



---

## O SERVIÇO SOCIAL NOS PROGRAMAS DE IMPLANTE COCLEAR DO BRASIL

---

*SOCIAL WORK IN BRAZIL'S COCHLEAR IMPLANT PROGRAMS*

---

*Talita Fernanda Stabile Fernandes*<sup>1</sup>

*Kátia de Freitas Alvarenga*<sup>2</sup>

*Sonia Tebet Mesquita*<sup>3</sup>

### 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 quantitativa 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

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências, Universidade de São Paulo, Campus Bauru/SP. Assistente Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), Bauru/SP. Telefone: (14) 99877-7518. E-mail: [talitasfernandes@usp.br](mailto:talitasfernandes@usp.br).

<sup>2</sup> Phd em Avaliação Auditiva da Infância, Universidade de Manchester, Inglaterra e em Eletrofisiologia, Universidade de Michigan, Ann Arbor, Estados Unidos da América. Professor Titular da Universidade de São Paulo, Campus Bauru/SP. E-mail: [katiav@fob.usp.br](mailto:katiav@fob.usp.br).

<sup>3</sup> Doutora em Serviço Social, UNESP, Campus Franca/SP. Assistente Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), Bauru/SP. E-mail: [soniatm@usp.br](mailto:soniatm@usp.br). Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 16, n. 2 (24), p. 229-256, jul./dez. 2017 E-ISSN 2446-5992

profissional. 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**

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 Quantiquitative 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. The results allowed an analysis of the attributions and actions of social workers in these programs that showed its dimensions: investigative and interventional.

**KEYWORDS:** *Health Public Policy. Hearing loss. Cochlear implant. Social Work.*

## **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 audiolgia, como fundamento para compreensão, no sentido mais amplo, do contexto que envolve o paciente e 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.

### **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) preveem 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).

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.

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 vem 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.

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.

### **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.

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; 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 (BITTENCOURT *et al.*, 2011).

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 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; 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.

### **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, 2016), com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HRAC/USP sob o nº 919.823.

### **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.

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 as categorias da pesquisa, conforme será revelado no tópico “Resultados” da pesquisa.

### **Método**

Para um conhecimento transversal do Serviço Social nos 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 duas categorias subsequentes: Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 16, n. 2 (24), p. 229-256, jul./dez. 2017 E-ISSN 2446-5992

CATEGORIA 1 - Dados objetivos do Serviço Social no Programa de IC; e CATEGORIA 2 - Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de IC: as questões destas categorias (1 e 2) 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.

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 contendo o Parecer Consubstanciado aprovado pelo CEP e os endereços eletrônicos para acesso ao Questionário e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

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.

### **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).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Dados objetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear – CATEGORIA 1**

Nos resultados da CATEGORIA 1 da pesquisa, 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, 2011). 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, 2002).

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 (2009), 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**. 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 aquela 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).

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, 2012).

No que se refere à **produção científica do Serviço Social nos Programas de IC** estudados, constatou-se 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).

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 2 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.

## **Dados subjetivos do Serviço Social no Programa de Implante Coclear – CATEGORIA 2**

Os participantes da pesquisa primeiramente se pronunciaram sobre os **objetivos do Serviço Social** no Programa de IC. As respostas foram subjetivas e categorizadas com base aos objetivos já existentes na literatura (MARTINELLI, 2011; CFESS, 2014). Observou-se assim, um maior número de respostas ( $n^{\circ} = 6$ ) 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 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 (2012), Oliveira (2009) 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 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 ( $n^{\circ} = 10$ ); 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.

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.

Segundo Mioto (2009, p. 504), “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”. 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 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 (nº = 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 (nº = 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 ideia 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 (1996), 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. As respostas foram subjetivas e categorizadas com base em Sarmiento (2000), Guerra (2014) e Miotto (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, 2011 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 (2011), 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 Sarmiento (2000), Guerra (2014) e Miotto (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, 2000; LEWGOY, 2007; GUERRA, 2014; 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, 2000; SOUZA, 2006; GUERRA, 2014);
- **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, 2014).

- **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, 2000; 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, 2000; SOUZA, 2006; GUERRA, 2014).
- **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, 2000; GUERRA, 2014; 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, 2000).
- **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, 2000; MIOTO, 2009; GUERRA, 2014)
- **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, 2000; TURCK, 2000; GUERRA, 2014; 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, 2014; MIOTO, 2009; FÁVERO, 2009).

Os resultados do estudo mostraram também, 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 Estaduais 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.

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, 2000; RAICHELIS, 2013).

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. 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. 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.

## CONCLUSÃO

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 audiologia do Brasil, atingindo, além da prestação de serviços assistenciais com qualidade, também as atividades de ensino e pesquisa.

Recebido em 25.09.2017 – Aprovado em 26.12.2017

## REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M.; CARDOSO, F. G. **Mobilização social e práticas educativas**. Brasília: CFESS/ABEPSS, UnB. 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 70. 2010.
- BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Hucitec. 1978.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; FRANÇOZO, M. F. C.; MONTEIRO, C. R. *et al.* Surdez, redes sociais e proteção social. São Paulo: **Ciência & Saúde** Col. 2011. p. 769-76.
- BRASIL. **Consulta Pública nº17 de 10 de setembro de 2013**. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2013 set 11) [acesso em 2016 fev 3]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/cop0017\\_10\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/cop0017_10_09_2013.html)
- BRASIL. **Lei nº 12.303 de 2 de agosto de 2010**. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, (2010 ago 3) [acesso em 2016 fev 3].Disponível em: [http://anexos.datalegis.inf.br/tm/DOI\\_2010\\_08\\_03.pdf](http://anexos.datalegis.inf.br/tm/DOI_2010_08_03.pdf).
- BRASIL. **Lei nº 12.317**, de 26 de agosto de 2010. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, BRASIL, DF, (2010 ago 27) [acesso em 2016 jan 28].Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.

BRASIL. **Lei nº 8.662**, de 7 de junho de 1993. 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](http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf).

BRASIL. **Portaria nº 2.157**, de 23 de dezembro de 2015. 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 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/PORTARIA+N%C2%BA+1.278-1999.pdf?MOD=AJPERES>

BRASIL. **Portaria nº 2.776**, de 18 de dezembro de 2014. 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>.

BURIOLLA, M.A.F. **Supervisão em Serviço Social**: o supervisor, sua relação e seus papéis. 3 ed. São Paulo: Cortez. 2003.

CAMPELO, M.H.G.; BEZERRA, M.J.C.; CAMPELO, L.G. 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*. Foz do Iguaçu, PR: CD-ROM. 2008.

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.

FÁVERO, E.T. Instruções sociais de processos, sentenças e decisões. *In: CFESS. (Org.). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

- FERNANDES, T. F. S, MESQUITA, S. T. Aspectos sociais e econômicos das famílias “casos novos” de um Programa de Implante Coclear. Porto Alegre: **Textos & Contextos**. Jan-Jun. 2014. n.13, vol. 1. p. 143 - 58.
- GRACIANO, M. I. G. **Estudo socioeconômico**: um instrumento técnico operativo. 2 ed. São Paulo: Veras. 2013.
- GUERRA, Y.; BRAGA, M. E. 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.
- IAMAMOTO, M.V. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do assistente social na atualidade**. Brasília: CFESS. 2002.
- MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**. 2011, n. 107, p. 497-508.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012. n.17, vol 3, p. 621-26.
- MIOTO, R.C.T. 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>.
- MOREIRA, A. P.; MOTTI, T. F. G.; FRANCELIN, M. A. S.; TRUITE, M. B. Questões sociais que envolvem o deficiente auditivo e o mercado de trabalho. **Serviço Social & Realidade**. 2008. n. 17, vol 1, p. 224-47.
- NARCIZO, E. C. **Formação profissional no Serviço Social**: contextualização histórica e presentes desafios. **Rev. Iuminart**. 2014. n. 6. p.11.
- OLIVEIRA, C. A. H .S. Estágio Supervisionado Curricular em Serviço Social: Elementos para reflexão. **Revista da ABEPSS**. 2009, n.17, p. 4.
- PEDRETT, M.S.; MOREIRA, S.C. **Perfil dos usuários de implante coclear da cidade de Manaus**. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*. 2012. n. 16. p. 4.
- RAICHELIS, R. **Proteção social e trabalho do assistente social**: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. *Rev. Serv. Soc. Soc*. 2013. n. 116. p. 609-35.
- SANTOS, B.S. 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.

SARMENTO, H.B.M. 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.

SORKIN, D.L. Cochlear implantation in the world's largest medical device market: Utilization and awareness of cochlear implants in the United States. **Cochlear Implants Internat**. 2013. vol 14. p.S1.

SOUSA, C.T. **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](http://www.uepg.br/emancipacao/pdfs/revista%208-1/Charles-artigo-9-p.119).

SPOSATI, A. Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social. **Revista Katálysis**. 2007. vol 10 (SPE). p. 15-25.

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

TURCK, M. G. M. G. Serviço Social Jurídico. Perícia Social no contexto da infância e da juventude. **Manual de Procedimentos Técnicos**. Campinas/São Paulo: Livro Pleno. 2000.

VASCONCELOS, E.M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental. **Serviço Social & Sociedade**. 1996.

YAZBEK, M. C. Os caminhos para a pesquisa no Serviço Social. In: **Anais do IX Encontro nacional de pesquisadores em Serviço Social**. ABEPSS. Brasília: 2004.

