

Recursos públicos e a reabilitação da criança com Implante Coclear

*Public resources and the rehabilitation of children
with Cochlear Implants*

Maria Rosa Pereira¹

Sonia Tebet de Mesquita²

Natália Barreto Frederique Lopes³

RESUMO

Verificar a existência de recursos de apoio à reabilitação nas regiões de procedência das crianças em acompanhamento na Seção de Implante Coclear (IC) do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, e se estes estavam contribuindo com o processo de reabilitação e com a efetivação das políticas públicas. Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo transversal e de abordagem quali-quantitativa, que envolveu análise documental de 87 prontuários de crianças usuárias de IC, com idade entre 1 a 12 anos incompletos. A caracterização dos sujeitos considerou o perfil socioeconômico e os recursos públicos disponibilizados. A Faixa etária predominante foi de 42,5% entre 7 a 12 anos incompletos; 67% procedentes da Região Sudeste e 69% pertenciam à classe social Baixa Superior. A participação dos responsáveis na reabilitação foi dada como boa, 71,2% das situações. Quanto aos recursos públicos disponíveis notou-se que: apenas 12,6% tinham o acesso a benefícios assistenciais; a maioria estava inserida na rede pública de ensino; utilizando do Tratamento Fora do Domicílio de forma parcial para o acompanhamento no serviço e 58,7% realizavam terapias fonoaudiológicas via Sistema Único de Saúde. Constatou-se a existência e acesso aos recursos públicos, no entanto sem contemplar qualitativamente as exigências da reabilitação para as crianças usuárias de IC.

¹Residente da área Serviço Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), Bauru/SP. Telefone: (14) 996750005. E-mail: rosaliberta@hotmail.com.

² Assistente Social da Seção de Implante Coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP), Bauru/SP. Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Franca/SP. E-mail: soniatm@usp.br.

³ Fonoaudióloga, Departamento de Fonoaudiologia, Docente da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOB/USP), Bauru/SP. Doutora em Neurociências e Comportamento pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: natalia@frederique.com.br.

PALAVRAS-CHAVE: Criança. Políticas Públicas. Implante Coclear. Reabilitação.

ABSTRAT

To verify the existence of resources to support rehabilitative treatment at Cochlear Implant Section from Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies (HRAC) in children regions of origin. In addition, the study aimed to analyze if those resources were contributing to the process of rehabilitation and implementation of public policies. It was performed a descriptive, retrospective and cross-sectional study with a quanti qualitative approach, involving a documentary analysis of 87 medical records of children using cochlear implants. The participants were characterized in terms of their socioeconomic profile and public resources available. The predominant age group was 7 to 12 years incomplete (42,5%). 67% of them were from the Southeast region and 69% belonged to the lower up social class. The participation and involvement in rehabilitation was considered good in 71.2% of situations. As for available public resources, only 12.6% had access to welfare benefits. Most of them were in the public school system; used Out-of-Home Treatment partially for follow-up appointments at HRAC and 58.7% did speech therapies via Unified Health System. Public policies and resources were present and open to access. However, they do not seem to meet rehabilitation's requirements for children with cochlear implants.

KEYWORDS: Child. Public Policy. Cochlear implant. Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde à Pessoa com Deficiência, resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais, possibilitou que as ações desenvolvidas a esta população passassem a ser direcionadas para a reabilitação, enfatizando a capacidade funcional e o desempenho humano. Os princípios preconizados nesta Política têm auxiliado para uma significativa progressão das práticas de integração social no Brasil, como também para a acessibilidade aos serviços na medida em que as necessidades são atendidas e respeitadas, considerando as particularidades e limitações dos sujeitos; contudo possibilitando a garantia e o acesso aos direitos e políticas públicas de forma justa e equânime (OMS, 2011).

Em relação às pessoas com Deficiência Auditiva (DA), a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), instituída em 2004, viabilizou o aprimoramento das condutas efetuadas via Sistema Único de Saúde (SUS), propondo uma rede de forma organizada, hierarquizada, regionalizada e integrada entre Atenção Básica, de Média e de Alta

Complexidade. O processo de reabilitação da pessoa com DA, de acordo com tal política, consiste no desenvolvimento de estratégias de promoção, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, proporcionando qualidade de vida aos sujeitos de forma que possibilite a equidade e a autonomia dos mesmos (SILVA; GONÇALVES; SOARES, 2014), sendo assim, Bevilacqua (2015) pontuou que a PNASA é um grande avanço na oferta e organização de serviços reabilitadores para o público com DA.

Estudos destacaram que a DA, na população infantil, mesmo que de grau leve, pode interferir no desenvolvimento da linguagem oral, repercutindo na interação social e no desempenho escolar (MORETTIN *et al.*, 2013). Como alternativa para contribuir na reabilitação e na qualidade de vida desta população, o Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) tem beneficiado grande parte das pessoas com DA e, nas situações em que este não permite o desenvolvimento da audição e linguagem, o Implante Coclear (IC) é uma opção para as DAs de grau severo e profundo, promovendo resultados favoráveis. O IC possibilita que crianças e adultos com DA neurosensorial de grau severo e/ou profundo bilateral tenham acesso aos sons de fala, potencializando a comunicação por meio da linguagem oral e propiciando a integração social dos mesmos (BEVILACQUA, 2015).

Bevilacqua (2015) destacou ainda que o processo de reabilitação em crianças com DA, usuárias de IC exige, além das terapias fonoaudiológicas, o envolvimento familiar e a complementaridade de direitos sociais e políticas públicas (Saúde, Educação, Assistência Social, entre outras) que venham contribuir diretamente ou/e indiretamente para o acesso integral ao tratamento.

No Brasil, a tecnologia, IC, é uma realidade disponível tanto no sistema privado de saúde como no público, e tem propiciado melhoria na qualidade de vida aos seus usuários, demonstrando cada vez mais ser um benefício que contribui, significativamente, na reabilitação. No País existem 29 serviços que são credenciados e habilitados para realizarem cirurgia de IC via SUS (DATASUS, 2019).

Dentre os centros brasileiros credenciados e habilitados para realizarem cirurgias e

acompanhamento de pessoas usuárias de IC via SUS, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), conta com a Seção de Implante Coclear (SIC), que atende pessoas com DA, desenvolvendo programas em nível de diagnóstico diferencial, intervenção, habilitação e reabilitação auditiva. Dentre esses, há o Programa de Implante Coclear (PIC), no qual são realizadas cirurgias de IC em pessoas com DA neurossensorial severa a profunda bilateral, possibilitando uma audição útil, que melhore sua comunicação. Para desenvolver o PIC, a SIC conta com uma equipe interdisciplinar constituída de médicos otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Essa equipe acompanha os usuários nas diferentes etapas: pré, peri e pós-cirúrgica. Os acompanhamentos são por tempo indeterminado (FERNANDES; MESQUITA; GRACIANO, 2012).

O trabalho do assistente social na SIC tem como objetivo oferecer o apoio aos usuários atendidos por intermédio de ações focadas no conhecimento do contexto socioeconômico e cultural dos usuários e familiares; orientar e socializar sobre o processo de reabilitação; orientar recursos e políticas sociais disponíveis para a pessoa com deficiência, que venha auxiliar no tratamento e na dinâmica familiar; realizar intervenções com trabalho em rede de políticas públicas (por meio do contato telefônico ou/e via e-mail); mobilizar os usuários e familiares na participação social e na construção de autonomia para buscar pela reabilitação adequada; intervir nas expressões da questão social e dar apoio no enfrentamento das fragilidades vivenciadas, entre outras ações, numa perspectiva de viabilização para o acesso e na efetivação do SUS (FERNANDES; MESQUITA; GRACIANO, 2012).

Por intermédio do instrumental Estudo Socioeconômico de Graciano (2013), utilizado pelo Serviço Social do HRAC/USP, se tem uma aproximação do contexto social dos indivíduos e também é possível por meio deste protocolo identificar expressões da questão social e fragilidades familiares enfrentadas, a atualização ocorre mediante as alterações nas dinâmicas familiares. Em estudo realizado sobre avaliação do Estudo Socioeconômico de Graciano (2013) constatou-se a significância do mesmo para apreensão de realidades sociais como também contribuir na cooperação entre as áreas (SANTOS *et al.*, 2013).

Sendo assim considera-se que a prática realizada pelo assistente social na SIC vem ao encontro dos parâmetros do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) para a atuação profissional no âmbito da Política de Saúde, onde tais parâmetros preconizam que as ações do profissional se efetivem por meio de ofertas e divulgação de serviços reabilitadores para o acesso ao tratamento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida, considerando todos os aspectos que envolvem os usuários (CFESS, 2014).

Em se tratando da PNASA Silva, Gonçalves e Soares (2014) pontuaram em estudo realizado sobre a efetividade dessa política em âmbito nacional brasileiro, que apesar do avanço e da organização dos serviços ofertados, ainda é necessário maior investimento em recursos destinados a reabilitação integral da pessoa com DA, no que tange uma maior cobertura e disponibilidade de forma significativa em todo território nacional.

As autoras destacaram também a escassez de pesquisas que abordem sobre o processo de reabilitação, onde se traga considerações sobre a integralidade dos sujeitos e a necessidade de recursos que devem estar sendo assegurados para contribuir de forma efetiva nesse processo. A literatura ao abordar sobre a reabilitação auditiva de pessoas com DA, usuárias de próteses, traz publicações que se direcionam, em sua maioria, apenas para questões relacionadas à disponibilidade de serviços na Política de Saúde Auditiva e dos ganhos audiológicos. Sendo assim justifica-se a relevância da atual pesquisa, que tem por objetivo: Verificar a existência de recursos de apoio à reabilitação nas regiões de procedência das crianças em acompanhamento na SIC do HRAC/USP, e se estes estavam contribuindo com o processo de reabilitação e com a efetivação das políticas públicas. Onde os objetivos específicos buscaram: Traçar o perfil socioeconômico das famílias; verificar a participação, interesse, dedicação e busca por recursos dos pais/responsáveis no processo de reabilitação da criança com IC e destacar quais recursos públicos estava sendo disponibilizados nesse processo (políticas: Assistência Social, Educação e Saúde).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo transversal e de abordagem quali-quantitativa, que envolveu a análise documental. Desenvolvido na SIC do HRAC/USP, campus Bauru, local este que foi realizado a seleção da população participante desta pesquisa - crianças usuárias de IC. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem, sob protocolo número 1.939.714.

A análise documental ocorreu por meio do levantamento de 87 prontuários de crianças usuárias de IC, atendidos pelo Serviço Social no período de setembro a novembro de 2016. Seguindo os seguintes critérios de inclusão: crianças usuárias de IC, com idade entre um a doze anos incompletos, de ambos os sexos e residindo em qualquer região do Brasil. Como critério de exclusão: crianças com idade não correspondente ao critério de inclusão, que não tiveram atendimento com o Serviço Social no período pré-estabelecido e não usuários de IC.

A partir do prontuário único das crianças foram consideradas informações das evoluções do Serviço Social e das demais áreas que compõem a equipe da SIC, como também do protocolo Estudo Socioeconômico de Graciano (2013), utilizado pelo Serviço Social do HRAC/USP nos atendimentos. Tal instrumental classifica as famílias considerando: o número de membros, nível educacional, renda familiar, nível ocupacional e condições e situação habitacional. No final do documento o profissional relata seu parecer social através de considerações sobre a dinâmica familiar; a participação social dos indivíduos; o nível de compreensão, interesse, comprometimento e responsabilidade do usuário e/ou familiares com o tratamento; entre outros fatores que propiciam no apoio para uma real apreensão da realidade social - emitido diante do histórico familiar no acompanhamento no serviço, onde se busca também considerar as evoluções e discussão das situações com as demais áreas que compõem a SIC e o que está sendo expresso pelo usuário e/ou responsável durante a entrevista social (GRACIANO, 2013).

A caracterização dos sujeitos foi subdividida em duas partes: Perfil Socioeconômico (faixa etária, região de procedência, classificação socioeconômica; o parecer sobre a

participação, interesse, dedicação e busca por recursos por parte dos pais/responsáveis (que foi distribuído em bom, satisfatório e regular) e Recursos públicos disponíveis para o processo de reabilitação (considerando as políticas de Assistência Social: benefícios assistenciais que as famílias estavam inseridas; Educação: modalidade de ensino, presença de professor auxiliar e participação em salas de recursos e Saúde: recursos utilizados para manter os acompanhamentos na SIC do HRAC/USP e modalidades das terapias fonoaudiológicas - periodicidade da terapia e duração das sessões).

As modalidades das terapias foram divididas entre SUS, particular e convênio. Na esfera SUS, para a análise dos dados, houve a subdivisão das crianças que realizavam as terapias no Centro Educacional do Deficiente Auditivo (CEDAU) do HRAC/USP das demais, acompanhadas em outras unidades públicas. O CEDAU é um programa especializado, que desenvolve ações que objetivam a reabilitação de crianças com DA, tendo a abordagem auricular como foco. Este programa é desenvolvido dentro do HRAC/USP e oferece um atendimento multidisciplinar (Fonoaudiologia, Psicologia, Psicopedagogia e Terapia Ocupacional) a algumas crianças que residem em Bauru ou em municípios próximos, oportunizando uma intervenção voltada para os fatores que envolvem as relações familiares e no ambiente escolar, contribuindo para que o processo de reabilitação seja integral (BERRO; BRAZOROTTO; OLIVEIRA, 2008).

METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e apresentada também por meio de tabelas. A discussão dos resultados foi embasada nos objetivos específicos do estudo, considerando: o perfil socioeconômico das famílias; a participação/comprometimento no processo de reabilitação da criança com IC e quais recursos públicos estavam sendo disponibilizados nesse processo (políticas: de Saúde, Educação e Assistência Social).

RESULTADOS

A análise documental foi realizada em 87 prontuários. Considerando o perfil socioeconômico, a partir do universo desse estudo (N=87), a faixa etária predominante foi de 42,5% das crianças que apresentaram idade entre sete anos e doze anos incompletos, seguida de 34,5% entre quatro anos e sete anos incompletos e 23% entre um e quatro anos incompletos. Em relação às regiões de procedência dos envolvidos, foi possível observar uma prevalência de 67% que residiam na Região Sudeste, 15% na Região Centro-Oeste, 10% na Região Sul, 5% na Região Nordeste e 3% na Norte.

A análise do instrumental Estudo Socioeconômico evidenciou que a classificação social prevalente foi a Baixa Superior (69%), seguida de 15% na classificação Baixa Inferior, 15% Média Inferior e 1% Média. As bases e referências do protocolo de Graciano (2013) para classificar os indivíduos, considerando seu contexto familiar, são os indicadores sociais utilizados no Brasil, como o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros. O instrumental já passou por diversas mudanças, que ocorrem diante das alterações nos indicadores socioeconômicos brasileiros.

Baseado no estudo socioeconômico e nas evoluções do Serviço Social e demais áreas que compõem a equipe da SIC do HRAC/USP quanto o parecer sobre a participação, interesse, dedicação e busca por recursos dos familiares foi assim distribuído: 71,3% descrita como bom comprometimento, 23% como satisfatório e 5,7% como regular.

Os recursos disponíveis aos indivíduos do estudo foram evidenciados nas seguintes políticas sociais. Na política de Assistência Social destacam-se os Programas de Transferência de Renda: Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Bolsa Família (BF). Sendo que destes benefícios apenas 12,6% (11 famílias de um universo de 87), tinham acesso. Dentre os 11 indivíduos beneficiários dos Programas de Transferência de Renda, 90,9% estavam inseridos no BPC e 9,1% no BF.

Dentre os que recebiam o BPC (10 famílias), 60% encontravam-se na classificação Baixa Inferior, 30% na Baixa Superior e 10% na Média Inferior. Apenas uma família é

beneficiada do Programa BF, a qual se encontrava inserida na classificação Baixa Superior.

Na Política de Educação os recursos disponibilizados se direcionaram para o acesso a escola e o apoio para a inclusão por meio da oferta de professor de apoio e participação em salas de recursos.

Os dados evidenciaram que dos 87 sujeitos da pesquisa, 78 das crianças (89,7%), estavam em idade escolar, destes 68 % estava inserido no ensino público, 29,4% no privado e 2,6% no público com abordagem inclusiva (Atendimento multidisciplinar, por apresentarem outras comorbidades além da DA).

No âmbito da inclusão e apoio à aprendizagem, da amostra de 76 crianças inseridas na rede regular de ensino (excluindo as que estão em escola inclusivas, por já terem um acompanhamento multidisciplinar - 2 crianças), 23,1% (18 crianças) contavam com professor auxiliar e 76,9% (58) não dispunha deste recurso, mesmo a necessidade tendo sido apontada nos atendimentos com a equipe da SIC pelos responsáveis, diante das dificuldades na aprendizagem. Dentre as que tinham auxílio de outro profissional na sala de aula (N=18), destaca-se que a maior cobertura advém do ensino público.

Das 76 crianças inseridas na rede regular de ensino, apenas 21% participavam de salas de recursos, e o acesso vinha apenas da rede pública de ensino.

Em relação à Política de Saúde os recursos disponíveis encontrados, que contribuíam diretamente e/ou indiretamente para a reabilitação dos envolvidos, foram às terapias fonoaudiológicas e o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) – que consiste na disponibilidade de recursos do SUS que garanta a locomoção, hospedagem e alimentação de usuários e acompanhantes (nas situações de menores de 18 anos) que realizam tratamento em saúde em outros municípios, devido à inexistência de tratamento em seus municípios/regiões de origem, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 55 de 1999.

Sobre o TFD a prevalência destinou-se que a oferta do benefício ocorria de maneira parcial (ajuda de custo apenas para locomoção), sendo que 50,6% dos usuários e familiares faziam uso do mesmo. Apenas 9,2% contavam com o benefício integral do TFD (ajuda de custo

para todas as despesas), 39,1% utilizavam recursos próprios e 1,1% dispunha de recursos próprios para posterior reembolso pelo TFD.

A **Tabela 1** mostra a classificação socioeconômica versus os recursos utilizados pelos usuários e responsáveis para locomoção, hospedagem e alimentação, nos acompanhamentos na SIC do HRAC/USP. Observa-se que os beneficiados com recurso integral do TFD se encontravam inseridos nas categorias Baixa Superior e Média, enquanto que na Baixa Inferior nenhum.

TABELA 1– Classificação Socioeconômica versus Recursos utilizados para Locomoção, hospedagem e alimentação (N=87).

Classificação Socioeconômica	Recursos utilizados	Número de famílias	
			%
Baixa inferior	TFD parcial	10	11,5
	Próprio	3	3,5
Baixa superior	TFD Integral	7	8
	TFD Parcial	30	34,5
	Próprio (reembolso)	1	1,1
	Próprio	22	25,3
Média inferior	TFD Parcial	4	4,7
	Próprio	9	10,3
Média	Integral	1	1,1
Total		87	100

Fonte: Elaboração própria

Sobre a reabilitação propriamente dita das crianças com IC, terapias fonoaudiológicas, os dados evidenciaram as modalidades SUS, CEDAU, Particular e Convênio. Trinta e nove crianças (44,8%) realizavam terapia via SUS; 13,8% (12) frequentavam o CEDAU (também modalidade do SUS); 13,8% (12) o sistema particular; 9,2% (8) realizavam pelo convênio; 1,1% (1) frequentava as modalidades SUS e particular; e, 5,7% (5) as modalidades SUS e convênio. Dez crianças não realizavam terapia na época da coleta de dados, de forma que 5,7% (5) receberam alta das terapias e 5,7% (5) estavam sem realizar devido à falta de profissional para a reabilitação.

TABELA 2—Classificação Socioeconômica versus Modalidade de terapia fonoaudiológica (N=77).

Classificação socioeconômica	Terapia Fonoaudiológica	N	%
Baixa inferior	SUS	8	10,4
	SUS + Particular	2	2,6
	CEDAU	2	2,6
Baixa superior	SUS	29	37,6
	Particular	9	11,7
	Convênio	5	6,5
	SUS + Particular	1	1,3
	SUS + Convênio	2	2,6
	CEDAU	9	11,7
Média inferior	SUS	2	2,6
	Particular	2	2,6
	Convênio	3	3,9
	SUS + Convênio	1	1,3
	CEDAU	1	1,3
Média	Particular	1	1,3
Total		77	100

Fonte: Elaboração própria

A **Tabela 2** mostra a classificação socioeconômica versus as modalidades das terapias fonoaudiológicas, evidenciando que a maioria das crianças inseridas em classificações sociais baixas realizava as terapias via SUS.

Em relação à periodicidade das terapias fonoaudiológicas, os dados mostraram variabilidade entre uma, duas, três, quatro vezes por semana e quinzenalmente. Quanto à duração das sessões, observaram-se os tempos: inferior a 30 minutos, 30 minutos, 45 minutos e uma hora.

TABELA 3–Periodicidade das terapias fonoaudiológicas versus à duração das sessões realizadas (N=65).

Periodicidade da Terapia	Duração	N	%
1 vez na semana	1 hora	6	9,2
	45 minutos	14	21,5
	30 minutos	7	10,8
	Menos de 30 minutos	2	3,1
2 vezes na semana	1 hora	3	4,6
	45 minutos	15	23,1
	30 minutos	4	6,2
	Menos de 30 minutos	3	4,6
	30 minutos (SUS + Convênio)	4	6,2
3 vezes na semana	1 hora	2	3,1
	45 minutos	1	1,5
	1 hora (1 SUS + 2 Particular)	1	1,5
	45 minutos	2	3,1
Quinzenal	1 hora	1	1,5
Total		65	100

Fonte: Elaboração própria

Para as 12 crianças que realizavam as terapias na modalidade CEDAU, a frequência das sessões foi distribuída em: duas vezes por semana (83,3%), uma vez por semana (8,3%) e quatro vezes na semana (8,3%), de forma que a duração era de 45 minutos por sessão em todas as situações.

A **tabela 3** buscou mostrar a periodicidade das terapias fonoaudiológicas e a duração das sessões das crianças inseridas nas outras modalidades (excluindo CEDAU e os que não estavam realizando, por alta e falta do recurso no município de origem), evidenciando significativo número de indivíduos (21,5%), realizando terapia apenas uma vez por semana em sessões com duração de 45 minutos.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou mostrar se os recursos públicos estavam sendo disponibilizados e contribuindo no processo de reabilitação da criança com IC, onde os resultados enfatizaram a oferta dos mesmos na maioria das situações, porém não de forma integral.

Ressaltando sobre a viabilidade de serviços destinados a reabilitação de pessoa com DA, autores destacaram que nacionalmente, apesar do grande ganho com a implementação da PNAS, os centros reabilitadores necessitam de melhorias quanto aos procedimentos e ao acesso, não só as próteses auditivas, como também as terapias fonoaudiológicas adequadas e da complementaridade de outras políticas públicas para que este processo ocorra de maneira significativa (SILVA; GONÇALVES; SOARES, 2014).

Considerando o perfil socioeconômico das famílias, em relação à região de procedência dos envolvidos, os dados demonstraram uma prevalência advinda da região Sudeste, fato este que pode ser justificado devido a SIC do HRAC/USP estar localizada nesse território (Bauru/SP). No estudo avaliativo sobre a PNAS foi pontuado que as regiões brasileiras Sul e Sudeste, quantitativamente, contam com maior oferta de serviços de saúde auditiva de Média e Alta Complexidade, em comparação às demais regiões, (SILVA GONÇALVES; SOARES, 2014). Em contrapartida, mesmo que na Região Sul tenha uma significativa oferta de centros

auditivos, os dados evidenciados nesta pesquisa mostram que 10% dos indivíduos provinham de tal localização para realizarem tratamento no HRAC/USP, esta questão pode estar associada à falta de acesso ou/e devido à precariedade na oferta de serviços, abordado pelas autoras. Portanto, mesmos que as crianças deste estudo, que residiam nas regiões: Centro-Oeste, Sul, Nordeste e Norte não contemplaram em números a maioria nos resultados, ainda assim trouxeram dados notáveis que expressam a permanência de indivíduos que se locomovem de outros territórios a fim de realizarem tratamento em saúde auditiva em região distante da de origem.

Baseado no instrumental Estudo Socioeconômico, a classificação preponderante foi à Baixa Superior, 69% das situações. No estudo de Fernandes e Mesquita (2014), realizado na SIC, onde buscou analisar o perfil social e econômico dos usuários “casos novos” atendidos na unidade, considerando o mesmo instrumental, nota-se que 63,6% das situações (N=88) se inseriam no estrato social Baixa Superior, comparando os dados nota-se uma alteração de apenas 5,4%. Scalón e Salata (2012) pontuaram que no Brasil, devido às constantes alterações políticas, sociais e econômicas a predominância de populações de classes baixas (superior e inferior) é um fator permanente.

Ainda considerando os dados obtido do Protocolo Estudo Socioeconômico, como também das evoluções do Serviço Social e das demais áreas que compõem a SIC, quanto à participação, interesse, dedicação e busca por recursos dos pais/responsáveis no processo de reabilitação dos pesquisados, foi observado entre a maioria o bom comprometimento.

Em estudo realizado sobre a avaliação do grau de envolvimento familiar nos atendimentos de crianças com deficiência auditiva usuárias de AASI e/ou IC, acompanhadas no Ambulatório de Avaliação de Linguagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde foi aplicado o instrumental – escala *Family Involvement Rating* (Escala de Envolvimento Familiar) em 25 famílias, os resultados apontaram prevalência de dez famílias (40%) com participação mediana (FIGUEIREDO; GIL, 2013). Comparando o estudo acima com a atual pesquisa, mesmo que a amostra tenha sido menor (25 famílias) e o objetivo

diferenciado, percebe-se que os resultados foram distintos, pois no estudo atual o envolvimento dos familiares foi descrito como bom na maioria das situações (71,2%). Considerar a influência familiar na reabilitação de crianças com DA, usuárias de próteses auditivas é fundamental para o desenvolvimento e evolução dos mesmos, cabe aos profissionais, que atendem diretamente, investir em orientações e aconselhamento, tendo como perspectiva melhorar o envolvimento familiar (FIGUEIREDO; GIL, 2013). A estimulação é crucial para o desenvolvimento da linguagem e da audição, onde as terapias fonoaudiológicas isoladamente não trazem resultados eficazes se o ambiente familiar, social e escolar não estiver envolvido e engajado nesse processo (BERRO; BRAZOROTTO; OLIVEIRA, 2008).

Em relação às variáveis que contribuem significativamente para o processo de reabilitação da criança com DA, as políticas públicas identificadas nesse processo foram: Assistência Social, Educação e Saúde.

Na Política de Assistência Social foi evidenciado que as crianças e seus familiares estavam inseridos nos Programas BPC e BF. Tais Programas são destinados à população que vive em situações de vulnerabilidade social (DENES; KOMATSU; FILHO, 2018), os dados apontaram que uma pequena parte da amostra se beneficiava de tais recursos.

No Programa BF os dados apontaram que apenas uma família estava inserida. Trata-se de um benefício que está diretamente ligado à renda e seu acesso é restritamente criterioso, onde a vulnerabilidade familiar deve ser extrema e a disponibilidade de vagas para inserção não é suficiente para toda população brasileira de classes baixas, o que limita significativamente a inserção de muitos, justificando assim a escassez de famílias sem acesso, expressa nos resultados (DENES; KOMATSU; FILHO, 2018).

O BPC, por se tratar de um recurso disponível à pessoa em situação de vulnerabilidade e também com deficiência, justifica sua prevalência. Entretanto, foi perceptível que ele poderia ser assegurado a mais famílias, principalmente as da classificação Baixa Inferior que se enquadrariam também nos critérios de renda para a inserção. No entanto, 53,8% pertencentes a esta classificação ainda não estavam inseridos.

No estudo direcionado para avaliar os impactos macroeconômicos e sociais dos Programas BPC e BF no Brasil autores destacaram a efetividade dos benefícios, considerando os mesmos como significativo para a redução dos índices de pobreza. Entretanto os autores pontuaram que tais Programas não são garantidos a todas as famílias que necessitariam devido à falta de maior investimento na Política de Assistência Social o que reflete na indisponibilidade de garantir o acesso a todos que necessitam, e também na falta de conhecimento do direito a muitos dos sujeitos, mantendo-se assim condições de vulnerabilidade social no país (DENES; KOMATSU; FILHO, 2018).

Em se tratando da inclusão das pessoas com deficiência na Política de Educação os resultados evidenciaram que a maioria das crianças em idade escolar estavam inseridas na rede regular de ensino público e que a maior cobertura de professor auxiliar para aprendizagem dos mesmos provinha também do mesmo Sistema. Entretanto, apesar destes significativos números, os dados evidenciaram um índice pequeno dos que contavam com o apoio de um profissional extra nas salas de aulas e, apenas, 21% frequentavam salas de recursos. A falta de acesso a tais recursos, mesmo sendo destacado pelos pais a necessidade e orientado nos atendimentos com a equipe interdisciplinar da SIC do HRAC/USP, foi um fator bastante encontrado na análise dos prontuários. Na escola, a aprendizagem somada com ambiente ruidoso, pode ser singularidade de dificuldade para a criança usuária de IC, o que ressalta a importância de recursos para inclusão social.

Em estudo desenvolvido para classificar o perfil dos usuários de IC a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ), autores enfatizaram que para este público, em relação ao processo de aprendizagem da linguagem escrita e o desempenho em atividades escolares, existem grandes possibilidades de alcance ao desenvolvimento de tais habilidades semelhantes aos de alunos ouvintes. Porém, destacou-se a necessidade da melhor formação e capacitação dos recursos humanos dentro da sala de aula para proporcionar efetiva aprendizagem. Os recursos disponíveis na Política de Educação à Pessoa com DA devem corresponder às exigências e às dificuldades dos indivíduos

envolvidos para que a inclusão e a acessibilidade sejam ferramentas de promoção e de desenvolvimento (MORETTIN *et al.*, 2013).

A Lei brasileira de Inclusão Social (LBI) 1.3146, de 2015, segundo Santos (2016), foi um grande marco no que tange a acessibilidade e desenvolvimento da pessoa com deficiência. No âmbito da aprendizagem em ambiente escolar para a pessoa com DA à LBI preconiza, nas situações em que houver dificuldades, o direito ao acesso de um professor de apoio para contribuir no desempenho dos alunos nas escolas, em todas as redes de ensino (público e privado), como também a inserção em salas de recursos, auxiliando na complementaridade do processo de aprendizagem, entre outras ofertas, sendo tais alternativas possibilidades de mudanças (BRASIL, 2015).

Entretanto apesar do grande avanço com a implantação de tal legislação, Santos (2016) destacou que o maior desafio atual, é trazer a perspectiva biopsicossocial para que estratégias sejam aperfeiçoadas por meio da capacitação de profissionais que lidam diretamente com este público na viabilização de políticas sociais levando em consideração as barreiras de acesso e o quanto elas impactam no exercício da autonomia e na reabilitação das pessoas com deficiência.

Em relação à Política de Saúde nos resultados notou-se a disponibilidade do TFD e das terapias fonoaudiológicas. Para prosseguirem nos acompanhamentos na SIC, a maioria utilizava recurso parcial do TFD (apenas para locomoção) e também um significativo número utilizava de recursos próprios. A rotina de acompanhamento na SIC, durante o período da pesquisa, variava de dois a três dias de atendimento. Para que esta rotina acontecesse regularmente, sem interrupções por faltas, seria necessária a viabilidade do TFD integral, favorecendo o custeio de todas as despesas advindas destes acompanhamentos.

Na classificação social versus recursos utilizados para as vindas na SIC (**Tabela 1**), a pesquisa demonstrou um número significativo de pessoas que se inseriam na Baixa Superior, Média Inferior e até mesmo Baixa Inferior, que adquiriam recursos próprios para continuidade do tratamento. A única criança/família de classe média (maior classificação dos pesquisados) fazia uso do TFD integral. Apesar do TFD ser um recurso da Política de Saúde, o que

pressupõem sua efetivação a qualquer cidadão, independente de renda, já que o SUS é um direito de todos, os inseridos nas classificações Baixas, devido à vulnerabilidade social, nos remetem a pensar que deveriam ser os que mais necessitariam do acesso e os que deveriam estar contando integralmente com o recurso. Autores destacaram que quanto maior o nível de entendimento e classificação social dos sujeitos, maior é a probabilidade de acesso aos recursos públicos, enquanto que as populações de estrato socioeconômico inferior tendem a estar em desvantagens no amplo conjunto de fatores, principalmente no que tange ao acesso aos recursos e às políticas públicas, por desconhecerem ou não saberem estratégias para a busca da efetivação (SCALON; SALATA, 2012).

Em relação às terapias fonoaudiológicas, os dados destacaram que grande parte das crianças frequentavam os serviços mantidos pelo SUS. No entanto, não de maneira sistemática, reduzindo-se a uma vez por semana com duração de 30 a 45 minutos em muitas situações.

As crianças atendidas no CEDAU frequentavam a unidade no período oposto ao escolar (de segunda à sexta), e a periodicidade das terapias fonoaudiológicas é indicada mediante a necessidade da criança, com foco na abordagem aurioral. Frequentemente, as sessões são oferecidas duas vezes por semana com duração de 45 minutos cada, nas situações em que há necessidade esta oferta pode ser aumentada. Além das terapias, a unidade oportuniza um trabalho voltado às relações familiares e escolares, permeando numa visão de totalidade, possibilitando uma adequada reabilitação.

A dificuldade de acesso às terapias fonoaudiológicas no território nacional pode ser justificada pela escassez de programas que viabilizem o suporte adequado para a reabilitação de crianças com DA, comprometendo o processo de aprendizagem e o desenvolvimento da linguagem e da audição dos mesmos (MORETTIN *et al.*, 2013). A periodicidade, duração e abordagem ideal de terapia fonoaudiológica influenciam diretamente no desempenho da reabilitação da pessoa com DA que fazem uso de prótese auditiva, onde estes fatores devem estar sendo ofertados qualitativamente para significativos resultados (COSTA *et al.*, 2017).

Nesse estudo, observou-se que, apesar das crianças contarem em sua maioria, com a cobertura das políticas públicas para a reabilitação, qualitativamente os índices apontaram a necessidade de maior envolvimento de tais políticas para viabilização deste processo, identificando, inclusive, violações de direitos em muitas das situações pesquisadas.

Após revisão bibliográfica, não sistemática, sobre a temática, nota-se a escassez de materiais, o estudo que se aproximou do objetivo desta pesquisa foi o de Silva, Gonçalves e Soares, (2014), que veio ressaltar sobre a PNASa considerando a oferta de serviços em rede nacional.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, concluiu-se que o acesso aos recursos públicos, estava sendo ofertado quantitativamente para a maioria dos sujeitos da pesquisa, sem, no entanto, atender qualitativamente as exigências da reabilitação na mesma proporção.

Essa realidade pode comprometer o processo de reabilitação da criança com DA, não extraindo do IC o seu potencial como recurso de audição, linguagem e inclusão efetiva na sociedade. A falta de viabilização do acesso integral observada nos resultados em muitas situações pode ser considerada como violação de direitos, sendo assim os indivíduos por intermédio da mobilização por alternativas judiciais devem buscar tais direitos garantidos por lei.

O trabalho do assistente social na Política de Saúde, como já mencionado, objetiva mobilizar e orientar direitos e políticas sociais para que a reabilitação se concretize e proporcione em uma melhor qualidade de vida aos usuários e sua família. Os recursos encontrados nesta pesquisa são cotidianamente orientados pelo assistente social e equipe interdisciplinar da SIC do HRAC/USP, entretanto os resultados apontam a falta de integralidade no acesso aos mesmos, sendo assim sugere-se que sejam mantidas as orientações/reorientações aos usuários e familiares; e estratégias que fortaleçam a mobilização social na busca pela

reabilitação adequada, por meio da participação social e/ou do apoio a recursos judiciais, na perspectiva do acesso.

Somando a tais alternativas sugeridas, destaca-se também a possibilidade do desenvolvimento de propostas de fortalecimento e de capacitação da equipe interdisciplinar da rede nacional, que atende diretamente os usuários e os familiares em seus municípios e regiões de procedência, por meio de iniciativas científicas (Encontros, Congressos, Telessaúde e outros) fornecidas pelo HRAC/USP com intuito de melhorar a oferta de serviços reabilitadores numa perspectiva do desenvolvimento dos usuários.

Tais estratégias permitem uma intervenção mais qualificada e dirigida para a concretização dos objetivos da reabilitação auditiva, da SIC, do próprio HRAC/USP, como também da efetivação da PNASa, atendendo às reais necessidades dos usuários – um ser múltiplo, com direitos, nem sempre concretizado.

Considerando a precariedade das políticas públicas brasileiras, todas as iniciativas são válidas para que os recursos humanos e institucionais se efetivem como reabilitadores e estimulem a criação de metas para diminuir o *déficit* atual e aumentar o potencial de reabilitação de forma integral e equânime.

Recebido em dezembro de 2019 – Aprovado em dezembro de 2019

REFERÊNCIAS

BERRO, A. G.; BRAZOROTTO, J. S.; OLIVEIRA, J. F. **Manual de Orientação para Professores de Crianças com Deficiência Auditiva**: Abordagem Auricular. 2ª. Ed. São Paulo: Santos, 2008.

BEVILACQUA, M. C. **Tratado de Audiologia**. 2ª. Ed. São Paulo: Santos, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 55**, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações

Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 01 marços de 1999.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html.

Acesso em 13 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS- Departamento de Informática do SUS.

Procedimentos Ambulatoriais. 2019. Brasil. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habbr.def>. Acesso em 05 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 06 julho de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2009. 2014.

Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuario_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 05 jun. 2017.

COSTA, L. S.; SILVA, P. B.; AZEVEDO, M. F.; GIL, D. Porcentagem de consoantes corretas (PCC) em crianças com deficiência auditiva: estudo longitudinal. **Revista CEFAC**, v.19, n. 2, p. 171-179, 2017.

DENES, G.; KOMATSU, K. B.; FILHO, N. M. Uma Avaliação dos Impactos Macroeconômicos e Sociais de Programas de Transferência de Renda nos Municípios Brasileiros. **Revista Brasileira de Economia**, v.72, n.3, p. 292–312, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbe/v72n3/0034-7140-rbe-72-03-0292.pdf>. Acesso em 06 jan. 2018.

FERNANDES, T. F. S.; MESQUITA, S. T. Aspectos sociais e econômicos das famílias “casos novos” de um programa de implante coclear. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n.1, p. 143 –158, 2014.

FERNANDES, T. F. S.; MESQUITA, S. T., GRACIANO, M. I. G. O Assistente Social do Programa de Implante Coclear do HRAC/USP. **Serviço Social & Saúde**, v.11, n.1, p. 99-112, 2012.

FIGUEIREDO, C. C.; GIL, D. Avaliação do grau de envolvimento familiar nos atendimentos de crianças com deficiência auditiva. **Revista ACR**, v.18, n. 4 p.303-7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v18n4/11.pdf>. Acesso em 06 jan. 2017.

GRACIANO, M. I. G. Estudo Socioeconômico: Um instrumento técnico-operativo. **Anais do 46º Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas**. Agosto 2013; São Paulo: Veras, 2013. p. 203.

MORETTIN, M. *et al.* O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para acompanhamento de pacientes usuários de Implante Coclear. **Revista CODAS**, v.25, n. 3, p.216-23, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/codas/v25n3/05.pdf>. Acesso em 08 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência**. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf. Acesso em: 12 dezembro de 2016.

SANTOS, A. G. *et al.* A importância do estudo socioeconômico para a equipe interdisciplinar em Saúde Auditiva. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 22, n. 2, p. 11-30, 2013

SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3007-3015, 2016.

SILVA, L. S. G. da; GONÇALVES, C. G. de O., SOARES, V. M. N. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. **Revista CODAS**, v.26, n.3, p. 241-7, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822014000300241&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 05 jan. 2017.

SCALON, C.; SALATA, A. Uma Nova Classe Média no Brasil da Última Década? O debate a partir da perspectiva sociológica. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 2, p. 387-407, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n2/a09v27n2.pdf>. Acesso em 06 jan. 2017.