



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

CLAUDIA SOBRAL DE OLIVEIRA UCHOA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS CRIANÇAS
SUBMETIDAS A IMPLANTE COCLEAR EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO
DE SAÚDE AUDITIVA DE FORTALEZA**

**FORTALEZA – CEARÁ
2013**

CLAUDIA SOBRAL DE OLIVEIRA UCHOA

Análise da produção do cuidado às crianças submetidas a implante
coclear em um serviço terciário de saúde auditiva de Fortaleza

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da
Universidade Estadual do Ceará, como
requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Ilvana Lima Verde
Gomes

Fortaleza – Ceará
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3/919

U17a

Uchoa, Claudia Sobral de Oliveira

Análise da produção do cuidado a crianças submetidas a implante coclear de um serviço terciário de saúde auditiva de Fortaleza / Cláudia Sobral de Oliveira Uchoa . -- 2013.

CD-ROM. 106 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Ilvana Lima Verde Gomes.

1. Atenção terciária à saúde. 2. Saúde auditiva. 3. Implante coclear.
4. Acesso aos serviços de saúde. I. Título.

CDD: 618.9209789



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "Análise da produção do cuidado a crianças submetidas a implante coclear de um serviço terciário de saúde auditiva de Fortaleza"

Nome da Mestranda: Cláudia Sobral de Oliveira Uchoa

Nome do Orientador: Ilvana Lima Verde Gomes

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "SAÚDE E SOCIEDADE".

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes
(Orientadora)



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(1º membro)



Prof. Dr. Wilson Júnior de Araújo Carvalho
(2º membro)

Data da defesa: 18/12/2013.

*Dedico este trabalho
a meu pai **Adualdo** (in memoriam)
e a meu sogro **Jackson** (in memoriam),
que não puderam estar presentes para
testemunhar a minha conquista.
Aos dois dedico com muitas saudades...*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, **Adualdo** e **Socorro**, pela educação recebida, por serem responsáveis pela pessoa que sou e sempre mostrando que o estudo é o melhor caminho para o crescimento pessoal e profissional.

Ao meu marido **Jackson** e minhas filhas **Amanda** e **Andressa**, pela compreensão nos momentos de ausência. Por serem meus maiores incentivadores e razão de meu esforço.

A Profa. **Dra. Ivana Lima Verde Gomes**, pela delicadeza e firmeza com que conduziu a sua orientação e por aceitar o desafio do estudo de um tema tão inovador.

Aos **Professores do Mestrado**, pela disponibilidade em nos proporcionar contribuições tão ricas e transformadoras.

Aos Professores Doutores, **Maria Salete Bessa** e **Wilson Júnior de Araújo Carvalho**, pelas valiosas contribuições para o enriquecimento de meu trabalho, desde o momento da qualificação do projeto de pesquisa.

A todos os amigos da inesquecível **turma do mestrado**, pela feliz convivência e amizades sinceras que construímos durante esses dois anos de jornada.

À **Equipe do Serviço de Implante Coclear** do Hospital Geral de Fortaleza, pela colaboração no acesso a todos os dados e coleta de informações para a realização desta pesquisa.

Aos **familiares das crianças** submetidas à cirurgia de Implante Coclear do Hospital Geral de Fortaleza, que se dispuseram a compartilhar suas experiências para o engrandecimento do nosso trabalho.

Às **crianças**, que tiveram a oportunidade de experimentar a sensação de ouvir pela primeira vez na vida, e suas reações demonstradas...

Muito obrigada.

RESUMO

O Programa de Implante Coclear, no Brasil, cresce a cada dia, com a ampliação pelo Ministério da Saúde de novos serviços habilitados. É um tratamento de alto custo, ainda não universalmente constituído, afunilando a grande demanda de usuários que necessitam dessa tecnologia avançada. Surgiu então a necessidade de buscar um conhecimento maior sobre esse tratamento que, segundo seus critérios de inclusão, traria avanços significativos para o desenvolvimento mais adequado de crianças surdas. O objetivo geral foi analisar a produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva no município de Fortaleza. Como objetivos específicos, identificar as formas de acesso dos usuários e o cuidado às crianças submetidas à implante coclear, na visão de suas famílias e dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado no ambulatório de implante coclear do Hospital Geral de Fortaleza, no período de agosto a outubro de 2013. Os participantes foram quinze responsáveis pelas crianças que realizaram implante coclear e cinco profissionais do serviço de implante coclear. Utilizamos a entrevista semiestruturada com os familiares e uma oficina com os profissionais de saúde para construção de um Fluxograma Analisador, proposto por Mehry, para descrição do fluxo de atendimento do usuário no serviço. A análise de conteúdo proposta por Flick (2009) foi utilizada para as entrevistas e resultou em duas temáticas centrais e suas respectivas categorias. A primeira temática encontrada foi: o caminho desde a descoberta da surdez até o Serviço de Implante Coclear, com as categorias, descoberta da surdez, busca pelos serviços de saúde e o acesso ao Serviço de Implante Coclear do HGF. A segunda temática: a produção do cuidado à criança submetida à cirurgia de implante coclear, que dividiu-se em três categorias: O cuidado pela equipe de saúde: fluxos de atendimento no serviço de implante coclear; O cuidado pela família: participação, envolvimento e responsabilização; e, percepções diante dos resultados do tratamento: expectativas e a realidade. O Fluxograma Descritor revelou o conhecimento dos profissionais sobre a rotina para entrada e acolhimento dos usuários no Serviço de Implante Coclear do Hospital e identificou a demanda espontânea como a principal forma de acesso desses usuários, não sendo referenciados por um sistema de regulação. Os profissionais do estudo demonstram uma profunda vinculação com as famílias e os usuários, através de práticas acolhedoras, responsabilização e comprometimento. Observamos que os familiares reconhecem a importância do implante coclear e do tratamento fonoaudiológico como primordial para o desenvolvimento linguístico dessa criança e que sem a continuidade desse cuidado, todo o investimento terá sido em vão. Os familiares são participativos e envolvidos com o tratamento de seus filhos, são cientes que fazem parte integrante do processo e acreditam que fizeram a melhor escolha pelos seus filhos.

Descritores: Atenção terciária à saúde, audição, implante coclear, acesso aos serviços de saúde

ABSTRACT

The cochlear implant program, in Brazil, grows every day, with the extension by the Ministry of Health of new enabled services. It's a high-cost treatment, still not universally constituted, tapering the great demand of users who require this advanced technology. Then came the necessity to seek a greater knowledge about this treatment that, according to its criteria for inclusion, would bring significant improvements to the most appropriate development of deaf children. The overall objective was to analyze the production of care for children subjected to cochlear implant in a tertiary auditory health service in the city of Fortaleza. As specific objectives, identify the forms of access for users and care to children undergoing cochlear implant, in view of their families and health professionals. This is a qualitative study, carried out in the cochlear implant clinic of General Hospital of Fortaleza, in the period of August to October 2013. The participants were 15 children's responsible who were undergoing for the cochlear implant and five professionals in the service of cochlear implant. We used the semi-structured interview with family members and a workshop with health professionals to build a Flowchart Analyzer, proposed by Mehry for description of the flow of the user in the service. Content analysis proposed by Flick (2009) was used for the interviews and resulted in two central themes and their respective categories. The first theme that was found: the path since the discovery of deafness to the cochlear implant service, with categories, discovery of deafness, search for health services and access to the service of cochlear implant of HGF. The second theme: the child care production subjected to the cochlear implant surgery, which was divided into three categories: care by health team: customer service streams of cochlear implant; care for the family: participation, involvement and co-responsibility; and, perceptions on the results of the treatment: expectations and reality. The Descriptor Flowchart revealed the knowledge of professionals about the routine for entry and reception of cochlear implant service users of the Hospital and identified the spontaneous demand as the primary way to access these users, it's not being referenced by a regulation system. The professionals of the study demonstrate a deep linking with the families and the users, through cozy practices, accountability and commitment. We observed that the relatives recognize the importance of the cochlear implant and speech therapies as primordial treatment for the linguistic development of this child and that without the continuity of this careful, all the investment will have been in vain. The relatives are participatory and involved with the treatment of their children, are aware that they are an integral part of the process and believe that they made the best choice for their children.

Keywords: Tertiary Health Care, Hearing, Cochlear Implant, Access to Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dispositivo Interno e Externo do Implante Coclear	25
Figura 2: Etapa Cirúrgica do Implante Coclear	27
Figura 3: Imagem Ilustrativa do Implante Coclear em Uso	28
Figura 4: O Hospital Geral de Fortaleza – Unidade Régis Jucá	32
Figura 5: Modelo de Fluxograma Analisador de Mehry	40
Figura 6: Fluxograma do Atendimento do Serviço de Implante Coclear do Hospital Geral de Fortaleza	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Participantes da pesquisa	33
Quadro 2: Perfil dos sujeitos do estudo (Familiares – Grupo I) responsáveis pelas crianças submetidas à implante coclear em um serviço terciário de Fortaleza	43
Quadro 3: Perfil dos sujeitos do estudo (trabalhadores – Grupo II) que atuam no serviço de implante coclear de um serviço terciário de Fortaleza	44

LISTA DE SIGLAS

AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual

ASHA - American Speech Language Association

CAE – Conduto Auditivo Externo

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia

dB – Decibéis

FM – Frequência Modulada

HGF – Hospital Geral de Fortaleza

Hz – Hertz

IC – Implante Coclear

IRDA - Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE SIGLAS

1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA E O OBJETO DE ESTUDO	12
2 A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE AUDITIVA	18
2.1 Política Nacional de Saúde Auditiva	18
2.2 Classificação das perdas auditivas	20
2.3 Serviços de Saúde Auditiva e sua hierarquização	22
2.4 Programa de Implante Coclear	25
2.5 Integralidade e a Produção do Cuidado	29
3 PRECURSOS METODOLÓGICOS	31
3.1 Tipos de Estudo e Abordagem	31
3.2 Cenário da Pesquisa	31
3.3 Participantes da Pesquisa	33
3.4 Etapa Exploratória da pesquisa	34
3.4.1 A aproximação com o campo e seus atores sociais - coleta de dados	34
3.5 Organização e análise dos dados	38
3.5 Aspectos Éticos	41
4 ACHADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 Caminho desde a descoberta da surdez até o serviço de implante coclear.	45
4.1.1 A descoberta da surdez	45
4.1.2 A busca pelos serviços de saúde	49
4.1.3 Acesso até o serviço de implante coclear do HGF	53
4.2 Produção do cuidado à criança surda	55

4.2.1 O cuidado pela equipe de saúde: fluxos do atendimento no serviço de implante coclear	55
4.2.2 O cuidado pela família: participação, envolvimento e co-responsabilização	63
4.2.3 Percepções diante dos resultados do tratamento: expectativas e a realidade	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	
Apêndice A – Roteiro para entrevista semi-estruturada com os familiares	78
Apêndice B – Roteiro para oficina com Trabalhadores de Saúde	79
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
ANEXOS	
Anexo A - Aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará - UECE como entidade proponente	81
Anexo B - Aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Geral de Fortaleza - HGF como entidade co-participante	85

1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA E O OBJETO DE ESTUDO

A surdez há muitos anos desperta interesse dos pesquisadores. Do ponto de vista do ouvinte, ouvir é um privilégio que condiciona o desenvolvimento de uma criança em todos os seus aspectos. Uma criança com uma surdez severa ou profunda pode ter prejuízos irreparáveis no processo de aquisição de linguagem e, como consequência, sequelas em todos os seus aspectos comunicativos, cognitivos, afetivos, sociais, dentre outros.

Por meio da experiência como profissional de instituição pública, que atende crianças com diversos graus de deficiência auditiva, observamos a dificuldade dessas crianças para alcançar um desenvolvimento linguístico eficiente, utilizando-se apenas de um aparelho auditivo e sem o auxílio de Sistema de Frequência Modulada Pessoal (FM)¹, e que muitas vezes, encontra-se com programação inadequada ao seu tipo de deficiência.

Ao depararmos-nos com uma nova tecnologia, através do serviço de implante coclear do Hospital Geral de Fortaleza, observamos que muitos daqueles usuários poderiam ter tido melhores benefícios. Surgiu, então, a necessidade de buscar um conhecimento maior sobre esse tratamento com tecnologia de ponta, que, segundo seus critérios de inclusão, traria avanços significativos para o desenvolvimento mais adequado de crianças que ainda não adquiriram a linguagem, na faixa etária até cinco ou seis anos, bem como aqueles adultos que, já ouvintes, perderam a audição em algum momento da vida.

De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS (2012), cerca de 360 milhões de pessoas no mundo possui algum tipo de perda auditiva, ou seja, 10% da população, sendo 32 milhões de crianças. No Brasil, são 15 milhões de pessoas convivendo com o problema. Desses, 350 mil tem deficiência auditiva severa. Estima-se que, no Brasil, de três a quatro crianças em 1000

¹ Dispositivo para pessoas com perda da qualidade da audição usuárias de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) ou Implante Coclear(IC). É composto de transmissor com microfone para captação do sinal por Frequência Modulada (FM) e receptor com adaptação para entrada de áudio do AASI ou IC, para ser utilizado em sala de aula. Regulamentada através da Portaria No. 1.274, de 25 de Junho de 2013, que “Inclui o Procedimento de Sistema de Frequência Modulada Pessoal (FM) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde”. A prescrição deverá ser realizada por profissional de saúde habilitado.

nascerem surdas, aumentando para dois a quatro em cada 100 recém-nascidos quando provenientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (USP, 2012).

A surdez se caracteriza como um problema sensorial não visível, que acarreta dificuldades na recepção, percepção e reconhecimento de sons, ocorrendo em diferentes graus, do mais leve ao mais profundo. Observamos que o aspecto mais visível nas deficiências auditivas é a ausência da linguagem oral e essa ausência é realçada numa sociedade que se comunica, principalmente, pela linguagem oral (SILVA; PEREIRA; ZANOLLI, 2007). O déficit auditivo pode limitar também a comunicação efetiva e a interação social dos indivíduos, afetando negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde, o estado cognitivo e emocional (AGRAWAL; PLATZ; NIPARKO, 2008).

O impacto causado pelo diagnóstico da surdez exige modificações e rearranjos na dinâmica familiar. O momento em que os pais recebem o diagnóstico pode gerar diversas reações, de acordo com o modo como essas informações são passadas e compreendidas. As primeiras reações dos pais ao diagnóstico da surdez costumam ser de choque, negação, raiva, culpa e até de esperança mágica de cura (YAMANAKA; SILVA; ZANOLLI et al, 2010).

Cabe aos profissionais fornecer informações em relação à surdez, sobre as possíveis alternativas de tratamento, permitindo à família obter outras opiniões sobre o diagnóstico e o tratamento. É preciso conceder um tempo para que os pais possam assimilar todas as informações, capacitando-os a escolher o caminho a ser percorrido (YAMANAKA; SILVA; ZANOLLI et al, 2010).

No Brasil, inicialmente, o atendimento aos pacientes com deficiência auditiva era feito basicamente na perspectiva da filantropia.

A segunda metade do século vinte assistiu ao crescimento de entidades que refletiam a mobilização da sociedade civil para uma participação mais efetiva nas questões de interesse público e de cunho social. Dessa forma, surgiram as organizações não governamentais (ONG) que ganharam espaço como parceiros dos setores públicos e privados para a atuação em diferentes áreas, entre elas a saúde (COSTA; SILVA; BONAN, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem garantindo a universalidade do acesso, equidade, integralidade e o controle social² sobre as políticas de saúde auditiva como princípios que estão em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (CFFa, 2011).

Para minimizar o dano da deficiência auditiva na população surgiu, então, a Política Nacional de Saúde Auditiva, regulamentada pela portaria do Ministério da Saúde, a Portaria GM No. 2.073 de 28 de setembro de 2004, e veio como mais um direito garantido por lei aos que necessitam de um serviço especializado (CFFa, 2011).

Entendemos que o objetivo norteador dessa política foi, então, estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça linhas de cuidados integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva e determinar diretrizes para credenciamento de serviços de atenção básica, média e alta complexidade no atendimento da pessoa com deficiência auditiva. Essa normatização está na portaria SAS/MS n.º 587 de 07/10/2004, que definiu a distribuição da rede estadual para ações na atenção básica, na média e alta complexidade (BRASIL, 2004).

No que diz respeito ao implante coclear, sua implantação se deu através da portaria GM/MS n.º 1278, de 20 de outubro de 1999, antes mesmo da regulamentação da portaria da Política Nacional de Saúde Auditiva. Atualmente, é uma tecnologia de ponta para o tratamento da surdez, e como tecnologia de saúde, aponta como o recurso que proporciona melhores resultados aos que dela se utilizam.

O implante coclear como possibilidade de superação de dificuldades no desenvolvimento linguístico de adultos e crianças surdas, veio dar uma nova

² Universalidade, equidade, integralidade e controle social são princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde que norteiam o sistema jurídico em relação ao SUS. A universalidade está disposta no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, onde diz que *“a saúde é um direito de todos e dever do Estado”*. Os outros princípios, integralidade (*confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”*), a equidade (*o Estado deve tratar desigualmente os desiguais, concentrando seus esforços e investimentos em zonas territoriais com piores índices e déficits na prestação do serviço público*) e controle social (*prevê a “participação da comunidade” nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e no controle da execução destes*) estão dispostos no artigo 198.

esperança ao paciente pelo fato de proporcioná-lo a sensação auditiva e não apenas a sua amplificação (MORET; BEVILACQUA; COSTA, 2007).

Porém, por ser um tratamento de alto custo, a atenção terciária que envolve o Programa de Implante Coclear, não é ainda um serviço universalmente constituído. Ele ainda é um programa que afunila a grande demanda de usuários que necessitam dessa tecnologia avançada. Infelizmente, os serviços que possuem o Programa de Implante Coclear, ainda não têm acesso integral para todos os que necessitam.

A prática integral de assistência ao usuário requer um modelo de projetos coletivos, integrados aos cuidados de saúde, em que trabalhadores, gestores e usuários devem ser corresponsáveis no fazer saúde, cotidianamente (ASSIS; NASCIMENTO; FRANCO; *et al*, 2010). O cuidado é resultado de um processo de trabalho coletivo que envolve relações de trocas, comunicações e inúmeros atos associados uns aos outros e que, entre si, forma o processo produtivo da assistência (ALMEIDA; FERREIRA; FRANCO; *et al*, 2010).

A análise da organização do cuidado é um elemento importante para produção do cuidado e avaliação dos serviços de saúde que nos permite olhar a organização das práticas assistenciais em saúde, no cotidiano do trabalho de uma equipe [...] é capaz de levar os profissionais a refletirem sobre o cuidado que realizam e a relação que mantém com o usuário, possibilitando o exercício da autoanálise (ALMEIDA; FERREIRA; FRANCO; *et al*, 2010).

Nesse cenário, é importante compreender como se processa o cuidado às pessoas, o processo do trabalho em saúde e a utilização de tecnologias do cuidado, sob o âmbito de quem cuida e de quem é cuidado (LIMA, 2011).

Numa pesquisa realizada em diversas bases do Portal de periódico da CAPES encontramos estudos sobre a produção do cuidado e os níveis de atenção à saúde. Ao se refinar essa pesquisa, incluindo os termos cuidado, integralidade, humanização, avaliação em saúde e cuidado em saúde, observamos que apenas três deles tinham como enfoque a atenção terciária.

Na pesquisa de estudos que relacionam o tema implante coclear e cuidado, observamos apenas 14 trabalhos sobre os temas, dentre os quais, apenas dois se reportam ao nosso objeto de estudo: o cuidado ao portador de implante coclear. Dentre eles, encontramos o trabalho de Yamanaka; Silva & Zanolli *et al* (2010), que teve como objetivo analisar a visão que os pais têm do implante coclear, isto é, as informações que eles têm a respeito do implante, os riscos, os benefícios e suas expectativas em relação ao futuro dos filhos. O outro estudo, de Bittencourt & Hoehne (2009) avaliou a qualidade de vida de pais de pessoas surdas de um serviço de reabilitação.

Ambos os estudos tinham como enfoque o conhecimento e a qualidade do atendimento na visão da família, deixando uma lacuna quanto à percepção dos trabalhadores de saúde quanto à sua atuação em relação ao cuidado com a criança com problemas auditivos.

Diante da carência de pesquisas sobre esse enfoque, e, por ser o implante coclear um serviço novo que cresce a cada dia, com a ampliação pelo Ministério da Saúde de novos serviços habilitados, observamos a necessidade de investigação do delineamento das práticas da produção do cuidado ao usuário de um serviço terciário para subsidiar um atendimento integral de mais qualidade para um maior número possível de indivíduos com perda auditiva.

Destaca-se, também, a importância do conhecimento das formas de acesso dos usuários das redes de atenção à saúde auditiva, pois, mesmo sendo essa rede de serviço organizada em um complexo sistema de regulação, com fluxo único, é importante conhecer o caminho que um portador de deficiência auditiva percorre, identificando a sua trajetória até o serviço terciário. Muitas vezes, essa regulação não é realizada de forma hierarquizada, de acordo como preconiza as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como objeto do estudo, a produção do cuidado de um serviço terciário de saúde auditiva traz alguns questionamentos: como ocorrem o acesso, o acolhimento e o vínculo das crianças submetidas à cirurgia de implante coclear? Como é a visão dos profissionais e familiares quanto ao processo do cuidado? Como se dá a

participação destes no tratamento e recuperação da sua saúde? O modo de cuidado ofertado pelos profissionais promove a responsabilização a estes usuários?

O objetivo deste estudo é, então analisar a produção do cuidado à crianças submetidas a implante coclear em um serviço de saúde auditiva terciário de Fortaleza, através da identificação das formas de acesso dos usuários a esse serviço terciário de atenção à saúde auditiva e a descrição do fluxo assistencial e das relações entre crianças submetidas ao implante coclear, suas famílias e os trabalhadores de saúde, no cuidado com base na integralidade.

O conhecimento do acesso dos usuários do Programa de Implante Coclear, bem como as linhas de cuidado aos usuários dessa rede, poderá subsidiar a promoção da reordenação das ações e serviços para esse público.

2 Produção do Cuidado em um Serviço de Saúde Auditiva

2.1 Política Nacional de Saúde Auditiva

Historicamente, a saúde pública no Brasil teve seu avanço na década de 80, a partir da 8ª Conferência de Saúde, que resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Esse movimento deu força para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que garantiu os direitos dos cidadãos à saúde pública e universal (CAMPOS; MINAYO; AKERMAN; et al, 2009).

Ainda segundo o autor, de acordo com a Constituição Brasileira de 1988, no seu artigo 196, reza que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, é reconhecido que todo indivíduo brasileiro, independente de raça, gênero, situação socioeconômica e credo, tem igual direito com relação a todos os demais de acesso à satisfação de suas necessidades de saúde.

Em 1999, com a publicação da portaria GM/MS nº 1278, de 20 de outubro de 1999, que aprovou os critérios de indicação e contra-indicação de Implante Coclear e as normas para cadastramento de Centros/Núcleos para realização de Implante Coclear, foi dado um grande salto para a criação de uma política nacional que atendesse a necessidades de usuários com perda auditiva.

O Ministério da Saúde, ciente da necessidade de organização do atendimento às pessoas com deficiência auditiva nos diversos níveis de atenção no Sistema Único de Saúde que atendam aos princípios da universalidade e equidade na Atenção à Saúde Auditiva, reformulou a área da saúde auditiva, antes normalizada pela portaria SAS No. 432 de 14 de novembro de 2000 e publicou a portaria GM No. 2073 de 28 de setembro de 2004 (BEVILACQUA; MARTINEZ; BALEN et al, 2010).

A necessidade de instituição da política emergiu, principalmente, após constatação, pelo Ministério da Saúde, do desequilíbrio entre o número de procedimentos referentes ao diagnóstico e a concessão do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), em comparação com a produção ambulatorial dos

procedimentos de acompanhamento e reabilitação auditiva, como também pelo empenho de profissionais da área da saúde (ARAÚJO, 2011).

No Brasil, a criação e implantação da Portaria da Saúde Auditiva em 2004 proporcionou um passo decisivo na organização de uma linha de cuidados às pessoas com deficiência de audição ou surdez. A partir da implantação dessa Política, muitos avanços foram conquistados (ARMIGLIATO; PRADO; MELO et al, 2010).

A Política Nacional de Saúde Auditiva veio então com o objetivo de proporcionar uma superação de dificuldades para problemas inerentes a problemas auditivos. Foi implantada em setembro de 2004, através da Portaria Ministerial GM No. 2073, com o objetivo maior de proteger, recuperar a saúde e garantir a qualidade de vida e autonomia das pessoas com deficiência auditiva. E a consolidação desta política se dá num processo dinâmico de construção (BRASIL, 2004).

Contudo, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 793, de 24/04/2012, ao instituir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde revoga, entre outras, as portarias: nº 587/SAS/MS, de 7/10/2004, seção 1, página 105; nº 2.073/GM/MS, de 28/09/2004, publicada no, seção 1, página 34; e nº 3.128/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, seção 1, página 129 (BRASIL, 2012a).

A referida Portaria nº 793 tem como objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária, permanente, progressiva, regressiva, ou estável; garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Além de promover reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; ampliar a oferta de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência etc. (BRASIL, 2012a).

As políticas públicas voltadas ao surdo no Brasil, como a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, fundamentam-se na perspectiva biomédica de

inclusão do surdo na sociedade ouvinte, através da disponibilização de aparelhos auditivos dentre outras práticas de oralização.

Em contrapartida, alguns defendem que a Libras é a língua natural das comunidades surdas e que as Línguas de Sinais não são simplesmente mímicas e gestos soltos, utilizados pelos surdos para facilitar a comunicação. São línguas com estruturas gramaticais próprias, composta pelos níveis linguísticos: o fonológico, o morfológico, o sintático e o semântico. A mesma utiliza-se de sinais em substituição à língua que todos nós bem conhecemos em nossas comunicações: a língua de sons ou oral (LIBRAS, 2012).

É necessário, portanto, que a família esteja ciente e decidida sobre a escolha da língua (sinais ou oral) que seja mais adequada para a criança, para que possa estar motivada e capaz de colaborar no seu desenvolvimento.

2.2 Classificação das perdas auditivas

A deficiência auditiva é conhecida como hipoacusia, quando há perda parcial da audição, e surdez, quando a perda é total. Mas o conceito de perda auditiva nem sempre é suficientemente claro para a pessoa que se depara pela primeira vez com o problema.

Diversos autores classificam a perda auditiva de várias maneiras, levando a diversas interpretações de um mesmo audiograma³, existindo divergências sobre qual seria a classificação mais adequada.

O laudo fonoaudiológico que classifica as perdas auditivas foi então normatizado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, utilizando a classificação da perda auditiva, de acordo com Silman & Silverman (1997) e deve se levar em consideração três aspectos: tipo da perda auditiva, grau da perda auditiva e configuração audiométrica (CFFa, 2009).

³ A audiometria é o exame diagnóstico de perda auditiva. É realizado por um fonoaudiólogo que registra os limiares audiométricos obtidos e são dispostos e representados graficamente no **audiograma**, usando sistema de símbolos padronizados e recomendados pela ASHA (1990). Os limiares audiométricos são as menores medidas da sensação auditiva do indivíduo (nota do autor).

A classificação do tipo de perda auditiva detecta a localização da lesão auditiva e leva em consideração a comparação dos limiares entre a via aérea e a via óssea⁴ de cada orelha.

Quanto ao tipo de perda auditiva podem ser classificadas: perda condutiva (quando o problema se localiza no ouvido externo ou no ouvido médio), perda sensorio-neural (quando se origina no ouvido interno ou no nervo auditivo) e perda mista, quando há lesões simultâneas (CFFa, 2009).

Já o grau de perda auditiva é calculado em função da intensidade necessária para amplificar um som de modo que seja percebido pela pessoa surda. Esta amplificação mede-se habitualmente em decibéis (dB) e a frequência de um som é medida em ciclos por segundo ou Hertz (Hz). O ouvido humano percebe sons nas frequências entre 20 Hz e 20.000 Hz (FERNANDES; MENDES; NAVAS; 2009).

Podem ser classificadas em audição normal, quando os limiares tonais estão abaixo de 25 dB, perda auditiva leve (limiares entre 26 e 40dB), moderado (limiares entre 41 e 55dB), moderadamente severo (limiares entre 56 e 70dB), severo (limiares entre 71 e 90dB), e profundo (limiares acima de 91 dB) (FERNANDES; MENDES; NAVAS; 2009).

Em geral, o grau de perda auditiva é calculado com base na média aritmética obtida a partir dos limiares tonais, em diferentes frequências, o que acarreta inúmeras interpretações. A classificação mais comumente empregada em nosso meio foi proposta por Silverman (1997), e leva em consideração a média dos limiares tonais obtidos para as frequências de 500, 1000 e 2000 Hz (RUSSO; PEREIRA; CARVALHO; *et al*, 2009).

A classificação da configuração audiométrica leva em consideração o desenho dos limiares de via aérea para cada orelha. A classificação de Silman e Silverman (1997) – adaptada de Carhart (1945) e Lloyd e Kaplan (1978), considera as mudanças entre as oitavas de frequência a partir de 1.000 Hz (CFFa, 2009).

⁴ **Via aérea** designa a via de transmissão do som através do ar, ou seja, do conduto auditivo externo ao ouvido médio. A via óssea se refere à transmissão do som através dos ossos, principalmente a mastoide (nota do autor).

2.3 Serviços de Saúde Auditiva e sua Hierarquização

Atualmente, 143 unidades de Serviços de Saúde Auditiva estão habilitadas em todo país para oferecer atendimento ao deficiente auditivo na atenção básica, média e na alta complexidade. Porém, os estados do Amazonas, Acre e Roraima ainda não possuem tais serviços. De acordo com o levantamento da produção 2010 dos Serviços de Saúde Auditiva habilitados (Datusus), foram realizados cerca de um milhão e duzentos mil procedimentos da área de Saúde Auditiva (CFFa, 2011).

No estado do Ceará, estão credenciadas oito unidades de Serviços de Saúde Auditiva. Dentre estas, cinco localizam-se no município de Fortaleza, uma em Juazeiro do Norte, uma em Sobral e uma em Cascavel (USP, 2012).

Para que a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva seja efetiva é fundamental, dentre outras medidas, que cada um dos três níveis de atuação desenvolva ações de sua responsabilidade e se articulem, garantindo fluxos de referência e contrarreferência entre unidades e de um nível de complexidade a outro, além de descentralizar e divulgar os serviços, beneficiando o usuário atendido integralmente (CFFa, 2011).

Para assegurar atenção integral, os serviços de saúde devem estar configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento. O desenho lógico da rede prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde). A organização e funcionamento adequados dos sistemas de referência e contrarreferência são, portanto, requisitos fundamentais para o alcance da integralidade (CFFa, 2011).

Os serviços de saúde auditiva no Brasil abrangem os três níveis de atenção à saúde e cada um com suas responsabilidades definidas através da portaria de saúde auditiva.

Para a atenção básica são previstas ações que repercutam na promoção e proteção da saúde auditiva, na prevenção e na identificação o mais cedo possível de

dificuldades ou problemas de audição e o encaminhamento para serviços especializados, além da reabilitação (CFFa, 2011).

É nesse nível de atenção à saúde que a maior parte das deficiências auditivas deveria ser suspeitada. Porém, o que percebemos é que, na maioria das vezes, a família procura diretamente os serviços especializados, sem passar pela atenção primária de saúde. Para Bevilacqua, Martinez & Balen (2010) esse é o momento de mobilizar esforços para as ações preventivas que incluem não somente a detecção precoce de problemas auditivos, como também ações informativas, educativas e de orientação familiar junto à comunidade, realizadas pelas equipes de Saúde da Família, considerando a saúde auditiva nos diversos ciclos de vida: gestantes, recém-nascidos, pré-escolares, escolares, jovens, adultos e idosos.

A atenção especializada, por sua vez, é estruturada na forma de serviços de referência para diagnóstico, seleção e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual, terapia fonoaudiológica e acompanhamento da função auditiva, do uso do aparelho e seu benefício na qualidade de vida das pessoas atendidas (CFFa, 2011).

As unidades da Atenção de Média Complexidade constituem-se na primeira referência para a atenção básica e contrarreferência do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. As unidades devem ser articuladas e integradas com o sistema local e regional, oferecendo assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e, em especial, às pessoas com deficiência auditiva (Sociedade Brasileira de Otologia, 2012).

É nesse nível de atenção que são detectadas e diagnosticadas as perdas auditivas em crianças e adolescentes, bem como em todas as faixas etárias. Percebemos, porém, que a oferta de serviços desse nível de atenção não suporta a grande demanda que surge a cada dia em procura de soluções para as suas necessidades auditivas. A espera por um AASI (aparelho de amplificação sonora individual) pode durar anos, porém o tempo perdido por uma criança que necessita de um equipamento de alto custo não é mais recuperado. Essa criança pode sofrer uma defasagem em seu aspecto linguístico que poderá comprometer a sua sociabilidade e desenvolvimento cognitivo e emocional (CFFa, 2011).

Já a atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade constitui-se na referência para o diagnóstico das perdas auditivas e sua reabilitação em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas [...], perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade. [...] Para tanto, o serviço deve dispor de equipamentos específicos, estrutura física, recursos humanos especializados e estar devidamente credenciado no SUS (Sociedade Brasileira de Otologia, 2012).

Nesse nível de atenção, encontramos os serviços de alto custo, especializados e que, apenas uma menor parcela da população de portadores de perda auditiva terá acesso. É nesse nível de atenção, exemplificando, que o Ministério da Saúde oferece o Programa de Implante Coclear, que diferentemente do Programa de Prótese Auditiva, constitui-se como alternativa de tratamento a pacientes que apresentam quase ou nenhum resquício auditivo (TEIXEIRA, 2009).

Cada um dos níveis de atenção possui responsabilidades de saúde próprias, e que devem se articular entre si, através de um sistema de regulação organizado.

Com a implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência os serviços se organizarão nos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Os componentes da referida rede serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a esses usuários, quais sejam: acessibilidade; comunicação; manejo clínico; medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual (BRASIL, 2012).

2.4 Programa de Implante Coclear

Sabemos hoje que a cirurgia de implante coclear é o que há de mais moderno no tratamento da surdez, tanto de adultos como de crianças surdas.

O implante coclear, ou mais popularmente conhecido como ouvido biônico, é um aparelho eletrônico de alta complexidade tecnológica, que tem sido utilizado nos últimos anos para restaurar a função da audição nos pacientes portadores de surdez profunda que não se beneficiam do uso de próteses auditivas convencionais (OUVIDO BIÔNICO, 2012).

Trata-se de um equipamento eletrônico computadorizado que substitui totalmente o ouvido de pessoas que têm surdez total ou quase total. Assim, o implante é que estimula diretamente o nervo auditivo através de pequenos eletrodos que são colocados dentro da cóclea e o nervo leva estes sinais para o cérebro. É um aparelho muito sofisticado que foi uma das maiores conquistas da engenharia ligada à medicina. Já existe há alguns anos e hoje mais de 150.000 pessoas no mundo já estão usando. No Brasil cerca de 2000 pessoas já utilizam este aparelho (OUVIDO BIÔNICO, 2012).

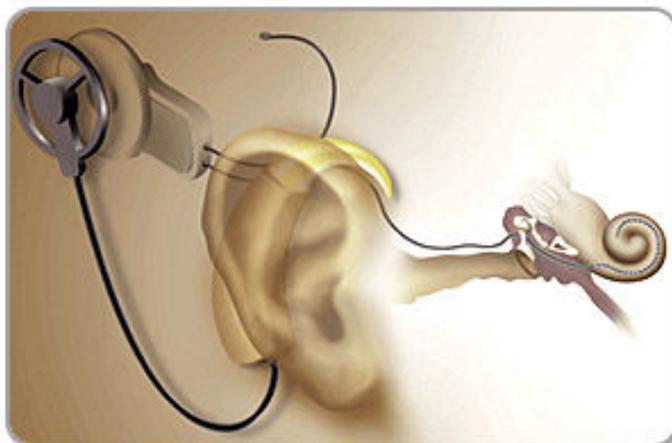


Figura 1: Dispositivos interno e externo do Implante Coclear

Fonte: www.implantecoclear.com.br

No Brasil, os implantes cocleares estão disponíveis tanto em clínicas e consultórios particulares como pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Também é possível ressaltar que muitos usuários já conseguiram seus implantes cocleares pelos convênios, e seguros de saúde, mediante indicação e relatório médico específico (OUVIDO BIÔNICO, 2012).

Em todo o país, há aproximadamente 20 unidades de saúde com capacidade para realizar o procedimento. Todos estes possuem equipes multiprofissionais capacitadas para atender o indivíduo com deficiência auditiva e seus familiares, realizando a avaliação e orientação pré-operatória, a cirurgia e o acompanhamento pós-operatório (OUVIDO BIÔNICO, 2012).

No estado do Ceará já foram realizadas mais de 100 cirurgias, no Hospital Geral de Fortaleza, único serviço público no Ceará, cadastrado para tal procedimento.

O implante coclear, como alternativa de tratamento para crianças deficientes auditivas pré-linguísticas, apresenta inúmeras peculiaridades. Não se trata apenas de um procedimento cirúrgico no qual a criança pode ser conduzida, exclusivamente, por seu próprio dispositivo eletrônico. Constitui-se, na verdade, de um processo multifatorial que ocorre em três fases distintas: na avaliação pré-cirúrgica, no ato cirúrgico e no acompanhamento (MORET; BEVILACQUA; COSTA, 2007).

A avaliação pré-cirúrgica é necessária para decidir se aquele usuário é candidato ou não à cirurgia de implante coclear. Alguns procedimentos fazem parte desse momento: anamnese otorrinolaringológica, anamnese fonoaudiológica, anamnese psicológica, anamnese das condições sócioeconômicas, realização de exames audiológicos, radiológicos, e de condições clínicas, e o cumprimento dos principais critérios de idade e tempo de privação auditiva, irão decidir pela sua continuidade no Programa de Implante Coclear.

Durante o ato cirúrgico, realizado sob anestesia geral, o cirurgião introduz dentro da cóclea do paciente o dispositivo interno do implante coclear através de uma incisão pela região da mastoide. Após sua colocação, o fonoaudiólogo realiza um exame chamado Telemetria de Resposta Neural e certifica se o nervo auditivo responde aos estímulos elétricos do implante coclear, ou seja, que sua implantação obteve sucesso.



Figura 2: Etapa cirúrgica do implante Coclear

Fonte: www.ouvidobionico.org.br

No momento pós-cirúrgico, após um período de 30 a 40 dias, o paciente retorna ao serviço para a ativação do dispositivo. Ele recebe, neste dia, o dispositivo externo, que é um aparelho parecido com um aparelho auditivo convencional, com a diferença que vem acoplada uma antena externa.

É realizada então uma programação através de um computador com sistema de programação específico do implante para dar início ao seu treinamento auditivo. Também neste momento recebe todas as orientações de como utilizá-lo e de seus cuidados para a sua conservação, já que é um equipamento de alto custo.

A partir daí, a criança deverá retornar ao Serviço a cada dois meses para a reprogramação do implante, pois, com o passar do tempo, seu sistema auditivo irá se adaptar àquela programação anterior e nova programação deverá ser feita. Essa sessão de programação do implante é chamada de mapeamento. Cada criança terá os seus mapeamentos gravados no computador para posterior alteração.

O acompanhamento da criança também é realizado por uma fonoaudióloga reabilitadora, através de um treinamento auditivo, que tem o intuito de proporcionar melhor aproveitamento do dispositivo. É também imprescindível para a sua evolução que esse acompanhamento tenha periodicidade, assiduidade e a assistência da família, para um bom desenvolvimento da linguagem da criança.



Figura 3: Imagem ilustrativa do implante coclear em uso

Fonte: www.implantecoclear.org.br

Os usuários que têm deficiência auditiva têm que cumprir alguns critérios primordiais que estão definidos na Portaria do Ministério da Saúde que regulamenta as condições de um candidato estar apto a receber um implante coclear. Por isso, poucos são os que são privilegiados e recebem pelo SUS toda a assistência que envolve esse Programa (TEIXEIRA, 2009).

Segundo a portaria do Ministério da Saúde, Portaria Ministerial GM/MS nº 1278, de 20 de outubro de 1999, que estabelece os Critérios de Indicação e Contraindicação em adultos e crianças e dá as normas para cadastramento de centros/núcleos para realização de implante coclear, é estabelecido que o implante coclear em adultos deverá seguir os seguintes critérios de indicação: a) pessoas com surdez neuro-sensorial profunda bilateral com código linguístico estabelecido (casos de surdez pós-lingual ou de surdez pré-lingual, adequadamente reabilitados); b) ausência de benefício com prótese auditiva (menos de 30% de discriminação vocal em teste com sentenças); c) adequação psicológica e motivação para o uso de implante coclear. Já os critérios para indicação de implante coclear em crianças, é necessário: a) experiência com prótese auditiva, durante pelo menos três meses; b) incapacidade de reconhecimento de palavras em conjunto fechado; c) família adequada e motivada para o uso do implante coclear; d) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (BRASIL, 1999).

Com um serviço de atenção terciária, o Programa de Implante Coclear é regido por diretrizes e critérios preconizados por portaria do Ministério da Saúde, que garante o direito a esta tecnologia de saúde. Para se chegar a esse nível de alta complexidade, o usuário deve ser referenciado pelos outros níveis de atenção (Conselho Federal de fonoaudiologia, 2011).

2.5 Integralidade e a produção do cuidado

O Princípio da Integralidade nos serviços de saúde, segundo Mattos (2006), engloba três conjuntos de sentidos distintos, mas, complementares, que incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no sentido do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; e o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Para garantir a integralidade da saúde e o propósito da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, os níveis de assistência precisam estar articulados em rede, com a corresponsabilização de todos os envolvidos. Suas ações devem ser planejadas de forma a atender a finalidade maior da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, que é a inclusão social (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2011).

Para Cecílio e Feuerwerke (2007), integralidade, trabalho em equipe multiprofissional, recuperação da dimensão cuidadora das práticas de saúde, não são conceitos pacíficos, consensuais. Afirmam ainda que a implementação da integralidade está aportada na quebra de paradigmas referente a mudanças nas relações de poder entre as profissões e entre profissionais de saúde e usuários.

Para que esse novo modelo assistencial em saúde, em que a atenção ao usuário, é o foco, é necessária uma mudança no processo de trabalho. Essa mudança deverá ser fundamentada na produção do cuidado, na perspectiva da autonomia do sujeito, norteadas pelo Princípio da Integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a

humanização dos serviços e a criação de vínculos entre usuário/profissional/equipe de saúde (RODRIGUES; ARAÚJO, 2003).

Acerca das transformações no campo da produção do cuidado, Mehry (2002) afirma que o processo de trabalho em saúde é dependente do “trabalho vivo em ato”, o qual só é possível acontecer no momento do trabalho em si, com os sujeitos envolvidos na relação. Dá às práticas de saúde a possibilidade dos sujeitos exercerem a sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde. Segundo Mehry (1998), os processos de trabalho concretos vivenciados nos serviços de saúde são focos de atenção especial para o processo de gestão da mudança.

Mehry e Franco (2003) consideram então, a integralidade como um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um redirecionamento do modelo de atenção à saúde.

Nesse contexto, Assis, Nascimento e Franco *et al*, (2010) afirmam que o profissional de saúde teria que repensar as práticas desenvolvidas em seu cotidiano e rever os valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde, para favorecer a construção de uma consciência sanitária. Esses autores compreendem a responsabilização da equipe com o usuário para torná-lo autônomo e acompanhar seu processo terapêutico, concebendo o indivíduo como sujeito social, capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e ser coparticipante no cuidado a ele oferecido.

É preciso portanto, compreender a produção do cuidado como cenário de relações, como trabalho vivo em ato, consumido no momento em que é produzido, no qual encontros e desencontros são visíveis ou invisíveis em meio ao poder existente entre sujeitos e territórios (MEHRY; FRANCO; 2003).

No entanto, é preciso (des)construir a prática centrada no médico e nos saberes pautados nos núcleos especializados, e que é necessário incorporar nos saberes ampliados a dimensão cuidadora de cada trabalhador de saúde, a valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um, considerando o outro como cúmplice de estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

3 PERCURSOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo e abordagem

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, por ser pertinente à investigação das dimensões subjetivas que envolvem as práticas de saúde. Nessa perspectiva, a abordagem qualitativa vem ao encontro do objeto de estudo dessa pesquisa, uma vez que há uma preocupação com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos processos de trabalho que envolvem o cuidado e a assistência aos usuários de um serviço de saúde.

A abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa analisa experiências que podem estar relacionadas a histórias biográficas ou a práticas cotidianas ou profissionais que podem ser tratadas, analisando-se conhecimento, relatos e histórias do dia a dia; examinar interações e comunicações destes indivíduos e grupos, o que pode ser baseado na observação e no registro de práticas (FLICK, 2009).

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no Hospital Geral de Fortaleza, um hospital do Serviço Público Federal, que passou a ser administrado pela Secretaria Estadual de Saúde em 1990. É o maior hospital da rede pública do Ceará, servindo à população do estado e, por sua referência e complexidade, também aos estados vizinhos.

Além do atendimento de emergência (aberta) nas áreas de cirurgia geral e vascular, clínica médica, obstetrícia e neurologia, o HGF possui 63 especialidades e subespecialidades médicas e outros serviços de saúde: enfermagem, fisioterapia,

fonaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, farmácia, bioquímica, psicologia e serviço social.

Mantém o único Banco de Olhos do Estado, fazendo a captação, preservação e distribuição de córneas para os 13 centros transplantadores de todo o Ceará. Também faz transplantes de fígado, pâncreas e rim, sendo este último referência no Norte e Nordeste, já tendo realizado mais de mil transplantes, marca atingida em 2009 (CEARÁ, 2012).



Figura 4: Hospital Geral de Fortaleza – Unidade Régis Jucá
Fonte: www.saude.ce.gov.br/hgf

Foi credenciado pelo Ministério da Saúde em 15/09/2009 através da portaria MS No. 440/2009 para a realização de cirurgias de implante coclear. O local do estudo foi o setor de Prótese Auditiva, coordenado pelo Setor de Fonaudiologia, que está localizado no ambulatório de Prótese Auditiva que divide com a Otorrinolaringologia o ambulatório número nove do 1º. andar da Unidade Régis Jucá.

O Programa de Implante Coclear é composto de uma equipe de três fonoaudiólogas responsáveis pela avaliação dos candidatos à cirurgia de implante coclear, à Telemetria de Respostas Neurais, que é um procedimento realizado no ato cirúrgico, bem como da ativação do implante e mapeamentos de programação periódica; uma fonoaudióloga reabilitadora, uma psicóloga, dois cirurgiões otorrinolaringologistas e uma assistente social.

Recebe aproximadamente cinco pacientes por semana, para avaliação e inscrição no programa, porém obedece a uma portaria do Ministério da Saúde que autoriza apenas duas cirurgias mensais e que orienta quanto aos critérios a serem cumpridos para escolha dos candidatos a receberem o dispositivo do implante coclear. Em maio deste ano, o Setor de Implante Coclear comemorou o número de 100 cirurgias realizadas pelo SUS.

3.3 Participantes da pesquisa

Os indivíduos pertencentes à pesquisa foram divididos em dois grupos: os familiares das crianças operadas pelo programa e os profissionais de saúde que atuam no Programa de Implante Coclear do Hospital Geral de Fortaleza e que estavam disponíveis no momento da coleta de dados, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Participantes da pesquisa

Categoria	Grupo	Número de participantes
Familiares das crianças	Grupo I	15 participantes
Profissionais de Saúde	Grupo II	05 participantes

Foram considerados profissionais da saúde aqueles que atuam diretamente no Programa de Implante Coclear do serviço terciário, como um médico-cirurgião, duas fonoaudiólogas, uma assistente social e uma psicóloga.

Quanto aos usuários, foram participantes da pesquisa os familiares das crianças até 10 anos de idade, operadas pelo serviço e que já tenham sido acompanhadas em pelo menos uma sessão de mapeamento⁵ periódico do dispositivo eletrônico já implantado. Isto foi considerado requisito para a realização da entrevista, pois, nesta fase, a criança já passou por diversos momentos de contato com a equipe multiprofissional e o seu responsável tem maior respaldo para relatar sobre a assistência prestada à criança.

⁵ O mapeamento é um procedimento realizado bimestralmente nas crianças e que tem o objetivo de realizar a programação do implante coclear, ou seja, reconfigurar o equipamento de acordo com o seu desenvolvimento auditivo.

Foi considerado como familiar destas crianças, o pai, a mãe ou o responsável pela mesma. Justifica-se a opção pela pesquisa com crianças pelo interesse pessoal da pesquisadora em estudar essa faixa etária, pois há dezoito anos trabalha com crianças deficientes auditivas em um serviço público municipal do Ceará.

Os participantes foram convidados a conceder uma entrevista, onde foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, e a importância do conhecimento das formas de acesso dos usuários ao serviço terciário e como se dá esse atendimento. Foi informado que não seriam identificados, na intenção de proteger a privacidade de cada um deles, conforme estabelecem os princípios éticos quanto ao sigilo da identidade dos informantes.

3.4 Etapas Exploratórias da pesquisa

3.4.1 Aproximação com o campo e seus atores sociais - coleta de dados

No primeiro momento foi realizada uma visita ao setor de implante coclear para realizar uma programação de entrevistas a serem realizadas com os familiares das crianças. Solicitamos a fonoaudióloga reabilitadora, que tem contato sistemático com as crianças e seus familiares, para disponibilizar a agenda de atendimentos com os respectivos dias e horários de cada criança. De acordo com as datas marcadas, a entrevistadora retornou ao serviço para conversar com os familiares e propor a realização da entrevista. Nesse momento, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitada a sua participação.

As entrevistas foram realizadas apenas com o responsável, aproveitando o momento em que a criança estava em atendimento. Assim, transcorreram de forma tranquila e os participantes se mostraram interessados em responder. Uma dificuldade encontrada para a realização das entrevistas se deu na demora da captação de participantes pelas diversas faltas dos usuários às sessões de reabilitação.

Todas as informações quanto à realização da entrevista foram esclarecidas antes do início da gravação e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo entregue uma via para os mesmos.

Utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) aplicada com o objetivo de coletar informações relativas ao acesso da criança ao serviço de implante coclear e o atendimento recebido. As questões norteadoras orientaram o relato dos entrevistados e não houve limitação do tempo para a sua aplicação.

Foram entrevistados 17 familiares responsáveis pelas crianças (sendo 16 mães e uma irmã), dentre as quais duas foram descartadas, pois não contribuíram para o objetivo da pesquisa. A realização da coleta das informações com os usuários foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2013.

Para o grupo dos profissionais de saúde, foi realizada uma oficina, como técnica de coleta de dados, tendo sido agendada previamente. Todos os participantes que fazem parte do setor de implante coclear do hospital foram convidados pessoalmente a participar da oficina. Neste momento foi explicado o objetivo da pesquisa e solicitado a sua presença no dia marcado.

A oficina com os profissionais de saúde foi realizada em um ambiente reservado (sala de reuniões) no próprio serviço de implante do Hospital Geral de Fortaleza, em única sessão, no dia 01.10.2013, em horário intermediário das 11:00h às 12h:30min, com a participação de quase toda a equipe do serviço (participaram um médico, duas fonoaudiólogas, uma assistente social e uma psicóloga). Antes de iniciar a oficina, foi servido um lanche aos participantes.

Foi utilizado um roteiro com algumas questões norteadoras (Apêndice B) para iniciar o debate entre os profissionais, que foi gravado mediante o consentimento dos mesmos, com o intuito de facilitar a posterior análise dos dados. Aos trabalhadores foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e posteriormente assinado por eles.

O grupo foi conduzido por dois moderadores (pesquisadora e orientadora) que questionavam os profissionais a relatarem os fluxos de atendimento do serviço, seus protocolos de atendimento e as dificuldades encontradas para sua realização.

Contou com o auxílio de duas colaboradoras para o registro de imagens fotográficas, de vídeo e gravação de áudio para auxiliar na coleta de informações importantes durante a realização da oficina e posterior análise dos dados.

Durante a oficina foi construído, com base na ferramenta proposta por Mehry e Franco (2003) o Fluxograma Analisador, que é um instrumento de autoanálise e de autogestão do processo de trabalho em saúde. O uso dessa ferramenta se deu em processo coletivo, no espaço do serviço, mapeando o desenvolvimento dos processos no cotidiano, tendo como foco central o usuário.

O Fluxograma Analisador permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e a detecção de seus problemas. A interação do grupo leva à compreensão dos processos que envolvem sua atividade, bem como sua implicação com uma dada realidade, o que lhe dá a possibilidade de intervir para provocar processos de mudança nos espaços onde atua (FRANCO, 2003).

Os procedimentos para utilização do fluxograma proposto por Franco & Mehry (2003) foram atendidos na preparação e realização da Oficina com os profissionais. Dentre eles, destacamos:

a) providenciar o material antecipadamente: todo o material necessário (papel madeira, pincel atômico, fita crepe, gravador e máquina fotográfica) foi providenciado com antecedência e estava disponível no momento da oficina;

b) reunir a equipe de saúde para elaborar coletivamente o fluxograma: a equipe foi convidada com antecedência a participar da oficina e orientada quanto aos objetivos da pesquisa;

c) colocar sobre a parede o papel madeira, sobre o qual foi desenhado o fluxograma, para que seja visualizado por todos: disponibilizado na parede o papel madeira para acompanhamento do desenho do fluxograma por todos os participantes;

d) explicar aos participantes o que é o fluxograma, a função, como elaborar e o objetivo: explicado o que é, qual a sua função, e como se elabora, os participantes foram orientados pelo moderador a apresentarem como o usuário é

atendido quando chega ao serviço e todo a sua trajetória, mesmo após a realização da cirurgia de implante coclear.

e) definir um elemento traçador: no caso desta pesquisa, os profissionais foram orientados a descrever os protocolos de atendimento dentro do serviço;

f) elaborar o fluxograma centrado no usuário: os profissionais foram orientados a focar a construção do fluxograma na perspectiva do usuário, desde quando este procura o serviço até a finalização do seu tratamento.

g) direcionar as perguntas sobre o trabalho da equipe, estimulando com que os próprios trabalhadores falem sobre seu processo de trabalho elaborando o fluxograma: de acordo com o relato dos profissionais a moderadora foi desenhando o fluxograma junto com a equipe, enfocando inicialmente sobre o acesso do usuário ao serviço; depois, sobre a trajetória desse usuário dentro do serviço, seus ruídos e dificuldades para a continuidade do cuidado;

h) registrar todo detalhe que considere importante: registrado todas as informações quanto às dificuldades relatadas, como por exemplo, demora na marcação e realização de exames;

Foram estabelecidas, para este momento, as seguintes **questões geradoras**:

1. Como acontece o processo de marcação de consultas ao serviço de saúde do Programa de Implante Coclear? Como o usuário normalmente chega até o serviço?
2. Como se dá os acessos, vínculos e acolhimento a esse usuário?
3. Como é o itinerário da criança dentro desse serviço?
4. Que dificuldades ocorrem nesse processo de cuidado?

A construção do fluxograma proposto por Franco e Mehry (2003) sugere ainda a realização de uma segunda sessão com a equipe para revisão final do fluxograma. Porém, não sentimos a necessidade de propor uma nova sessão, por considerar que todos os objetivos da pesquisa foram alcançados na primeira sessão.

3.5 Organização e análise dos dados

As entrevistas realizadas com os participantes foram transcritas para melhor utilização. A análise dos dados foi baseada nas regras da análise de conteúdo proposta por Flick (2009).

Segundo Flick (2009), são delineados os seguintes passos para a análise de conteúdo: *síntese da análise de conteúdo*, por meio da omissão de enunciados; *análise explicativa de conteúdo*, com o esclarecimento de trechos difusos, ambíguos ou contraditórios; por fim, a *análise estruturadora de conteúdo*, por meio da estruturação no nível formal relativo ao conteúdo.

A análise de conteúdo proposta por Flick é uma metodologia de tratamento e análise de material textual incluindo dados de entrevistas, sob a forma de discursos, imagens ou gestos. Um de seus aspectos essenciais é o emprego de categorias, obtidas, com frequência, de modelos teóricos baseados no material empírico, podendo ser também a partir dele (MOZZATO; GEZYBOVSKI, 2011).

O material em análise é avaliado contrastivamente, com as leituras reflexivas, na tentativa de reduzir o material, com base em núcleos de sentidos que, posteriormente, são agrupados por semelhanças. Esta análise compreende criticamente o sentido manifesto ou oculto das comunicações, o significado das mensagens com um olhar atento aos objetivos da pesquisa (MOZZATO; GEZYBOVSKI, 2011).

As etapas da categorização obedecem aos seguintes passos: transcrição e digitação das entrevistas; leitura reflexiva dos discursos; recortes de trechos dos discursos para identificação dos núcleos temáticos; organização de categorias, por analogias; e, finalmente, estruturação por temáticas, que agrupa as categorias, cujos conteúdos foram interpretados à luz do referencial teórico (FLICK, 2009).

Após a transcrição das entrevistas, realizamos levantamento e organização do material coletado. Observando os objetivos propostos pela pesquisa, fizemos uma primeira leitura do material empírico, abstraindo-se os núcleos de sentido

orientados pelas temáticas discutidas. Nessa perspectiva, buscamos fazer os recortes de grupos de temas semelhantes, reduzindo o material a categorias.

Ao final da análise, emergiram duas temáticas e suas respectivas categorias:

- **Temática 1: Caminho desde a descoberta da surdez até o Serviço de Implante Coclear**

Categorias:

- a. Descoberta da surdez;
- b. Busca pelos serviços de saúde;
- c. Acesso ao serviço de implante coclear do HGF.

- **Temática 2: Produção do cuidado à criança submetida à cirurgia de implante coclear**

Categorias:

- a. O cuidado pela equipe de saúde: fluxos de atendimento no serviço de implante coclear;
- b. Cuidado pela família: participação, envolvimento e corresponsabilização;
- c. Percepções diante dos resultados do tratamento: expectativas e realidade.

Para a análise dos processos de trabalho foi considerado o Fluxograma Analisador proposto por Mehry, construído pelos profissionais durante a oficina. O fluxograma é uma ferramenta que permite analisar os serviços de saúde, no intuito de perceber algumas situações e características sobre o trabalho no cotidiano das instituições de saúde.

De acordo com Barboza e Fracolli (2005), é uma ferramenta que interroga os “para que”; os “que?” e os “como?” do processo de trabalho e cujas funções são: revelar o processo de trabalho; identificar os nós críticos do processo de trabalho; contribuir para o planejamento e reorganização do processo de trabalho; analisar o modelo assistencial praticado por uma unidade ou equipe de saúde; dispersar processo de autoanálise na equipe de saúde; e, servir como banco de dados, pois é a memória dos profissionais.

O fluxograma mostra-se como ferramenta potente para perceber os problemas existentes no serviço de saúde, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho. Os problemas, indicados pelo fluxograma, são um ponto de partida importante para planejar os serviços, especialmente, as ações referentes à mudança do modelo tecnoassistencial (FRANCO, 2006). A ferramenta revela o seu dinamismo.

Mehry e Onocko (1997) descrevem que o fluxograma tem a perspectiva de desenhar certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si, em torno de certa cadeia de produção. Utiliza alguns símbolos, padronizados universalmente e que podem ser vistos na figura 1. A elipse mostra-se tanto no começo da cadeia produtiva, como no fim e representa a entrada e saída do processo de produção. O retângulo mostra os momentos nos quais se realiza trabalhos importantes da cadeia produtiva. O losango representa-se nos momentos em que é necessária uma tomada de decisão.

Figura 5 – Modelo de Fluxograma Analisador de Mehry



A *Entrada* inicia o diagrama. E dá ideia de movimento, de porta, de chegada: uns entram outros não. A *Recepção* representa o contato, a relação entre os participantes trabalhadores e usuários, as diferenças de abordagens e as formas de encontro para os diferentes sujeitos como acolhimento, formação do vínculo, da responsabilização, a condução do problema a ser solucionado. *Decisão de ofertas* - são percebidos o acesso, a escuta, o agir, as informações, as intervenções, quem faz, como faz, e outras observações. *Cardápio* - serviços disponíveis de saúde, o uso, a ação, onde pode ser observada a forma da intervenção tecnológica e assistencial e como se processa o cuidado, por meio das ações e posturas dos diferentes trabalhadores. *Saída* - grande importância para observar como são enfrentados, pelos participantes do estudo, os problemas da saída do serviço, quais os resultados do processo terapêutico que envolve as intervenções relacionadas à

promoção da saúde, atenção durante os adoecimentos, cura e reabilitação (MEHRY; ONOKO; 1997).

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) como entidade proponente e do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) como entidade coparticipante, e aprovados de acordo com os respectivos pareceres No. 274.583 e No. 301.269. O início da coleta de dados se deu após a sua aprovação.

Para os que concordarem em participar do estudo, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) que foi assinado em duas vias, como forma de autorizar a sua participação na pesquisa, de acordo com o que rege a Resolução No. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Esse termo atende a todos os critérios éticos e científicos preconizados para pesquisa que envolve seres humanos, informando o objetivo da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, além de garantir o sigilo das informações e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens e respeitando a sua opção de desistir em qualquer momento.

4 ACHADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados da pesquisa foi dividida em dois momentos: nas entrevistas com os familiares das crianças que se submeteram à cirurgia de implante coclear, buscando informações referentes a seu acesso ao serviço terciário e aos profissionais que atuam nesse serviço, a fim de conhecer a sua trajetória dentro do programa de implante coclear.

Observamos que todos os familiares entrevistados se colocaram muito disponíveis em participar da pesquisa. Ao primeiro contato com o pesquisador aceitaram prontamente em contribuir, ou seja, não recebemos recusa de nenhum familiar. Quanto aos profissionais podemos dizer o mesmo. Para a realização da oficina para construção do Fluxograma Analisador proposto por Mehry, os profissionais presentes participaram com muita presteza e objetividade.

Para melhor compreensão dos atores sociais que participaram desse estudo apresentamos uma descrição dos mesmos, com informações básicas do responsável, como idade, local de residência e informações sobre a criança (quadro 2) e uma caracterização dos profissionais de saúde (quadro 3).

Após uma análise criteriosa de todo o material levantado nas entrevistas e oficina pudemos traçar duas grandes temáticas: o caminho desde a descoberta da surdez até o Serviço de Implante Coclear e produção do cuidado à criança surda.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo (Familiares – Grupo I) responsáveis pelas crianças submetidas à implante coclear em um serviço terciário de Fortaleza.

Familiar	Característica do Participante
Entrevistado 1 (Resp1)	Mãe da criança, 31a, residente em Maranguape-CE. Casada. Ensino Médio Completo. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo masculino. Idade: 4a 6m.
Entrevistado 2 (Resp2)	Mãe da criança, 22a, residente em Cascavel-CE. Casada. Ensino Médio incompleto. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo feminino. Idade: 4a 8m.
Entrevistado 3 (Resp3)	Mãe da criança, 32a, residente em Euzébio-CE. Casada. Ensino Médio Completo. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo feminino. Idade: 5a 2m.
Entrevistado 4 (Resp4)	Irmã da criança, 18a, residente em Horizonte CE. Solteira. Ensino Médio Completo. Estudante. Dados Criança: Sexo feminino. Idade: 10a 2m.
Entrevistado 5 (Resp5)	Mãe da criança, 40a, residente em Quixeramobim-CE. Casada. Ensino Fundamental. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo masculino. Idade: 6a 4m.
Entrevistado 6 (Resp6)	Mãe da criança, 25a, residente em Cascavel-CE. Casada. Ensino Médio incompleto. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo feminino. Idade: 6a 6m.
Entrevistado 7 (Resp7)	Mãe da criança, 24a, residente em Paraipaba-CE. Casada. Ensino Fundamental. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo feminino. Idade: 7a 3m.
Entrevistado 8 (Resp8)	Mãe da criança, 31a, residente em Fortaleza-CE. Casada. Ensino Médio Completo. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo masculino. Idade: 3a 5m.
Entrevistado 9 (Resp9)	Mãe da criança, 29a, residente em Quixeré-Ce. Casada. Ensino Fundamental. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo feminino. Idade: 8a 6m.
Entrevistado10 (Resp10)	Mãe da criança, 26a, residente em Jucás-CE. Casada. Ensino Médio incompleto. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo masculino. Idade: 7a.
Entrevistado 11 (Resp11)	Mãe da criança, 33a, residente em Fortaleza-CE. Casada. Ensino Médio Completo. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo masculino. Idade: 4a 4m.
Entrevistado 12 (Resp12)	Mãe da criança, 28a, residente em Fortaleza-CE. Divorciada. Ensino Superior. Professora. Casa. Dados Criança: Sexo masculino. Idade: 6a 2m..
Entrevistado 13 (Resp13)	Mãe da criança, 30a, residente em Itaitinga-CE. Solteira. Ensino Fundamental. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo feminino. Idade: 3a 8m.
Entrevistado 14 (Resp14)	Mãe da criança, 35a, residente em Fortaleza-CE. Casada. Ensino Médio incompleto. Vendedora Autônoma. Casa. Dados Criança: Sexo masculino. Idade: 8a 3m.
Entrevistado 15 (Resp15)	Mãe da criança, 38a, residente em Aquiraz-CE. Divorciada. Ensino Médio Completo. Dona de Casa. Dados Criança: Sexo feminino. Idade: 7a.
Total de entrevistados	15

Quadro 3 – Caracterização dos participantes do estudo (profissionais de saúde – Grupo II) que atuam no setor de implante coclear de um serviço terciário de Fortaleza

Profissional de Saúde	Perfil do participante
Profissional 1 (prof1)	Médico, Otorrinolaringologista e Cirurgião, Chefe Staff do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Geral de Fortaleza. Membro da equipe de Implante Coclear como responsável pela Avaliação Médica pré-cirúrgica e (Exames clínicos e de imagem) e médico-cirurgião para colocação do implante. Vínculo Estatutário.
Profissional 2 (prof2)	Fonoaudióloga. Membro da equipe de Implante Coclear como chefe do serviço de Fonoaudiologia. Responsável pela Avaliação Audiológica do candidato à cirurgia (momento pré-cirúrgico), Telemetria de Resposta Neural (momento cirúrgico) e mapeamentos de programação (momento pós-cirúrgico). Vínculo estatutário.
Profissional 3 (prof3)	Fonoaudióloga. Membro da equipe de Implante Coclear como responsável pela Reabilitação Fonoaudiológica da criança implantada. Realiza acompanhamento semanal das crianças em sessões de atendimento para treinamento auditivo e habilitação da linguagem. Vínculo Estatutário.
Profissional 4 (prof4)	Psicóloga. Membro da equipe de implante coclear como responsável pela avaliação psicológica do candidato ao implante coclear e de seus familiares. Investiga as condições psicológicas da criança e da família para decisão de estarem aptos a realizarem a cirurgia. Vinculo estatutário.
Profissional 5 (prof5)	Assistente Social. Membro da equipe de implante coclear como responsável pela avaliação sócio-familiar do candidato ao implante coclear e de seus familiares. Investiga as condições sócio-econômicas da família para decisão de estarem aptos a realizarem a cirurgia. Vinculo estatutário.
Total	05 participantes

4.1 Caminho desde a descoberta da surdez até o serviço de implante coclear

Nesta temática detectamos três categorias marcantes: a descoberta da surdez, a procura pelos serviços de saúde e a chegada até o Serviço de Implante Coclear do Hospital Geral de Fortaleza.

4.1.1 A descoberta da surdez

Sobre a trajetória dessa criança até chegar à realização da cirurgia, um longo caminho foi traçado pela maioria delas. A descoberta da surdez, nem sempre diagnosticada precocemente, foi observada pela maioria dos sujeitos, como é demonstrada nas falas a seguir:

[...] com um ano e seis meses eu já via nela a diferença das outras crianças. As crianças dessa idade já se interessavam por brinquedo, fazem barulho e também começavam a balbuciar alguma palavrinha por mais pequena que seja. [...] se fosse um brinquedo que tivesse luzes, mesmo que tivesse som, ela não se interessava. Só queria brincar se tivesse luz e movimento [...] (Resp07)

Com um ano a gente percebia que ela era muito calminha. Que não acordava com barulho [...] mas eu achava que era normal. Ela foi ficando maiorzinha, e comecei a perceber que ela não reagia quando a gente chamava. Ela já tinha quase dois anos. Aí procurei o médico do posto lá em Quixeré e ele me pediu um exame, mas que tinha de ser feito em Fortaleza, pois lá não tinha [...] (Resp09)

Desde que ele era pequenininho apresentava algum problema [...] não sabia o quê, mas meu coração de mãe dizia que tinha alguma coisa errada [...] ele era muito quieto, não se interessava por brinquedos, apenas aqueles que tinham movimento. Se fizesse som, ele não reagia. Teve problemas no nascimento [...] teve falta de oxigenação ao nascer [...] aí percebemos que ele tinha problemas auditivos [...] (Resp11)

Observamos com essas entrevistas, que a descoberta da surdez acontece na maioria dos casos, em idade tardia, muitas vezes por uma atenção básica fragilizada, que não detecta essas dificuldades. As mães percebiam que seus filhos podiam ter alguma dificuldade, mas como a surdez se pronuncia como uma dificuldade silenciosa, o diagnóstico se tornou mais difícil.

Costa (2000) reafirma que as suspeitas dos pais de uma possível surdez, não ocorrem logo nos primeiros meses, pois o desenvolvimento de uma criança que nasce surda processa-se normalmente, tal como na criança ouvinte. Assim, as suspeitas de surdez ficam adormecidas, uma vez que as crianças surdas tal como as ouvintes têm comportamentos adaptados às interações estabelecidas entre elas e os adultos mais próximos e, deste modo, só por volta do um ano de idade é que as diferenças e as dificuldades de comunicação são notadas.

Uma forma de detectar precocemente a surdez de uma criança é a realização do teste da orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal nos primeiros dias de vida. Após a sua realização é possível iniciar o diagnóstico e o tratamento das alterações auditivas precocemente. O Conselho Federal de Fonoaudiologia e outras entidades brasileiras recomendam que o exame seja realizado na maternidade, antes da alta hospitalar.

O teste da orelhinha é rápido, indolor e não tem contraindicação. A Lei Federal nº 12.303/2010 tornou obrigatória e gratuita a realização do exame e espera-se que todos os hospitais e maternidades do Brasil ofereçam o teste (BRASIL, 2011). Porém, o que acontece na prática é que nem todas as crianças recebem esse atendimento ainda na maternidade. Muitas delas, também não terão acesso após alta hospitalar, ocasionando uma desafagem nesta triagem.

Neste exemplo abaixo, percebemos com o teste da orelhinha foi eficaz na detecção precoce da surdez de uma criança.

Ele nasceu no Cesar Cals e com poucos dias fez o teste da orelhinha. Mandaram a gente retornar com três meses, pois ele não tinha reagido. Ele nasceu prematuro e elas disseram que podia acontecer isso. [...] fez novamente e deu ausente de novo. Aí ela me encaminhou para o NUTEP para fazer outros exames [...] aí confirmou a surdez dele. Disseram que deveria usar aparelho auditivo [...] quando ele tinha ainda 11 meses a médica de lá me encaminhou pra cá (HGF) que ele podia fazer uma cirurgia pra colocar o implante. (resp08)

Esse caso demonstra como um diagnóstico precoce acelera o caminho de uma criança ao seu tratamento. Porém, observamos que não acontece frequentemente e a maioria das crianças perde um tempo precioso no diagnóstico.

O intervalo de tempo que permeia entre as suspeitas e o diagnóstico, é um período em que aumenta nos pais a preocupação de que algo está errado, criando ansiedade, também alimentada pelas dificuldades em diagnosticar a surdez pelos profissionais (COSTA, 2000).

Observamos neste trecho uma mãe que percebeu a dificuldade de seu filho, mas que não foi, inicialmente, apoiada por outros membros da família:

Nos primeiros meses de vida, quando você fala com a criança, que ela lhe dá atenção [...] comecei a observar que eu fazia barulho e ela não olhava. Foi quando eu comecei a perceber a surdez dela lá em casa, mas ela só foi diagnosticada mesmo com nove meses. Porque, até então, as pessoas que eu comentava que ela poderia ser surda, o pai dela e a minha mãe, diziam que não. Que eu é que estava imaginando coisas [...] por ela ser muito ativa, sempre brincava e interagiu muito bem com as pessoas da família. Então as pessoas achavam que não era surda. Só com nove meses eu resolvi levar para o otorrino, e ela constatou a surdez. Foi encaminhada para o BERA e os outros demais exames que confirmaram a surdez profunda. (Resp15)

Observamos que a identificação precoce possibilitaria uma reabilitação imediata e diminuiria os problemas de ordem psicológica, social e linguística, tais como os de linguagem oral, dificuldades de leitura e distúrbios comportamentais. Por isso, as mães que tiveram alguma intercorrência em algum momento de sua gravidez ou que tiveram problemas durante o parto devem ficar alerta para observarem algum indicador de risco para a deficiência auditiva e diagnosticarem o mais precocemente possível.

As intercorrências pré, peri e pós-natais caracterizam os Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA). Os IRDA são: permanência em UTI por mais de 48h; asfixia perinatal grave; meningite bacteriana; infecções intra-uterinas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes); anomalias craniofaciais, incluindo anormalidades morfológicas do pavilhão auricular e do Consulto Auditivo Externo (CAE); hiperbilirrubinemia /exsanguíneo transfusão; história familiar de perda auditiva; peso inferior a 1.500 g; ventilação mecânica por mais de 5 dias; síndromes associadas à perda auditiva condutiva ou neurossensorial; medicação ototóxica, usados por mais de 5 dias e diuréticos usados em combinação com os aminoglicosídeos (MAIA; SILVA; TAVARES, 2012).

A importância da pesquisa desses indicadores está relacionada, principalmente, ao fato de que a audição normal ao nascer não impede o início tardio de perda auditiva e/ou a progressão da perda auditiva já existente ao nascimento, bem como a observação e acompanhamento de crianças que não apresentaram ao nascer nenhum dos IRDA, mas podem desenvolver uma deficiência auditiva (MAIA; SILVA; TAVARES, 2012).

Podemos perceber nas entrevistas abaixo a preocupação de duas mães:

Desde que ele nasceu, ficamos de alerta para algum problema. Ele teve problemas de oxigenação na hora do parto e sabíamos que podia ter alguma dificuldade. Desde o início, observamos que ele era muito parado, não balbuciava [...] e mesmo com meses já procurei atendimento para fazer seus exames auditivos. Fez o teste da orelhinha três vezes, e todas as vezes acusava ausência de resposta. Percebemos, então, que ele poderia ter problemas auditivos. (Resp08)

Quando ela tinha nove meses, eu percebi que ela demorava a responder [...] na verdade como ela nasceu prematura, ela teve três paradas respiratórias, aí eu comecei a fazer todos os exames, aí eu descobri que em casa ela não se assustava, aí quando eu fui pra pediatra ela me encaminhou para um otorrino [...], que na época trabalhava com o médico aqui do HGF. E quando eu cheguei lá a gente fez um exame, [...] que o mesmo exame que eu tinha feito há dois meses tinha dado que ela não escutava [...] (Resp03)

No primeiro, observamos que a criança teve um atendimento mais precoce, com a suspeita da surdez investigada desde o seu nascimento. No segundo, temos um contraponto, em que, mesmo com dificuldades apresentadas pela criança durante o parto, a surdez só foi diagnosticada aos nove meses de idade. Esses dois casos apresentados, reforçam a necessidade de se ter uma atenção maior às crianças que tiveram complicações durante algum momento, seja durante a gestação, ou nos momentos peri-natal ou pós-natal.

Após as suspeitas por parte da família, principalmente por parte da mãe, pois é ela quem convive a maior parte do tempo nos primeiros meses de vida da criança, há um longo percurso até a descoberta da surdez. Com as dificuldades de acesso aos profissionais de saúde, o diagnóstico vai ficando cada vez mais tardio e as implicações na vida da criança tendem a aumentar.

Corroborando com a afirmação anterior, Amaral (2005) relata que há dificuldades de acesso aos serviços de saúde, onde a primeira consulta e os exames de detecção da surdez se prolongam por meses, tornando o tempo de espera para os pais muito árduo e doloroso, além de se estender o início da terapêutica indicada.

Após a descoberta precoce da surdez, o profissional de saúde tem papel fundamental na orientação familiar quanto a todas as possibilidades para essa criança. A decisão da família afetará todo o seu futuro, quanto à escolha de um tratamento mais adequado. E uma das estratégias mais acertadas pelos profissionais tem sido propiciar aos familiares todas as informações necessárias quanto à surdez, podendo, inclusive, facilitar seu contato com outros familiares que vivenciaram a mesma realidade.

Nesse sentido, faz-se necessário que, além de obter informações diagnósticas claras, os pais precisam receber orientações quanto aos cuidados e procedimentos básicos em relação à criança e informações sobre as oportunidades educacionais, os recursos de assistência intelectual, emocional e financeira, bem como dos serviços de reabilitação disponíveis na comunidade para crianças surdas (BUSCAGLIA, 2006).

Dessa forma, o ideal é que essa busca pelo tratamento comece o mais breve possível para não comprometer o seu desenvolvimento, pois o diagnóstico inicia apenas uma extensa jornada para a criança surda nos serviços de saúde.

4.1.2 A busca pelos Serviços de Saúde

Da análise geral de todas as entrevistas, parece ressaltar um aspecto que domina e caracteriza o comportamento desses pais. Trata-se da preocupação com a comunicação, como se comunicar com a criança e como esta pode se comunicar com eles e com os outros. É o que motiva a procura por um atendimento especializado para as suas necessidades.

Porém, o que percebemos é uma longa caminhada. Alguns familiares peregrinam, muitas vezes, desorientados, sem saber como procurar por esses

serviços e muitas vezes ainda sem diagnóstico. Vejamos então um relato de mãe que demonstra esse longo caminho:

Ainda tínhamos que fazer o BERA para ter a certeza de seu problema auditivo. Conseguimos na UNIFOR [...] fizemos e deu a certeza [...] ainda tínhamos que ir atrás de fazer alguma coisa [...] ele usou aparelho auditivo por cinco meses para testar se funcionava, se resolveria seu problema [...] Lá no município, por um período de mais ou menos dois anos, fez tratamento com fonoaudióloga, mas não deu muito resultado. A sua surdez era profunda e o aparelho não adiantava [...] (Resp10)

Outra situação que observamos é quando a família é desacreditada na sua suspeita, atrasando o diagnóstico e o início do tratamento. Esse depoimento abaixo representa o caso de um médico não acreditar nas suspeitas da mãe:

Fui no posto e falei pro médico que a gente chamava e ela não ouvia [...] ele foi até um pouco ignorante comigo, pois dizia que as mães procuram saúde pros filhos e eu tava procurando doença [...] Mas eu como mãe, apesar de ter tido ela com 17 anos, tinha noção que alguma coisa tava errada. Ele não quis me dar o encaminhamento, pois só assim eu poderia fazer os exames dela. Dentro de seis meses eu ia lá, pra ele me dar essa bendita ficha de referência, mas ele não me deu. Até que ele tirou férias e outra pessoa ficou no lugar dele. Aí eu expliquei e ela dizia que achava que ela tinha problema de audição. Aí logo eu não quis muito acreditar, não era bem o que eu queria ouvir, mas então vamos em frente [...]a partir daí marcamos o exame, e quando ela fez foi diagnosticado a perda profunda, [...] foi um abalo, mas que a gente superou e estamos aí, e a partir daí começou [...] (Resp07)

A insatisfação em relação ao apoio dos profissionais médicos para o diagnóstico é grande, por estes não acreditarem nas suspeitas dos pais, afirmando que a criança ouve. Por outro lado, também temos o caso de pais que não acreditam no diagnóstico da surdez, contrariando a opinião médica. Os pais acabam, então, por procurar outros profissionais que confirmem as suas esperanças, atrasando assim, a intervenção precoce necessária à criança (RODRIGUES; PIRES; 2002).

Essas divergências aumentam o grau de insatisfação e conduzem também à criação de falsas expectativas por parte de alguns pais, bem como de revolta por outros. Esse momento da descoberta da surdez é permeado por sentimentos de negação e/ou luto. A forma como essa notícia é transmitida aos pais pode ter influência decisiva nas reações vivenciadas por eles, uma vez que o diagnóstico

pode gerar um impacto aos mesmos, caracterizada por sentimentos de desconforto, como angústia, medo, culpa e vergonha (SINASON, 1993).

Algumas relatam que ao receberem a notícia, logo procuraram pelo tratamento de seus filhos:

Quando eu descobri ele tinha quase 1 ano. Aí eu pensei que tinha que fazer alguma coisa, que não podia ficar esperando mais tempo. A médica lá do município me encaminhou para Fortaleza e consegui vaga no NUTEP. Lá foram feitos todos os exames que confirmaram a sua surdez e também conseguimos o aparelho auditivo dele. (Resp05)

Porém há dificuldades e demora até chegar a um serviço, com mais resolubilidade, considerando que se trata de serviços que deveriam estar conectados para resolver os problemas de saúde. É visível a falta de cobertura da assistência na rede básica, fazendo com que alguns usuários busquem de imediato o atendimento numa unidade especializada, sem que houvesse um diálogo dos profissionais com as outras instâncias do cuidado, de modo a facilitar a integração dos serviços.

Eu acho que demorou muito, que poderíamos ter tido a certeza mais cedo. Mas pensamos que tínhamos que resolver a situação e fomos atrás do tratamento dela. Esperar não adiantava mais. (Resp07)

Também encontramos exemplos de familiares que buscam serviços de saúde através de outras formas complementares ao SUS para facilitar seu atendimento:

Nós temos plano de saúde. Foi o que ajudou a acelerar o tratamento dele. A médica que nos atendeu também trabalha aqui. Ela disse que não fazia parte da equipe do HGF, mas que podia encaminhar para cá. Todos os exames já estavam feitos. Ficou mais fácil. Assim, agilizou e ele conseguiu logo entrar na fila de espera para a cirurgia. Se eu não tivesse plano, ia demorar mais. (Resp01)

Nesta busca pelos serviços de saúde, os usuários procuram por alternativas para conseguir chegar até o serviço que tanto necessitam. Segundo os profissionais da equipe de implante coclear essa situação acontece com frequência. Quando são

solicitados exames para avaliação do paciente, muitos familiares utilizam de planos de saúde para a sua realização, com o intuito resolver mais rapidamente.

Cecílio (1997) evidencia que os usuários acessam o sistema onde é mais fácil ou possível seu atendimento, daí sua forte chamada à necessidade de repensar alguns princípios que orientam o modelo assistencial do SUS. Isso reforça a grande demanda de usuários que chegam até o serviço terciário por meio de uma procura espontânea.

Como exemplo, podemos destacar alguns relatos de mães que procuraram diretamente o serviço de implante coclear do Hospital Geral de Fortaleza e disseram que foi fácil conseguir a primeira consulta para o seu filho:

Lá no meu município, o médico do posto deu um encaminhamento e depois fui até a secretaria de saúde para colocar no sistema. Me entregaram um papelzinho encaminhando para cá (HGF). Aí eu liguei para cá e mandaram eu vir logo. Achei maravilhoso. Conseguimos a consulta em poucos dias e já começamos a fazer todos os exames. Graças a Deus deu tudo certo. (Resp15)

Fui encaminhada do Horizonte mesmo. Colocaram o nome de minha irmã na Central de Regulação de lá, e ficou na lista de espera. Mas a gente não esperou. A mãe veio pessoalmente até aqui com esse papel e conversou, aí a gente acabou conseguindo. Elas marcaram a data da avaliação, que é a primeira consulta com a Dra. X e o Dr. Y. Aí começou tudo. (Resp06)

Contrapondo a essa realidade, também temos relatos de usuários que não conseguiram chegar facilmente até os serviços de saúde auditiva. Um fator determinante dessa dificuldade é a distância entre os usuários e os serviços especializados, já que os mesmos se concentram nos grandes centros urbanos. Segundo o relato de uma das mães de crianças atendida pelo serviço, observamos a sua dificuldade em relação à distância de sua cidade à capital cearense:

Graças a Deus conseguimos o tratamento dela aqui. Mas não é fácil. Tenho que vir toda semana para a terapia fonoaudiológica, gastamos transporte, e também deixo minha filha pequena em casa. Ela só tem seis meses e tem que ficar com a minha irmã. Infelizmente, não temos esse tratamento na minha cidade. Lá tudo é muito precário, só tem mesmo aqui em Fortaleza. (Resp04)

A Rede de Saúde Pública precisa integrar os seus serviços para facilitar os casos em que alguns pacientes têm que percorrer muitos quilômetros para fazer um tratamento. A maioria dos municípios oferece esse serviço de transporte de seus usuários, mas às vezes não conseguem vaga na data marcada, pela grande demanda de pacientes que utilizam do mesmo. A distância entre esses serviços especializados e os usuários compromete seu atendimento.

Mesmo com todas as dificuldades em que a maioria dos participantes percorreu para chegar até o serviço de implante coclear do Hospital Geral de Fortaleza, observamos que essa busca trouxe a realização da cirurgia dessas crianças. Algumas com maior dificuldade, outras com menor dificuldade.

4.1.3 Acesso até o serviço de implante coclear do HGF

Ao analisamos algumas entrevistas dos familiares bem como o relato dos profissionais de saúde, pudemos perceber que muitas vezes foram utilizados de meios fora de um sistema regulatório para chegar até o serviço terciário de implante coclear. Vejamos o exemplo:

Cheguei aqui porque tinha plano de saúde. O médico do plano conhecia o cirurgião e me deu um encaminhamento. Ao chegar aqui, fui bem recebida, mas sei que se tivesse numa fila ia demorar mais. (Resp14)

Segundo a Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que “*Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS*” a operacionalização do acesso às ações e serviços de saúde deve atender aos seguintes princípios: o processo regulatório deve ser centrado no usuário e não na oferta; devem ser esgotados todos os recursos da atenção básica antes de referenciar os usuários para outros níveis de atenção; e, deve-se definir prioridades de acesso a outros serviços ou níveis de atenção (BRASIL, 2008).

Como percebemos, é imprescindível que os serviços de saúde estejam organizados em uma rede de atenção para referenciar seus usuários, sendo observada a classificação de risco, a vulnerabilidade desse usuário e a garantia da continuidade do cuidado.

Analizamos abaixo alguns trechos de entrevistas de familiares que relatam como conheceram e chegaram até o Serviço de Implante Coclear do HGF:

Quem me falou foi meu pai que viu na televisão. Estava passando uma reportagem da primeira criança operada no Ceará pelo SUS. Aí eu fiquei ansiosa e não esperei nada. Vim até aqui pessoalmente e me pediram para trazer todos os exames dela, em uma data agendada por eles. (Resp06)

Foi a fonoaudióloga lá do NUTEP que comentou se eu sabia da existência do serviço aqui do HGF. Ela disse que minha filha tinha todas as condições para ser operada e achava que eu conseguiria. Ela me encaminhou para a médica de lá que me deu um encaminhamento para cá. Eu liguei e consegui marcar. (Resp02)

Eu vim porque fui a uma consulta com um otorrino pelo plano de saúde da empresa de meu marido. Ele falou que podia me encaminhar para uma cirurgia que podia ajudar muito meu filho. Me explicou e eu fiquei muito feliz, pois meu filho podia aprender a falar. Aí eu vim até aqui e consegui marcar. Em poucos dias, fui atendida. (resp11)

Meu filho estava na lista de espera para uma consulta lá em Natal, pois lá tinha essa cirurgia e aqui não. Quando fui fazer a consulta de avaliação lá, me informaram que aqui no Ceará estavam iniciando as cirurgias de implante coclear e que seria mais fácil para mim, pois era no meu estado. Me deram o telefone e eu liguei. Estavam começando e tinham feito apenas duas cirurgias quando cheguei aqui. (Resp10)

Observamos que todos os usuários que chegam até o serviço de implante coclear relatam a indicação ou encaminhamento por um profissional ou ainda outra forma de acesso. Não conseguimos ainda encontrar algum que tenha sido encaminhado pela Central de Regulação. Isso denota que o acesso regulado ao serviço terciário de saúde auditiva, no Ceará, por um sistema informatizado ainda não está efetivamente funcionando.

De acordo com os relatos dos profissionais, a espera pelo sistema de regulação é muito demorada. O processo de marcação de consultas de novos pacientes acontece *in loco* na recepção do ambulatório, ou ainda por telefone. Dessa forma, os usuários podem ser agendados para a primeira consulta, onde é feita uma avaliação inicial pelo médico e fonoaudióloga chefes das equipes para se decidir se são candidatos ou não à cirurgia de implante coclear.

A primeira avaliação é uma pré-seleção, através de uma anamnese, onde são levantadas todas as informações para decidir se o mesmo está dentro dos critérios da portaria ministerial que regulamenta tal procedimento, critérios esses já descritos anteriormente. É o momento que a equipe dá um posicionamento para a família se dará continuidade ou não à sua permanência no programa, ou se o exclui.

A equipe do implante coclear tem que explicar à família a necessidade de se cumprir essa portaria, justificando o caso de não poder ser candidato à cirurgia. Realizará então orientações quanto a outras estratégias de tratamento possíveis, e, se for o caso, encaminhá-lo para o programa para recebimento de AASI no próprio serviço.

4.2 Produção do cuidado à criança surda

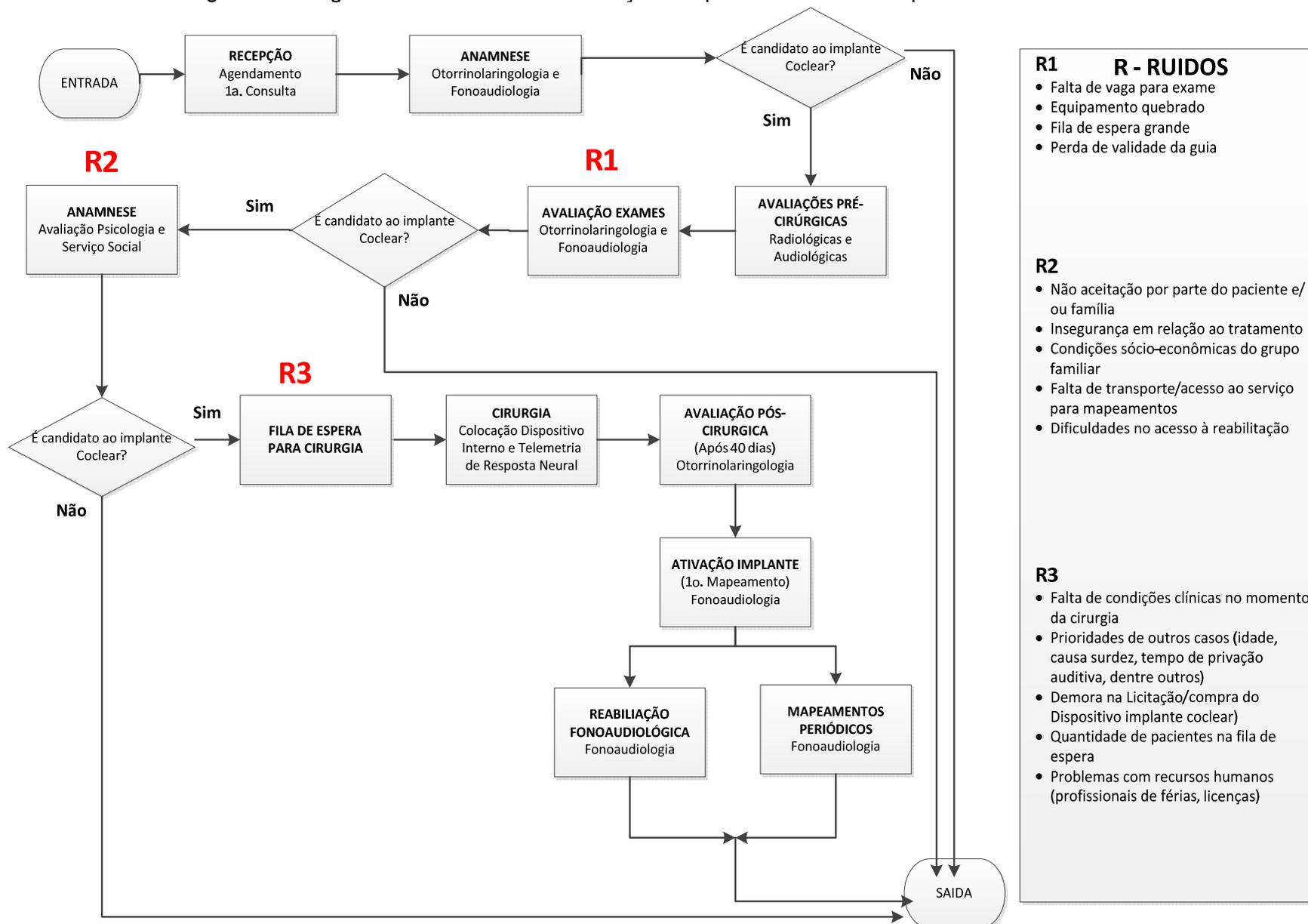
A integralidade como princípio norteador do cuidado às crianças atendidas pelo programa de implante coclear vem acompanhando toda a trajetória destas no serviço. Na análise das entrevistas dos profissionais de saúde, podemos reconhecer a preocupação destes com os usuários.

Nessa temática encontramos as categorias referentes aos fluxos de atendimento no serviço de implante coclear, destacando o cuidado pelos profissionais de saúde, pela família e a percepção desta sobre o tratamento de seu filho.

4.2.1 O cuidado pela equipe de saúde: fluxos de atendimento no serviço de implante coclear

Os profissionais de saúde que participaram da oficina descreveram os fluxos de atendimentos do serviço, apresentando, também, alguns ruídos que interferem na continuidade do cuidado a esses usuários. Analisando o fluxograma construído pelos profissionais, podemos verificar como o atendimento do serviço de implante coclear do HGF ocorre (figura 6).

Figura 6: Fluxograma do atendimento do serviço de implante coclear do Hospital Geral de Fortaleza



A construção do Fluxograma Analisador proposto por Mehry funcionou como um importante dispositivo para trazer um olhar sobre as relações entre os trabalhadores, os usuários e o serviço. Com a compreensão dessas relações, concluímos que os profissionais de saúde são responsáveis pelos seus usuários, e isso traz uma significância muito grande em relação à produção do cuidado. Também diante das diversas entrevistas realizadas podemos compreender, de forma geral, como os usuários percebem o acolhimento e, conseqüentemente, o cuidado a seus filhos:

Desde quando chegamos aqui, fomos muito bem atendidos. Demorou um pouco até chegar o dia da cirurgia da minha filha, mas eu entendo que tinha muita gente na frente [...] Quando eu chego aqui me sinto no céu. Adoro todos eles [...] Eu costumo dizer que são meus anjos. (Resp03)

Aqui é ótimo. Eles acompanham desde o começo, querem saber se tudo tá ocorrendo bem [...] ela até tá fazendo fonoaudiologia [...] ainda não tinha conseguido em canto nenhum [...] (Resp04)

Tem gente que fala que o hospital particular é melhor [...] eu não tenho condições de pagar um hospital particular. Mas o Hospital Geral passa por cima de todos, porque o atendimento é bom, sempre precisou de exames, e aqui tem tudo, bem organizado. Até hoje não tenho nada do que reclamar [...] (Resp07)

Mehry e Franco (2003) apostam nessas tecnologias leves – tecnologias das relações – para ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde pelo princípio da integralidade, que significa ter um sistema que garanta o fluxo seguro aos usuários a todos os níveis de atenção e o acesso às tecnologias de cuidado necessárias à resolução de seus problemas de saúde.

Podemos entender então que a integralidade pode ser entendida como os diferentes dispositivos, como o acesso ao serviço de saúde, o vínculo entre os profissionais e os usuários, e a responsabilização e a resolubilidade na construção das linhas de cuidado em todos os serviços da rede de atenção à saúde. E a articulação existente nas relações entre profissionais de saúde e usuários pode ser vista como possibilidade de abertura para uma comunicação, permitindo uma melhor compreensão dos problemas de saúde dos mesmos.

Entendemos que a forma como o usuário é recebido produz uma primeira sensação de acolhimento, diante de sua necessidade:

Quando cheguei fiquei muito feliz. Todas as pessoas foram muito atenciosas. Fui muito bem atendida e na medida do possível as coisas aconteceram num tempo curto. Talvez porque meu filho foi um dos primeiros a chegar aqui. Em pouco tempo ele tava operado. (Resp10)

Foi muita sorte [...] tem tanta gente que demora tanto para conseguir [...] (Resp06)

Os estudos mostraram que a qualidade de vida dos usuários pode aumentar, visto que diante da satisfação com o atendimento realizado, a adesão ao tratamento prescrito passa a ser mais intensificada bem como a continuidade na utilização dos serviços de saúde (ARAKAWA; LOPES-HERRERA; CALDANA; TOMITA, 2012)

Os profissionais de saúde do estudo demonstram uma profunda vinculação com as famílias e os usuários. Estes se preocupam desde o acolhimento até a continuidade do cuidado, quando procuram organizar os retornos dos mesmos de acordo com as condições da família. No caso dos mapeamentos são agendados na data ou período que mais convém à família, bem como estes tem total acesso, mesmo por telefone, para mudanças nesse agendamento. Confirmamos com o depoimento dessa mãe:

Depois que chega até aqui o atendimento é rápido. O demorado é conseguir chegar até aqui, porque não depende deles. Aqui eles marcam dia e hora e somos atendidos na hora certa [...] facilita a minha vida, já que sou do interior. (Resp01)

Concluimos então, que os profissionais mostram comprometimentos com o tratamento com os seus usuários no atendimento às suas necessidades e demandas. As famílias demonstram claramente esse sentimento em seus depoimentos, quando são questionados como é o atendimento recebido no serviço:

É maravilhoso [...] os profissionais são muito atenciosos e preocupados com a gente. A minha filha é muito bem recebida aqui. É difícil a gente ser bem atendida num serviço público. A cada dia tenho mais certeza que fiz a coisa certa. (Resp02)

As práticas acolhedoras e os laços afetivos entre os sujeitos possuem uma abordagem que contempla a continuidade do cuidado e um vínculo com a responsabilização, assegurando, assim, ações direcionadas para a resolutividade de seus problemas.

Após conhecido como se dá o cuidado a esse usuário, analisamos agora como se dá a chegada deste até o serviço. Observa-se que se dá de diversas formas, mas as mais frequentes são as indicações por outro profissional ou serviço e a demanda espontânea, onde a procura pelo serviço é realizada sem encaminhamentos. Muitas vezes, os familiares recebem esta informação da existência do serviço no hospital e vem diretamente para tentar um atendimento para seu filho.

Consideramos a entrada desse usuário no serviço no momento em que ele agenda o seu primeiro atendimento e é a primeira fase a ser superada pelo usuário. Uma das dificuldades em garantir o acesso de forma universal decorre da inexistência de uma rede integrada de ações e serviços, para atender às suas necessidades (ASSIS; NASCIMENTO; FRANCO; 2010).

Segundo os profissionais de saúde, ao chegar ao serviço, o usuário é agendado para uma avaliação inicial com a fonoaudióloga e o médico otorrinolaringologista, concomitantemente. Nesse momento, o candidato é aceito ou não para o Programa de Implante Coclear e o profissional deve ter responsabilidade para dar essa notícia à família. Diante da esperança de um tratamento para o seu filho, uma resposta negativa tem que ser dada com muita sensibilidade e com todas as orientações sobre a continuidade de seu tratamento.

Para as crianças que atingem os critérios de candidata ao implante, o próximo passo é a realização de uma avaliação criteriosa. O Serviço de Implante Coclear do HGF utiliza as diretrizes clínicas, de acordo com a portaria ministerial que normatiza os critérios para o atendimento de crianças portadoras de surdez e candidatas à cirurgia de implante coclear. Nele, todos os critérios de inclusão são descritos através de condições a serem preenchidas pela criança. Dentre elas, além das condições clínicas, como condições anatômicas e audiológicas, os usuários e seus familiares têm que passar por avaliação psicológica e do serviço social.

Algumas dificuldades na realização das avaliações, principalmente clínicas, foram apresentadas pelos trabalhadores de saúde, de acordo com suas experiências e relatos dos familiares. São elas: falta de vaga para realização de tomografias e ressonância magnética, equipamento quebrado, fila de espera, dentre outros.

Percebemos essas dificuldades na maioria dos casos. O relato de uma mãe demonstra essa realidade.

Para chegar até o dia da cirurgia demorou um pouco. Quando o doutor pediu a ressonância e a tomografia, a gente já tinha feito todos os outros exames, como o de sangue e os de audição, que fiz no próprio setor de implante no hospital. A máquina daqui do HGF estava quebrada e ficamos esperando [...] mas demorava muito, aí acabei fazendo numa clínica de preço popular. (resp09)

Os familiares, muitas vezes, procuram uma alternativa para a realização dos exames utilizando-se de serviços particulares para agilizar o tratamento do seu filho, o que vai contra os princípios do SUS e a constituição, em seu artigo 196, que cita a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Os profissionais de saúde relatam que, para melhor fluxo de atendimento do setor de implante coclear ainda é necessário uma articulação mais estreita com outros setores do próprio hospital para superar alguns ruídos que dificultam o acesso e a rapidez para a realização de exames pré-operatórios. Mas é importante frisar que sempre existem leitos disponíveis para essa cirurgia no hospital, não sendo isto uma dificuldade encontrada.

No relato dos profissionais de saúde durante a construção do fluxograma, as avaliações psicológicas e do serviço social tem tanta importância, quanto às avaliações clínicas e audiológicas. Esses profissionais têm a responsabilidade de tornar o candidato apto ou não, comprometendo o sucesso do tratamento dessa criança. Segundo eles, se uma criança e seus familiares não forem aprovados na avaliação psicológica e/ou serviço social, mesmo estando aprovada nas avaliações clínica e audiológica ela não receberá o implante.

Relataram ainda alguns fatores que podem interferir na decisão da avaliação psicológica e do Setor do Serviço Social. Dentre eles podemos destacar: a não aceitação por parte do paciente e/ou da família do dispositivo, sentimentos de insegurança em relação ao tratamento, condições socio-econômicas insuficientes, dificuldades no acesso/transporte ao serviço para continuidade do cuidado, como as sessões de mapeamento e dificuldade no acesso para reabilitação fonoaudiológica.

Como contraindicações para a realização do implante coclear a equipe considera algumas, como exemplo: crianças que apresentam algum comprometimento neurológico associado à deficiência auditiva, condições médicas ou psicológicas que possam contraindicar a cirurgia, deficiência auditiva causada por agenesia da cóclea, bem como processos psíquicos que impeçam a capacidade de memória e de atenção. Desde 1997, Bevilacqua e Moret já relatavam essas contraindicações.

Abaixo o relato de uma mãe, sobre o seu fluxo dentro do serviço:

A primeira consulta foi com a Dra. X (*fonoaudióloga*), que me fez diversas perguntas sobre a deficiência auditiva dele, desde que nasceu até descobrir o seu problema de audição. Preencheu uma ficha e no mesmo dia fui atendida pelo Dr. Y (*otorrino*) que me pediu vários exames: tomografia, ressonância, exames de sangue, e que eu retornasse quando tivesse os exames. Fiz tudo aqui mesmo no HGF, mas demorou um pouco. [...] Quando recebi os resultados, voltei e eles disseram que estava tudo bem, mas que tinha que fazer outras avaliações [...] fui atendida por uma psicóloga e uma assistente social, que me atenderam muito bem [...] quando retornei depois de alguns dias, me disseram que meu filho estava pronto para a cirurgia, que tinha só que aguardar ser chamada. (Resp11)

Aprovado em todas as avaliações anteriores, o candidato ao implante coclear é considerado apto a entrar na fila de espera para a cirurgia. Esta fila, segundo os profissionais de saúde, pode ser influenciada pela quantidade de pacientes, falta de condições clínicas no momento da cirurgia (infecções, anemia, dentre outras), prioridades de outros usuários (idade, causa da surdez, tempo de privação auditiva, dentre outros) e problemas/demora na aquisição do dispositivo pelo Sistema Único de Saúde. Conforme o relato de uma mãe, podemos compreender essas dificuldades:

Mesmo tendo demorado um pouco conseguimos fazer todos os exames. Aí a Dra X disse que a gente esperasse para fazer a cirurgia. Mandaram ele tomar as vacinas e que quando tivesse tudo pronto, ligasse para avisar. Conseguimos as vacinas e avisamos. Ficamos aguardando por mais ou menos três meses. Até que chegou o dia da cirurgia. (Resp11)

Ainda segundo o que descrevem os profissionais, tendo sido ultrapassadas todas essas fases, a criança recebe o componente interno do implante através de procedimento cirúrgico realizado pelo cirurgião otológico, com a participação da fonoaudióloga que realiza a Telemetria de Resposta Neural. Encerra-se, neste momento, um ciclo do fluxo de atendimento ao usuário desde a sua entrada no serviço à cirurgia.

Para a continuidade de seu cuidado um novo fluxo de atendimento se inicia com a ativação do implante coclear, os mapeamentos periódicos (programações do implante) e a habilitação/reabilitação fonoaudiológica. Ainda na figura 6 podemos observar esse fluxo após a cirurgia.

Após aproximadamente quarenta dias do procedimento cirúrgico é agendado o retorno da criança ao Serviço de Otorrinolaringologia para avaliação pós-cirúrgica e posterior encaminhamento ao setor de Fonoaudiologia para a ativação do dispositivo, ou seja, quando se inicia o seu funcionamento. Essa ativação marca o primeiro mapeamento realizado no dispositivo, aonde são registrados os primeiros programas de funcionamento do mesmo. A ativação do implante coclear marca o primeiro contato da criança com o mundo sonoro.

Nas sessões de mapeamentos posteriores, a criança tem que retornar ao serviço bimestralmente, para novas programações do dispositivo. Essas programações têm o intuito de adequação das frequências sonoras, de acordo com a adaptação auditiva da criança. São estabelecidos o estímulo mínimo perceptível e o máximo tolerável para cada implantado. As sessões de ajustes são necessárias porque o nervo auditivo se adapta progressivamente aos estímulos e o cérebro leva um tempo para interpretar esses novos sinais.

Apesar dos notáveis benefícios que o implante coclear proporciona nas crianças deficientes auditivas, o dispositivo por si só não faz com que o desenvolvimento auditivo e linguístico aconteça. A cirurgia é apenas o primeiro

passo. Após é necessária a realização de uma terapia fonoaudiológica sistemática, com ênfase na função auditiva para o desenvolvimento da linguagem oral, com profissionais competentes e especializados, em parceria com a família da criança.

Essas sessões de fonoaudiologia poderão ser realizadas no próprio hospital, ou ser referenciado a seu município de origem, se tiver profissional fonoaudiólogo que o acompanhe.

4.2.2 Cuidado pela família: participação, envolvimento e corresponsabilização

As famílias das crianças submetidas à cirurgia de implante coclear, na nossa observação, são participativas e envolvidas com o tratamento do filho. São cientes que fazem parte integrante do processo, e que o desenvolvimento da linguagem é produto das relações interpessoais construídas através desse envolvimento.

As entrevistas mostram que as famílias procuram encarar as dificuldades, buscando a compreensão dos problemas, com a criação de vínculos com a equipe de saúde e a necessidade de readequação de comportamentos diante da criança.

Os trechos abaixo demonstram a confiança que as famílias depositam na equipe do serviço de implante coclear:

Aqui a gente é informada de tudo. Faço questão de perguntar e elas respondem tudo que a gente pergunta. Sei que não é fácil, mas elas fazem tudo por meu filho. Eu tenho mais é que agradecer. (Resp10)

Tem gente que diz que essa cirurgia não vale a pena. Eu acho que vale sim. Eu é que convivo com ele todo dia. Eu sei que é um pouquinho a cada dia, e a doutora tá aqui pra me ajudar. Eu confio em todos eles. (Resp08)

Essa confiança que os pais têm nos profissionais, é um fator decisivo para o sucesso do tratamento da criança. Outros fatores que contribuem para o sucesso do implante coclear são: a idade que a criança recebe o implante coclear, o tempo de privação sonora, as características individuais da criança, o acompanhamento cirúrgico rigoroso e o envolvimento da família (YAMADA; VALLE, 2013).

Sendo assim, o implante coclear por si só não garante o sucesso na habilitação. Depende além de todos os fatores intrínsecos à reabilitação auditiva, de uma família que invista e acredite no seu desenvolvimento. Família e paciente precisam estar suficientemente motivados para usar o implante e se submeterem às adaptações que terão que fazer no seu cotidiano.

Através do trecho da entrevista de uma mãe, conseguimos perceber a importância dessa motivação, colocada com muita expressividade:

Desde que descobrimos a surdez de nosso filho, nunca sentimos que ele era diferente. Tratamos igual como os nossos outros filhos. Mas sabia que ele ia precisar de um tratamento e fomos logo atrás. [...] sempre acreditei que ele ia conseguir superar essa dificuldade. Foi a melhor coisa que aconteceu. (Resp05)

A cirurgia de implante coclear traz a possibilidade da decisão aos pais e eles vivem essa ansiedade e angústia da escolha. Por um lado, existe o grande desejo do seu filho ouvir, falar, se comunicar, motivando-o especialmente pelos resultados de outras crianças com implante coclear.

Por isso, os pais são informados pela equipe de saúde dos benefícios da cirurgia de implante coclear e que é uma opção eficiente para a habilitação da criança, influenciando a sua tomada de decisão. Porém, observamos que a maioria deles já chega no serviço decidida pela realização da cirurgia, o que observamos no relato a seguir:

Quando marcamos a cirurgia dela, muita gente me perguntou se eu tinha coragem de fazer minha filha passar por uma cirurgia. Eu disse que não tinha medo, que ela estava nas mãos de Deus. Eu tinha muita certeza que ia dar tudo certo. O que eu mais queria era minha filha ouvindo, podendo falar. (Resp13)

Percebemos com muita clareza que os familiares são muito dedicados aos seus filhos e que reconhecem a importância do tratamento:

Lá na minha cidade, duas vezes por semana ela faz fono. Quando elas marcam eu venho a Fortaleza fazer os mapeamentos [...] a gente faz qualquer sacrifício pela nossa filha, pois a gente percebe que vale a pena. (Resp09)

Ah, mudou tudo, eu sei que ele entende tudo que eu falo, ele entende quando eu tô dando um carão, ele entende quando eu tô dando um carinho, mas o povo liga muito na questão da fala, “ah, mas ele não fala ainda”, mas assim, palavrinhas pequenas ele já tá tentando dizer, ele já diz água quando ele quer, na sala que ele estuda a professora dele diz que ele tenta falar com os amiguinhos que ele mais gosta. [...] Pra mim mudou tudo, porque ele vivia muito no mundo dele, aquele mundo de não escutar nada, de não saber o que se passava. (Resp01)

A gente sabe que o esforço da família é muito importante. Todas as terças ela faz fonoaudiologia. A gente só falta se for caso de doença mesmo, mas graças a Deus é muito difícil a gente faltar. Porque eu não gosto de faltar. Acho o tratamento muito importante para ela desenvolver a fala. (Resp07)

Corroborando com estudos de Spencer (2004) é comprovado que os pais que investem na quantidade de tempo e esforço na busca de informações e a tomada de decisão em relação à cirurgia, são os que são mais propensos a ter um melhor envolvimento e, conseqüente, melhor desenvolvimento na habilitação dos seus filhos.

Dessa forma, torna-se imprescindível a orientação às famílias para que possam participar significativamente da habilitação da criança após o implante. Para isso, é necessário um trabalho sistematizado, realizado por uma equipe interdisciplinar, durante e após o diagnóstico da surdez, para que esses pais possam alcançar um equilíbrio emocional (COSTA, 2005)

Outro fator a considerar é a aceitação por parte dos familiares e também pelas crianças do uso do dispositivo. Quando questionada se a criança tinha vergonha ou rejeitava o implante, tivemos depoimentos parecidos:

No início ela não gostava. Acho que por que tá começando a ficar mocinha. Mas depois ela foi se acostumando [...] ela bota atrás do cabelo, pra não ficar aparecendo muito [...] mas, mesmo assim, ela não deixa de usar e faz questão de ir para a escola com ele. Ela mesma toma conta, coloca no carregador [...] ela cuida mesmo. (Resp06)

Eu mando ela tomar banho, aí ela tira o aparelho sozinha, guarda na caixinha [...] no começo ela era toda desmantelada, tirava o aparelho de qualquer jeito e pronto, mas foi indo, a gente foi ensinando, pelejamos e ela acabou aprendendo. Hoje em dia, ela já tem cuidado. (Resp07)

Na escola ela tem o maior cuidado com o aparelho. Na hora do recreio a professora tira, só pra não quebrar, mas por ela, nem tirava [...] (Resp02)

Pelas entrevistas observamos que os familiares relatam que as crianças geralmente demonstram uma dificuldade inicial de adaptação ao novo equipamento, mas que, com o passar do tempo, seus filhos vão se acostumando. Para eles o mais importante foi poder dar condições a seus filhos de terem a possibilidade de adquirirem a linguagem e a fala, mesmo que num processo não tão rápido.

4.2.3 Percepções diante dos resultados do tratamento: expectativas e a realidade

Os familiares que buscam o tratamento de um filho demonstram a vontade de que ele possa fazer parte do mundo que os rodeia. Os familiares das crianças investigadas denotam isso com muita clareza. Essa expectativa gerada por eles apresenta-se com uma ansiedade que só se dissipa com a conquista daquilo que procuram.

Confirmando os estudos de Yamanaka, Silva e Zanolli (2010) os pais demonstraram ter muitas expectativas a respeito dos benefícios que o implante coclear poderá gerar na vida de seus filhos. O benefício que mais esperam está relacionado à melhoria da comunicação, já que é nesse aspecto que os pais encontram dificuldade no convívio com os filhos surdos. Melhorar a comunicação significa, para a maioria deles, que o filho possa ouvir e, conseqüentemente, falar.

Ao se depararem com a possibilidade de realizar a cirurgia de implante coclear para **solucionar** (grifo nosso) a surdez de um filho, os pais depositam essa expectativa de tal forma, que veem o procedimento como um sonho realizado.

O depoimento de alguns familiares transparece muito esse sentimento:

É uma coisa maravilhosa! Porque eu pensava que a minha filha ia ficar a se comunicar só com libras, que quase ninguém sabe. O implante foi muito bom, porque agora ela tá aprendendo a ouvir e falar. Já fala mamãe, papai [...]Coisas que eu nunca pensei que ela fosse falar.

Pensei que ela fosse se comunicar só por gestos, então o implante coclear foi uma maravilha. (resp15)

Pra mim o implante é tudo [...] quando eu descobri que ela não escutava, eu achava que eu nunca ia escutar ela me chamar de mãe [...], quando ela começou a falar, pra mim, foi o melhor dia da minha vida [...] foi muito emocionante. (Resp03)

Eu posso dizer que Deus me abençoou com essa cirurgia. Meu filho pôde fazer um tratamento todo pelo SUS, pois eu nunca poderia pagar [...] eu sou muito feliz e realizada. Meu filho tá aprendendo a falar. É uma benção [...] (Resp05)

Essas expectativas podem ser altas e permeadas por mitos e fantasias. Alguns familiares acreditam que o implante coclear é a “cura”, a única possibilidade de ouvir e falar. Mas essa expectativa deve ser encarada e desmistificada pela equipe multidisciplinar, trazendo para a realidade a condição de cada criança.

Algumas mães são bem conscientes dessa realidade, conforme relato de uma delas:

A mudança foi muito grande, porque partiu de uma criança que não escutava nada. Vivia totalmente no silêncio. E agora ela pode não estar entendendo o que agente fala, porque é um processo. Processo lento, processo demorado e que tem que ter paciência. Só que ela já escutou. Já escuta sons e quando a gente chama o nome dela ela também já atende, coisa que ela não entendia. Hoje se ela estiver perto de uma coisa que possa fazer barulho ela já escuta e olha. Pra gente ela já escuta muito bem, então já é uma vitória. Mas eu tenho paciência e sei que ela vai aprender mais (Resp13)

Quanto às questões relacionadas ao conhecimento e compreensão das famílias sobre o tratamento e todas as suas peculiaridades, observamos que elas são bem orientadas. Elas sabem descrever com detalhes todas as fases do tratamento, bem como as fases ainda a serem vivenciadas, como os mapeamentos periódicos e a necessidade de uma reabilitação fonoaudiológica sistemática.

Os depoimentos dessas mães, nos mostraram como elas estão bem orientadas quanto ao tratamento de seus filhos:

Já faz um ano que a gente frequenta aqui, mas para mim já faz um tempão. Conheço tudo que se passa com o meu filho, hoje já sei explicar direitinho pra todo mundo. A gente aprende muito, porque a

gente sempre participa de tudo. Elas fazem questão de ensinar, pra saber como usar o aparelho direito. (Resp14)

Depois que ela recebeu o implante a gente percebe uma melhora no desenvolvimento dela. Ela não perde uma sessão de fono. Ela já fala um pouquinho, umas palavrinhas [...] mas a gente sabe que é assim mesmo, que demora um pouco, mas eu tenho paciência de esperar [...] eu sei que é assim mesmo. (Resp09)

Nestes outros recortes das entrevistas percebemos que os familiares estão satisfeitos com a realização da cirurgia e têm expectativas de melhora de seu desenvolvimento.

Não me arrependi de forma alguma [...] pelo contrário, estou muito feliz de ter conseguido. (Resp11)

Melhorou muito a vida da minha filha. Hoje ela já escuta os sons que antes não ouvia. A gente percebe que ela tem vontade de aprender, mas ainda não consegue falar muito. Fala algumas palavras, mas é só uma questão de tempo [...] (Resp09)

Eu acho que valeu a pena, pois não consigo mais lidar com ele sem esse aparelho [...] ele mesma faz questão de usar, assim que acorda pede logo pra gente colocar. E a gente sabe que tem que usar direito, pra poder ajudar na sua aprendizagem. (Resp05)

Os resultados dos implantes cocleares favorecem esse sentimento, pois contribuem positivamente para a melhoria do clima familiar. Acrescenta-se a isso as reações auditivas da criança implantada, que dão aos pais o sentimento de que seu filho pertence ao mesmo mundo perceptivo que o deles e que dividem a mesma experiência vital. (YAMANAKA; ZANOLLI; SILVA; 2010)

Na análise das entrevistas, ficou claro que os pais compreendem que o implante coclear pode trazer melhor qualidade de vida aos seus filhos e que irá facilitar algumas situações, como o estudo, o trabalho, a comunicação e socialização e, principalmente, a possibilidade de melhor se desenvolverem e, no futuro, cuidarem da sua própria vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade vem acompanhando toda a trajetória das crianças atendidas pelo Programa de Implante Coclear e já faz parte do serviço como princípio norteador do cuidado às crianças. As práticas acolhedoras e os laços afetivos entre os sujeitos possuem uma abordagem que contempla a continuidade do cuidado e um vínculo com responsabilização, assegurando assim ações direcionadas para a resolutividade de seus problemas.

O nascimento de uma criança com surdez acarreta nas famílias intensa angústia e ansiedade quanto ao seu desenvolvimento e futuro. Eles reagem de diversas formas, manifestando uma preocupação quanto à trajetória que deverão percorrer em busca da superação das dificuldades, ao longo da vida de seus filhos.

Porém, percebemos que muitas das famílias confirmaram tardiamente o diagnóstico da surdez da criança. Muitas vezes pelo descrédito de profissionais de saúde nas percepções dos familiares quanto à suspeita, como também pela não aceitação destas, da possibilidade do diagnóstico de surdez de seus filhos.

Cabe aos profissionais de saúde que atuam com bebês, principalmente os pediatras neonatologistas, estarem atentos às causas, às consequências e à importância da prevenção da deficiência auditiva, de modo a fornecer orientações gerais sobre o assunto e, diante da suspeita, encaminhar a criança aos profissionais capacitados, como o fonoaudiólogo e o otorrinolaringologista.

Quanto à organização dos processos de trabalho do serviço em estudo, foi evidenciado que os fluxos estão condizentes com a portaria ministerial que regulamenta os critérios de indicação aos candidatos, bem como a continuidade do atendimento.

Algumas dificuldades e limitações evidenciadas nesse programa podem estar relacionadas, principalmente no que se refere às redes de atenção, que limitam a continuidade do acesso dos usuários a outros serviços de saúde, como o apoio diagnóstico de exames de imagens, por exemplo. A falta de vagas para

exames radiológicos, equipamentos quebrados, e grande demanda acarretando uma fila de espera são fatores que atrasam a realização desses exames.

Um obstáculo a ser superado pelas famílias para que as crianças sejam aprovadas para a cirurgia está relacionado às condições socioeconômicas e a aprovação pelo serviço de psicologia. São critérios inclusive de exclusão dessas para a escolha dos candidatos ao implante. É necessária, então, uma condição favorável desses aspectos para que a família possa ter condições de seguir adiante com o acompanhamento dos seus filhos.

Também evidenciamos a limitação da capacidade instalada, que não cobre toda a demanda que procura por esse serviço. Porém, com o aumento do número de duas para quatro cirurgias mensais a serem realizadas pelo serviço, essa cobertura será ampliada.

Políticas como a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o estabelecimento das Regiões de Saúde (como territórios que viabilizem a efetivação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), constituem iniciativas relevantes que podem contribuir para avançar na implementação de uma atenção à saúde auditiva da população brasileira mais universal, integral e equânime.

O expressivo desenvolvimento científico e tecnológico das últimas décadas permitiu que muitas das crianças surdas tivessem acesso a possibilidade de ouvir e se comunicar, através do implante coclear. Os profissionais que atuam na saúde auditiva precisam orientar os pais na escolha da melhor alternativa para o desenvolvimento de seus filhos. Desse modo, as famílias que desejam que seus filhos utilizem a comunicação oral devem receber todas as informações sobre o implante coclear e obter um maior conhecimento sobre essa tecnologia avançada no tratamento da surdez.

Um aspecto primordial neste estudo é a percepção de que a continuidade desse cuidado é fundamental para o desenvolvimento linguístico dessa criança, através de um programa de habilitação / reabilitação fonoaudiológica. Se a criança não tiver essa oportunidade, todo o investimento terá sido em vão.

Porém, observamos que os familiares das crianças atendidas no Serviço de Implante Coclear deste estudo são participativos e envolvidos com o tratamento de seus filhos. São cientes que constituem parte integrante do processo, e que o desenvolvimento da linguagem é produto das relações interpessoais construídas através desse envolvimento. Acreditam ainda que o implante coclear pode trazer muitos benefícios para o desenvolvimento destes, demonstrando a vontade de que eles possam fazer parte do mundo sonoro.

Nesse contexto, devemos incentivar e valorizar a participação das famílias, como elemento essencial em todo o processo de habilitação. Percebemos que as famílias ouvidas no estudo demonstraram essa valorização no cuidado e na delicadeza com que o conduzem.

A expectativa pelo implante coclear pode gerar nas famílias muitas dúvidas, medos e inseguranças referentes à cirurgia, considerando que envolve riscos e benefícios. Porém, percebemos que os familiares do estudo se sentem seguros de sua decisão e que fiz eram a melhor escolha pelos seus filhos.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, Y.; PLATZ, E. A.; NIPARKO, J. K. Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults. **ArchInternMed**, v. 168, n. 14, p. 1522-1530, 2008.

ALMEIDA, J. F; FERREIRA, V. S. C.; FRANCO, T. B. *et al.* **Fluxograma descritor como analisador do cuidado ao hipertenso no PSF**. Disponível em <http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos/fluxograma_descritor_como_analisador_do_cuidado_ao_hipertenso.pdf>. Acesso em 25 mai 2007.

AMARAL, L. C. G. **Ações educativas na promoção da saúde das mães de crianças com deficiência auditiva**. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Universidade de Fortaleza, Ceará, Fortaleza, 2005.

ARAKAWA, A. M.; LOPES-HERRERA, S. A.; CALDANA, M. L.; TOMITA, N. E. Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.14, n.6, out./dez. 2012

ARAÚJO, T. M. Pronto atendimento a usuários de dispositivos de amplificação sonora. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.16, n.4, Dec. 2011.

ARMIGLIATO, M. E.; PRADO, D. G.; MELO, T. M.; et al. **Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento**. Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2010;15(1):32-9.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B. et al. **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p.1036 / 1044, jul. / ago. 2005.

BEVILACQUA, M. C.; MARTINEZ, M. A. N. S.; BALEN, S. A.; et al. **Saúde Auditiva no Brasil: políticas, serviços e sistemas**. São José dos Campos, Pulso Editorial, 2010.

BEVILACQUA, M. C.; MORET, A. L. M. Reabilitação e implante coclear. In: **Tratado de Fonoaudiologia**. O. Lopes Filho (Org.), São Paulo: Roca, 1997.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; HOEHNE, E. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n.4, July/Aug, 2009.

BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**. Tradução de Raquel Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1278, de 20 de outubro de 1999** - Aprova os critérios de indicação e contra-indicação de Implante Coclear e as normas para cadastramento de Centros/Núcleos para realização de Implante Coclear. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt127820101999.html> Acesso em: 20.05.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm? Acesso em: 20.05.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 29/10/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Teste da Orelhinha**. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/242_testedaorelhinha.html. Agosto 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html?](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html) Acesso em: 20.05.2012. 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14/11/2013. 2012b.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C., AKERMAN, M et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2009.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Hospital Geral de Fortaleza**. Disponível em: www.hgf.ce.gov.br. Acesso em: 18.06.2012.

CECILIO, L. C. O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997a.

CECÍLIO, L. C. O; FEUERWERKER, L. C. M. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.12, n. 4, p. 965-971, 2007.

Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa. **Guia de Orientação para Fonoaudiólogos: sobre implantação e desenvolvimento da saúde auditiva na atenção primária**. 2011. Disponível em: http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/cartilha_fonoaudiologosalterada.pdf Acesso em: 20.05.2012.

Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa. **Audiometria Tonal, Logaudiometria e medidas de imitância Acústica**. Orientações dos Conselhos de Fonoaudiologia para o laudo audiológico. 2009. Disponível: <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/eplaudoaudio.pdf> acesso em: 21.01.2013.

COSTA, A. V. **Atitudes dos pais de adolescentes surdos face à integração sócio-afetiva dos seus filhos** (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2000.

COSTA, A. M. A. M.; SILVA, K. S.; BONAN, C. Organizações não governamentais na área da saúde da criança – Revisão de Literatura. **Revista: Ciência e saúde coletiva**. Ano, 2011; v. 16, p. 3181.

COSTA, O. A.; BEVILACQUA, M. C.; AMANTINI, R. C. B. Considerações sobre o implante coclear em crianças. In: **Deficiência auditiva: conversando com**

familiares e profissionais da saúde. M. C. Bevilacqua & A. L. M. Moret (orgs.) São José dos Campos: Pulso, 2005, p. 123-138.

FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A.L.P.G.P. (org.) **Tratado de Fonoaudiologia.** 2ª ed., São Paulo: Roca, 2009

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E., MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003, p. 161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O Uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da Unicamp (Campinas-SP). In: **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** MERHY, E. E. São Paulo: Hucitec, 2006, p 135-60.

LIBRAS. LINGUA BRASILEIRA DE SINAIS. 2012. O que é Libras? Disponível em: [□http://www.libras.com.br/libras/o-que-e-libras□](http://www.libras.com.br/libras/o-que-e-libras). Acesso em: 18.10.2013

LIMA, L. L. **Micropolítica do cuidado ao usuário com Hipertensão Arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização.** Dissertação – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidades Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011, 129p.

MAIA, R. M.; SILVA, M. A. M.; TAVARES, P. M. B. Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família. **Rev. CEFAC.** v.14, no.2, São Paulo. mar./abr. 2012

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006, p.39-64.

MEHRY, E. E; ONOCKO, R. organizadores. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEHRY, E. E. A Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA D. C. *et al.* (orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM, 1998. p.1-23.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3ª. ed. São Paulo, Hucitec, 2002.

_____. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apostando mudanças para os modelos technoassistenciais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORET, A. L. M.; BEVILACQUA, M. C.; COSTA, O. A. Implante coclear: audição e linguagem de crianças deficientes auditivas pré-linguais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v.19, no.3, p.295-304, jul-set, 2007.

MOZZATO, A. R.; D. GEZYBOVSKI. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011

OUVIDO BIÔNICO. **Onde fazer.** Disponível em: <http://ouvidobionico.org/onde-fazer-implante-coclear-sus-particula/> Acesso em: 25.10.2012

RODIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde:** um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Natal, 2003.

RODRIGUES, A. F.; PIRES, A. **Surdez Infantil e Comportamento Parenteral.** *Análise Psicológica* (2002), 3, p.389-400

RUSSO, I. C. P.; PEREIRA, L. D.; CARVALHO, R. M. M. et al. Encaminhamentos sobre a classificação do grau de perda auditiva em nossa realidade. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, n.2, 2009, p. 287-8.

SILVA, A. B. P.; PEREIRA, M. C. C.; ZANOLLI, M. L. et al. **Mães ouvintes com filhos surdos: concepção de surdez e escolha da modalidade de linguagem.** *Psicologia: Teoria e pesquisa.* Jul/set 2007, v.23, n.3, p.279-286.

SINASON, V. **Compreendendo seu filho deficiente.** Tradução de Sérgio Nunes Melo. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTOLOGIA. **Implante Coclear.** Tecnologia a serviço do Paciente. Disponível em: [□http://www.saudeauditiva.org.br/artigos/artigosdetalhe.asp?id=12□](http://www.saudeauditiva.org.br/artigos/artigosdetalhe.asp?id=12). Acesso em: 29.04.12

SPENCER, P. E. Individual Differences in Language Performance after Cochlear Implantation at One to Three Years of Age: Child, Family, and Linguistic Factors. **The Journal of Deaf Studies and Deaf Education**, vol 9, 2004, p.395-412.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Campus Bauru. **Departamento de Fonoaudiologia – FOB/USP.** Disponível em: [□http://www.saudeauditivabrasil.org.br/?do=introducao.asp?id=12](http://www.saudeauditivabrasil.org.br/?do=introducao.asp?id=12). Acesso em: 29.04.2012

TEIXEIRA, C. F. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva: Estudo de caso em Pernambuco**, 2009. Disponível em: [□www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007teixeira-cf.pdfid_area=848□](http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007teixeira-cf.pdfid_area=848). Acesso em: 20.05.2012.

YAMADA, M. O.; VALLE, E. R. M. **Vivência de mães na trajetória de seus filhos com implante coclear: fatores afetivos e emocionais.** São José dos Campos, Della Bídia Editora: 2013.

YAMANAKA, D. A. R.; SILVA, R. B. P.; ZANOLLI, M. L. Implante coclear em crianças: a visão dos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Jul-Set 2010, v. 26, n. 3, p. 465-473.

World Health Organization / WHO. Organização Mundial de Saúde. **Surdez e deficiência auditiva.** 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/index.html>. Acesso em: 27 mai. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A**Roteiro para Entrevista Semi-estruturada com os familiares****Entrevistado:**

() pai () mãe () responsável

Sexo: () M () F Idade: _____ Data entrevista: ____/____/____

Cidade que reside: _____ Estado: _____

Nível de escolaridade: _____

Dados pessoais da criança:

Sexo: M () F () D.N.: ____/____/____ Idade: _____

Perguntas Norteadoras:**Dados relativos ao acesso:**

Como ocorreu seu acesso ao serviço de implante coclear?

Quanto tempo demorou para ser atendido desde a marcação até a primeira consulta?

Dados relativos ao serviço de implante coclear:

Fale o que é para você o implante coclear?

Como você se sente aqui no serviço de implante coclear?

Fale sobre o fluxo de seu atendimento?

APÊNDICE B

Temários para Oficina com Trabalhadores de Saúde

- * Marcação de consultas
- * Acolhimento
- * Produção do Cuidado
- * Dificuldades no serviço
- * Relações entre profissionais x família
- * Itinerário da Criança dentro do serviço (fluxo assistencial)
- * Projeto Terapêutico

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, **Claudia Sobral de Oliveira Uchoa**, fonoaudióloga, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Análise da Produção do Cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva do município de Fortaleza**”. O estudo tem como objetivo conhecer as formas de acesso a que os sujeitos atendidos se submeteram para chegar até o serviço e compreender como se dá a produção do cuidado aos usuários de um serviço terciário de implante coclear referência no estado do Ceará. Você está sendo convidado a participar desta pesquisa. Caso aceite, você terá que responder a um roteiro de entrevista com perguntas sobre o atendimento no **Serviço de Implante Coclear do Hospital Geral de Fortaleza**. Asseguro-lhe total sigilo sobre sua identidade, acesso aos dados e o direito de deixar de participar do estudo em qualquer momento da pesquisa se assim desejar, sem que isso traga prejuízo para você e seu dependente. Os riscos que possam vir a ocorrer são mínimos, e são mais relacionados ao constrangimento. As informações coletadas serão utilizadas para fins de trabalhos científicos. Ao concordar em participar deste estudo, solicito o preenchimento deste termo de consentimento, o qual será preenchido em duas vias, sendo-lhe entregue uma. Se necessário, seguem os contatos: Fone: Celular: (85) 9991.1998 e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – Av. Paranjana, 3101 – Itaperi – Fortaleza – Ceará.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Tendo sido informado de forma clara e compreensível sobre a pesquisa intitulada “**Análise da Produção do Cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço de saúde auditiva terciário do município de Fortaleza**”, da pesquisadora Claudia Sobral de Oliveira Uchoa e orientadora Profa. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes, concordo em participar do estudo. Estou ciente que meu nome não será divulgado e que posso retirar meu consentimento a qualquer tempo, sem que isto me cause qualquer prejuízo.

Fortaleza, _____ / _____ / 2013

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva no município de Fortaleza

Pesquisador: claudia sobral de oliveira uchoa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13532513.0.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 274.583

Data da Relatoria: 22/04/2013

Apresentação do Projeto:

A surdez há muitos anos desperta interesse dos pesquisadores. Do ponto de vista do ouvinte, ouvir é um privilégio que condiciona o desenvolvimento de uma criança em todos os seus aspectos. Uma criança com uma surdez severa ou profunda pode ter prejuízos irreparáveis no processo de aquisição de linguagem e, como consequência, sequelas em todos os seus aspectos comunicativos, cognitivos, afetivos, sociais, dentre outros. Por meio da experiência como Fonoaudióloga de uma instituição pública municipal da região metropolitana de Fortaleza, que atende crianças com diversos graus de deficiência auditiva, observo a dificuldade dessas crianças para alcançar um desenvolvimento linguístico eficiente, utilizando-se apenas de um aparelho auditivo, que muitas vezes, encontra-se ultrapassado e não adequado ao seu tipo de deficiência. Para minimizar o dano da deficiência auditiva na população surgiu então, a Política Nacional de Saúde Auditiva, cuja implantação se deu através da portaria GM/MS nº 1278, de 20 de outubro de 1999, sendo depois regulamentada pela portaria do Ministério da Saúde, a Portaria-GM No. 2.073 de 28 de setembro de 2004 (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2011). O implante coclear é então, o que há de mais moderno, no tratamento da surdez e como tecnologia de saúde, aponta como o recurso que proporciona melhores resultados aos que dela se utilizam. Foram pesquisadas em diversas bases do Portal de periódico da CAPES a existência de estudos sobre a produção do

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.714-903

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE**

Continuação do Parecer: 274.583

cuidado e os níveis de atenção à saúde e muitos trabalhos foram encontrados. Ao se refinar essa pesquisa, incluindo os termos cuidado, integralidade, humanização, avaliação em saúde e cuidado em saúde, observamos que apenas três deles tinham como enfoque a atenção terciária. Ao pesquisar estudos que relacionam os temas implante coclear e cuidado, observamos apenas 14 trabalhos sobre os temas, dentre os quais, apenas dois se reportam ao nosso objeto de estudo: o cuidado ao portador de implante coclear. Dentre eles, encontramos o trabalho de Yamanaka et al (2010), que teve como objetivo analisar a visão que os pais têm do implante coclear, isto é, as informações que eles têm a respeito do implante, os riscos, os benefícios e suas expectativas em relação ao futuro dos filhos. O outro estudo, de Bittencourt & Hoehne (2009) avaliou a qualidade de vida de pais de pessoas surdas de um serviço de reabilitação. Ambos os estudos tinham como enfoque o conhecimento e a qualidade do atendimento na visão da família, deixando uma lacuna quanto à percepção dos trabalhadores de saúde quanto à sua atuação em relação ao cuidado com a criança com problemas auditivos. Diante da carência de pesquisas sobre esse enfoque, e, por ser o implante coclear um serviço novo que cresce a cada dia, com a ampliação pelo Ministério da saúde de novos serviços habilitados, observa-se a necessidade de investigação do delineamento das práticas da produção do cuidado ao usuário de um serviço terciário para subsidiar um atendimento integral de mais qualidade para um maior número possível de indivíduos com perda auditiva. Destaca-se também, a importância do conhecimento das formas de acesso dos usuários das redes de atenção à saúde auditiva. Diante do exposto tem-se o seguinte questionamento: como se dá a produção do cuidado ao usuário do serviço de implante coclear? O presente estudo tem o objetivo geral analisar a produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva no município de Fortaleza, e específicos: identificar as formas de acesso dos usuários e descrever o fluxo assistencial e as relações entre crianças submetidas à implante coclear, suas famílias e os trabalhadores de saúde, no cuidado com base na integralidade. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, e será realizado no serviço de Implante Coclear do Hospital Geral de Fortaleza. Os sujeitos da pesquisa serão os trabalhadores de saúde e familiares das crianças que foram submetidas ao implante. Como técnicas de obtenção das informações serão realizados encontros com os trabalhadores de saúde para construção de um Fluxograma Analisador, proposto por Mehry e entrevista semiestruturada com os familiares. O método de análise das informações será a análise de conteúdo proposta por Flick (2009).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva do município de Fortaleza.

Endereço: Av. Paranjana, 1700**Bairro:** Itaperi**CEP:** 60.714-903**UF:** CE**Município:** FORTALEZA**Telefone:** (85)3101-9890**Fax:** (85)3101-9906**E-mail:** diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 274.583

Objetivo Secundário:

Identificar as formas de acesso dos usuários a um serviço terciário de atenção à saúde auditiva do Ceará; Descrever o fluxo assistencial e as relações entre crianças submetidas à implante coclear, suas famílias e os trabalhadores de saúde, no cuidado com base na integralidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que possam vir a ocorrer são mínimos e estão mais relacionados ao constrangimento, que caso ocorram, porém o participante terá a liberdade de interromper a entrevista.

Benefícios:

Essa pesquisa pretende subsidiar a reordenação das ações e serviços dos trabalhadores de saúde do setor de implante coclear, melhorando a qualidade do atendimento aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa é pertinente e tem valor social. A pesquisa envolverá 18 indivíduos, sendo que oito pertencerão ao Grupo I - Trabalhadores de saúde Encontro para construção de um fluxograma Analisador proposto por Mehry (N= 8) e o outro Grupo II - familiares de crianças operadas (N=10) com entrevista semiestruturada, a fim de atender aos objetivos propostos no projeto e temas trabalhados nos grupos de estudo;- será realizada a análise de conteúdo das entrevistas e dos registros diários de campo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto preenchida adequadamente.

O TCLE está na forma carta convite, em formato de modelo, com linguagem acessível aos entrevistados contendo todos os aspectos metodológicos em que o sujeito entrevistado/informante participará respeitando as determinações da Resolução 196/96 do CNS, filmagens, vídeos etc.

O cronograma é compatível com a análise pelo CEP.

Autorização para realizar a coleta de dados no Setor, contudo não dispõe do Termo de Anuência da Instituição cujo setor forneceu autorização.

Recomendações:

Recomenda-se anexar ao protocolo da plataforma Brasil o Termo de Anuência da Instituição cujo

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 274.583

setor forneceu autorização, e vale ressaltar que o referido hospital tem CEP.
Incluir o termo como notificação anexando o documento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos ditames da Resolução 196/96 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente, devendo os autores notificarem o CEP avaliador quanto a anuência da Instituição.

FORTALEZA, 17 de Maio de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

ANEXO B

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva no município de Fortaleza

Pesquisador: claudia sobral de oliveira uchoa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13532513.0.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 301.269

Data da Relatoria: 05/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto aborda um tema significativo, de relevante contribuição para o serviço de saúde onde a pesquisa vai ser realizada e subsidiará a promoção da reordenação das ações e serviços para esse público.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem como objetivo geral: Analisar a produção do cuidado à crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva no município de Fortaleza. E como objetivos específicos: Identificar as formas de acesso dos usuários a um serviço terciário de atenção à saúde auditiva do Ceará; Descrever o fluxo assistencial e as relações entre crianças submetidas a implante coclear, sua famílias e os trabalhadores da saúde, no cuidado com base na integralidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa segue a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo a pesquisa com tema relativo a crianças, porém os sujeitos serão os familiares da criança e os trabalhadores da saúde, portanto riscos mínimos ou mesmo inexistentes. Como resultado proporcionará uma reorganização dos serviços de saúde, favorecendo acesso e diagnóstico em tempo hábil.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 301.269

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta conteúdo teórico-metodológico satisfatório.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão todos de acordo com as orientações do CEP E RESOLUÇÃO 196/96 DO Conselho Nacional de Saúde.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

FORTALEZA, 11 de Junho de 2013

Assinador por:
Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br