (CHAVEIRO e BARBOSA, 2005; BITTENCOURT et al., 2011).

Na realidade profissional, sejam nas áreas da saúde e reabilitação das pessoas com deficiência auditiva ou demais áreas afins, as dimensões/competências do

3 Fundamentação Teórica

Serviço Social estão definidas por Martinelli (2011), como: Ética – constitutiva da identidade da profissão - juntamente com as dimensões Técnico-operativas e Teórico-metodológicas, articulando-se em termos de poderes, fazeres e saberes como mediações da prática profissional e expressões de nossa *práxis* humana. Há um fim último que se busca com as ações profissionais e que configuram a particularidade histórica da profissão. Cada um dos atos profissionais, até mesmo o menor deles, é dimensionado eticamente, direciona-se à emancipação humana e, portanto, sua vocação é sempre a humanização da prática profissional.

Desta forma, o conhecimento dessas dimensões da prática profissional é básico para intervenção nas expressões da questão social apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde e reabilitação das pessoas com deficiência auditiva.

Conforme o documento “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS 2014), as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL,1993) a serem observados e respeitados, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional demanda uma atuação profissional em uma perspectiva de totalidade, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade social (CFESS, 2014).

As competências e atribuições dos Assistentes Sociais, nessa perspectiva, exigem do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção.

O trabalho do Assistente Social em uma equipe de saúde e reabilitação está direcionado para a identificação das necessidades dos usuários e as condições

3 Fundamentação Teórica

sociais em que estes estão inseridos, interpretando à equipe os aspectos relevantes no âmbito social (MOREIRA et al., 2008). Trata-se, portanto, de um profissional que deve estar sempre bem informado quanto aos objetivos e normas do serviço onde atua; reconhecer as necessidades dos usuários, mobilizar e disponibilizar recursos existentes, além de identificar falhas a serem corrigidas.

A atuação do Serviço Social junto às pessoas com deficiência auditiva é responsável por viabilizar o acesso e a continuidade do tratamento. Direciona-se à inclusão dessas pessoas numa política de saúde em interface com a assistência social, além de atender suas demandas sociais, apoiando-as e prestando serviços enquanto direito de cidadania nas questões sociais: familiares, escolares, profissionais e comunitárias (FERNANDES e MESQUITA, 2014).

Neste contexto, nos Centros de Reabilitação Auditiva, o Serviço Social como membro de uma equipe de saúde está inserido nas diversas fases e programas e sua atuação junto à população usuária deve consistir no atendimento social individual para conhecimento dos aspectos socioeconômico e cultural, bem como às expectativas, preconceitos, relacionamento familiar, escolar e social e apoio ao processo de reabilitação, articulando recursos comunitários a fim de prevenir o abandono de tratamento.

O Serviço Social também se propõe ações coletivas, que busquem trabalhar as relações sociais, fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e societários e orientações sociais à população atendida. No âmbito da formação e aprimoramento profissional, o Assistente Social deve se capacitar constantemente e articular-se com o campo teórico em sua prática, além de participar e incentivar pesquisas e contribuir para a formação de profissionais na área do Serviço Social em interface com a saúde auditiva.

4 Proposição

4 PROPOSIÇÃO

Conhecer o trabalho do Assistente Social nos Programas de Implante Coclear do Brasil.

5 Material e Métodos

5 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal, buscando descrever a prevalência de características de uma determinada realidade, por meio de fonte primária e secundária de coleta de dados, num período de tempo definido (TROCHIM, 2013), com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HRAC/USP sob o nº 919.823 (ANEXO A).

5.1 Casuística

Após uma pesquisa documental/virtual, mediante consulta aos dados do CNES – Brasil (07/2015) foi identificado um universo de 27 Núcleos habilitados para realizar o IC pelo Ministério da Saúde, sendo estes os selecionados como objeto deste estudo.

Abaixo, nas figuras 2 e 3, é possível verificar a distribuição da quantidade de Núcleos habilitados para realizar o IC no Brasil por região e estado, respectivamente.

Fonte: MAPA do Brasil. Disponível em: <http://http://mochileiro.tur.br/maparegiao.htm>. [MODIFICADO]. Acesso em: 01 mai 2016.

Figura 2 – Distribuição da quantidade de núcleos habilitados para realizar o Implante Coclear por regiões do Brasil

Fonte: MAPA do Brasil. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/clientes/portalsof/portalsof/orcamentos-anuais/mapa_brasil.jpg/view. [MODIFICADO]. Acesso em: 01 mai 2016.

Figura 3 – Distribuição da quantidade de núcleos habilitados para realizar o Implante Coclear por estados do Brasil

Como critério de inclusão definiu-se: todos os Núcleos habilitados pelo Ministério da Saúde para desenvolver Programa de Implante Coclear no Brasil no período da pesquisa. E como critério de exclusão: os Núcleos com perda da habilitação em Programa de Implante Coclear no Brasil junto ao Ministério da Saúde no período da pesquisa.

Ressalta-se, que dos 27 Núcleos considerados como universo deste estudo, uma amostra de 25 Núcleos responderam a todas as categorias da pesquisa, conforme será revelado no tópico “Resultados” da pesquisa.

5.1.1 Caracterização dos Núcleos habilitados para realizar Implante Coclear – CATEGORIA 1

Por meio do CNES, foi possível obter uma caracterização dos dados institucionais de cada Núcleo habilitado para realizar IC. Esta caracterização institucional foi apresentada nos resultados da pesquisa como CATEGORIA 1, distribuindo os dados na seguinte seqüência:

- Existência de credenciamento do Núcleo para Atendimento à pessoa com deficiência auditiva em: média complexidade / alta complexidade ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) – modalidade auditiva.
- Dados institucionais dos Núcleos habilitados para realizar o IC:
 - Tipos de convênios ofertados;
 - Área de abrangência da instituição;
 - Vínculo com Regional de saúde;
 - Tipologia da instituição;
 - Existência de Unidade de Terapia Intensiva (UTI),
 - Desenvolvimento de atividades de telessaúde;
 - Infraestrutura em equipamentos para diagnóstico por imagem (Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética);
 - Áreas de atuação da instituição;

5.2 Método

Para um conhecimento transversal dos Núcleos habilitados para realizar o IC no Brasil realizou-se uma pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *Lilacs* e *Social Services* a fim de identificar um instrumental de coleta de dados já publicado que se adequasse ao objetivo da pesquisa e que pudesse ser enviado aos participantes, porém entre os materiais encontrados, nenhum se aproximava do estudo proposto.

Desta forma, foi elaborado um questionário seguindo um roteiro adequado ao objetivo da pesquisa. Foram formuladas questões obedecendo a três categorias subseqüentes: - CATEGORIA 2 – Dados do Programa de IC - as questões abordaram informações gerais sobre os Programas, composição das equipes básicas e fluxos de atendimentos e serviços prestados; CATEGORIA 3 - Dados objetivos do Serviço Social no Programa de IC; e CATEGORIA 4 - Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de IC: as questões destas categorias (3 e 4) foram relacionadas às especificidades do Serviço Social nos Programas de IC. Assim, os dados objetivos/quantitativos foram coletados por meio de perguntas fechadas e os subjetivos/qualitativos com perguntas abertas (Questionário – APÊNDICE C).

Um estudo piloto foi realizado de maio/2015 a outubro/2015 com três dos 27 Núcleos habilitados para desenvolver Programa de IC participantes do estudo. O

Questionário foi aplicado com três Assistentes Sociais, uma de cada serviço, com o objetivo de verificar três importantes elementos em ambos os questionários da pesquisa de acordo com Souza (2012): a fidedignidade, a validade e a operatividade. Como resultado observou-se, que apenas para um participante o questionário gerou dúvidas e dificuldades quanto ao preenchimento e sugeriu: a inclusão no questionário da opção “salvar” as suas respostas, permitindo a interrupção no preenchimento e continuidade posterior e a retirada da obrigatoriedade de respostas nas questões. Adicionalmente, foi inserido um tutorial nas questões do questionário, para orientar os participantes.

Para a coleta dos dados foi realizado um contato telefônico com o responsável de cada Núcleo, solicitando a autorização para participação do serviço no estudo, bem como a indicação de um Assistente Social da equipe do Programa de IC para responder ao questionário. Posteriormente, foi realizado o contato telefônico com o Assistente Social e, mediante a sua autorização pessoal para participação na pesquisa, foram enviados, via e-mail, uma Carta de apresentação da pesquisa (APÊNDICE A) contendo o Parecer Consubstanciado aprovado pelo CEP e os endereços eletrônicos para acesso ao Questionário e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (TCLE - APÊNDICE B).

O TCLE e o Questionário foram inseridos no serviço *on-line* “Google Docs”. Os participantes deveriam respondê-los na plataforma *on-line* e quando concluíssem os documentos automaticamente seriam encaminhados para a pesquisadora por meio do serviço eletrônico.

5.3 Análise dos dados

A abordagem utilizada nesta pesquisa foi a quanti-qualitativa, sendo quantitativa por permitir a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando-se verificar e explicar a sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência e de correlações (CHIZZOTTI, 2008), e qualitativa, por aprofundar-se no mundo dos significados e na essência das comunicações presentes na pesquisa permitindo sua compreensão e categorização (MINAYO, 2012). Estas abordagens se complementam, pois as realidades que abrangem interagem dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 2012).

A abordagem quantitativa foi apresentada nos resultados da pesquisa, por meio de tabulação. Já a qualitativa foi categorizada com base na metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2010) e análise temático-categorial apontada por Minayo (2006); Oliveira (2008); Bardin (2010).

A análise de conteúdo é, segundo Bardin (2010), uma técnica da área das comunicações que visa obter indicadores que permitam chegar ao conhecimento das condições de produção e de recepção do material analisado, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição e categorização dos conteúdos das mensagens. A análise de conteúdo não permite generalizações do tipo estatístico, mas propõe uma interpretação qualitativa e crítica do material coletado.

Na análise temático-categorial baseada nas propostas de Minayo (2006), Oliveira (2008) e Bardin (2010), a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, frase ou parágrafo.

Desta forma, os dados qualitativos foram apresentados nos resultados da pesquisa, por meio de quadros, depoimentos pessoais e nuvem de palavras.

6 Resultados

6 RESULTADOS

Conforme já foi mencionado no tópico “Material e Métodos”, esta pesquisa permitiu um levantamento de dados por meio de duas fontes obedecendo às seguintes categorias:

Na CATEGORIA 1 - Caracterização dos núcleos habilitados para realizar o Implante Coclear - os dados foram coletados por fonte de dados secundários - pesquisa documental/virtual à página do CNES - 07/2015 que revelaram a caracterização dos núcleos habilitados para realizar o IC quanto ao credenciamento e dados institucionais.

Desta forma, nesta fase do estudo, os resultados objetivos e quantitativos serão apresentados em uma única tabela (Tabela 1) seguindo uma distribuição numérica e percentual.

Nesta mesma CATEGORIA 1, na caracterização das “Áreas de atuação da instituição”, os dados referentes aos tipos de curso oferecidos pelas instituições que desenvolvem Ensino e Pesquisa serão apresentados abaixo da tabulação, sob a forma de quadro (Quadro 1).

6.1 Caracterização dos núcleos habilitados para realizar o Implante Coclear – CATEGORIA 1

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual da caracterização dos serviços

Credenciamento em nível de complexidade	(nº)	%
Centro Especializado em Reabilitação (CER)	(2)	7,0
Média Complexidade	(2)	7,0
Alta Complexidade	(22)	82,0
Média e Alta Complexidade	(1)	4,0
Tipos de Convênios	(nº)	%
SUS	(17)	62,0
SUS + Convênios privados	(5)	19,0
SUS + Convênios privados + Custeio Particular	(5)	19,0

Área de abrangência	(nº)	%
Municipal	(3)	11,0
Regional	(5)	19,0
Estadual	(11)	41,0
Federal	(8)	29,0
Vínculo com regional de saúde	(nº)	%
SIM	(7)	26,0
NÃO	(20)	74,0
Tipologia da instituição	(nº)	%
Hospital Geral	(23)	85,0
Hospital Especializado	(4)	15,0
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	(nº)	%
SIM	(23)	85,0
NÃO	(4)	15,0
Telessaúde	(nº)	%
SIM	(5)	19,0
NÃO	(22)	81,0
Equipamentos para Diagnóstico por imagem	(nº)	%
SIM	(19)	70,0
NÃO	(8)	30,0
Área de atuação da instituição	(nº)	%
Prestação de serviço (PS)	(4)	15,0
Ensino (E)	(2)	7,0
PS + E	(4)	15,0
PS + E + Pesquisa(P)	(17)	63,0
TOTAL	(27)	100,0

Na Tabela 1 verificou-se nos núcleos habilitados pelo Ministério da Saúde para realização do IC, a predominância do credenciamento em nível de

complexidade no sistema de saúde e os tipos de convênios aceitos pelas instituições. Mostrou-se a caracterização dos serviços participantes da pesquisa segundo a área de abrangência da instituição e a existência ou não de vínculo com Regional de saúde. E revelou-se a predominância da tipologia das instituições participantes da pesquisa.

A distribuição dos resultados apresentou a prevalência dos serviços que contavam com UTI, bem como, o desenvolvimento de atividades de telessaúde e a existência de tecnologia em diagnóstico por imagem.

Constatou-se ainda a caracterização dos serviços participantes da pesquisa segundo as áreas de atuação da instituição.

Seguem abaixo, no Quadro 1, os tipos de cursos oferecidos pelas instituições que destacaram em sua área de atuação, as atividades de Ensino e Pesquisa.

Subcategoria:	Respostas (nº):
Tipos de cursos oferecidos em Ensino e Pesquisa	Residência Médica (21)
	Residência Multiprofissional (16)
	Pós-graduação lato-sensu (13)
	Pós-graduação stricto-sensu (12)
	Graduação (10)

Quadro 1 – Tipos de cursos oferecidos em Ensino e Pesquisa

No Quadro 1 acima, apresentaram-se os dados relacionados aos cursos oferecidos pelas instituições participantes do estudo que prestavam atividades de ensino e pesquisa.

Os próximos capítulos tratam das demais categorias da pesquisa. Os dados serão apresentados seguindo a seqüência:

- CATEGORIA 2 - Dados do Programa de Implante Coclear;
- CATEGORIA 3 - Dados objetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear;
- CATEGORIA 4 - Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear.

As respostas apresentadas pelos (as) Assistentes Sociais dos serviços participantes da pesquisa que serão apresentadas sob a forma de tabelas – com distribuição numérica e percentual, quadros, nuvem de palavras e depoimentos pessoais.

Conforme descrito na metodologia deste estudo, foi realizado contato telefônico inicial com os coordenadores dos 27 núcleos habilitados para realização do IC no Brasil. E estes aceitando participar da pesquisa, indicaram um (a) Assistente Social do Programa de IC para participação e resposta ao questionário. Do universo pesquisado (27 Assistentes Sociais) foram obtidas 25 respostas. Os (as) 2 profissionais que não responderam ao instrumental também acessaram o TCLE *on-line*, mas assinalaram a opção “Discordo em Participar” e, após contato telefônico da pesquisadora, estes(as) justificaram a não participação: um(a) alegou não fazer parte da equipe do Programa de IC da instituição e informou que o Programa não contava com Assistente Social; e o(a) outro(a) justificou que a instituição não oferecia mais Programa de IC, embora estivesse habilitado no CNES 07/2015.

Desta forma, nas categorias a seguir, os 25 participantes passarão a ser a amostra do estudo (100%).

6.2 Dados do Programa de Implante Coclear – CATEGORIA 2

Nesta categoria, primeiramente buscou-se traçar o perfil da população atendida pelos Programas de IC participantes da pesquisa. De acordo com a categorização das respostas, a população atendida ficou assim subdividida:

Subcategoria:	Respostas (nº):
Perfil da população atendida	0 a 4 anos incompletos (25)
	4 a 7 anos incompletos (24)
	Acima de 18 anos (24)
	7 a 12 anos incompletos (22)
	12 a 18 anos incompletos (21)

Quadro 2 – Perfil da população atendida nos Programas de Implante Coclear

Neste quadro (Quadro 2) foram apresentados o número de respostas obtidas em relação a faixa etária da população atendida pelos Programas participantes.

A tabela a seguir (Tabela 2) apresentará os dados relacionados às equipes e prontuários dos pacientes nos Programas de IC estudados.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos dados: equipe e prontuário

Exclusividade da equipe no Programa de IC	(nº)	%
Exclusiva	13	52,0
Não Exclusiva	12	48,0
Destinação da mesma equipe nas diferentes etapas do Programa	(nº)	%
SIM	21	84,0
NÃO	4	16,0
Tipo de equipe	(nº)	%
Multidisciplinar	(12)	48,0
Interdisciplinar	(13)	52,0
Transdisciplinar	(0)	0
Prontuário único para todas as áreas	(nº)	%
SIM	25	100,0
NÃO	0	0
Prontuário informatizado	(nº)	%
SIM	4	16,0
NÃO	21	84,0
TOTAL	25	100,0

Na Tabela 2 apresentaram-se os dados relacionados à exclusividade da equipe nos Programas de IC, bem como a destinação da mesma equipe nas diferentes etapas do Programa.

Os Assistentes Sociais atores desta pesquisa também caracterizaram o trabalho em equipe nos Programas de IC. Os “Tipos de equipe” elencados no questionário seguiram aqueles já definidos pela literatura (SAMPAIO, 2007; FAZENDA, 2008; MINAYO, 2010; SEVERINO, 2011).

Abaixo se apresentam os principais depoimentos pessoais dos participantes (P) que caracterizaram as relações da equipe de trabalho como Interdisciplinar:

Em virtude da troca de experiências e saberes entre as diferentes áreas (P 1)

Por se implicar em várias disciplinas explorando o máximo de suas potencialidades dentro de sua área específica, posteriormente é levada a discussão para se chegar a um consenso sobre a realização do procedimento do IC, ou outro seguimento que se julgar necessário (P 6)

A equipe unida em prol da qualidade de vida do paciente (P 13)

Toda equipe com um objetivo comum: o paciente (P 17)

A equipe procura trocar os seus conhecimentos a respeito da experiência com o paciente (P14)

Somos vários profissionais que trabalhamos juntos, cada um em sua área do conhecimento, mas com troca de informações (P 3)

Há respeito, diálogo, inovação e objetivo comum (P 20)

Normalmente interagimos em equipe, no que precisamos intervir, possuímos inclusive um grupo que possa facilitar nossos contatos quando estamos fora do serviço (P 5)

Também houve participantes que caracterizaram a equipe do Programa de IC como multidisciplinar. Neste caso depuseram:

A equipe dialoga sobre os casos com visões a partir de cada formação profissional se complementando (P 9)

Há troca de experiências em prol do paciente, mas cada profissional com a sua especificidade (P 12)

Não há muito diálogo e troca de conhecimentos (P 13)

As áreas atuam juntas, mas falta troca de experiências (P 20)

O programa de implante coclear é composto por uma equipe multidisciplinar com vários profissionais de especialidades diferentes, todos trabalhando com o mesmo objetivo para conseguir o melhor resultado possível em benefício do paciente (P 16)

As tomadas de decisões são realizadas após discussão em equipe unida e engajada (P 25)

É imprescindível a participação de diversos profissionais para a obtenção de resultados satisfatórios para o paciente e sua família (P 8)

Cada área contribuindo para a reabilitação do paciente (P 11)

Nenhum participante, por sua vez, caracterizou a equipe de trabalho como transdisciplinar.

Constataram-se ainda, na Tabela 2, informações quanto ao Prontuário único dos pacientes e a informatização deste instrumento pelos serviços estudados.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos dados: composição da equipe básica

Composição da equipe	Otorrinolaringologistas		Fonoaudiólogos	
	(nº)	%	(nº)	%
Até 2 profissionais	12	48,0	15	60,0
De 3 a 5 profissionais	4	16,0	4	16,0
Acima de 6 profissionais	9	36,0	6	24,0
Composição da equipe	Psicólogos		Assistente Social	
	(nº)	%	(nº)	%
1 profissional	19	76,0	25	100,0
2 profissionais	6	24,0	0	0
TOTAL	25	100,0	25	100,0

Na Tabela 3 acima foram mostrados os resultados quanto à composição da equipe básica, dos atendimentos ambulatoriais, nos Programas de IC participantes do estudo prevista pela Portaria 2.776/2014 (revogada pela Portaria 2.157/2015).

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual do *follow-up* dos pacientes pelos Programas

Acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes	(nº)	%
SIM	25	100,0
NÃO	0	0
<i>Follow-up</i> de pacientes operados em outros serviços	(nº)	%
SIM	14	56,0
NÃO	8	32,0
Não responderam	3	12,0
TOTAL	25	100,0

A Tabela 4 acima mostrou a realidade dos Programas frente ao acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes que receberam o IC no próprio serviço e também para aqueles operados em outros Programas. Os tipos de acompanhamentos realizados foram apresentados no Quadro 3 abaixo.

Subcategoria:	Respostas (nº):
Tipo de acompanhamento pós-cirúrgico	Mapeamentos e acompanhamento fonoaudiológico (21)
	Ativação do implante coclear (17)
	Acompanhamento médico otorrinolaringológico (15)
	Acompanhamento do serviço social com a família (15)
	Acompanhamento psicológico (12)
	Terapia fonoaudiológica (10)

Quadro 3 – Tipo de acompanhamento pós-cirúrgico realizado pelos Programas

Este Quadro 3 mostrou a predominância dos tipos de acompanhamentos pós-cirúrgicos oferecidos pelos Programas participantes do estudo. Desta forma, para cada resposta apresentou-se, entre parênteses, o número de Programas que a citou.

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual de outros serviços oferecidos pelos Programas

IC bilateral	(nº)	%
SIM	3	12,0
NÃO	22	88,0
Manutenção do dispositivo externo do IC	(nº)	%
SIM	4	16,0
NÃO	21	84,0

Sistema de Frequência Modulada (Sistema FM)	(nº)	%
SIM	23	92,0
NÃO	2	8,0
TOTAL	25	100,0

Na Tabela 5 acima foram evidenciados os resultados quanto à predominância dos serviços oferecidos pelos Programas de IC no que se refere a: IC bilateral; Manutenção do dispositivo externo do IC; e Sistema de Frequência Modulada (Sistema FM).

Apresenta-se a seguir, os fluxos de atendimentos: ambulatoriais e cirúrgicos, nos serviços estudados.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual do fluxo de atendimento nos Programas de Implante Coclear

Número de pacientes matriculados no Programa de IC	(nº)	%
Até 500	13	52,0
De 500 a 1000	1	4,0
De 1000 a 1500	1	4,0
De 1500 a 2000	1	4,0
Acima de 2000	4	16,0
Não responderam	5	20,0
Fluxo anual de pacientes "casos novos" no Programa de IC	(nº)	%
De 1 a 25	6	24,0
De 26 a 50	4	16,0
De 51 a 100	3	12,0
Acima de 100	5	20,0
Não responderam	7	28,0

Fluxo anual de atendimentos ambulatoriais no Programa de IC	(nº)	%
Até 50	1	4,0
De 50 a 100	1	4,0
De 100 a 500	11	44,0
De 500 a 1000	2	8,0
Acima de 1000	3	12,0
Não responderam	7	28,0
Número de pacientes que se submeteram à cirurgia de IC unilateral	(nº)	%
Até 50	3	12,0
De 50 a 100	7	28,0
De 100 a 500	10	40,0
De 500 a 1000	2	8,0
Acima de 1000	1	4,0
Não responderam	2	8,0
Número de pacientes que se submeteram à cirurgia de IC bilateral	(nº)	%
Nenhum	16	64,0
De 1 a 20	3	12,0
De 21 a 40	0	0
De 41 a 60	0	0
Acima de 60	1	4,0
Não responderam	5	20,0
Média anual de cirurgias de IC	(nº)	%
De 1 a 20	5	20,0
De 21 a 40	13	52,0
De 41 a 60	2	8,0
Acima de 60	4	16,0
Não responderam	1	4,0
TOTAL	25	100,0

Na Tabela 6 foram distribuídos os dados relacionados ao fluxo de atendimentos nos Programas de IC por: Número de pacientes matriculados no Programa; Fluxo anual de “casos novos”; e Fluxo anual de atendimentos ambulatoriais.

Apresentou ainda o quantitativo de cirurgias de IC realizadas nos Programas por: Número de pacientes submetidos à cirurgia de IC unilateral; Número de pacientes submetidos ao IC bilateral e média anual de cirurgias de IC.

6.3 Dados objetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear – CATEGORIA 3

Nesta categoria serão apresentados os resultados equivalentes às questões de múltipla escolha do questionário, relacionadas aos dados objetivos do Serviço Social, respondidas pelos Assistentes Sociais participantes da pesquisa.

A Tabela 7 a seguir traz a formação profissional especificamente do Assistente Social entrevistado e da atuação do Serviço Social no Programa de IC.

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual dos dados: formação do(a) Assistente Social entrevistado(a), composição da equipe de Serviço Social e jornada de trabalho no Programas

Período de conclusão da graduação em Serviço Social	(nº)	%
1981 a 1990	3	12,0
1991 a 2000	8	32,0
2001 a 2010	13	52,0
2011 a 2015	1	4,0
Curso de pós-graduação	(nº)	%
SIM	13	52,0
NÃO	12	48,0
Composição dos profissionais com formação em Serviço Social	(nº)	%
1 profissional	25	100,0
Acima de 1 profissional	0	0

Supervisão de estagiários ou alunos de pós-graduação	(nº)	%
SIM	3	12,0
NÃO	22	88,0
Período de atendimento do Serviço Social	(nº)	%
Manhã	17	68,0
Tarde	6	24,0
Integral	2	8,0
Carga horária semanal do(a) Assistente Social	(nº)	%
Até 20 horas semanais	8	32,0
De 20 a 30 horas semanais	16	64,0
Acima de 30 horas semanais	1	4,0
TOTAL	25	100,0

A Tabela 7 mostrou o período de conclusão da graduação dos Assistentes Sociais participantes do estudo e a predominância dos profissionais com curso de pós-graduação.

Verificou-se a composição da equipe de Serviço Social no Programa de IC incluindo a supervisão de estagiários de graduação em Serviço Social ou alunos de pós-graduação na área.

Constatou-se também a jornada de trabalho do Serviço Social no Programa de IC em: período de atendimento aos usuários e carga horária semanal.

Buscou-se por fim verificar o nível de produção científica da categoria, na Tabela 8 a seguir.

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual da produção científica do Serviço Social no Programa de Implante Coclear

Publicações de artigos em periódicos nacionais e/ou internacionais	(nº)	%
SIM	2	8,0
NÃO	23	92,0

Publicações em ANAIS de Congressos nacionais e/ou internacionais	(nº)	%
SIM	4	16,0
NÃO	21	84,0
Publicações de livros ou participação em capítulos de livros	(nº)	%
SIM	1	4,0
NÃO	24	96,0
TOTAL	25	100,0

A Tabela 8 mostrou a produção científica dos Assistentes Sociais dos Programas segundo a: Publicação de artigos em periódicos nacionais e/ou internacionais; Publicação de trabalhos em ANAIS de Congressos nacionais e/ou internacionais; e Publicações de livros ou capítulos de livros.

Na próxima categoria serão apresentados os resultados subjetivos fornecidos pelos participantes da pesquisa por meio das perguntas abertas do questionário.

6.4 Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear – CATEGORIA 4

Os resultados referentes às respostas subjetivas fornecidas pelos participantes do estudo serão apresentados em subcategorias com o maior número de ocorrências de respostas, conforme os quadros a seguir.

Esta subcategorização foi realizada com base na metodologia proposta pelo estudo: análise de conteúdo (BARDIN, 2010) e análise temático-categorial (MINAYO 2006; OLIVEIRA 2008; BARDIN 2010), e também nas atribuições estabelecidas pelas referências: “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde - Eixo - Atendimento Direto aos usuários” (CFESS, 2014); e nos objetivos do Serviço Social descritos por Martinelli (2011);

Subcategoria:	Respostas (nº):
Objetivo geral do Serviço Social na equipe do Programa de Implante Coclear	Conhecer a realidade social, econômica e cultural dos pacientes e famílias (6).
	Realizar avaliação socioeconômica, prestar orientações sociais e articular com a rede de políticas públicas intersetoriais (6).
	Contribuir para a efetivação dos direitos sociais dos pacientes e famílias (5).
	Conhecer e intervir nas expressões da questão social dos pacientes e famílias (3)
	Trabalhar a motivação do paciente e família para o tratamento (3).
	Garantir a Universalidade e Integralidade do atendimento (2)

Quadro 4 – Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Objetivo geral do Serviço Social

No Quadro 4 apresentaram-se as respostas mais predominantes entre os participantes quanto aos objetivos do Serviço Social nos Programas de IC, subcategorizados com base aos objetivos já existentes na literatura.

A nuvem de palavras a seguir (Figura 4) demonstrará as palavras mais relacionadas dentro das referências realizadas na categoria principal “Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de IC”, especificamente nesta subcategoria “Objetivo geral do Serviço Social na equipe do Programa de IC”.

Fonte: Própria

Figura 4 – Nuvem de palavras da subcategoria “Objetivo geral do Serviço Social na equipe do Programa de Implante Coclear”.

O Quadro 5 a seguir apresentará as principais demandas para o profissional de Serviço Social no Programa de IC subcategorizadas com base na metodologia proposta pela tese, ou seja, utilizando como referência as palavras e frases mais citadas pelos participantes.

Subcategoria:	Respostas (nº):
Demandas para o profissional de Serviço Social no Programa de Implante Coclear	Procura por apoio para o fortalecimento familiar frente às situações de violação de direitos sociais (10).
	Procura por recursos, benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais, de saúde, educação, transporte e habitação (7).
	Procura por orientação quanto ao apoio socioeconômico para manutenção do processador externo do implante coclear (6).
	Procura por orientações sobre rotinas institucionais e o processo de reabilitação complementar do implante coclear (2).

Quadro 5 – Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Demandas do Serviço Social

A Figura 5 mostrará a nuvem de palavras com as expressões mais citadas nas referências realizadas na categoria principal “Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de IC”, na subcategoria “Demandas para o profissional de Serviço Social no Programa de IC”.

Fonte: Própria

Figura 5 – Nuvem de palavras da subcategoria “Demandas para o profissional de Serviço Social no Programa de Implante Coclear”.

No Quadro 6 abaixo apresentam-se as principais ações individuais do Assistente Social no Programa de IC citadas pelos participantes e subcategorizadas com base no documento: “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde - Eixo - Atendimento Direto aos usuários – Subeixo – Ações Socioassistenciais” (CFESS, 2014).

Subcategoria:	Respostas (nº):
Ações individuais	Construção do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde (10).
	Democratização das informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária (7).
	Facilitação do acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação (5)
	Fortalecimento dos vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (3).

Quadro 6 – Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Ações individuais do Serviço Social

No próximo Quadro 7 serão citadas as principais ações coletivas desenvolvidas pelos Assistentes Sociais dos Programas de IC estudados. As respostas foram subcategorizadas com base no documento: “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde - Eixo - Atendimento Direto aos usuários – Subeixos – Ações de Articulação com a Equipe de Saúde; - Ações Socioeducativas; e - Eixo - Assessoria, Qualificação e Formação Profissional” (CFESS, 2014).

Subcategoria:	Respostas (nº):
Ações coletivas	Planejamento, execução e avaliação com a equipe de saúde de ações que assegurem a saúde enquanto direito (16).
	Sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos (7).
	Participação de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde (1).
	Não há (1).

Quadro 7 – Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Ações coletivas do Serviço Social

A seguir, no Quadro 8, serão apresentados os dados relacionados à subcategoria “Instrumentos e técnicas”. Esta subcategorização foi objetiva e seguiu a proposta de instrumentais do Serviço Social descritas por Sarmento (1994), Guerra (2007) e Miotto (2009) e muito utilizadas pelo Serviço Social na área da saúde.

Subcategoria:	Respostas (nº):
Instrumentos e técnicas	Entrevista (25)
	Documentação (25)
	Encaminhamento (21)
	Reunião (16)
	Observação Sistemática/Participante (12)
	Visita domiciliar (1)

Quadro 8 – Respostas subjetivas obtidas pela subcategoria Principais instrumentos e técnicas utilizados pelo Assistente Social no Programa de Implante Coclear

O próximo Quadro 9 revelará os principais recursos mobilizados no atendimento aos pacientes/famílias. As respostas foram subcategorizadas com base nos recursos públicos, judiciários e da comunidade existentes no Brasil e presentes nas Políticas Nacionais.

Subcategoria:	Respostas (nº):
Recursos mobilizados no atendimento aos pacientes/famílias	Benefícios e Serviços de saúde (23)
	Benefícios e Serviços socioassistenciais (19)
	Benefícios e Serviços previdenciários (17)
	Articulação com Poder Judiciário (Ex: Conselho Tutelar, Promotorias Públicas, entre outros) (10)
	Articulação com outras políticas públicas (9)
	Articulação com associações (6)

Quadro 9 – Respostas objetivas obtidas pela subcategoria Recursos mobilizados no atendimento aos pacientes/famílias no Programa de Implante Coclear

Posteriormente, foi solicitado aos participantes que citassem uma facilidade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de IC. Foram obtidas 24 respostas e 1 Assistente Social não respondeu à pergunta. As colocações que mais se destacaram foram apresentadas nos depoimentos pessoais abaixo:

União, Respeito, Diálogo, Confiança no trabalho em equipe (P 1)

Conhecimento teórico-prático na área (P 6)

Flexibilidade e autonomia nas ações (P 13)

Boa relação com o paciente e família (P 4)

Participação do paciente e família na reabilitação (P 15)

A nuvem de palavras a seguir (Figura 6) demonstrará as palavras mais relacionadas dentro das referências realizadas na categoria principal “Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de IC”, especificamente na subcategoria “Facilidade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de IC”.

Fonte: Própria

Figura 6 – Nuvem de palavras da subcategoria “Facilidade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de Implante Coclear”.

Aos participantes também foi solicitado que citassem uma dificuldade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de IC. Foram obtidas 23 respostas e 2 Assistentes Sociais não responderam. Os principais depoimentos pessoais foram apresentados abaixo:

Espaço físico inadequado (P 2)

Desmotivação do paciente ou família (P 12)

Demanda alta de pacientes no serviço (P 3)

Atendimento em hospital geral (com outras demandas) (P 9)

Ações administrativas atribuídas ao Assistente Social (P 20)

Momento atual do país com a desconstrução das políticas públicas (P 14)

Falta de apoio do SUS para manutenção do aparelho de IC (P 5)

A delimitação de critérios para inclusão no Programa de IC (P 7)

A Figura 7 mostrará a nuvem de palavras com as expressões mais citadas nas referências realizadas na categoria principal “Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear”, na subcategoria “Dificuldade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de Implante Coclear”.

Fonte: Própria

Figura 7 – Nuvem de palavras da subcategoria “Dificuldade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de Implante Coclear”.

Os participantes também citaram um desafio do Serviço Social na área da saúde diante das novas exigências impostas pela realidade social do país, considerando a sua experiência profissional no serviço de saúde. Foram obtidas 25 respostas. Abaixo serão apresentados alguns depoimentos dos participantes:

Efetivação do direito à saúde pública com qualidade nos diferentes níveis de atenção do sistema (P 25)

Emancipação e empoderamento do paciente (P 2)

Efetividade da referência e contra referência da rede socioassistencial (P 16)

Inoperância, fragmentação e desarticulação das políticas públicas (o que dificulta a acessibilidade e inclusão da pessoa com deficiência) (P 8)

Ser reconhecido por outros profissionais e pela própria categoria como profissionais importantes na área da saúde (P 24)

O desmonte da política pública de saúde frente a hegemonia neoliberal. Como consequência, falta de serviços e não garantia de direitos (P 11)

Fazer com que o paciente e família entendam na íntegra o processo de tratamento dentro das exigências que são feitas pelas instancias maiores (P 17)

Garantir o acesso universal dos usuários aos serviços de saúde (P 22)

Por fim, os Assistentes Sociais foram questionados quanto ao interesse em manter intercâmbio técnico-científico com Assistentes Sociais de outros Programas de IC. Todos os participantes responderam “Sim” (100%), não havendo nenhuma recusa quanto a este questionamento.

No próximo capítulo será realizada a discussão desses resultados com base na experiência investigativa da pesquisadora e nos achados da literatura.

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

7.1 Caracterização dos núcleos habilitados para realizar o Implante Coclear – CATEGORIA 1

Com base na apresentação dos resultados, quanto ao **credenciamento em nível de complexidade** no sistema de saúde dos Programas de IC participantes do estudo verificou-se na Tabela 1, que a maioria dos núcleos habilitados pelo Ministério da Saúde para realização de IC eram também habilitados pelo CNES-Brasil como serviços de Alta Complexidade no sistema de saúde (82%). Uma minoria estava habilitada como média complexidade (7%) e como Centro Especializado em Reabilitação (CER) (7%).

Embora não tenha sido um achado neste estudo, os serviços que se constituem como Atenção Básica, primeiro nível de atenção à saúde, envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, realizado pelas especialidades básicas da Saúde (BEVILACQUA et al., 2011).

A Média Complexidade compõe-se por ações e serviços cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (SILVA; GONÇALVES; SOARES, 2014).

Já os serviços de Alta Complexidade, maioria nesta pesquisa, são responsáveis por desenvolver um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados (MONDELLI; SILVA, 2011).

Desta forma, acredita-se que estes serviços habilitados como Alta Complexidade conseguiram também habilitação para a realização do IC por ser este um recurso audiológico de alta tecnologia e alto custo para saúde, geralmente oferecido neste nível de complexidade do sistema.

Vale ressaltar, que os serviços de reabilitação, assim como os de saúde auditiva, também podem ser credenciados pelo Ministério da Saúde como CER. Trata-se de um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento

especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território e pode ser organizado das seguintes formas: CER II - composto por duas modalidades de reabilitação; CER III - composto por três modalidades de reabilitação; e CER IV - composto por quatro modalidades de reabilitação (BRASIL, 2012).

Todo atendimento realizado no CER é realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolve a equipe, o usuário e sua família. O CER pode também, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, contribuir com o avanço e a produção de conhecimento e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional e educação permanente para as equipes multiprofissionais, garantindo atualização e aprimoramento profissional.

Quanto aos **tipos de convênios** oferecidos pelas instituições constatou-se a predominância dos serviços prestados via saúde pública (Tabela 1). Nesta perspectiva, a saúde e reabilitação da pessoa com deficiência auditiva é reconhecida como direito de cidadania. Afinal, é de conhecimento que o SUS resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária e foi instituído pela CF de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Algumas características deste sistema de saúde, começando pelo mais essencial, diz respeito à colocação constitucional de que Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado (BRASIL, 1990).

Em relação os tipos de convênios oferecidos pelos serviços participantes desta pesquisa, os dados revelaram que 62% prestavam atendimento cem por cento público, por intermédio do SUS, e o restante disponibilizavam, além dos atendimentos públicos, àqueles vinculados a convênios privados (19%) e os com convênios privados + custeio particular (19%).

A relevância pública dada à saúde declarada na CF tem o significado do destaque e proeminência da saúde entre tantas outras áreas e setores. Destaque-se que foram consideradas como de relevância pública tanto a saúde pública como a privada. Os serviços privados de saúde, além de serem de relevância pública, estão subordinados à Regulamentação, Fiscalização e Controle do SUS (CARVALHO, 2013).

O art.199 da CF coloca claramente que a saúde está livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988). Além de ser possível o livre exercício das profissões de saúde e dos serviços privados de saúde, esses poderão também ser utilizados pelo SUS todas as vezes que sua capacidade de atendimento for insuficiente para dar conta da demanda; Não se trata de entregar o público ao privado, mas de recorrer ao privado para complementar o público.

No presente estudo constatou-se que algumas instituições prestavam, além do atendimento via SUS, os serviços oferecidos pela iniciativa privada, por meio dos convênios privados e/ou custeio particular (Tabela 1).

Assim como na saúde em geral, na área de saúde auditiva brasileira também é livre a prestação de serviços privados que podem ser exercidos e utilizados de maneira totalmente liberal, nos hospitais, centros de atendimentos e nas clínicas contra pagamento direto. E pode também, ser organizada, em forma de operadoras de planos e seguros de saúde, individuais, familiares ou coletivos, conforme faculta a legislação e foi constatado neste estudo.

Vale ressaltar, todavia, que na área da saúde, incluindo a saúde auditiva, é essencial que a oferta de serviços seja integralmente pública e universal, sem privilégios ou seletividade; A saúde privada deve ser ofertada de forma complementar ao serviço público.

No que se refere à **área de abrangência** institucional os dados mostraram que a maioria das instituições habilitadas em IC pelo Ministério da Saúde tinha uma área de abrangência a nível estadual (41%) seguida de federal (29%). E 74% do total relataram não ter vínculo com regional de saúde como porta de entrada ao serviço (Tabela 1).

Em saúde, a área da abrangência de uma instituição envolve as relações entre oferta e demanda nos serviços públicos. Possibilita a focalização dos tipos de serviços a serem oferecidos otimizando os recursos existentes nos territórios. O espaço passa a fazer parte das análises e dos processos envolvidos na tomada de decisão, tanto na redefinição de prioridades quanto na implantação de novos programas e serviços ou de novos equipamentos.

Em contextos hospitalares a literatura apresenta noções de “área de abrangência” e de “área de influência” distinguindo-as, sendo a primeira a caracterização da demanda real por equipamentos urbanos, a partir da identificação

da quantidade e da procedência de seus consumidores ou usuários; e a segunda caracteriza-se pela demanda potencial existente, dada pelo conjunto de pessoas residentes em seu entorno. No segundo caso, a definição do entorno se dá por um modelo geométrico que relaciona o ponto analisado (a localização dos hospitais) à distância média entre todos os serviços vizinhos (SOUZA, 2008).

No presente estudo trabalha-se apenas com o primeiro caso. Mas para a construção da área de abrangência de um determinado serviço, o Ministério da Saúde busca identificar o local de origem da demanda por meio do endereço de residência dos indivíduos que o freqüentam ou o utilizam. Essa metodologia proporciona um diagnóstico mais apurado da localização da demanda, revelando situações extremas, como áreas de grande concentração e dispersão, além das distâncias médias, máximas e mínimas dos deslocamentos necessários para que o paciente chegue ao serviço. Esta informação tem muita relevância para os processos de gestão e implantação de novos núcleos para realização de IC.

Com a disseminação do conhecimento, a *internet*, as pesquisas publicadas, os congressos médicos e as constantes reuniões realizadas sobre deficiência auditiva em todo país, cresceu muito a demanda pelo tratamento de distúrbios de audição e com isso foram necessárias mudanças tanto estruturais no sistema de saúde quanto de formação de novas equipes capacitadas e descentralizadas para dar atendimento adequado a toda essa população. Em face disto, novos centros de IC com abrangência municipal, regional, estadual ou mesmo federal e com diferentes portas de entradas foram criados e habilitados pelo Ministério da Saúde para realização da chamada alta complexidade em saúde auditiva.

Esta realidade deve ser considerada como positiva quando lembrados os anos de luta dos pacientes, famílias e equipes de saúde auditiva a fim de mostrar ao Ministério da Saúde a importância da criação de vários novos centros, visto que o Brasil tem dimensões gigantes e o deslocamento de pacientes por vezes se tornava inviável, além de oneroso (HAMERSCHMIDT, 2014).

Atualmente, esta realidade, apesar de ainda falha em muitos aspectos, já é bem melhor do que em anos passados e as conquistas devem ser valorizadas e evidenciadas pois, apesar de todas as dificuldades estruturais e de logística do SUS e da saúde brasileira em geral, vem se conseguindo prestar atendimento

descentralizado e com qualidade a todos os pacientes e famílias que por estes centros procuram.

Observou-se também no estudo que a maioria das instituições não obtinha **vínculo com Regional de Saúde**, tendo como porta de entrada aos serviços, a demanda espontânea ou encaminhamento direto de profissionais de outros serviços de saúde (Tabela 1).

Segundo o Decreto nº 7.508 de 2011, as Regionais de Saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Sabe-se que a regionalização é a diretriz do SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 1990).

Desta forma, nos serviços habilitados para a realização de IC do Brasil, o acesso via Regional de Saúde, embora seja minoria como mostrou o estudo, é relevante por permitir organização no acesso, resolutividade, mesmo que exija em algumas regionais um tempo maior do que na demanda espontânea e qualidade das ações e serviços de saúde. E também a redução das desigualdades sociais e territoriais e promoção da equidade, sem distinção entre as pessoas, sem preconceitos ou privilégios, produzindo uma discriminação positiva para os que mais necessitam.

O estudo buscou ainda verificar a **tipologia das instituições** participantes, por meio das informações oferecidas pela página do CNES-Brasil. E os resultados mostraram que a maioria dos Programas de IC do país eram oferecidos em Hospitais Gerais (85%) e os demais (15%) eram “Hospital Especializado” em determinadas doenças ou deficiências (Tabela 1).

O hospital é um elemento organizador de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial (OMS, 2015).

Os Hospitais Gerais são caracterizados por oferecer um amplo atendimento preventivo e curativo às diversas especialidades de saúde-doença. Geralmente contam com unidade de pronto atendimento às urgências e emergências, UTI e atendimentos nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Já os Hospitais Especializados se destinam em prestar serviços preventivos e curativos para determinadas especialidades de saúde-doença, com equipes menores e infraestrutura especializada, garantindo também a atenção à saúde nos seus níveis de hierarquia do sistema.

Seja de tipologia “Geral” ou “Especializado” os hospitais oferecem uma ampla gama de cuidados agudos, a convalescença e cuidados paliativos, com meios diagnósticos e terapêuticos necessários para responder a doenças agudas e crônicas devido a manifestações e trauma ou anomalias genéticas, gerando informações essenciais para pesquisa, educação e administração (OMS, 2015).

E em serviços de saúde auditiva prestados em hospitais não é diferente. Independentemente da tipologia da unidade hospitalar, os cuidados prestados à pessoa com deficiência auditiva devem garantir a qualidade e resolutividade das manifestações audiológicas, psicológicas e sociais da deficiência.

Tradicionalmente orientados para o atendimento individual, os hospitais são cada vez mais as ligações mais estreitas com outras partes do setor da saúde e com as comunidades para otimizar o uso dos recursos destinados a promover e proteger a saúde individual e coletiva.

Embora não tenha sido descrito nas tabulações dos resultados da pesquisa, constatou-se nos registros do CNES os serviços prestados pelos hospitais, ou seja, as especialidades que prestam o atendimento. A maioria das instituições (85%) contava com as principais áreas para prestação de serviço: Medicina, Odontologia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Fisioterapia. Também foram encontrados registros em todos os hospitais das equipes de suporte: técnicos, administrativos e profissionais de transporte, segurança, manutenção e limpeza.

Por profissional de saúde poderia se entender as aquisição e prática das habilidades necessárias a recuperação e manutenção da saúde, porém o modo de produção e organização do trabalho nas sociedades exige essa formalização (PAIVA, 2008). O que concomitantemente reflete a estrutura de classes sociais, as

diferenças salariais e hierarquias de comando da sociedade também necessárias à organização do trabalho, mas com reflexo negativo no status dos profissionais.

As principais profissões não médicas ou de apoio aos serviços médicos, de nível superior no Brasil, já foram referidas, observe-se, porém, que a forma de atuação e um leque de serviços prestados por esses profissionais variam ao longo da história e das definições da Política nacional de saúde. Em Portugal, por exemplo, a Odontologia é uma especialidade médica.

Segundo Starfield (2002) desde a antiguidade que junto com o médico atuam outros profissionais auxiliando ou complementando seu trabalho de prestação de serviço de saúde ressaltando que onde a oferta de médicos era (ou ainda é) pequena, profissionais de saúde como enfermeiros e auxiliares os substituíam.

A experimentação com os papéis da atenção primária ampliados para estes outros profissionais recebeu impulso na China após a revolução de 1949 e pelo treinamento de enfermeiros e assistentes médicos nos Estados Unidos iniciado nos anos de 1960 e 1970 (RAMOS, 2015).

Mesmo com estas considerações históricas, na sociedade atual é relevante a atuação em equipe englobando as diversas especialidades da área da saúde. O contexto do trabalho interdisciplinar na saúde pressupõe ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Desta forma o trabalho interdisciplinar em unidades hospitalares envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, frente aos problemas e às suas soluções. Na prática interdisciplinar não se pretende uma desvalorização ou negação das especialidades. O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional.

Para Meirelles (2003) essa essência de equipe exige um diálogo contínuo com outras formas de conhecimento de maneira compartilhada e interativa facilitando os enfrentamentos profissionais e a assistência humanizada e cidadã que contribui para melhorar a compreensão da realidade.

Neste contexto, para se ultrapassar o âmbito individual e clínico na saúde, são necessárias mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho, o que demanda alta complexidade de saberes. Cada profissional precisa

desempenhar sua atribuição em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento.

A Categoria 1 desta pesquisa também buscou revelar os resultados relacionados a infraestrutura dos serviços com base nos dados coletados na página eletrônica do CNES-Brasil 07/2015.

Ainda na Tabela 1 a distribuição dos resultados revelou que a maioria dos serviços (85%) contava com leitos de **Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Considerou-se nesta subcategoria os leitos de UTI pediátricas e também de adultos.

Após consulta comparativa no CNES – Brasil constatou-se que este quantitativo (85%) se tratava dos Hospitais Gerais que, em virtude da ampla demanda de especialidades e procedimentos de média e alta complexidade, exigem uma maior e completa infraestrutura hospitalar.

Na legislação brasileira, a Resolução 81 de 1995 define a UTI como uma infraestrutura hospitalar que se caracteriza como unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar (BRASIL, 1995).

Na realidade da pesquisa, nos Programas de IC dos hospitais, sabe-se que, embora as cirurgias otológicas ou de inserção do IC não sejam consideradas procedimentos de alto risco, estes são os mesmos associados a qualquer procedimento cirúrgico que exige anestesia geral e que depende das condições clínicas do paciente.

A literatura cita a existência de poucos riscos potenciais relacionados a uma intervenção cirúrgica na área da orelha interna. Estes riscos incluem inflamação, hemorragia, dormência ou rigidez em volta da orelha, lesão ou estimulação do nervo facial, alteração do paladar, tontura, aumento do zumbido, dor no pescoço e, perda de líquido perilinfático, o que poderá conduzir a meningite (BENTO; BRITO NETO; SANCHEZ, 2001).

Desta forma, é muito importante que os núcleos habilitados para realização do IC contem com leitos de UTI pediátrico e adulto para atendimento a quaisquer intercorrência ou complicação cirúrgica.

Tanto para o paciente como para família, é fundamental compreender a UTI como etapa essencial para tratamento da doença/deficiência ou desconfortos decorrentes de uma cirurgia, porém, tão importante é aliviar e proporcionar conforto independente do prognóstico. As equipes de UTI devem estar orientadas quanto à dignidade e autodeterminação de cada pessoa internada, estabelecendo e divulgando a humanização nos seus trabalhos, buscando amenizar os momentos vivenciados pelo paciente e família.

A UTI é, sem dúvida, muito importante para o avanço terapêutico, porém impõe nova rotina ao paciente, onde há separação do convívio familiar e dos amigos, que pode ser amenizada por meio das visitas diárias. Outro aspecto importante é a interação família-paciente com a equipe, apoiando e participando das decisões no processo saúde-doença.

Nesta categoria da pesquisa buscou-se também verificar o desenvolvimento de atividades de **Telessaúde** nestes hospitais e, segundo os dados cadastrados no CNES 07/2015, constatou-se que uma minoria (19%) contava com a tecnologia em saúde.

Atividades de telessaúde requerem o uso de tecnologias de informação e comunicação para prestar serviços de saúde à distância, passar conhecimentos e informações, quebrando as barreiras geográficas, temporais, sociais e culturais (FIOCRUZ, 2015). A telessaúde engloba os sistemas de *internet* e também as aplicações baseadas em vídeo. E o Canal Saúde reserva espaço de interação para as ações de telessaúde em geral, assim como uma programação especial em sua grade para TV e web na área de telessaúde.

A Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) foi criada para aprimorar a infraestrutura de comunicação para telessaúde presente nos hospitais universitários, criar formalmente Unidades de Telemedicina e Telessaúde e promover a integração dos projetos existentes nesta área (FIOCRUZ, 2015).

Atualmente, o crescimento da telessaúde e a sua importância como ferramenta para dar respostas oportunas já são fatos reconhecidos. As tecnologias de informação e comunicação contribuem para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade do serviço, a eficácia das intervenções e, através de treinamento e colaboração, as competências dos profissionais (DZENOWAGIS, 2009; KHOJA et al., 2012).

A telessaúde tem potencial para facilitar o acesso aos serviços do sistema de saúde, assim como aos serviços de saúde auditiva. Nos Programas de IC, foco desta pesquisa, ela proporciona uma melhoria da qualidade dos serviços prestados e contribui para a formação profissional. No entanto, o seu potencial ainda não foi bem compreendido e a sua incorporação tem sido lenta.

De fato, segundo a OMS, a utilização de recursos de telessaúde é abrangente e desigual no mundo. Em regiões menos desenvolvidas e em países com limitada estrutura, tem sido menor do que o previsto e do que é possível. Mesmo atividades já implantadas apresentam utilização abaixo do potencial. Também diferem os conteúdos das aplicações implantadas (WHO, 2010).

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, a falha em adotar esse tipo de tecnologia tem sido explicada pela falta de clareza dos benefícios entre os tomadores de decisão, falta de evidência de benefício, restrições financeiras, resistência, falta de experiência e inércia do sistema de saúde (WHO, 2010). A OMS relata ainda, como barreiras para os países em desenvolvimento, os altos custos, infraestrutura precária e falta de conhecimento técnico. As barreiras nos países desenvolvidos envolvem questões legais de privacidade e segurança, prioridades dos sistemas de saúde e falta de demanda.

Neste contexto ainda existem limites no que se refere às políticas inovadoras na área de saúde em ambientes institucionais complexos. E a telessaúde se encaixa nessa categoria.

Já em relação à tecnologia em **diagnóstico por imagem**, os dados divulgados pelo CNES - 07/2015 revelaram que a maioria (70%) das instituições contava com os equipamentos de Alta Complexidade, necessários para a realização do diagnóstico por imagem por meio dos exames: tomografia computadorizada e ressonância magnética. Em Programas de IC, estes exames são essenciais na avaliação anatômica dos ossos temporais e do encéfalo para possível indicação ou contra-indicação cirúrgica do IC aos candidatos.

Os avanços tecnológicos na área da saúde, incluindo a saúde auditiva oportunizaram também a ampliação do acesso a exames de saúde mais complexos do que os populares. Tanto a tomografia computadorizada quanto a ressonância magnética são exames que oferecem alta resolução de imagem quando se trata da

estrutura de um órgão ou mesmo do corpo inteiro. Ambas também fazem uso da tecnologia computacional para gerar as imagens (BOÉCHAT et al., 2007).

Todavia, no Brasil, há instituições especializadas de saúde que ainda não contam com estes equipamentos tecnológicos de auto custo. Nestes casos são estabelecidos convênios com a iniciativa privada a fim de garantir um atendimento integral aos pacientes em tratamento ou reabilitação. Já na maioria dos Hospitais Gerais, em virtude da gama de procedimentos em saúde, a infraestrutura em tecnologia de diagnóstico por imagem é parte estruturante do corpo físico hospitalar.

Na realidade atual da saúde brasileira é preciso analisar a pertinência no aumento de gastos públicos com ampliação dos equipamentos e procedimentos realizados. Portanto, a ampliação de gastos deve se pautar pelo planejamento de necessidades e prioridades de saúde, locais ou regionais e não pelo estímulo externo ou de prestadores, decorrente das necessidades empresariais das instituições.

Na presente pesquisa também foi constatada a **área de atuação** das instituições e a maioria oferecia além da prestação de serviços, o ensino e a pesquisa (63% - Tabela 1).

A literatura considera que os serviços responsáveis por assumir as estratégias de ensino e pesquisa se dedicam a produzir e disseminar o conhecimento e a inovação integrando o ensino e a pesquisa como propulsores da qualidade da assistência em saúde (GROSSMAN; ARAÚJO-JORGE; ARAUJO, 2008).

Em um estudo de Ceccim e Ferla (2008) os autores enfatizaram o reconhecimento do ambiente de trabalho em saúde como um cenário de aprendizagem, onde as instituições assumem um enfoque metodológico que privilegia a formação em serviço e possibilita a construção do conhecimento e do pensamento crítico, condições essenciais para consolidar a competência técnica, a ética e a responsabilidade social de seus profissionais.

Neste contexto, é importante salientar que as instituições que relacionam à prestação de serviço em saúde auditiva ao ensino e pesquisa são responsáveis por estimular, acompanhar e regular pesquisas científicas, que se refletem na excelência do cuidado à saúde auditiva por meio de seus núcleos de pesquisas locais e/ou em parceria com instituições nacionais e internacionais.

As diferentes atuações de ensino e pesquisa refletem, pois, no empenho das equipes de saúde auditiva, em educação permanente; consciência da responsabilidade social, traduzida na busca por um conhecimento integrado que beneficie o coletivo e não somente os próprios envolvidos com a Instituição.

Entre as principais **estratégias de ensino e pesquisa** realizadas nas instituições participantes do estudo, verificou-se a predominância na oferta de cursos de Residência (Quadro 1), sendo que, 21 centros ofereciam Residência Médica; e 16 ofereciam Residência Multiprofissional. As especialidades e áreas dos Programas de residências eram diversificadas, mas todas no campo da saúde.

Os achados legislativos brasileiros definem a Residência como uma modalidade de ensino em nível de pós-graduação lato sensu, que se caracteriza como treinamento em serviço sob supervisão de profissionais habilitados (BRASIL, 2005).

Instituída pelo Decreto nº 80.281 de 1977, a Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM (BRASIL, 1977)

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 1977).

Já as Residências Multiprofissionais na área da saúde foram criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, instituída pela Portaria Interministerial nº 1.077 de 2009 é coordenada pelo Ministério da Saúde e também pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2009).

Assim, as Residências Multiprofissionais em Saúde, integrada ao SUS, tem como proposta principal apresentar o cenário brasileiro como uma perspectiva teórico-pedagógico diante dos princípios e diretrizes da integralidade da atenção e a intersectorialidade com as demais políticas (BRASIL, 2005).

Nunca é demais destacar a importância e o desafio que é a questão da formação e alocação dos médicos e outros profissionais para que se integrem ao SUS, atendendo às necessidades de saúde da população. A formação do médico, sem deixar de lado os avanços tecnológicos, deve estimular e valorizar sua participação no atendimento e na resolução dos problemas mais comuns da área da saúde. Este fato tem favorecido a discussão acadêmica sobre as possíveis mudanças curriculares para que os médicos possam se integrar adequadamente ao SUS, tal como ocorreu em outros países com sistemas universais de saúde, como a Inglaterra e o Canadá, que valorizam o médico generalista (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Entretanto, na realidade desta pesquisa, uma vez que se propõe o atendimento especializado aos pacientes com deficiência auditiva, mesmo que em hospitais gerais, assim como a realização de procedimentos de alta complexidade, por vezes é colocada a questão de como garantir o necessário campo para que os residentes médicos possam ter a formação generalista de forma adequada.

Não existe nenhuma incompatibilidade entre a assistência de alta complexidade e o ensino das práticas de atenção básica em saúde, desde que sejam estabelecidas parcerias entre os hospitais especializados ou os setores especializados de hospitais gerais com outros serviços de saúde do sistema “intra ou extra muros”, de caráter geral (de internação ou ambulatoriais), que possam atender às necessidades acadêmicas sem qualquer tipo de prejuízo assistencial.

Na realidade da saúde auditiva, contudo, os programas de Residência permitem aos profissionais da equipe e aos residentes que a integra um conhecimento teórico-prático inovador e, essencialmente, com caráter interdisciplinar na saúde.

Na CATEGORIA 2 a seguir, apresentar-se-ão os comentários dos dados dos Programas de IC coletados com os Assistentes Sociais participantes, por meio da aplicação de questionário *on-line*.

7.2 Dados do Programa de Implante Coclear – CATEGORIA 2

Em relação ao **perfil dos pacientes** atendidos pelos Programas de IC, por meio da faixa etária dos mesmos, houve uma distribuição equilibrada entre os diferentes perfis de população, tendo ênfase para a faixa etária de 0 a 4 anos incompletos, no qual 100% dos Programas admitiram atender este público (Quadro 2).

Esta é a faixa etária inicial considerada pela Portaria (revogada) 2776 de 2014 que, em suas diretrizes gerais para a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva no SUS, estabeleceu entre os critérios de indicação do IC que o uso de IC está indicado para habilitação e reabilitação auditiva de pessoas que apresentem perda auditiva sensorioneural bilateral, de grau severo a profundo.

- Crianças com até 4 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva sensorioneural, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios (BRASIL, 2014, p.6):

a) Experiência com uso de aparelhos de amplificação sonora individual (por um período mínimo de três meses) e idade mínima de 18 meses na perda auditiva severa. Idade mínima de 6 meses em casos de meningite e/ou surdez profunda de etiologia genética comprovada, e nestes casos, não é obrigatória a experiência com AASI. b) Falta de acesso aos sons de fala em ambas as orelhas com AASI, ou seja, limiares em campo livre com AASI piores que 50dBNA nas frequências da fala (500Hz a 4 kHz); c) Adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica; d) Acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência). e) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

As diretrizes da Portaria também determinam os critérios de indicação para crianças a partir de 4 até 7 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva sensorioneural, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios (BRASIL, 2014, p. 6-7):

a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada; b) Presença

de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral mensurado por protocolos padronizados; c) Adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica; d) Acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência); e) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

- Crianças a partir de 7 até 12 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva sensorioneural, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios (BRASIL, 2014, p.7):

:

a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado; b) Presença de código linguístico oral em desenvolvimento mensurados por protocolos padronizados. Devem apresentar comportamento linguístico predominantemente oral. Podem apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem oral considerando a sua idade cronológica, manifestado por simplificações fonológicas, alterações sintáticas (uso de frases simples compostas por três a quatro palavras), alterações semânticas (uso de vocabulário com significado em menor número e em menor complexidade, podendo ser restrito para as situações domiciliares, escolares e outras situações do seu cotidiano) e alterações no desenvolvimento pragmático, com habilidades de narrativa e argumentação ainda incipientes; c) Adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear; d) Acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas para reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência); e) Uso de AASI contínuo e efetivo desde no mínimo 2 (dois) anos de idade sugerindo a estimulação das vias auditivas centrais desde a infância; f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

- Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva sensorioneural pré-lingual de grau severo e/ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios (BRASIL, 2014, p. 7-8):

:

a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado; b) Presença de código linguístico oral estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral; c) Adequação psicológica, motivação e expectativa

adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear; d) Acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contrareferência); e) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda; f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

- Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva sensorioneural pós-lingual, de grau severo e ou profundo, bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios (BRASIL, 2014, p. 8):

:

a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada; b) Adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear; c) Acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contrareferência); d) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

- Em adultos que apresentem perda auditiva sensorioneural pré-lingual de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios (BRASIL, 2014, p. 8-9):

:

a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em apresentação em conjunto fechado; b) Presença de código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral; c) Adequação psicológica e motivação adequada do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica; d) Condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contrareferência); e) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda; f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

- Em adultos que apresentem perda auditiva sensorioneural pós-lingual de grau severo ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios (BRASIL, 2014, p. 9):

:

a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada; b) Adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica; c) Condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contrareferência); d) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

A CATEGORIA 2 também trouxe nos resultados do estudo, dados relacionados às equipes e aos prontuários dos pacientes. Os participantes foram questionados quanto à **exclusividade da equipe no Programa de IC** e as respostas foram bem distribuídas: 52% alegaram que a equipe era exclusiva do programa e 48% informaram que a equipe do Programa de IC também prestava atendimento nos outros serviços e programas da instituição (Tabela 2). Neste último caso, verificou-se que a maioria eram profissionais atuantes em Hospital Geral que além do Programa de IC, oferecem outros serviços e especialidades.

Os participantes também foram indagados quanto à **destinação da mesma equipe para os atendimentos nas diferentes etapas do Programa**, geralmente constituídas em: diagnóstico, avaliação, etapa pré-cirúrgica, hospitalização, ativação do implante coclear e os acompanhamentos pós-cirúrgicos por período indeterminado e, 84% informaram contar com a mesma equipe, já 16% relataram contar com profissionais em diferentes atuações, especificamente os fonoaudiólogos que, conforme alguns relatos, havia profissionais responsáveis pelo diagnóstico e avaliação e outros pelo acompanhamento do IC e reabilitação (Tabela 2).

A Portaria 2.776 de 2014 (revogada pela 2.157 de 2015) em seu artigo 8º, § 1º define que os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deveriam contar, para a prestação dos serviços de saúde, com equipe composta, no mínimo, dos seguintes profissionais:

I - 2 (dois) Médicos Otorrinolaringologistas, com curso teórico prático de 60 (sessenta) horas em implante coclear e prótese ancorada no osso, estágio prático de 80 (oitenta) horas em ambulatório e acompanhamento de 10 (dez) cirurgias em adulto e 10 (dez) cirurgias em criança, realizadas nos Serviços de Implante Coclear habilitados, no mínimo, há 10 (dez) anos.

II - 4 (quatro) Fonoaudiólogos, sendo 2 (dois) deles com especialização em audiológica clínica e curso teórico prático de 60 (sessenta) horas em implante coclear e prótese ancorada no osso,

estágio prático ambulatorial de 80 (oitenta) horas e acompanhamento de 10 (dez) cirurgias em adultos e 10 (dez) cirurgias em crianças, realizadas nos Serviços de Implante Coclear habilitados, no mínimo, há 10 (dez) anos.

III - Psicólogo, em quantitativo suficiente para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados;

IV - 1 (um) Assistente Social exclusivo para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados [...];

Com exceção do Assistente Social, esta Portaria, contudo, não definiu se é necessária a participação dos mesmos profissionais nas diferentes etapas dos Programas, ficando a critério dos serviços esta definição de acordo com o quadro de pessoal disponível.

Conforme já verificado, o profissional de Serviço Social compõe a equipe básica nos Programas de IC. Desta forma, foi solicitado aos Assistentes Sociais que caracterizassem a **tipologia da equipe** em que atuavam. Os resultados mostraram que 52% dos entrevistados caracterizaram a equipe do Programa de IC como Interdisciplinar (Tabela 2).

Entre os depoimentos pessoais mostrados nos resultados da pesquisa, os participantes justificaram a postura interdisciplinar da equipe pontuando os adjetivos: respeito, diálogo, união, troca de conhecimentos, objetivo comum, entre outros.

Conforme as palavras de Fazenda (2000) a interdisciplinaridade é uma atitude de abertura, não preconceituosa, em que todo o conhecimento é igualmente importante. Pressupõe o anonimato, pois o conhecimento pessoal anula-se diante do saber universal.

Assim sendo esta postura pressupõe engajamento, comprometimento pessoal e profissional e diálogo como única condição de possibilidade da interdisciplinaridade.

Rodrigues (2000) vai ao encontro desta reflexão quando afirmou ser a transdisciplinaridade resultado da premente exigência de consagrar o diálogo entre diferentes campos de saber sem impor o domínio de uns sobre os outros, acercando-se de uma atitude e de uma postura que orientem a interação e a *reliance* entre os profissionais e seus conhecimentos.

Embora a transdisciplinaridade não tenha sido mencionada por nenhum participante desta pesquisa, vale considerar, portanto, a sua relevância no contexto da política pública de saúde. As equipes interdisciplinares devem ter em seu esperar a transdisciplinaridade estabelecendo um paradigma que permita unificar os domínios científicos fazendo-os comunicarem-se sem redução.

Buscou-se também nesta categoria conhecer os dados relacionados aos prontuários dos pacientes. Constatou-se em 100% dos serviços a utilização de **prontuário único** para todas as áreas reforçando o perfil interdisciplinar das equipes. Quanto ao tipo de prontuário 84% dos Programas adotaram o **prontuário informatizado** e 16% faziam o uso do prontuário manual (Tabela 2).

Considerando ter sido maioria no presente estudo, se faz essencial evidenciar que o prontuário informatizado traz grandes vantagens ao serviço de saúde. Além de melhorar a qualidade e o cuidado com os pacientes, permite o aumento da produtividade dos profissionais de saúde, a facilidade ao acesso aos serviços disponíveis, a redução dos custos administrativos (BEZERRA, 2009).

A literatura revela ainda que a ousadia de concretizar o sonho de possibilitar ao corpo técnico e gerencial, assim como aos usuários, o acesso às informações do paciente em tempo real passa, inicialmente, pela implantação do prontuário informatizado. Portanto, torna se imperiosa à necessidade de se regular o uso da tecnologia para usufruir seus benefícios, levando-se em consideração a autenticidade, a integridade, a confidencialidade, a privacidade, a assinatura eletrônica e a guarda de documentos (COSTA, 2001).

Desta forma, a utilização de ferramentas e instrumentos tecnológicos na documentação dos atendimentos prestados aos pacientes contribui com os profissionais da saúde facilitando a coleta e armazenamento de informações, além da troca das mesmas informações entre profissionais e instituições, proporcionando qualidade no atendimento e criando condições de enfrentamento dos desafios do mundo globalizado.

Quanto à **composição da equipe básica dos Programas**, na Tabela 3 os dados mostraram que a predominância se deu da seguinte maneira: 48% contavam com até 2 Médicos otorrinolaringologistas, 60% contavam com até 2 Fonoaudiólogos, 76% com 1 Psicólogo, e 100% contavam com 1 Assistente Social na equipe.

A partir dos resultados verificou-se que a maioria atendia ao quantitativo de profissionais por área, estabelecido pela Portaria (revogada) 2.776 de 2014, com exceção da área de fonoaudiologia, onde o número de profissionais citados pelos Programas era menor que o estabelecido: 4 fonoaudiólogos (BRASIL, 2014).

Acredita-se que este déficit de profissionais em Programas de IC reflete a realidade econômica e trabalhista da sociedade brasileira permeada pela crise financeira e cautela em novas contratações. A prestação de serviços na área da saúde também sofre estas conseqüências. Consideram-se também, como justificativa para este déficit nos Programas, as dificuldades de contratação de profissionais com a formação teórica e prática exigida pela Portaria.

Em relação ao **acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes**, na Tabela 4, os resultados mostraram que todos os Programas de IC da pesquisa o realizavam. E o Quadro 3 especificou o tipo de *follow-up* mais citado pelos participantes –“Mapeamentos e acompanhamento fonoaudiológico” (21 respostas). Estes se constituem etapas do tratamento e são realizados durante e após a ativação do IC e perduram por período indeterminado, de acordo com a realidade revelada por cada paciente.

Na ativação, são estabelecidos os parâmetros de funcionamento dos sons que serão identificados pelo processador de fala e que vão permitir ao paciente escutar. Os primeiros trinta dias após a ativação buscam fazer com que a pessoa tenha as primeiras experiências sonoras, percebendo os sons dos ambientes em que vivem e das vozes às quais estarão expostas a partir de então. Assim, depois desse primeiro mês, ocorrerá o primeiro mapeamento. Depois os mapeamentos passam para uma rotina bimestral, trimestral, semestral até que se tornem um acompanhamento anual. O objetivo dos mapeamentos é ajustar os sons de maneira que fiquem cada vez mais claros, fortes e nítidos, sem provocar qualquer tipo de desconforto (SCARANELLO, 2005).

A mesma autora pontua que, ao mesmo tempo, se inicia o treinamento auditivo que tem como principal objetivo realizar estimulação auditiva para que se desenvolva de forma satisfatória a comunicação expressiva e receptiva. Quem recebe o som é a orelha, mas quem escuta e compreende o que foi ouvido é o cérebro. Essas etapas são fundamentais para o sucesso do IC.

Ressalta-se também que o IC permite a condição para escutar, porém a competência da escuta se dará por meio da estimulação do treinamento auditivo e de linguagem através de terapia fonoaudiológica especializada.

A etapa mais citada pelos participantes “Mapeamentos e acompanhamento fonoaudiológico” está prevista pela Portaria (revogada) 2776/2014 quando estabelece a frequência do acompanhamento em crianças e adultos (BRASIL, 2014, p. 15-16):

Em crianças: Primeiro ano de uso: 6 (seis) acompanhamentos; Segundo ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos; Terceiro ano de uso: Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos; Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos; A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano); Em adultos: Primeiro ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos; Segundo ano de uso: 3 (três) acompanhamentos; Terceiro ano de uso: 2 (dois) acompanhamentos; A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano). Observação: Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente.

Buscando identificar se os serviços participantes do estudo realizavam o **acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes submetidos à cirurgia de IC em outros serviços**, os resultados obtidos na Tabela 4 também mostraram que 56% dos serviços prestavam o *follow-up* a pacientes submetidos à cirurgia de IC em outros núcleos sejam eles público ou privado.

Estes atendimentos consistiam em mapeamento do IC e acompanhamento médico, fonoaudiológico, psicológico e social. Além das terapias fonoaudiológicas especializadas oferecidas por alguns Programas.

Esta demanda emergente aos Programas de IC vem acontecendo em virtude do aumento de núcleos habilitados para a realização do procedimento cirúrgico, bem como, da proposta de descentralização dos serviços de saúde incluindo saúde auditiva, impulsionada pelo Ministério da Saúde do Brasil, com vistas a facilitar o acesso e a permanência da população à reabilitação e também a reduzir os gastos públicos com recursos de apoio aos usuários do SUS que necessitavam realizar tratamento fora da região de origem.

A politização destas demandas sociais, enquanto necessidades socialmente construídas, eleva à condição de direitos sociais, sendo estes últimos, elementos indispensáveis para a formulação e implementação de políticas de corte transformador (ELIAS, 1996). Logo, este compromisso com políticas de transformação da realidade resulta em melhoria da eficácia social do Estado e também da qualidade de vida e acesso aos direitos sociais da sociedade.

No que se refere ao procedimento **IC bilateral**, na Tabela 5 os dados mostraram que 88% dos serviços não ofereciam a cirurgia contralateral. Todavia, uma minoria (12%) informou realizar o procedimento que busca propiciar a binauralidade na audição de seus usuários. Nestes últimos, foram citados, que o IC bilateral vem sendo realizado em cumprimento de medida judicial; em casos específicos indicados pela equipe; e um citou estar realizando o procedimento desde o ano de 2014 para casos especiais.

A indicação bilateral do IC tem sido motivo de discussões e é uma realidade em países europeus e EUA. O sistema de saúde inglês indica o IC bilateral simultâneo para todas as crianças com perda auditiva severa a profunda bilateral, por seus estudos demonstrarem elevado custo benefício para os programas de saúde subsidiados pelo governo, tanto individual como social. Crianças menores de 01 ano de idade com IC bilateral simultâneo comportam-se como normo ouvintes aos 4 anos de idade, com melhor aproveitamento da audição no silêncio e no ruído, melhor desenvolvimento na compreensão e produção da fala, comportamento social de criança com audição normal, resultados escolares e interação escolar como crianças normo ouvintes sem a utilização de recursos como a leitura orofacial e linguagem de sinais (DIRECTIONS, 2012).

Os mesmos autores informaram que os familiares de pacientes usuários de bi-Implantes Cocleares reportaram melhora no comportamento geral da criança, com melhor inteligibilidade da fala, melhor desempenho escolar e melhor percepção da fala após o segundo implante.

Assim, a indicação do IC bilateral é uma realidade e vem sendo considerada pelos órgãos reguladores de planos de saúde privados e que terão em seu tempo a indicação em pacientes usuários dos serviços públicos de saúde. Quando se considera a possibilidade de indicação do IC em crianças a idade deve ser considerada, pois pode afetar o desenvolvimento auditivo de forma independente.

Quanto à **manutenção do dispositivo externo do IC** unilateral 84% relataram que o Programa não realizava este serviço e 16% informaram que estavam fazendo a manutenção do dispositivo (Tabela 5). Nestes casos, alegaram estar em cumprimento de medida judicial; outros citaram que desde 2015 estavam em cumprimento da Portaria (revogada) 2776/2014 – que incluía a manutenção do IC. E também foi citada pelos participantes a manutenção do IC apenas no período de garantia do aparelho existente em cada contrato.

Em relação aos Programas que informaram não fazer a manutenção (84%), as principais justificativas foram que o SUS não repassava verbas para manutenção; ou que ainda não haviam sido habilitados os termos da Portaria que cobrirá a manutenção do IC; outros citaram que as famílias buscavam seus próprios recursos junto as Secretarias de Saúde dos municípios de origem; ou que buscavam apoio em associações ou Poder Público; e outros profissionais informaram orientar os pacientes e familiares a procurarem a empresa responsável pelo IC para negociação das peças ou requererem apoio na defensoria pública da cidade de origem.

Embora a Portaria (revogada) 2776/2014 estabeleça a indicação do IC bilateral pelo SUS e a cobertura pública para a manutenção dos dispositivos, os núcleos que oferecem este Programa ainda não foram habilitados pelo Ministério da Saúde para cumprimento desta nova normativa (BRASIL, 2014).

Desta forma, tanto em relação à indicação do IC bilateral, quanto à manutenção do dispositivo externo do aparelho, conforme mostraram os dados da pesquisa, cada Programa busca suas estratégias individuais para suprir as demandas relacionadas a estes procedimentos.

No que se refere à distribuição do **Sistema de Frequência Modulada (Sistema FM)** pelos serviços 92% alegaram estar ofertando o recurso audiológico (Tabela 5). Para as respostas afirmativas os participantes informaram estar seguindo critérios audiológicos e escolares; ou em cumprimento a Portaria 1.274/2013 que concede o Sistema de Frequência Modulada no SUS, após avaliação da equipe; outros afirmaram estar seguindo critérios audiológicos e sociais; e um informou seguir como critério a idade escolar do paciente. Apenas 8% relataram que não oferecem o Sistema FM, nestes casos foram citados a falta de verbas para a compra e o desconhecimento deste recurso audiológico (BRASIL, 2013).

O Sistema FM é um auxiliar de audição que consiste de dois elementos: um microfone/transmissor e um receptor. O microfone/transmissor, utilizado pelo falante, capta os sons, os codifica em sinais elétricos e depois os converte em sinais de frequência modulada. Este sinal FM é decodificado pelo receptor, utilizado pelo ouvinte, sendo novamente transformado em energia acústica. A transmissão FM propicia uma solução simples para reduzir a distância entre falante e ouvinte e, por consequência, diminuir o efeito mascarado do ruído e da reverberação sobre o sinal de fala (LEMOS et al., 2009).

Por esta atuação, o Sistema FM pode ser considerado como mais uma alternativa dentre os materiais diferenciados e recursos de apoio utilizados por pessoas com deficiência auditiva e com necessidades educativas especiais, visando à integração educativo-escolar (JACOB et al., 2012).

A Portaria 1.274 de 2013 inclui o Procedimento de Sistema FM na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. O documento também traz os critérios para prescrição do recurso audiológico pontuando que a dispensação do Sistema FM deverá ser indicada após avaliação completa por profissionais capacitados e que estejam contemplados por meio dos códigos estabelecidos pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) definidos nesta Portaria. Estas prescrições deverão seguir critérios e normas que determinem sua indicação segura (BRASIL, 2013).

Para a Portaria, os gestores Municipal, Estadual e/ou do Distrito Federal são quem deverá exigir a documentação que comprove a indicação e habilidades necessárias para utilização do dispositivo as quais deverão estar claramente expostas na justificativa do laudo/relatório clínico contendo dados do paciente e avaliação multidisciplinar com diagnóstico e histórico da evolução da disfunção (BRASIL, 2013).

O presente estudo buscou desvendar também o **fluxo de atendimentos e cirurgias** nos Programas de IC do Brasil. E nos resultados da pesquisa, a Tabela 6 mostrou que a maioria dos programas (52%) contava com até 500 pacientes matriculados. Quanto ao fluxo anual de “casos novos” no Programa de IC 28% não responderam e 24% afirmaram ser de 1 a 25 pacientes “casos novos” por ano.

Em relação aos atendimentos ambulatoriais no Programa de IC o fluxo anual predominante foi de 100 a 500 atendimentos ambulatoriais/ano. Quanto às cirurgias

de IC unilaterais, a Tabela 6 mostrou que 40% dos Programas contavam com um número de 100 a 500 pacientes submetidos à cirurgia. Ressalta-se que apenas um Programa referiu ter realizado acima de 1000 cirurgias de IC. E 8% não responderam a pergunta.

Mediante os achados da literatura sabe-se que o IC é uma tecnologia que nasceu na década de 1950 quando os médicos franceses André Djourné e Charles Eyriès descreveram pela primeira vez os efeitos da estimulação do nervo auditivo em uma pessoa com deficiência auditiva, com a colocação de fio metálico no nervo auditivo do paciente submetido à cirurgia do nervo facial. Em 1977 o primeiro brasileiro recebeu um implante monocanal desenvolvido pelo Ear Research Institute de Los Angeles (IMPLANTE, 2015).

Atualmente, estima-se que existam mais de 100 mil pacientes com IC em todo o mundo (IMPLANTE, 2015). No Brasil, o primeiro implante com tecnologia avançada foi realizado em 1990, via SUS, no HRAC/USP. E até julho de 2014 estimava-se em aproximadamente 7 mil implantados no país (HISTÓRIA, 2014).

Estas evidências mostraram o avanço dos recursos tecnológicos na reabilitação das pessoas com deficiência no Brasil e no mundo. Dados que ainda tendem a aumentar, considerando o movimento crescente no desenvolvimento de pesquisas científicas na área e a conseqüente ampliação, inovação e otimização no atendimento as demandas.

No que se refere ao IC bilateral 64% referiram não ter realizado a cirurgia em ambas orelhas em nenhum paciente até o momento. Já 12% dos serviços admitiram ter realizado entre 1 a 20 pacientes. E 20% não responderam (Tabela 6).

Quanto à média anual de cirurgias de IC 52% dos serviços participantes da pesquisa realizavam de 21 a 40 cirurgias/ano. E 20% de 1 a 20 cirurgias/ano (Tabela 6).

A Portaria (revogada) 2776/2014 em seu artigo 12 ressalta que o estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve realizar no mínimo 24 (vinte e quatro) atos operatórios de IC ao ano (BRASIL, 2014).

Neste contexto, os Programas habilitados pelo Ministério da Saúde para realização de IC no Brasil devem cumprir com o quantitativo de cirurgias e

procedimentos determinados pela Portaria. Caso contrário estarão sujeitos a perder a habilitação.

A CATEGORIA 3 a seguir, apresentará a discussão dos dados objetivos do Serviço Social nos Programas de IC, coletados por meio de questões de múltipla escolha e que contemplavam a formação profissional, composição da equipe de Serviço Social nos Programas, carga horária de trabalho, produção científica e objetivos e demandas da profissão nos núcleos estudados.

7.3 Dados objetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear – CATEGORIA 3

Nos resultados da CATEGORIA 3 da pesquisa, conforme demonstrou a Tabela 7, no que se refere à formação do Assistente Social entrevistado, constatou-se que, o **período de conclusão da graduação** predominante foi de 2001 a 2010 entre os participantes; e 52% cursaram **curso de pós-graduação** em sua formação profissional.

Os cursos de pós-graduação citados foram: - cursos Lato sensu - Especialização ou Aprimoramento em áreas distintas (12 participantes); - curso Stricto Sensu – Mestrado em Saúde da Comunicação Humana (1 participante); e curso Stricto Sensu – Mestrado em Ciências da Reabilitação (1 participante).

Diante da conjuntura contemporânea, quando profundas mudanças sociais, econômicas, culturais e políticas marcam o tecido da sociedade, o profissional de Serviço Social é chamado a responder às novas demandas emergidas desta dinâmica.

Ao desenvolver sua prática, o profissional do Serviço Social se depara com vários desafios e, remetendo ao seu processo de formação, acredita-se ser possível reconhecer os fatores implícitos de sua herança sócio-histórica, que influenciam diretamente no desenvolvimento de sua atuação na atual conjuntura (MARTINELLI, 2009). E, uma vez que há um grande número de pessoas acometidas por expressões da questão social, é preciso reavaliar a atuação do profissional, para que esta seja mais ativa e, assuma, de fato, um caráter transformador e eficaz.

Neste processo, a formação profissional no Serviço Social representa um grande desafio destacando-se a necessidade de (re) pensar os novos rumos da

educação para o século XXI, com base nas transformações do perfil profissional frente o mercado de trabalho e do perfil docente e discente, já que, pensar a formação profissional no presente é, ao mesmo tempo, fazer um balanço do debate recente do Serviço Social indicando temas a serem desenvolvidos, pesquisados e estimulados para decifrar as novas demandas que se apresentam ao Serviço Social (IAMAMOTO, 1998).

As mudanças no mundo do trabalho incidem diretamente nas condições e relações do trabalho do Assistente Social, constituindo-se da terceirização do serviço, da necessidade do profissional polivalente, da subcontratação, do baixo poder salarial, da ampliação de contratos temporários polivalentes originando mudanças no perfil profissional.

Com base em Oliveira (2003), sabe-se que na contemporaneidade a necessidade é de um profissional que tenha competência para negociar projetos profissionais nos espaços sócio-ocupacionais e assim propor ações que materializem direitos da população usuária. Estes aspectos remontam ao redimensionamento da própria formação profissional.

Para tanto, a formação profissional em Serviço Social atual, realidade encontrada neste estudo, deve proporcionar um aprendizado que possibilite a construção de um profissional dotado de competência teórico-crítica, alicerçado numa base teórica substantiva que componha suas expressões teórico-práticas com o Serviço Social, resvalado em uma competência técnico-operativa comprometida politicamente com o projeto profissional (NARCIZO, 2014).

Em continuidade ao exercício reflexivo sobre a formação profissional do Serviço Social, em relação à **composição da equipe de Serviço Social nos Programas**, a presente pesquisa revelou que 100% dos Programas de IC participantes do estudo contavam com apenas 1(um) Assistente Social na equipe. E 12% destes profissionais realizavam a **supervisão de estagiários de graduação em Serviço Social ou alunos de pós-graduação na área** (Tabela 7). Especificamente: 3 residentes de Serviço Social em residências multiprofissionais; 05 estagiários de graduação em Serviço Social; e 02 bolsistas aprimorandos de Serviço Social.

Diante de tal contexto, sabe-se que, para repensar a profissão sob um olhar mais crítico, com um novo posicionamento que vise dar respostas às demandas

sociais impostas decorrentes da ofensiva neoliberal e do capitalismo operante, faz-se necessário voltar-se para o estágio supervisionado, sendo esse, exigência fundamental para graduação. No momento do estágio é que o aluno passa a ter contato real com o campo de atuação do Assistente Social e experiências vividas na práxis atreladas à teoria adquirida academicamente, contribuindo de forma positiva no processo de ensino-aprendizagem do ponto de vista prático, teórico e reflexivo (OLIVEIRA, 2009).

Guerra e Braga (2009) definem a supervisão como expressão da unidade entre teoria e prática. Uma unidade dialética e interdependente que pressupõe a contradição, aproximações sucessivas e a construção de saberes.

Buriolla (2003) comenta a importância do supervisor de campo como um mediador para o direcionamento de um novo profissional. Em virtude disto, esta atuação exige uma postura ética e compromissada com o desenvolvimento e cidadania dos usuários, buscando a emancipação dos mesmos e o resgate de sua cidadania enquanto sujeitos, rompendo com àquela visão do Assistente Social burocrático e assistencialista.

Neste contexto, é que se entende a supervisão como uma atividade imprescindível à formação não só acadêmica, mas direcionada para a formação e capacitação profissional permanente, que detém a possibilidade de orientar o aprimoramento da intervenção profissional que se realiza por meio da formulação e implementação de políticas e serviços sociais (GUERRA; BRAGA, 2009).

Logo, embora a realidade da presente pesquisa aponte uma minoria dos Assistentes Sociais desenvolvendo atividades de supervisão, sabe-se que esta é enriquecedora para o saber profissional, uma vez que, envolve um processo de estimular, provocar, acompanhar e contribuir na capacitação de estudantes e/ou profissionais, com a finalidade de analisar e encontrar o modo mais qualificado de operacionalizar a intervenção profissional.

Em relação à jornada de trabalho dos participantes do estudo, constatou-se que 68% dos Assistentes Sociais cumpriam a **jornada de trabalho** no período da manhã, 24% no período da tarde e 8% em período integral. Quanto à **carga horária semanal** cumprida pelo profissional, esta se concentrou na escala de 20 a 30 horas semanais (64%). Todavia, também houve relatos de jornada de trabalho de até 20

horas semanais (32%) e acima de 30 horas semanais (4% - 1 participante) (Tabela 7).

A predominância deste resultado da pesquisa vai ao encontro da Lei 12.317/2010, a qual veio regulamentar o exercício profissional do Assistente Social em uma jornada de trabalho semanal de 30 (trinta) horas (BRASIL, 2010). Esta legislação abrange todos os Assistentes Sociais, independentemente da nomenclatura do cargo, desde que exerçam as atividades compatíveis com os artigos 4º e 5º da Lei 8.662 - de Regulamentação Profissional (BRASIL, 1993) e que estejam inscritos no CRESS de sua jurisdição, conforme estabelece a Resolução CFESS 572/2010 (CFESS, 2010).

No que se refere à **produção científica do Serviço Social nos Programas de IC** estudados, constatou-se na Tabela 8 que entre os Assistentes Sociais participantes apenas 8% relataram contar com artigos publicados em periódicos nacionais e/ou internacionais. A publicação de trabalhos em ANAIS de Congressos nacionais e/ou internacionais foi maior, incidindo em 16%. Quanto a publicação de livros ou participação em capítulos de livros apenas 1 participante (4%) relatou participação no livro “Manual de Audiologia Pediátrica”.

A literatura discorre sobre o grande esforço nas décadas de 80 e 90 em fortalecer a base científico-profissional difundida, principalmente, através do processo de desconstrução e reconstrução crítica da profissão e de seu exercício, fundando-se no aporte sócio-histórico da análise do real, que foi disseminado pelo então 'novo' currículo de formação da década de 80. Esse processo permeou a categoria pela academia, centros de formação, coletivos profissionais, encontros, debates, publicações, congressos. Foi efetivamente a construção da nova cultura crítica no âmbito da profissão e da formação profissional que tem o mérito desse fortalecimento da pesquisa para os Assistentes Sociais (SPOSATI, 2007).

Um outro tom de qualidade na produção do conhecimento em Serviço Social procedeu da direção social da prática profissional orientada por um projeto ético-coletivo (YAZBEK, 2004). A autora se refere aqui à relação de compromisso entre a prática profissional e os interesses das classes populares, subalternas, exploradas. Nessa perspectiva, Santos (2003) afirma a relação entre conhecimento e hegemonia e situa o campo da produção do conhecimento em Serviço Social sob a orientação de conhecimento contra-hegemônico, porque voltado para as classes subalternas.

Os autores não se guiam pelas normalidades ou homogeneidades e sim pelas heterogeneidades, discrepâncias, desigualdades. Adquire o caráter de conhecimento-movimento já que não é um conhecimento conforme, e sim dirigido a um novo lugar/formato de relações e poderes (SANTOS, 2003; YASBEK, 2004). Nesse sentido é um conhecimento ao mesmo tempo movimento – utopia. Dedicar-se a desvendar os invisíveis, os sem-voz, sem-teto, sem-cidadania, como é o caso, mesmo que em baixo número, das publicações/pesquisas referidas pelos participantes deste estudo. Constituem-se, por tudo isso, em um conhecimento contra-hegemônico.

Logo, o enraizamento científico da produção do conhecimento em Serviço Social, orientado pela direção social contra-hegemônica, confere um *locus* de legitimidade à pesquisa em Serviço Social, embora o processo de legitimidade-legitimação seja contínuo em suas relações externas, interdisciplinares e institucionais.

Na CATEGORIA 4 a seguir apresentar-se-ão os comentários referentes aos dados subjetivos, coletados por meio de perguntas abertas no questionário aplicado com os Assistentes Sociais participantes.

7.4 Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear – CATEGORIA 4

Os participantes da pesquisa primeiramente se pronunciaram sobre os **objetivos do Serviço Social** no Programa de IC. As respostas foram subjetivas (Quadro 4; Figura 4) e categorizadas com base aos objetivos já existentes na literatura (MARTINELLI, 2011; CFESS, 2014). Observou-se assim, um maior número de respostas (nº = 6) relacionadas aos objetivos do Serviço Social: “Conhecer a realidade social, econômica e cultural dos pacientes e famílias”; e “Realizar avaliação socioeconômica, prestar orientações sociais e articular com a rede de políticas públicas intersetoriais”.

Os objetivos que foram citados pelos participantes foram ao encontro dos achados da literatura de Serviço Social na área da saúde, quando se referiam aos objetivos da profissão: “são determinações políticas, econômicas, históricas, culturais da realidade dos usuários [...]” (MARTINELLI, 2011, p.498). O documento

“Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde - Eixo - Atendimento Direto aos usuários” também trouxe entre os objetivos e atribuições: “a avaliação socioeconômica dos usuários possibilitando a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não como um instrumento que impeça o acesso aos serviços (CFESS, 2014, p.43). “construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica [...]” (CFESS, 2014, p.45).

Em relação às **demandas para os Assistentes Sociais** nos Programas de IC, as respostas dos participantes também foram subjetivas (Quadro 5; Figura 5) e categorizadas segundo a metodologia de análise de conteúdo proposta por BARDIN (2010). Utilizou-se neste enfoque a análise temático-categorial baseada nas propostas de Minayo (2006), Oliveira (2008) e Bardin (2010). A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, frase ou parágrafo.

Neste sentido, entre as respostas apresentadas pelos participantes e a categorização temática das mesmas, constatou-se no Quadro 5, um maior número de respostas para as seguintes demandas ao profissional de Serviço Social: Procura por apoio para o fortalecimento familiar frente às situações de violação de direitos sociais (nº = 10); e Procura por recursos, benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais, de saúde, educação, transporte e habitação (nº = 7).

Estas demandas evidenciadas no estudo refletem a intencionalidade profissional proposta por Martinelli (2011), quando a autora propõe o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido como aquele que transcende os muros do hospital ou de um serviço de saúde, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. A autora ainda cita que é na cotidianidade da vida que a história se faz, forjando-se vulnerabilidades e riscos, mas também formas de superação.

Para Guerra (2014) a utilidade social da profissão está em responder às estas necessidades das classes sociais, que se transformam, por meio de muitas mediações, nas demandas postas à profissão. E é por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os Assistentes Sociais modificam,

transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social de seus usuários: no nível do cotidiano.

No Quadro 6, verificou-se as **ações individuais** desenvolvidas pelos Assistentes Sociais participantes, e entre as respostas subjetivas destacou-se um maior número para aquelas relacionadas às seguintes ações já elencadas pela literatura (CFESS, 2014): 1ª Construção do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde (nº = 10); e 2ª Democratização das informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária (nº = 7).

Estas ações citadas pelos participantes do estudo e categorizadas refletiram às propostas pelo documento “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde - Eixo - Atendimento Direto aos usuários – Subeixo – Ações Socioassistenciais” (CFESS, 2014).

Para o referido documento essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. E têm-se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social (CFESS, 2014). Logo, para a realização das mesmas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional.

Tendo como base a 1ª (primeira) ação individual mais citada pelos participantes do estudo, sabe-se que os estudos sociais são realizados nos mais diversos campos de intervenção profissional incluindo a área da saúde e sua construção permite a interpretação de determinada situação apresentada pelo usuário de forma crítica. A família faz parte dessa análise - enquanto unidade de proteção social - que deve considerar as características e as relações sociais dessa unidade.

As influências familiares, os condicionantes culturais, as determinações sociais relacionadas ao mundo do trabalho, às políticas sociais, ao território onde

vive, particularizam-se em sua história e explicam sua condição presente. (FÁVERO, 2009).

Desta forma, para realizar estudos sociais é necessário aproximar-se da realidade social dos sujeitos demandantes da ação para compreender com precisão a sua situação e poder analisá-la, avaliá-la ou emitir um parecer sobre ela (MIOTO, 2009).

Na realidade dos participantes do estudo verificou-se ainda a realização do estudo socioeconômico como possibilidade de decifrar os determinantes e condicionantes de saúde dos pacientes e familiares subsidiando a prática dos demais profissionais envolvidos e também como norte para efetivação de direitos sociais e oportunidade de acesso às políticas públicas intersetoriais.

É nesta perspectiva que o estudo socioeconômico se destaca como uma possibilidade de conhecer a realidade dos usuários, visando sua compreensão e intervenção sob a ótica da equidade e justiça social de forma a assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (GRACIANO, 2013).

No que se refere a 2ª ação individual mais citada pelos Assistentes Sociais dos Programas Mito (2009) relata que a orientação social, dependendo da forma com que é realizada, possibilita a democratização de informações que está pautada no compromisso da garantia do direito à informação, como direito fundamental de cidadania.

Neste contexto, sabe-se que no contato com o usuário é competência do Assistente social informá-lo sobre os direitos que ele possui e como acessá-los, para além do âmbito institucional.

“O estabelecimento de vínculos e a conformação de uma relação democrática entre profissionais e usuários são fundamentais para que o processo educativo alcance seus objetivos” (MIOTO, 2009, p. 504). Portanto, no processo de democratização de informações não há espaço para atitudes autoritárias e disciplinadoras, independente de onde são realizadas e a qual público são dirigidas.

Seja no âmbito individual ou coletivo, conforme foi mencionado pelos participantes deste estudo, sabe-se que a partir do conhecimento das demandas e necessidades dos usuários, o Assistente Social poderá desenvolver ações socioeducativas, fundamentadas no Projeto Ético Político profissional os quais

direcionam sua capacidade teórico metodológica, a fim de atingir os objetivos e finalidades, definidos coletivamente pela categoria profissional.

Nesta perspectiva, complementa-se com as palavras da autora: “O caráter educativo que se imprime a essas ações é importante no acesso a direitos que são cruciais para a vida dos usuários e também no processo de construção da cidadania” (MIOTO, 2009, p.507).

Explica-se assim, o caráter multiplicador que essas ações possuem quando são realizadas com indivíduos, grupos e famílias. O processo educativo tem a possibilidade de se estender para além do âmbito profissional.

Observou-se no Quadro 7, as principais **ações coletivas** citadas pelos Assistentes Sociais participantes e categorizadas com base na literatura (CFESS, 2014). Nesta categoria houve um maior número de respostas para as seguintes ações: Planejamento, execução e avaliação com a equipe de saúde de ações que assegurem a saúde enquanto direito ($n^{\circ} = 16$); Sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos ($n^{\circ} = 7$).

Estas ações referenciadas pelos Assistentes Sociais dos Programas de IC estudados vão ao encontro daquelas estabelecidas pelo documento “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde - Eixo - Atendimento Direto aos usuários – Subeixo – Ações de articulação com a equipe de saúde (CFESS, 2014).

Este documento destaca que o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde (CFESS, 2014).

Iamamoto (2002, p. 41) afirma que “é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p.41).

O Assistente Social, nos Programas de IC, ao participar do planejamento, execução e avaliação das ações em equipe dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições sociais de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações e efetivação dos direitos de cidadania, que o diferencia do médico, do fonoaudiólogo, do psicólogo e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. A partir do exposto, identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações.

Concorda-se com Iamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do Assistente Social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais - Código de Ética Profissional do Assistente Social e Lei de Regulamentação da Profissão – (CFESS, 2012; BRASIL 1993).

As ações de sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos, segunda mais citada pelos Assistentes Sociais participantes da pesquisa, consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagem grupal ou coletiva ao usuário e família

Essas orientações sociais devem se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde (CFESS, 2014). O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma

nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2014).

Dessa forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária que, para Berlinguer (1978, p. 5) é concebida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade.

Nessa perspectiva, o profissional de Serviço Social deve utilizar, segundo Vasconcelos (1993), a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo Assistente Social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva, em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos.

No presente estudo, buscou-se também verificar os principais **instrumentos e técnicas utilizados pelos Assistentes Sociais** nos Programas de IC participantes (Quadro 8). As respostas foram subjetivas e categorizadas com base em Sarmiento (1994), Guerra (2007) e Mito (2009). Houve predominância das seguintes respostas: Entrevista (nº = 25); e Documentação (nº = 25). Também foram citados os seguintes instrumentais: Encaminhamento (nº = 21); Reunião (nº = 16); Observação Sistemática ou Participante (nº = 12); e apenas 1 participante citou a Visita Domiciliar entre os instrumentos e técnicas utilizados no cotidiano de trabalho.

A utilização dos instrumentais no cotidiano da prática profissional é um fator preponderante para o Assistente Social. Como todos os profissionais têm seus instrumentos de trabalho e, sendo o Assistente Social um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho, necessita de bases teóricas, metodológicas, técnicas e ético-políticas necessárias para o seu exercício profissional. Os instrumentais técnico-operativos são como um “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional” (MARTINELLI, 1994 p. 137).

O uso dos instrumentais técnico-operativos pode ser visto como uma estratégia para a realização de uma ação na prática profissional, como nos revela MARTINELLI (2000), onde o instrumental e a técnica estão relacionados em uma “unidade dialética”, refletindo o uso criativo do instrumental com o uso da habilidade técnica. O instrumental “abrange não só o campo das técnicas como também dos conhecimentos e habilidades” (p. 138).

Os instrumentais técnico-operativos do Serviço Social acompanham o movimento da profissão e se atualizam conforme as mudanças políticas, sociais, científicas, tecnológicas e econômicas da sociedade, a fim de desvendar, na totalidade, a realidade de seus usuários. Neste sentido, com base em Sarmento (1994), Guerra (2007) e Mito (2009) seguem abaixo alguns instrumentos técnico-operativos do trabalho profissional do Assistente Social aplicáveis no momento atual da profissão e do país, dentre eles, os utilizados na área da saúde e citados pelos participantes da pesquisa:

- Entrevista - técnica utilizada pelos profissionais de Serviço Social junto aos usuários para levantamento e registro de informações. Esta técnica visa compor a história de vida, definir procedimentos metodológicos, e colaborar no diagnóstico social. É possível produzir confrontos de conhecimentos e objetivos a serem alcançados. Trata-se de um intercâmbio de informações (SARMENTO, 1994; LEWGOY, 2007; GUERRA, 2007; MIOTO, 2009).
- Documentação/Registros técnicos nos sistemas de informação - trata-se de um instrumento no qual o Assistente Social documenta as demandas diárias e as providências que foram tomadas em um sistema interdisciplinar manual ou informatizado (SARMENTO, 1994; SOUZA, 2006; GUERRA, 2007);
- Encaminhamento social - procedimento de articulação da necessidade do usuário com a oferta de serviços oferecidos, sendo que os encaminhamentos são sempre formais, seja para a rede de serviços ou para as políticas intersetoriais. Quando necessário, deve ser procedido de contato com o serviço de destino para contribuir com a efetivação do encaminhamento (referência) e sucedido de contato para o retorno da informação (contra-referência) (SARMENTO, 2000; GUERRA, 2007).
- Reunião/Mobilização Social e Práticas Educativas - atuação profissional voltada para a realização dos interesses da classe trabalhadora, a mobilização social desempenhada pelos Assistentes Sociais irá contribuir para o fortalecimento de

classe e elevação intelectual dos sujeitos, para que estes construam uma nova sociabilidade, levando-se em conta os instrumentais já construídos com a categoria profissional como possibilidades de mobilização (SARMENTO, 1994; ABREU; CARDOSO, 2009).

- Observação participante ou ativa - consiste na ação de perceber, tomar conhecimento de um fato ou conhecimento que ajude a explicar a compreensão da realidade objeto do trabalho e, como tal, encontrar os caminhos necessários aos objetivos a serem alcançados. É um processo mental e, ao mesmo tempo, técnico (SARMENTO, 1994; SOUZA, 2006; GUERRA, 2007).

- Visita domiciliar - prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto aos indivíduos em seu próprio meio social ou familiar. A finalidade da visita domiciliar é específica, guiada por um planejamento ou roteiro preliminar (SARMENTO, 1994; AMARO, 2003; GUERRA, 2007; CAMPELO; BEZERRA; CAMPELO., 2008;)

- Acolhimento/Escuta qualificada e Busca ativa – tratam-se de proposições aliadas as políticas sociais, são menos autoritários e são instrumentos democráticos, pensados no marco de referências teóricas, criados por meio de um conjunto de intenções éticas e políticas (SARMENTO, 1994).

- Acompanhamento e Orientação Social - procedimento técnico de caráter continuado e por período de tempo determinado, no qual é necessário que haja vínculo entre o usuário, família e o profissional (SARMENTO, 1994; MIOTO, 2009; GUERRA, 2007)

- Estudo social – instrumento utilizado para conhecer e analisar a situação vivida por determinados sujeitos ou grupos de sujeitos sociais, sobre o qual o Assistente Social é chamado a opinar. É uma forma de documentação do Serviço Social utilizada para interlocução dos usuários na garantia de seus direitos no espaço público (SARMENTO, 1994; TURCK, 2000; GUERRA, 2007; MIOTO, 2009).

- Relatório social – trata-se de um documento de registro de informações, observações, pesquisas, investigações e fatos. Serve como registro importante capaz de subsidiar decisões (SOUZA, 2006; GUERRA, 2007; MIOTO, 2009; FÁVERO, 2009).

Os resultados do estudo mostraram também, no Quadro 9, os principais **recursos mobilizados pelos Assistentes Sociais**, no atendimento aos

pacientes/famílias usuários dos Programas, entre eles citaram: Benefícios e Serviços de saúde (nº = 23); e Benefícios e Serviços socioassistenciais (nº = 19). Também foram citados: Benefícios e Serviços previdenciários (nº = 17); Articulação com Poder Judiciário (Ex: Conselho Tutelar, Promotorias Públicas, entre outros) (nº = 10); Articulação com outras políticas públicas (nº = 9); e Articulação com associações (nº = 6). No caso de Articulação com outras políticas públicas, os participantes citaram as políticas sociais de assistência social, educação e previdência social. E para Articulação com associações citaram: Associação dos deficientes auditivos, pais, amigos e usuários de IC de Bauru/SP (ADAP); Associação dos Deficientes Auditivos, Pais, Amigos e Usuários de IC do Pará – (ADEIPA); Associações Municipais e Regionais de Assistência Social e Saúde a Pessoas com Deficiência; e a Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal – (PROFIS). Também foram evidenciadas as articulações com os Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Estaduais dos Direitos da Pessoa com Deficiência; e com as Ouvidorias Municipais de Saúde.

Estes dados revelaram o compromisso do Serviço Social dos Programas estudados com a real efetivação de direitos sociais de seus usuários e enfrentamento da desigualdade social, além de mostrar uma postura de ruptura com a visão hospitalocêntrica na política pública de saúde, que considerava os aspectos sociais como algo que não dizia respeito à saúde.

Para a desconexão com o caráter imediatista e burocrático e superação da assistencialização da saúde, o Assistente Social busca ser, além de mediador entre as ações Estatais e as necessidades universais de seus usuários, um articulador de políticas públicas apartidárias, e dos serviços oferecidos pela iniciativa comunitária em benefício da população atendida, conforme demonstrou esta pesquisa (Quadro 9).

Iamamoto (2004) evidenciou a grande conexão entre o Serviço Social e as políticas sociais, afirmando serem os Assistentes Sociais os profissionais que atuam no contexto dessas políticas, intervindo nas consequências da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, com atuação em diversas áreas, baseadas na identificação dos determinantes sociais.

É neste contexto, que os Assistentes Sociais comprometidos com um projeto societário mais amplo vêm lutando em diferentes frentes e de diversas formas para

defender e reafirmar os direitos e as políticas sociais (SARMENTO, 2002; RAICHELIS, 2007).

Para os Assistentes Sociais atuantes nos Programas de IC decorre daí a tarefa de ir além das ações padronizadas, impulsionando e ampliando o movimento social que se organiza em torno da defesa das políticas públicas e da inclusão social universal das pessoas com deficiência, propondo novas estratégias para enfrentamento das situações conjunturais.

Por fim, os resultados da pesquisa mostraram os depoimentos pessoais dos participantes quanto às facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da prática profissional nos Programas de IC, bem como, os desafios para a profissão no contexto atual do país e o interesse por intercâmbio técnico-científico por parte dos Assistentes Sociais participantes.

Em relação às **facilidades para o desenvolvimento da prática profissional** do Serviço Social no Programa de IC, foram obtidas 24 respostas e 1 Assistente Social não respondeu à pergunta. As principais colocações citaram as palavras: “União”, “Respeito”, “Diálogo”, “Confiança”, “Conhecimento teórico-prático”, “Flexibilidade”, “Autonomia”, entre outras (Figura 6). Estas atitudes demonstraram profissionais engajados com a posição que ocupam como classe trabalhadora e como consequência, obtém uma prestação de serviços qualificada.

Por outro lado, no que se refere às **dificuldades para o desenvolvimento da prática profissional** do Serviço Social no Programa de IC, foram obtidas 23 respostas e 2 Assistentes Sociais não responderam. As principais frases mencionadas nos depoimentos pessoais foram: “Espaço físico inadequado”, “Desmotivação do paciente ou família”, “Demanda alta de pacientes no serviço”, “Atribuições equivocadas ao Assistente Social”, “Desconstrução das políticas públicas”, entre outras (Figura 7). Estas dificuldades refletem uma realidade coletiva do Serviço Social na área da saúde no país, conforme demonstrou o documento CFESS (2014) e que precisa ser encarada como um desafio à categoria, superando o conformismo, conquistando posicionamento e reconceituando a profissão na política de saúde.

Quanto aos **desafios do Serviço Social na área da saúde** diante das novas exigências impostas pela realidade social do país, considerando a experiência profissional no serviço de saúde, todos os participantes da pesquisa responderam.

As principais referências foram: “Efetivação do direito à saúde pública com qualidade”, “Emancipação e empoderamento do paciente”, “Efetividade da referência e contra referência da rede socioassistencial”, “Inoperância, fragmentação e desarticulação das políticas públicas”, entre outras. Percebeu-se que os principais desafios mencionados pelos Assistentes Sociais são responsabilidades macro e que sugerem uma mudança de postura ético-política da iniciativa pública, somada ao compromisso da classe trabalhadora no âmbito do SUS e da sociedade civil.

Para finalizar, todos os Assistentes Sociais participantes da pesquisa revelaram o interesse em manter **intercâmbio técnico-científico** com os Assistentes Sociais de outros Programas de IC.

O intercâmbio técnico-científico possibilita um conhecimento das necessidades coletivas para instrumentalizá-las com vistas a defender interesses comuns, além de apoiar e fortalecer as relações de parceria (GRACIANO et al., 2007). Logo, para os Assistentes Sociais atuantes nos Programas de IC do Brasil, esta iniciativa propiciará além da congregação, interação e representatividade, o fortalecimento dos interesses e ações profissionais e institucionais.

8 Conclusões

8 CONCLUSÕES

Com a realização da pesquisa aqui exposta foi possível ampliar o conhecimento acerca dos Programas de IC do Brasil, sendo que as questões norteadoras da pesquisa, utilizadas na elaboração do roteiro do questionário aplicado com os participantes foram respondidas, o que permitiu traçar um panorama da estruturação institucional dos hospitais que abrigam Programas de IC no país, bem como verificar como estes Programas são desenvolvidos e como se dá o trabalho do Assistente Social nestas equipes, pela ótica dos atores envolvidos.

O estudo permitiu um valioso levantamento dos dados de 27 Programas de IC do Brasil, mas – ainda mais relevante – possibilitou um retrato das dificuldades em que os serviços enfrentam, assim como os avanços já obtidos. Na verdade, toda a realidade relatada nesta pesquisa faz parte de um processo de construção contínuo e coletivo.

A caracterização institucional levantada pelo instrumental desta pesquisa revelou que os Programas de IC do Brasil são desenvolvidos, na sua maioria, em hospitais gerais habilitados pelo Ministério da Saúde como Alta Complexidade em Saúde Auditiva. Ofertam serviços via saúde pública – SUS e com infraestrutura adequada. Possuem área de abrangência estadual, porém, poucos priorizam em sua porta de entrada o vínculo com Regional de Saúde. Prezam pela prestação de serviço, ensino e pesquisa com ênfase aos Programas de Residência Médica e Residências Multiprofissionais, todavia, com pouco uso das teleconferências e da promoção de saúde por meio de tecnologias de telecomunicações bidirecionais através do uso de *internet*.

Um número significativo dos Programas de IC conta com equipe exclusiva a qual atua nas diferentes etapas do Programa. A composição das equipes se deu de forma particular de acordo com a realidade de cada serviço e os Assistentes Sociais – atores deste estudo - as caracterizaram como interdisciplinar.

Os núcleos habilitados para a realização do IC no Brasil prezam pelo atendimento de crianças de 0 a 4 anos de idade, mas, uma gama dos serviços também apresentaram em sua demanda outras faixas etárias. Os Programas realizam o acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes submetidos ao IC, incluindo aqueles provenientes de outros serviços - públicos ou particulares - do

Brasil ou exterior. Todavia, cada serviço apresentou um fluxo de atendimento ambulatorial e cirúrgico com suas particularidades.

As demandas emergentes em Programas de IC: cirurgia bilateral e a manutenção do processador externo, ambos via SUS e previstos em Portaria revogada, ainda não compõe a rotina obrigatória dos serviços estudados e são vistos como demandas desafiadoras. Por sua vez, a adaptação do recurso audiológico de apoio, Sistema FM, por intermédio do SUS, prevista em Portaria desde 2013, já vem sendo ofertada pelos Programas.

Além do levantamento institucional dos serviços brasileiros habilitados em IC, o estudo permitiu uma análise das atribuições e ações dos Assistentes Sociais nestes Programas revelando as suas dimensões: investigativa e interventiva.

Os Assistentes Sociais, atores desta pesquisa, eram os únicos profissionais da área que compunham as equipes dos Programas. Apresentou, na maioria, tempo de formação na graduação de 6 a 15 anos. E não priorizavam atividades de supervisão de alunos de Serviço Social em seu cotidiano de trabalho. Desenvolviam seu trabalho no período da manhã, com jornada de 20 à 30 horas semanais. Evidenciou-se a baixa produção científica do Serviço Social nestes Programas, todavia, destacou-se a participação e publicação em ANAIS de Congressos na área.

O conhecimento da realidade social, econômica e cultural dos pacientes e famílias aliado à prestação de orientações sociais e articulação com a rede de políticas públicas intersetoriais constituem-se objetivos principais da atuação profissional do Serviço Social nos Programas.

Os Assistentes Sociais reconhecem a procura da população usuária pelo seu atendimento dentro do Programa de IC, principalmente, para apoio e busca do fortalecimento familiar frente às situações de violação de direitos sociais e de cidadania da pessoa com deficiência.

Os profissionais de Serviço Social têm como prioridade nas ações individuais a construção do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde. Para isso, utilizam como principais instrumentos e técnicas a entrevista e a documentação. Já no âmbito

coletivo do trabalho profissional, consideram as ações de planejamento, execução e avaliação, junto da equipe do Programa, das ações que assegurem a saúde enquanto direito.

Os Assistentes Sociais valorizam as facilidades no cotidiano de trabalho, mas também reconhecem as dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social dentro dos Programas de IC elencando desafios coletivos para a categoria, no contexto da política pública de saúde brasileira e das expressões da desigualdade social da sociedade capitalista contemporânea.

Frente aos resultados conquistados por esta pesquisa conclui-se que a hipótese levantada inicialmente foi confirmada em 25 dos 27 serviços estudados. Os 25 Programas de IC, habilitados pelo SUS no Brasil, seguem a estruturação dos serviços determinada pelas Portarias em vigor e estes incluem o Assistente Social como membro da equipe básica, desenvolvendo um trabalho social com caráter emancipador junto aos pacientes e famílias em todas as etapas do Programa.

Desta forma, reforça-se com este estudo a necessidade da constante reflexão na ação e do compromisso teórico, metodológico, ético, político, técnico e operativo dos Assistentes Sociais, para garantir um trabalho em saúde que, de fato, tenha como direção a transformação da realidade de uma ideologicamente minoria histórica, reconhecendo-os como sujeitos sociais capazes de construir e conquistarem a sua própria emancipação humana e cidadã, sem conservadorismos ou enquadramentos moralizantes.

Soma-se ainda, como um resultado desta pesquisa, a valiosa oportunidade de intercâmbio técnico-científico entre o Serviço Social nos Programas de IC do Brasil. Sugere-se, contudo, o desenvolvimento de estudos equivalentes nas demais áreas atuantes na audiolologia do Brasil, atingindo, além da prestação de serviços assistenciais com qualidade, também as atividades de ensino e pesquisa.

Referências

REFERÊNCIAS

- Abreu MM, Cardoso FG. Mobilização social e práticas educativas. Brasília: CFESS/ABEPSS, UnB; 2009.
- Almeida N Filho. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Rev Ciên & Saúde Col.* 1997; 1(2): 1-2.
- Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro, KSQS, et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Rev. Ciênc & Saúde Col.* 2012; 17(7):1833-1840.
- Amaro S. Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE; 2003.
- Aurélio FS, Silva SP, Rodrigues LB, Kuniyoshi IC, Silva M, Botelho N. Satisfaction of patients fit with a hearing aid in a high complexity clinic. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012; 78(5):69-77.
- Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJN. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. *RAS.* Jan-Mar 2010; 12(46): 142-58.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Barra CMCM. Interdisciplinaridade: desafios para pesquisa e publicação. *Fisioter. Mov.* Curitiba. Set-Dez 2013; 26(4): 711-12.
- Beelmann A, Heinemann K.S. Preventing prejudice and improving intergroup attitudes: A meta-analysis of child and adolescent training programs. *Journal of Applied Develop. Psychol.* 2014; 35: 10–24.
- Bento RF, Brito RV Neto, Sanchez TG. Complicações da cirurgia do implante coclear. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2001; 5(3):130-5.
- Berlinguer G. Medicina e política. São Paulo: Hucitec; 1978.
- Bevilacqua MC, Costa OA Filho, Castiquini EAT, Zambonato TCF, Morettin M, Moret ALM, et al. Hearing aid fitting at SUS (Brazilian Public Health Care System) compared with a compact fitting model. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013; 79(3):276-84.
- Bevilacqua MC, Morettin M, Melo TM, Amantini RCB, Martinez MANS. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011.16(3): 252-9.
- Bezerra SM. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. *Meta: Avaliação* Rio de Janeiro. Jan-Abr. 2009; 1(1): 73-82.
- Bittencourt ZZLC, Françoze MFC, Monteiro CR, Francisco DD. Surdez, redes sociais e proteção social. *Rev. Ciênc & Saúde Col.* 2011. 16(Supl. 1): 769-76.

Boéchat AL, Souza EG, Moreira FA, Koch HA. Proposta de um programa básico para a formação do médico residente em radiologia e diagnóstico por imagem. *Radiol Bras.* 2007; 40:33–7.

Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciênc & Saúde Col.* 2012; 17(1).

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Consulta Pública nº17 de 10 de setembro de 2013. Dispõe sobre as diretrizes gerais para a Assistência da Saúde Auditiva Hospital no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] União, Poder Executivo*, Brasília, DF, (2013 set 11) [acesso em 2016 fev 3]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/cop0017_10_09_2013.html

Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União, Poder Executivo*, Brasília, DF, (2011 jun 29) [acesso em 2016 jan 21]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

Brasil. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. *Diário Oficial [da] União, Poder Executivo*, Brasília, DF, (2011 nov 17) [acesso em 2016 jan 26]. Disponível em:

http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf.

Brasil. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União, Poder Executivo*, Brasília, DF, (1977 set 6) [acesso em 2016 jan 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm.

Brasil. Decreto SAJ/CC/PR nº 6.215, de 26 de setembro de 2007. Estabelece o Compromisso pela Inclusão das Pessoas com Deficiência, com vistas à implementação de ações de inclusão das pessoas com deficiência, por parte da União Federal, em regime de cooperação com Municípios, Estados e Distrito Federal, institui o Comitê Gestor de Políticas de Inclusão das Pessoas com Deficiência - CGPD, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União, Poder Executivo*, Brasília, DF, (2007 set 27) [acesso em 2016 jan 22]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6215-26-setembro-2007-560260-publicacaooriginal-82935-pe.html>.

Brasil. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre a criação das residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. *Diário Oficial [da] União, Poder*

Executivo, Brasília, DF, (2005 jun 31) [acesso em 2016 jan 29]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.

Brasil. Lei nº 12.303 de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2010 ago 3) [acesso em 2016 fev 3]. Disponível em: http://anexos.datalegis.inf.br/tm/DO1_2010_08_03.pdf.

Brasil. Lei nº 12.317 de 26 de agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do assistente social. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasil, DF, (2010 ago 27) [acesso em 2016 jan 28]. Disponível em: <www.planalto.gov.br>.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1990 set 20) [acesso em 2016 jan 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1990 dez 31) [acesso em 2016 fev 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

Brasil. Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1993 jun 8) [acesso em 2016 jan 25]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf.

Brasil. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1993 dez 8) [acesso em 2016 fev 6]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1993/8742.htm>.

Brasil. Portaria nº 2.157 de 23 de dezembro de 2015. Altera os art. 8º e 24 da Portaria nº 2.776/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, que aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2015 dez 24) [acesso em 2016 jan 18]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=117&data=24/12/2015&captchafield=firistAccess>.

Brasil. Portaria GM/MS nº 3762 de 20 de outubro de 1998. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1998 out 21) [acesso em 2016 fev 1]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio?start=2532>

Brasil. Portaria GM/MS nº 1278 de 20 de outubro de 1999. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1999 out 21) [acesso em 2016 fev 15]. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3f8db68047457940864dd63fbc4c6735/POR_TARIA+N%C2%BA+1.278-1999.pdf?MOD=AJPERES

Brasil. Portaria GM/MS nº 626 de 23 de março 2006. Define os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2006 mar 24) [acesso em 2016 jan 12]. Disponível em:

http://www.saudeauditivabrasil.org.br/pdf/legislacao/portaria_626.pdf

Brasil. Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2009 nov 13) [acesso em 2016 fev 4]. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192

Brasil. Portaria nº 1.274 de 25 de junho de 2013. Inclui o Procedimento de Sistema de Frequência Modulada Pessoal (FM) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2013 jun 26) [acesso em 2016 fev 2]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1274_25_06_2013.html

Brasil. Portaria nº 126 de 17 de setembro de 1993. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1993 set 18) [acesso em 2016 fev 2]. Disponível em:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sKmPJz4u30sJ:sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_lab_p/SAS_P126_93lalta_ab_p.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2008 jan 25) [acesso em 2016 fev 12]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Brasil. Portaria nº 2.776 de 18 de dezembro de 2014. Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2014 dez 19) [acesso em 2016 fev 9]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/12/2014&jornal=1&pagina=183&totalArquivos=432>.

Brasil. Portaria nº 399 DE 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2006 fev 23) [acesso em

2016 jan 21]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Brasil. Portaria nº 432 de 14 de novembro de 2000. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2000 nov 15) [acesso em 2016 jan 14]. Disponível em:
http://www.saudeauditivabrasil.org.br/pdf/legislacao/portaria_432.pdf

Brasil. Portaria nº 587 de 7 de outubro de 2004. Estabelece os procedimentos para a Política Nacional de Deficiência Auditiva. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2004 out 9) [acesso em 2016 jan 19]. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-587.htm>.

Brasil. Portaria nº 648/GM DE 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2006 mar 29) [acesso em 2016 jan 11]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf

Brasil. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2012 abr 25) [acesso em 2016 jan 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

Brasil. Portaria nº. 2.073 de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2004 set 29) [acesso em 2016 jan 12]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html

Brasil. Portaria nº. 211 de 8 de novembro de 1996. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1996 nov 9) [acesso em 2016 fev 5]. Disponível em:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:u_LOpizVFdYJ:sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_impl_coc/SAS_P211_96alta_impl_coc.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

Brasil. Portaria nº. 3335/MPAS de 11 de junho de 1984. Autoriza a concessão de ajuda supletiva aos beneficiários do INAMPS nas modalidades de “auxílio transporte” “auxílio órtese e prótese” e “outros aparelhos ou peças”. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (1984 jun 13) [acesso em 2016 jan 3]. Disponível em:
http://www.audiologiabrasil.org.br/eiabauru2012/foruns/forumpolticaspublicas_2012.pdf

Brasil. Portaria SAS/MS nº 68 de 25 de janeiro de 2005. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2005 jan 26) [acesso em 2016 jan 15]. Disponível em: <http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/sas/4263-68.html>

Brasil. Portaria SAS/MS nº. 589 de 08 de outubro de 2004. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2004 out 9) [acesso em 2016 jan 19]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0589_08_10_2004_rep.html

Brasil. Resolução CFESS 572 de 25 de maio de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de registro nos Conselhos Regionais de Serviço Social, dos assistentes sociais que exerçam funções ou atividades de atribuição do assistente social, mesmo que contratados sob a nomenclatura de cargos genéricos e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2010 mai 25) [acesso em 2016 jan 03]. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RESCFESS572.pdf>.

Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. In: Mota AE. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez; 2009. p. 88-110.

Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. In: Mota AE. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e Trabalho Profissional. 5 ed. São Paulo: Cortez; 2012. p.1-24.

Buriolla MAF. Supervisão em serviço social: o supervisor, sua relação e seus papéis. 3 ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Caldas FF, Silva IMC, Teixeira MS, Deperon TM, Cardoso CC, Barreto MASC, et al. Auditory neuropathy spectrum: the importance of adequate diagnosis. Internation. Tinnitus Journ. 2012; 17(2):194-9.

Campelo MHG, Bezerra MJC, Campelo LG. A visita domiciliar como instrumental técnico fundamental à formação e à prática profissional: contribuições do Serviço Social. In: Anais do 12º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – IV Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade; 2008; Foz do Iguaçu, PR. Foz do Iguaçu: CD-ROM; 2008.

Carvalho GA. Saúde pública no Brasil. Estud. Av. 2013; 27(78).

Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(8):1773-82.

Ceccim RB, Ferla AA. A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. Educ. e Saúde. 2008; 6(3): 443-56.

Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(4):417-22.

Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e sociais. 9 ed. São Paulo: Cortez; 2008.

Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética do/a assistente social. 10 ed. Brasília: CFESS; 2012.

Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: CFESS; 2014.

- Costa CGA. Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um Sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.
- Costa RKS, Enders BC, Menezes RMP. Trabalho em equipe em saúde: uma análise contextual. *Ciênc. Cuid. e Saúde*. 2008; 7: 530-36.
- Demo P. Pesquisa: princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez; 1990.
- Dzenowagis J. Bridging the digital divide: linking health and ICT policy. In: Wooton R, Patil NG, Scott RE, Ho K. Telehealth in the developing world. London/Ottawa: The Royal society of medicine press/International development research centre (IDRC): 2009; p. 9 - 26.
- Elias PE. Análises sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Saúde e Sociedade*. 1993; 2(1): 59-73.
- Fávero ET. Instruções sociais de processos, sentenças e decisões. In: CFESS. (Org.). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS; 2009.
- Fazenda ICA. Integração como proposta de uma nova ordem na Educação. In: Fazenda ICA. Linguagens, espaços e tempos. Rio de Janeiro: Agir; 2000.
- Fazenda ICA. Interdisciplinaridade/Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade (GEPI). São Paulo: PUCSP. 2011; 1(1).
- Fazenda ICA. O que é Interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez; 2008.
- Fernandes TFS, Mesquita ST. Aspectos sociais e econômicos das famílias “casos novos” de um Programa de Implante Coclear. *Textos & Contextos*. Jan-Jun. 2014; 13(1): 143 - 58.
- Fundação Oswaldo Cruz. Telessaúde: Canal Saúde, construindo cidadania. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2015.
- Goreczny AJ, Bender EE, Caruso G, Feinstein CS. Attitudes toward individuals with disabilities: Results of a recent survey and implications of those results. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32: 1596–1609.
- Graciano MIG, Custódio SAM, Blattner SHB, Mesquita ST, Faria MV. Ações de intercambio técnico-científico da rede nacional de associações de pais e pessoas com fissura labiopalatal. *Serviço Social & Saúde*. 2007; 6(6): 1-70.
- Graciano MIG. Estudo socioeconômico: um instrumento técnico operativo. 2 ed. São Paulo: Veras; 2013.

Grossman E, Araújo-Jorge TC, Araujo IS. A escuta sensível: um estudo sobre o relacionamento entre pessoas e ambientes voltados para a saúde. *Interface*. Apr-June. 2008; 12(25).

Guedes LE, Ferreira M Júnior. Relações Disciplinares em um Centro de Ensino e Pesquisa em Práticas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. *Saúde Soc*. 2010; 19(2): 260-72.

Guerra Y, Braga ME. Supervisão em Serviço Social. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS; 2009.

Guerra Y. *A Instrumentalidade do Serviço Social*. 10 ed. São Paulo: Cortez; 2014.

Guerra Y. *A Instrumentalidade do Serviço Social*. 5 ed. São Paulo: Cortez; 2007.

Hamerschmidt R. O Implante Coclear no Brasil [texto na *internet*]. 2014. [acesso em 2016 fev 2]. Disponível em: <http://www.adap.org.br/site/index.php/ponto-de-vista/123-dr-rogerio-hamerschmidt>

História do implante coclear no Brasil. Bauru: Associação dos deficientes auditivos, pais, amigos e usuários de implante coclear; 2014.

Hyppolito MA, Bento RF. Rumos do Implante Coclear bilateral no Brasil. *Braz. j. otorhinolaryngol*. 2012; 78(1). .

Iamamoto MV. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: Mota AE. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 5ed. São Paulo: Cortez; 2012. p.1-37.

Iamamoto MV. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez; 1998.

Iamamoto MV. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

Iamamoto MV. *Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade*. Brasília: CFESS; 2002.

Implante Coclear. O que é? Como funciona?. Franca: Clínica de Fonoaudiologia Direito de Ouvir; 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Número de indivíduos com deficiência no Brasil. Brasília: IBGE; 2010.

Instituto Britânico de Pesquisas Auditivas. Hábitos que fazem mal ao ouvido. Rio de Janeiro: IBPA; 2006.

Jacob R, Stelzig Y. Cochlear implant treatment in Germany. *HNO*. 2013; 61(1): 5-11.

- Jacob RTS, Bevilacqua MC, Molina SV, Queiroz M, Hoshii LA, Lauris JRP, et al. Sistema de frequência modulada em crianças com deficiência auditiva: avaliação de resultados. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;17(4): 417-21.
- Khoja S, Durrani H, Nayani P, Fahim A. Scope of policy issues in e Health: results from a structured literature review. *J Med Internet Res.* 2012;14(1):34- 42.
- Lanza LMB, Campanucci FS, Baldow LO. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. *R. Katál. Florianópolis.* 2012; 15(2): 212-20.
- Lemos ICC, Jacob RTS, Gejão MG, Bevilacqua MC, Feniman MR, Ferrari DV. Sistema de frequência modulada no transtorno do processamento auditivo: prática baseada em evidências? *Pró-Fono Rev de Atualiz Científ.* 2009; 21(3): 243-48.
- Lewgoy AMB, Silveira EMC. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. *Textos & Contextos.* 2007; 6(2):233-51.
- Liang Q, Mason B. Enter the dragon – China’s journey to the hearing world. *Cochlear Implants Internat.* 2013; 14(S1).
- Lima LD, Viana ALd’Á, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012;17(11):2881-92.
- Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc & Saúde Colet.* 2009; 14(Supl. 1):1463-72,.
- Luquetti DV, Koifman RJ. Surveillance of birth defects: Brazil and the US. *Ciênc & Saúde Colet.* 2011; 6(Supl. 1):777-85.
- Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(3):521-32.
- Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. O financiamento federal da política de saúde no Brasil: tendências e desafios. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(1):187-200.
- Mannan H, MacLachlan M, McVeigh J, Consortium TE. Core concepts of human rights and inclusion of vulnerable groups in the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities. *Europ. Jour. of Disabil. Resear.* 2012; 6:159–77.
- Martinelli ML, Koumrouyan E. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. *Rev. Serv. Soc e Soc.* 1994; 45: 137-42.
- Martinelli ML. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Rev. Serv. Soc. e Soc.* 2011; 107: 497-508.
- Martinelli ML. *Serviço social: Identidade e alienação.* 14 ed. São Paulo: Cortez; 2009.

Martins MBB, Lima FVF, Santos RC Júnior, Santos ACG, Barreto VMP, Jesus EPF. Cochlear implants: our experience and literature review. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* 2012; 16(4):476-81.

Mauldin L. Parents of deaf children with cochlear implants: a study of technology and community. *Sociology of Health & Illness.* 2012; 34(4): 529-43.

Meirelles BHS. Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(3): 621-26.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Mioto RCT. Estudos Socioeconômicos [texto na *internet*]. 2009. [acesso em 2016 fev 03]. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8B11wB4614LYr7zq15a4.pdf>.

Mioto RCT. Estudos Socioeconômicos. In: CFESS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. ABEPSS [periódico na *internet*]. 2009. [acesso em 2016 fev 03]. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8B11wB4614LYr7zq15a4.pdf>.

Mondelli MFCG; Silva LSL. Perfil dos Pacientes Atendidos em um Sistema de Alta Complexidade. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* 2011; 15(1): 29-34.

Moreira AP, Motti TFG, Francelin MAS, Truite MB. Questões sociais que envolvem o deficiente auditivo e o mercado de trabalho. *Rev. Serv Soc & Realid.* 2008; 17(1): 224-47.

Narcizo EC. Formação profissional no serviço social: contextualização histórica e presentes desafios. *Rev. Iluminart.* 2014; 6(11).

Netto JPA. Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Mota AE. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* 5ed. São Paulo: Cortez; 2012. p.1-22.

Niparko JK, Zwolan T. ACI Alliance – The American Cochlear Implant Alliance Foundation. *Cochlear Implants Internat.* 2013; 14(S1).

Oliveira CAHS. Estágio Supervisionado Curricular em Serviço Social: Elementos para reflexão. In: *Rev. da ABEPSS.* 2009; 17(4).

- Oliveira CAHS. Formação profissional em Serviço Social: “velhos” e novos tempos: constantes desafios. In: Rev. Serv. Soc. e Realid. 2004; 13(2).
- Oliveira DC, Gomes AMT, Sá CP, Acioli S. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. Psicologia: Teoria e Prática. 2007; 9(2):26-46.
- Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ. 2008; 16(4): 569-76.
- Oliveira M. A importância da ação interdisciplinar no serviço de saúde. Bolet. Epidem. Paulist. 2007; 4(38).
- Oliver J. New expectations: Pediatric cochlear implantation in Japan. Cochlear Implants Internat. 2013; 14 (S1-S13).
- Organização das Nações Unidas. Relatório Mundial sobre Deficiência. Nova Iorque: ONU; 2011.
- Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Genebra: OMS; 2015.
- Pedrett MS, Moreira SC. Perfil dos usuários de implante coclear da cidade de Manaus. Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2012; 16(4).
- Raeve LD, Wouters A. Accessibility to cochlear implants in Belgium: State of the art on selection, reimbursement, habilitation, and outcomes in children and adults. Cochlear Implants Internat. 2013; 14(S1).
- Rachelis R. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. Rev. Serv. Soc. Soc. 2013; 116: 609-35.
- Raine C. Cochlear implants in the United Kingdom: Awareness and utilization. Cochlear Implants Internat. 2013; 14(S1),.
- Ramos ALSC. A questão da regulamentação de profissões. [texto na *internet*]. Instituto Ludwig von Mises - Brasil - IMB. 2015 jan. [acesso em 2016 jan 13]. Disponível em: <http://www.mises.org.br/Article.aspx?id=2011>.
- Rodrigues ML. Caminhos da transdisciplinaridade: fugindo às injunções lineares. Serviço Social & Sociedade. 2000; 64: 124-34.
- Sampaio CC. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: Sá JLM. Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2007. p. 24.
- Santos AF, D’Agostino M, Bouskela MS, Fernández A, Messina LA, Alves HJ. Uma visão panorâmica das ações de telessaúde na América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(5/6).

- Santos BS. O papel da produção de conhecimento na transformação social. In: Seminário internacional 'o papel da sociedade civil nas novas pautas políticas'. São Paulo: ABONG; 2003.
- Santos WR. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? *Ciênc & Saúde Colet.* 2011; 16(Supl. 1): 787-96.
- São Paulo. Resolução CREMESP nº 71 de 08 de novembro de 1995. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo, SP, (1995 nov 09) [acesso em 2016 jan 04]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/cremesp.htm>.
- Sarmiento HBM. Ética e Serviço Social: fundamentos e contradições. *Rev. Katálisis.* 2011; 14(2).
- Sarmiento HBM. Instrumentos e Técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão [dissertação]. São Paulo (SP): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.
- Sarmiento HBM. Serviço Social, das funções tradicionais ao desafios diante das novas formas de regulação sociopolítica. *Rev. Katálisis.* 2002; 5(2).
- Sarmiento HBM. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sociopolítica ao redimensionamento de suas funções sociais. In: Capacitação em serviço social e política social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD; 2000.
- Scaranello CA. Reabilitação auditiva pós implante coclear. In: ANAIS do Simpósio Surdez: implicações clínicas e possibilidades terapêuticas; 2005 Jul-Dez 273-278; Ribeirão Preto, SP. Ribeirão Preto: Capítulo VII. 38 (3/4); 2005.
- Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc & Saúde Colet.* 2013; 18(11):3203-12.
- Severino AJ. Do ensino da filosofia: estratégias interdisciplinares. *Educação em Revista.* 2011; 12(1): 81-96.
- Silva DPCB, Silva VBB, Aurélio FS. Auditory satisfaction of patients fitted with hearing aids in the Brazilian Public Health Service and benefits offered by the hearing AIDS. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013; 79(5):538-45.
- Silva LSG, Gonçalves CGO, Soares VMN. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. *CoDAS.* 2014; 26(3):241-7.
- Sleifer P, Fernandes VA. Conhecimento dos fonoaudiólogos de Porto Alegre sobre a atuação fonoaudiológica no implante coclear. *Rev. CEFAC.* 2011; 13(2):259-70.
- Sorkin DL. Cochlear implantation in the world's largest medical device market: Utilization and awareness of cochlear implants in the United States. *Cochlear Implants Internat.* 2013; 14(S1).

Sousa CT. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. [texto na *internet*]. S.1. 2006. [acesso em 2016 jan 21]. Disponível em: www.uepg.br/emancipacao/pdfs/revista%208-1/Charles-artigo-9-p.119.

Souza MIFP. Apostila [disciplina de graduação “Metodologia de Pesquisa em Serviço Social II”]. Bauru: Faculdade de Serviço Social de Bauru, Instituição Toledo de Ensino; 2012.

Souza WV, Albuquerque MDFM, Barcellos CC, Ximenes RADA, Carvalho MS. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(1): 82-9.

Sposati A. Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social. *Revista Katálysis*. 2007; 10(SPE): 15-25.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Symons AB, Morley CP, McGuigan D, Akl EA. A curriculum on care for people with disabilities: Effects on medical student self-reported attitudes and comfort level. *Disability and health journal*. 2014; 7(1): 88-95.

Tartakovsky E, Gafter-Shor A, Perelman-Hayim M. Staff members of community services for people with intellectual disability and severe mental illness: Values, attitudes, and burnout. *Research in develop. Disability*. 2013; 34(11): 3807-21.

Tefili D, Barrault GFG, Ferreira AA, Cordioli JA, Lettnin DV. Implantes cocleares: aspectos tecnológicos e papel socioeconômico. *Rev. Bras. Eng. Bioméd*. 2013; 29(4): 414-33.

Teixeira AR, Thedy RB, Jotz GP, Barba, MC. Sintomatologia depressiva em deficientes auditivos adultos e idosos: importância do uso de próteses auditivas. *Arq. Int Otorrinolaringol*. 2007;11(4):453-8.

Timothy BK, Tolson D, Day T, McColgan G, Kroll T, Maclaren W. Older people's views on what they need to successfully adjust to life with a hearing AID. *Health and Soc Care in the Commun*. 2013; 21(3): 293–302.

Trochim WM. Research methods knowledge base [texto na *internet*]. 2016. [acesso em 2016 jan 29]. Disponível em: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/>.

Turck MGMG. Serviço Social Jurídico. Perícia Social no contexto da infância e da juventude. Manual de Procedimentos Técnicos. Campinas/São Paulo: Livro Pleno; 2000.

Vasconcelos AM. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: Mota AE. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 5ed. São Paulo: Cortez; 2012. p.1-32.

Vasconcelos EM. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. *Rev. Serv. Soc. e Soc.* 1996; 54.

Wilson MC, Scior K. Attitudes towards individuals with disabilities as measured by the Implicit Association Test: A literature review. *Research in Develop. Disabilit.* 2014; 35: 294–321

Yazbek C. Os caminhos para a pesquisa no Serviço Social. In: *Anais do IX Encontro nacional de pesquisadores em serviço social*, ABEPSS; 2004; Brasília, DF.

Apêndices

APÊNDICE A - Carta de apresentação da pesquisa aos participantes

Bauru, ____ de _____ de 201__.

Prezado(a) Sr(a).

Eu, Talita Fernanda Stabile Fernandes, aluna de doutorado da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo estou realizando uma pesquisa junto aos Programas de Implante Coclear do Brasil.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, existem hoje 27 Programas de Implante Coclear habilitados pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Este estudo permitirá uma caracterização desses serviços e análise das atribuições dos Assistentes Sociais nas equipes dos Programas de Implante Coclear e contribuirá para a construção de conhecimentos na área, fortalecendo a prática profissional.

Portanto, conforme contato telefônico anterior solicito a sua contribuição como participante desta pesquisa, respondendo ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) + Questionário, ambos *online*, por meio dos endereços eletrônicos:

<https://docs.google.com/forms/d/1H936TwTa-KUMr7kavvIBEJGDbNOyarndpbm4GDIEh70/viewform>
(TCLE)

<https://docs.google.com/forms/d/1LCEdD9T7uuB03HFKZ5iQ7i0BUoX-KyvbfPzRhN1lwbQ/viewform>
(Questionário)

Solicito, por gentileza, que o TCLE + Questionário sejam respondidos impreterivelmente até o dia ____/____/201__. Lembrando que a ausência de sua participação comprometerá a proposta do estudo.

Informo ainda que os resultados da pesquisa serão socializados com todos os Programas de Implante Coclear participantes.

Agradecendo a sua colaboração, atenciosamente,

Talita Fernanda Stabile Fernandes
Assistente Social - doutoranda
Faculdade de Odontologia de Bauru

Profa. Dra. Kátia de Freitas Alvarenga
Fonoaudióloga - Orientadora da pesquisa
Faculdade de Odontologia de Bauru

Dra. Sonia Tebet Mesquita
Assistente Social – Coorientadora da pesquisa
Faculdade de Odontologia de Bauru

Nome do Pesquisador Responsável: *Talita Fernanda Stabile Fernandes*

Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20; Bairro: Vila Universitária; Cidade: Bauru/SP;
CEP: 17.012-900 Caixa Postal: 1501 Telefone: 55 - 14 3235-8411/ 3235-8103 E-mail:
talitasfernandes@usp.br

APÊNDICE B – TCLE *online* enviado aos participantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ciência na participação da pesquisa pelo assistente social do Programa de Implante Coclear

***Obrigatório**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o assistente social participante, após leitura minuciosa deste documento, ciente das informações as quais serão prestadas, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: “Os Programas de Implante Coclear do Brasil e o Serviço Social”, realizada pela doutoranda: Talita Fernanda Stabile Fernandes, nº do Conselho: CRESS: 40.282, sob orientação da Profa. Dra. Katia de Freitas Alvarenga, nº do Conselho: CRFa: 4831. Que tem como objetivo: conhecer o trabalho do Assistente Social nos Programas de Implante Coclear do Brasil. Para a coleta dos dados será aplicado (via online) um questionário, contendo perguntas abertas e fechadas, que sustentem os objetivos da pesquisa. Este questionário deverá ser respondido por um único assistente social pertencente ao Programa de Implante Coclear e sua aplicação terá duração aproximada de 60 (sessenta) minutos, ao término deverá ser enviado à pesquisadora via online. Pretende-se com este estudo, conhecer os Programas de Implante Coclear do Brasil e também analisar as atribuições e ações dos Assistentes Sociais que revele suas dimensões - investigativa e interventiva – assim como a possibilidade de intercâmbio técnico científico, tendo em vista um maior reconhecimento profissional nesta área e fortalecimento da prática. Riscos da pesquisa: não há, pois haverá o compromisso do pesquisador no que se refere à questão da ética e do sigilo com as informações fornecidas pelos participantes no questionário que será aplicado. Quanto aos Benefícios: este estudo além de contribuir para a construção de conhecimentos sobre a temática possibilitará um conhecimento e caracterização dos Programas de Implante Coclear do Brasil, com ênfase na prática do Serviço Social, podendo contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde e reabilitação da deficiência auditiva. O participante da pesquisa terá o direito à indenização caso for prejudicado ou tiver seus direitos sociais violados por participar do estudo. Caso o pesquisado queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421. Por estarem de acordo assinam o presente termo. *

Nome do Pesquisador Responsável: Talita Fernanda Stabile Fernandes Endereço Institucional (Rua, Nº): Rua Silvio Marchione, 3-20 Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17.012-900 Caixa Postal: 1501 Telefone: 55 - 14 - 3235-8421 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

- ☐ Concordo em participar da pesquisa
- ☐ Discordo em participar da pesquisa

Data: *

Mês	▼	Dia	▼	2015	▼
-----	---	-----	---	------	---

Assinatura: *

Nome completo do participante

[,,775135652354	0	0	775135652354374
-----------------	---	---	-----------------

Enviar

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

APÊNDICE C – Questionário *online* enviado aos participantes

O SERVIÇO SOCIAL NOS PROGRAMAS DE IMPLANTE COCLEAR DO BRASIL

Este questionário visa conhecer o trabalho do Assistente Social nos Programas de Implante Coclear do Brasil.

Dados do Programa de Implante Coclear

Nome do responsável pelo Programa de Implante Coclear

A equipe do Programa de Implante Coclear é exclusiva ou também presta serviços em outras especialidades da instituição?

- ☐ Exclusiva
- ☐ Não Exclusiva

Composição da equipe básica do Programa de Implante Coclear (colocar a quantidade de profissionais por área):

Médico(s) Otorrinolaringologista(s)

Fonoaudiólogo(s)

Psicólogo(s)

Assistente(s) Social(is)

Médico(s) Anestesiologista(s)

Enfermeiro(s)

Técnico(s) de Enfermagem

Outros

O Programa de Implante Coclear conta com a mesma equipe nas diferentes etapas do Programa?

Diagnóstico; Pré-Cirúrgica; Internação; Pós-Cirúrgica

- ☐ Sim
- ☐ Não

Comente à respeito.

Perfil da população atendida

Selecione as faixas etárias atendidas pelo Programa de Implante Coclear

- ☐ 0 a 4 anos incompletos
- ☐ 4 a 7 anos incompletos
- ☐ 7 a 12 anos incompletos
- ☐ 12 a 18 anos incompletos
- ☐ Acima de 18 anos

O Programa de Implante Coclear faz o acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes?

Ex: ativação dos eletrodos, mapeamentos, acompanhamento médico e psicossocial do paciente, apoio familiar, terapia fonoaudiológica especializada, entre outros.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso afirmativo, como é feito? (Descreva brevemente)

O Programa oferece aos pacientes a cirurgia de Implante Coclear bilateral?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso afirmativo, quais são os critérios para a indicação?

O Programa oferece aos pacientes a manutenção do dispositivo externo do Implante Coclear?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso afirmativo, quais são os critérios estabelecidos para a manutenção?

Em caso negativo, quais são as alternativas oferecidas ao paciente/família?

O Programa de Implante Coclear oferece aos pacientes o Sistema de Frequência Modulada (Sistema FM)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso afirmativo, quais são os critérios?

Qual o número de pacientes matriculados no Programa de Implante Coclear?

Qual o número de pacientes que se submeteram à cirurgia de Implante Coclear?

Qual o número de pacientes que se submeteram à cirurgia de Implante Coclear bilateral?

O Programa atende pacientes que se submeteram à cirurgia de Implante Coclear em outros serviços?

Neste caso, se o Programa oferece apenas os mapeamentos e acompanhamento pós-cirúrgico

- ☐ ☒ Sim
- ☐ ☒ Não

Qual o fluxo anual de "casos novos" no Programa de Implante Coclear?

Média anual de pacientes que comparecem para a primeira consulta

Qual o fluxo anual de atendimentos ambulatoriais no Programa de Implante Coclear?

Média anual de pacientes que comparecem para consultas pré e pós-cirúrgica.

Qual a média anual de cirurgias de Implante Coclear?

O prontuário dos pacientes é único para todas as áreas da equipe?

- ☐ ☒ Sim
- ☐ ☒ Não

O prontuário dos pacientes é informatizado?

- ☐ ☒ Sim
- ☐ ☒ Não

Identificação da equipe de Serviço Social e Produção científica.

Qual o período de conclusão da graduação do (a) Assistente Social entrevistado (a)?

Anterior a 1980

De 1981 a 1990

De 1991 a 2000

De 2001 a 2010

De 2011 a 2015

Tem curso de pós-graduação?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso afirmativo, qual o curso e a área da pós-graduação:

() Pós-graduação lato sensu:

() Especialização. Área:

() Residência. Área:

() Pós-graduação stricto sensu

() Mestrado. Área:

() Doutorado. Área:

() Pós-Doutorado. Área:

Quantos (as) Assistentes Sociais compõem a equipe do Programa de Implante Coclear?**O setor de Serviço Social no Programa de Implante Coclear conta com estagiários de graduação ou alunos de pós-graduação na área?**

Entende-se para pós-graduação: especialização, residência, mestrado, doutorado e pós-doutorado.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso afirmativo coloque a quantidade atual de estagiários/alunos por curso:

Estagiários de Graduação

Alunos de Especialização

Alunos de Residência

Alunos de Mestrado

Alunos de Doutorado

Alunos de Pós-Doutorado

Qual o período de atendimento do Serviço Social no Programa de Implante Coclear?

- ☐ Manhã
- ☐ Tarde
- ☐ Integral (Manhã e Tarde)
- ☐ Noite
- ☐ Outro:

Qual a carga horária semanal dos (as) Assistentes Sociais no Programa de Implante Coclear?

- ☐ Até 20 horas semanais
- ☐ De 20 a 30 horas semanais
- ☐ Acima de 30 horas semanais
- ☐ Outro:

Há publicações de artigos pelo Serviço Social em periódicos nacionais e/ou internacionais?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Há publicações de trabalhos em ANAIS de Congressos nacionais e/ou internacionais?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Há publicações de livros ou participação em capítulos de livros?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso afirmativo cite o título dos livros:

Atuação do Serviço Social e a equipe no Programa de Implante Coclear

Qual o objetivo geral do Serviço Social na equipe do Programa de Implante Coclear?

Qual a principal demanda para o profissional de Serviço Social no Programa de Implante Coclear?

Cite as principais ações do Assistente Social no Programa de Implante Coclear?

Ações individuais (Ex: orientações sociais / avaliações socioeconômicas, entre outras).

Ações coletivas (Ex: realizadas com a equipe / grupo com os pacientes, entre outras).

Quais os principais instrumentos e técnicas utilizados pelo Assistente Social no Programa de Implante Coclear?

- o ☐ Entrevista
- o ☐ Observação sistemática
- o ☐ Visita domiciliar
- o ☐ Documentação
- o ☐ Encaminhamentos
- o ☐ Reunião
- o ☐ Outros

Quais os principais recursos mobilizados no atendimento aos pacientes/famílias

- o ☐ Benefícios e Serviços socioassistenciais
- o ☐ Benefícios e Serviços de saúde
- o ☐ Benefícios e Serviços previdenciários
- o ☐ Articulação com associações. Quais
- o ☐ Articulação com Poder Judiciário (Ex: Conselho Tutelar, Promotorias Públicas, entre outros).
- o ☐ Articulação com outras políticas públicas. Quais
- o ☐ Outros:

Como você caracteriza o trabalho em equipe no Programa de Implante Coclear? *

- o ☐ Multidisciplinar
- o ☐ Interdisciplinar
- o ☐ Transdisciplinar
- o ☐ Outro:

Justifique a sua resposta:

Cite uma facilidade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de Implante Coclear.

Cite uma dificuldade para o desenvolvimento da prática profissional do Serviço Social no Programa de Implante Coclear?

Cite um desafio do Serviço Social na área da saúde diante das novas exigências impostas pela realidade social do país, considerando a sua experiência profissional no serviço de saúde.

Você tem interesse em manter intercâmbio técnico-científico com Assistente(s) Social (is) de outros Programas de Implante Coclear?

- ☐ ☐ Sim
- ☐ ☐ Não

Comentários.

Opcional

« Voltar

Enviar

Nunca envie senhas em Formulários Google.

Anexos

Anexos

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP do HRAC/USP com a co-participação do CEP da FOB/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os Programas de Implante Coclear do Brasil e o Serviço Social

Pesquisador: TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 37160214.0.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.255.883

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa com o título "Programas de Implante Coclear do Brasil e o Serviço Social" da pesquisadora responsável TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES, retorna a este comitê, sob a forma de emenda para: "COMUNICAR AS ALTERAÇÕES NOS TÓPICOS: OBJETIVO, MATERIAL E MÉTODO E CRONOGRAMA, APÓS ESTUDO PILOTO E QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA".

Foi elaborado um Questionário seguindo um roteiro adequado ao objetivo da pesquisa. Foram privilegiadas questões abordando dados do Programa de Implante Coclear, composição da equipe básica e fluxo dos serviços prestados. E também foram abordadas as especificidades do Serviço Social no Programa de Implante Coclear. Assim, os dados quantitativos serão levantados por meio de perguntas fechadas e os qualitativos serão coletados com perguntas abertas.

Primeiramente será realizado um contato telefônico com um responsável de cada Instituição/Programa de Implante Coclear, solicitando a autorização para participação do serviço no estudo, bem como a indicação de um assistente social para responder ao questionário. Posteriormente, se fará o contato telefônico com o assistente social e mediante a sua autorização pessoal para participação na pesquisa serão enviados, via e-mail, o Parecer Consubstanciado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e uma carta de apresentação da pesquisa contendo os endereços eletrônicos para acesso ao Questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ambos on-line.

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br

Anexos

Continuação do Parecer: 1.255.883

Objetivo da Pesquisa:

CONHECER O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE IMPLANTE COCLEAR DO BRASIL.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Não há, pois haverá o compromisso do pesquisador no que se refere à questão da ética e do sigilo com as informações fornecidas pelos participantes no questionário que será aplicado.

Benefícios:

Este estudo além de contribuir para a construção de conhecimentos sobre a temática possibilitará um conhecimento e caracterização dos Programas de Implante Coclear do Brasil, com ênfase na prática do Serviço Social, podendo contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde e reabilitação da deficiência auditiva. O participante da pesquisa terá o direito à indenização caso for prejudicado ou tiver seus direitos sociais violados por participar do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta inicial deste projeto compreendia o envio do TCLE e do QUESTIONÁRIO, aos 27 Programas de Implante Coclear do Brasil, sendo que as respostas deveriam ser via correios.

Após a qualificação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Questionário foram inseridos no serviço on-line "Google Docs". Os participantes deverão respondê-los na plataforma (on-line) e quando concluírem as respostas e "clcarem" na opção "enviar", os documentos automaticamente serão encaminhados para a pesquisadora por meio do serviço eletrônico, sendo as respostas dos TCLE e Questionário apresentados sob a forma de tabela "Excel" e gráficos.

A pesquisa tem mérito, envolve praticamente todos os serviços no Brasil que trabalham com implante coclear, e a apresentação do TCLE será em forma de tabela, com dia/hora/nome da assistente social que responderá ao questionário.

Uma vez que haverá um primeiro contato telefônico com a instituição a convidando ANTES de se enviar por email o TCLE e o QUESTIONÁRIO, não haverá problema em se receber o TCLE na forma de tabela.

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20		
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA	CEP: 17.012-900	
UF: SP	Município: BAURU	
Telefone: (14)3235-8421	Fax: (14)3234-7818	E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

Anexos

Continuação do Parecer: 1.255.883

Objetivo da Pesquisa:

CONHECER O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE IMPLANTE COCLEAR DO BRASIL.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Não há, pois haverá o compromisso do pesquisador no que se refere à questão da ética e do sigilo com as informações fornecidas pelos participantes no questionário que será aplicado.

Benefícios:

Este estudo além de contribuir para a construção de conhecimentos sobre a temática possibilitará um conhecimento e caracterização dos Programas de Implante Coclear do Brasil, com ênfase na prática do Serviço Social, podendo contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde e reabilitação da deficiência auditiva. O participante da pesquisa terá o direito à indenização caso for prejudicado ou tiver seus direitos sociais violados por participar do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta inicial deste projeto compreendia o envio do TCLE e do QUESTIONÁRIO, aos 27 Programas de Implante Coclear do Brasil, sendo que as respostas deveriam ser via correios.

Após a qualificação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Questionário foram inseridos no serviço on-line "Google Docs". Os participantes deverão respondê-los na plataforma (on-line) e quando concluírem as respostas e "clcarem" na opção "enviar", os documentos automaticamente serão encaminhados para a pesquisadora por meio do serviço eletrônico, sendo as respostas dos TCLE e Questionário apresentados sob a forma de tabela "Excel" e gráficos.

A pesquisa tem mérito, envolve praticamente todos os serviços no Brasil que trabalham com implante coclear, e a apresentação do TCLE será em forma de tabela, com dia/hora/nome da assistente social que responderá ao questionário.

Uma vez que haverá um primeiro contato telefônico com a instituição a convidando ANTES de se enviar por email o TCLE e o QUESTIONÁRIO, não haverá problema em se receber o TCLE na forma de tabela.

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-900
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

Anexos

Continuação do Parecer: 1.255.883

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados seguem abaixo:

- Carta de encaminhamento dos pesquisadores aos CEP;
- Formulário HRAC;
- Folha de Rosto Plataforma Brasil;
- Termo de compromisso de manuseio de informações;
- Termo de Compromisso de Divulgação e Publicação dos Resultados da Pesquisa e Destinação de Materiais ou Dados Coletados;
- Critérios para Suspende ou Encerrar as Pesquisas;
- Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

CONSIDERANDO o baixo risco (conforme Minuta de Resolução, "Especificidades Éticas das Pesquisas nas Ciências Sociais e Humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias destas áreas"), do procedimento da pesquisa, ao se responder a um questionário, on line, onde ele terá inclusive a opção de não envia-lo, portanto, recomendo a aprovação da emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação. Portanto, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", se caso houver alterações nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Cabe ao pesquisador notificar via Plataforma Brasil o relatório final para avaliação, assim como os relatórios semestrais, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e/ou outros Termos obrigatórios, quando solicitados no parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_589014 ET.pdf	13/09/2015 21:31:46		Aceito
Outros	Carta.docx	13/09/2015	TALITA FERNANDA	Aceito

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-900

UF: SP Município: BAURU

Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

Anexos

Continuação do Parecer: 1.255.883

Outros	Carta.docx	21:29:33	STABILE FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/09/2015 21:28:12	TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES	Aceito
Outros	Questionario.docx	10/09/2015 11:50:59	TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES	Aceito
Outros	Resumo_Objetivo_Metodologia.doc	10/09/2015 11:45:42	TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES	Aceito
Outros	Carta_CEP.pdf	10/09/2015 11:44:33	TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	10/09/2015 11:42:41	TALITA FERNANDA STABILE FERNANDES	Aceito
Outros	Carta de resposta 26-11-14.doc	01/12/2014 11:58:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Doutorado 26-11-14.doc	26/11/2014 23:20:19		Aceito
Outros	Carta de resposta.doc	29/10/2014 14:14:15		Aceito
Outros	Lista de checagem Plataforma Brasil - Talita - Protocolo 89-2014.pdf	08/10/2014 15:06:29		Aceito
Outros	Documentos CEP.docx	06/10/2014 22:29:51		Aceito
Folha de Rosto	Talita - Folha de rosto.pdf	06/10/2014 22:25:48		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 02 de Outubro de 2015

Assinado por:
Silvia Maria Graziadei
 (Coordenador)

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-900
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br