

A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL EM UM PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Gabriela Abrahão MASSON*
Maria de Fátima Campos FRANÇOZO**

- RESUMO: A atuação do Assistente Social em Programas de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é signatária no Brasil, constituindo-se em um novo locus de trabalho. A partir do presente relato de experiência temos o intuito de contribuir para uma reflexão acerca do papel do profissional de Serviço Social em equipes de Programas de Triagem Auditiva Neonatal. Para tanto, foi necessário fazer breves considerações acerca da TAN e sua importância para recém nascidos, sobre sua regulamentação, e sua inserção no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação¹ (CEPRE). A partir da descrição de nossos atendimentos, traçamos o perfil da população usuária e, em seguida, discutimos os aspectos relativos à dimensão sócio-educativa da práxis profissional do Serviço Social na TAN.
- PALAVRAS-CHAVE: Triagem Auditiva Neonatal; Serviço Social; dimensão sócio-educativa.

Introdução

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e da Constituição Federal de 1988 foi estabelecida pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata de três aspectos principais, sendo eles: a incorporação de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultural (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.). Além disso, explicita a oportunidade de acesso de todos aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (ABC do SUS;

* Assistente Social, vinculado a Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP), Campinas, SP, Brasil. E-mail: gabrielaabrahamasson@yahoo.com.br.

** Docente do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação (CEPRE) da Faculdades de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP), Campinas, SP, Brasil. E-mail: mfcf@unicamp.br.

¹ O CEPRE tem como objetivo atuar no ensino, pesquisa e assistência voltados às deficiências sensoriais (deficiência auditiva, deficiência visual e visão sub normal). O quadro de profissionais do CEPRE é composto por Assistentes Sociais, Fonoaudiólogas, Lingüistas, Pedagogas, Psicólogas Fisioterapeutas, Arte-educador Terapeutas Ocupacionais.

Ministério da Saúde, 1990; NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

O conceito abrangente de saúde, definido na nova Constituição deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (ABC do SUS; Ministério da Saúde, 1990, p. 11).

Os grupos de ações têm caráter de promoção, proteção e recuperação e geralmente têm suporte em uma legislação específica, na qual estão inseridas as normas e regulamentos de proteção à saúde, com vistas à sua observância por todos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 5% da população de qualquer país, durante época da paz, tenham algum tipo de deficiência. No Brasil, esta taxa é bem mais alta, 14,4% da população total, ou seja, 24,6 milhões de pessoas possuem alguma deficiência. Destas, 5% são pessoas com deficiência intelectual; 2% são pessoas com deficiência física; 1% são pessoas com deficiência múltipla e 0,5 são pessoas com deficiência visual (Política Nacional de Assistência, 2004).

A incidência de perda auditiva bilateral significativa em neonatos saudáveis é estimada entre 1 a 3 neonatos em cada 1000 nascimentos e em cerca de 2 a 4% nos provenientes de Unidades de Terapia Intensiva. Dentre as doenças passíveis de triagem ao nascimento, a deficiência auditiva apresenta alta prevalência (fenilcetonúria 1:10.000, hipotireoidismo 2,5:10.000, anemia falciforme 2:10.000 e surdez 30:10.000) (Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância, 2007). Segundo Santos et al (2003, p. 17),

A deficiência auditiva é caracterizada como um problema sensorial não visível, que acarreta dificuldades na detecção e percepção dos sons e que, devido à natureza complexa do ser humano, traz serias conseqüências ao indivíduo.

Ainda conforme podemos constatar no Decreto n. 3.298 de 20 de Dezembro de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional para

a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a deficiência auditiva é:

[...] perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando em graus e níveis na forma seguinte:

- a) de 26 a 40 decibéis (db) – surdez leve;
- b) de 41 a 55 db – surdez moderada;
- c) de 56 a 70 db – surdez acentuada;
- d) de 71 a 90 db – surdez severa;
- e) Acima de 91 db – surdez profunda;
- f) Anacusia;

Assim, uma pessoa é considerada surda quando apresenta perdas auditivas bilaterais de 70dB. Estima-se que de cada 1000 crianças surdas, 55% dessas tem surdez de grau moderado, sendo que o restante se divide igualmente entre perda severa e profunda (SOUZA, 2003).

No que diz respeito à deficiência auditiva, ela é incidente em cerca de 5.735.099 milhões de brasileiros. E o que observamos é uma correlação entre o aumento da pobreza e o crescimento do número de deficiências, que no caso do Brasil e de países em desenvolvimento, pode estar atrelado à realidade econômica, social e política (IBGE, 2000). Segundo Olusanya et al (2003) a cada ano, aproximadamente, 123.000 a 500.000 crianças nascem com significativa perda auditiva e 90% destas se encontram em países em desenvolvimento. Os mesmos autores ainda apontam que em 1995 a Organização Mundial da Saúde estimou que dos 78 milhões de pessoas que suspeitavam ter alguma deficiência auditiva maior que 40dB, 8 milhões tinham até 18 anos e moravam em países em desenvolvimento.

O sistema auditivo tem grande importância para a aquisição da linguagem e da fala de um sujeito, sem contar que a audição constitui-se em uma das principais habilidades humanas, ela é responsável pela criação de um elo entre o ser humano e um ambiente fundamentado na comunicação.

Considerando a família como um grupo social cujos movimentos de organização-desorganização-reorganização mantêm estreita relação com o contexto sócio-cultural, bem como, uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a estrutura social na qual esta

inserida, ela é um grupo de construção da socialização dos sujeitos (CARVALHO, 2003). Sendo assim ela se constitui uma das mediações entre homem e sociedade, sob este prisma, interioriza aspectos ideológicos dominantes na sociedade vigente, como seus projetos.

Quando um casal espera o nascimento de um filho há expectativas e quando ele nasce com alguma deficiência, as repercussões desta implicam mudanças e redefinições de papéis, uma vez que esta se encontra em uma situação diferente daquela que haviam imaginado e planejado. Em relação à deficiência auditiva existem alguns estudos sobre o seu impacto na família. O momento da confirmação pode ser definido como um golpe pessoal, no qual a família sente a necessidade de encontrar uma causa para a deficiência auditiva do filho (BOSCOLO; SANTOS, 2005). Diferentes sentimentos são vivenciados pelos familiares: tristeza, confusão, culpa raiva, e um desejo enorme para fazer a coisa certa e ajudar a criança (RODRIGUES; PIRES, 2002); negação, vulnerabilidade, ódio, confusão, inadequação (BOSCOLO; SANTOS, 2005).

[...] Além das pressões internas, de familiares, ocorre a necessidade de lidar com as pressões sociais externas. A sociedade em que vivemos, de modo geral, tem dificuldades de conviver com as diferenças. Essa dificuldade de convívio ocorre também em relação à pessoa com deficiência da audição, o que acaba por se estender sobre a família e sobre a relação desta com o membro deficiente (BOSCOLO; SANTOS, 2005, p. 70).

Não se pode ignorar o fato de que na sociedade capitalista vigente é acentuado ainda mais o conceito negativo de deficiência, pois nessa ordem social são exigidas alta produtividade, rotatividade de mão de obra e mercado competitivo. Há a exigência de um ser racionalizado que prevê e organiza sua ação, premedita, dissimula e pretende objetivos a longos prazos, um homem que trabalhe e alimente o sistema.

[...] o homem só possui a sua existência reconhecida enquanto se faz trabalhador aos olhos do capital. Aqueles que não estiverem, mesmo que circunstancialmente, vivendo tal condição, perdem a

sua visibilidade, pois não existem imediatamente para o capital [...] (SPOSATI, 1999, p. 14).

A detecção precoce de alterações auditivas, por sua vez, pode reduzir os prejuízos causados pela surdez e a participação familiar no processo de reabilitação é imprescindível.

Estudos recentes realizados por Yoshinaga-Itano et al (1998), da Universidade do Colorado indicam que quando as alterações auditivas são diagnosticadas até os três meses de vida e a intervenção terapêutica é iniciada até os seis meses, o desenvolvimento da compreensão e da expressão da linguagem, bem como, o relacionamento social e o desempenho acadêmico da criança com alterações auditivas, pode ser compatível com o de crianças ouvintes da mesma faixa etária. Ribeiro; Mitre (2004) também afirmam que crianças que tiveram o diagnóstico de perda auditiva e intervenção antes dos seis meses de idade desenvolvem-se mais do que aquelas diagnosticadas após um ano de idade.

No entanto, tal realidade não é encontrada no cenário brasileiro, pois o diagnóstico da deficiência auditiva ocorre tardiamente, por volta do terceiro ano de vida (RIBEIRO; MITRE, 2004). Assim, a criança deixa de receber estímulos auditivos no primeiro ano de vida, o que é considerado crucial para a maturação do sistema auditivo e desenvolvimento da linguagem.

A Triagem Auditiva Neonatal

Tendo em vista a repercussão da deficiência auditiva na vida de uma criança e de sua respectiva família, programas para detecção precoce que visam a triagem e o diagnóstico precoce da surdez são necessários no primeiro ano de vida. Podemos considerá-la medida de prevenção primária fazendo parte dos programas de promoção e proteção à saúde previstos pela política de saúde brasileira, que podem ser desenvolvidos por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos.

A Triagem Auditiva Neonatal de rotina é o único procedimento capaz de identificar precocemente as alterações auditivas, a fim de que, nos casos positivos, sejam realizados os encaminhamentos necessários ou para a intervenção médica, ou para programas de reabilitação (SANTOS, 2003, p. 18).

A TAN consiste no rastreamento auditivo de todos os recém

nascidos, por meio dela pode-se chegar a diagnósticos precoces para que seja iniciado mais cedo possível um tratamento especializado. Caso o diagnóstico seja de surdez, várias são as tecnologias desenvolvidas com o objetivo de auxiliar o desempenho auditivo e comunicacional de uma pessoa, entre elas estão as próteses auditivas e os implantes cocleares. Além das tecnologias há os programas de habilitação da criança e de orientação à família, através de atendimentos por equipes de profissionais (fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais e instrutores de língua de sinais) e do ensino da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

Em 2004, no Brasil, verificou-se que a TAN era realizada em 205 instituições, entre públicas e privadas, localizadas em 21 estados brasileiros. Já no segundo semestre de 2005, 32 novos programas foram cadastrados, totalizando 237 localidades em 22 estados, e em 2006, foram verificadas 273 localidades que realizam a TAN (GATANU, 2006). Ou seja, gradativamente os programas têm sido implantados no país e a legislação tem desempenhado uma função importante na expansão deles.

A TAN foi instituída pela Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva elaborada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais e Municipais através dos planos de Prevenção, Tratamento e Reabilitação Auditiva. Sua ratificação se deu por meio da Lei n. 2.073 de 28/09/04, e recentemente, em 02/01/2007, foi promulgada lei estadual n. 12. 522/2007, que obriga todas as maternidades e hospitais do estado de São Paulo a realizarem o diagnóstico da audição, imediatamente após o nascimento da criança.

Em Campinas a TAN foi preconizada pela Lei n. 10.759 de 28/12/2000 que dispõe da obrigatoriedade da realização de exames que detectem a surdez ou alterações correlatas, nas maternidades e estabelecimentos hospitalares, sendo regulamentada pelo Decreto n. 14.640, de 16/02/2004. Na UNICAMP ela vem sendo operacionalizada desde maio de 2002, pelo CEPRE em parceria com o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Este tem o papel de encaminhar para a triagem no CEPRE todos os recém nascidos.

Serviço Social e Triagem Auditiva Neonatal

É válido destacar que a existência do Serviço Social no

CEPRE é inerente a origem deste centro. O Assistente Social sempre trabalhou diretamente com pessoas com deficiência e com seus respectivos familiares, desenvolvendo atividades ligadas a plantões, triagem dos casos, orientações, encaminhamentos e trabalho com grupos. Segundo Françoze (2002) o Serviço Social participou ativamente de todo o processo que faz hoje do CEPRE um local reconhecido pelo ensino, pesquisa e assistência na área de deficiência sensorial.

Em termos da implantação da TAN na UNICAMP, ao iniciar-se em 2002, já contava com um profissional de Serviço Social para efetuar a orientação às mães. As profissionais que fazem parte desta equipe multidisciplinar são fonoaudiólogas e assistentes sociais.

Faz parte do cotidiano do Programa de Triagem Auditiva Neonatal, o atendimento a lactentes, em três dias da semana. As mães recebem o encaminhamento com o agendamento para a realização da triagem auditiva da criança no CEPRE, quando da alta hospitalar no CAISM. As avaliações são agendadas para que aconteçam no primeiro mês de vida da criança. Ao chegar para a triagem no CEPRE, antes da realização do exame audiológico propriamente, as mães participam de um grupo de orientação.

Na rotina de trabalho, além do grupo de orientação de mães e acompanhantes, o Serviço Social também realiza encaminhamentos para o BERA², que é um exame audiológico solicitado pelas fonoaudiólogas, quando a criança não responde conforme o esperado ao primeiro exame. Isto é, o lactente que “não passa” no teste através da otoemissões deve efetuar um outro tipo de exame, o Bera, que poderá confirmar ou não a existência de uma perda auditiva. No momento em que a mãe recebe a notícia de que seu bebê deve realizar outra avaliação audiológica, em geral, fica ansiosa, confusa e, muitas vezes, com dúvidas por que deve ser feito outro exame. O acolhimento da mãe pelo Serviço Social neste contexto, é imprescindível. Uma nova entrevista é realizada, de forma a não só explicitar à mãe a importância do reteste ou de

² O BERA é um exame audiológico realizado por Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral. Auxilia na verificação da condução eletrofisiológica do estímulo auditivo em nível do tronco cerebral. Detecta alterações auditivas devidas a problemas de condução do estímulo sonoro até o local específico do cérebro onde será decodificado (SANTOS, 2003).

outros procedimentos que definam o diagnóstico, mas também a abrir um espaço para que ela possa comunicar suas dúvidas, suas preocupações e ansiedades.

Uma vez que o teste da orelhinha é realizado até o primeiro mês de vida do lactente, algumas mães ainda encontram-se fragilizadas pela situação do parto e das repercussões do nascimento de uma criança na dinâmica familiar. Assim, é crucial que este período não seja marcado por uma outra preocupação, a da possibilidade de uma perda auditiva. Por outro lado, é importante também que a mãe não deixe de levar a criança para a continuidade da avaliação de forma a poder completar o processo de triagem auditiva.

Ainda, com base neste atendimento individualizado, por meio de um processo de investigação da realidade, buscamos identificar outras dificuldades ou necessidades que muitas vezes a usuária não nos apresenta de imediato. Por meio do estudo social visamos à decodificação de seu cotidiano. Segundo estabelece o CRESS (2003, p. 27): *“na realização do estudo o profissional pauta-se pelo que é expresso verbalmente e pelo que não é falado, mais que se apresenta aos olhos como integrante do contexto em foco”*.

É possível verificar a partir de então, algumas situações problema, tais como, uma dificuldade financeira vivenciada pela família por conta da maternidade que afastará a mãe de um determinado trabalho, muitas vezes não registrado; o não reconhecimento da paternidade da criança; ou a ausência de recursos financeiros para o retorno da criança para o teste. Nesse contexto, é possível intervir de diferentes formas: seja por meio do encaminhamento da mãe ao Centro de Referência de Assistência Social do seu bairro (CRASS) para que ela seja incluída em programas que atendam suas necessidades; seja orientando com relação ao direito à pensão alimentícia e, conseqüentemente, a encaminhando a um órgão jurídico que realiza este processo gratuitamente; seja ainda, disponibilizando passes de ônibus para que ela retorne para o exame.

Ao retornarem com os resultados do exame do BERA, também é o Serviço Social que entrevista, informa, acolhe e, nos casos em que a perda auditiva é confirmada, orienta sobre a surdez e sobre o ingresso da criança no 'Programa de Orientação a Famílias de Crianças Surdas', que existe no CEPRE. Neste

momento compartilhamos o caso de maneira multidisciplinar com a equipe composta por fonoaudiólogas, psicólogas, pedagogas, que irá receber a criança para avaliação, seguido de inclusão em programa de atendimento.

Segundo Yamamoto (2000) o Serviço Social, desde sua origem até a contemporaneidade, está fundado na questão social. O Assistente Social trabalha com e na questão social, nas suas mais variadas expressões quotidianas, sendo fundamental decifrar as novas e diversas mediações pelas quais elas se expressam. Por isso, conhecer a realidade destas mães que se dirigem ao Programa de triagem auditiva se faz necessário, pois em muitos casos o contexto vivenciado por elas está inscrito nessa complexidade descrita acima, em que o Assistente Social mais do que ninguém é apto para atuar, contribuindo também de maneira multidisciplinar com os Programas de Triagem Auditiva Neonatal.

Segundo Miotto; Nogueira (2006) as ações profissionais se estruturam no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas,

Parte-se da premissa que toda ação profissional se constrói como processo, não existindo a priori, pois é parte integrante do processo histórico, estando em jogo distintos determinantes sociais (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006, p. 281).

Fez-se necessário dimensionar e qualificar o número de atendimentos realizados pelo Serviço Social na TAN, pois eles nos remetem ao conhecimento de nossos usuários podendo até mesmo indicar pistas para novas abordagens de ação, bem como na escolha de instrumentos para tal na perspectiva da totalidade do ser e da integralidade em saúde. Procedemos então à quantificação dos dados relativos aos perfil dos lactentes atendidos pelo Serviço Social.

Entre os meses de maio a novembro de 2007, foram triados 753 neonatos que passaram pela orientação do Serviço Social, o que representa 73,89% do total de triados. Pretendeu-se com este objetivo conhecer o perfil das famílias atendidas pela TAN na UNICAMP. Para tanto, levantamos dados relativos à faixa etária das mães atendidas, a escolaridade, procedência e número de filhos. Ao longo da coleta de dados percebemos que geralmente as mães vinham acompanhadas ao exame, e conseqüentemente, estes

acompanhantes também recebiam a orientação e participavam do processo que envolve a triagem. Passamos então a observar e identificar quem são estas pessoas e o grau de parentesco com o lactente.

Verificou-se que, em relação à faixa etária das mães, a de maior incidência é a de 16 a 21 anos, que representa 194 do total de mães. Somando-se este número com o número de mães com idade entre 22 a 25 anos totaliza-se 368 mães com idade entre 16 a 25. Este número representa 48,87% do total de mães, ou seja, quase a metade das mães que se dirigem à TAN são jovens. Ainda, nas faixas etárias das extremidades, há 22 mães entre 12 a 15 anos (adolescentes) e 17 mães entre 41 a 45 anos. Um estudo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto junto a mães de neonatos de risco para a deficiência auditiva indicou que a maioria delas (60,1%) apresentou a idade entre 22 e 36 anos (MANFREDI; SANTOS, 2002).

No contexto da sociedade brasileira contemporânea, a adolescência vem ocupando lugar de destaque à medida que vêm expressando alguns dilemas éticos, sociais e políticos de nosso tempo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, este período corresponde à idade cronológica de 10 a 19 anos, em que acontecem grandes mudanças, tanto físicas como psíquicas (MIOTO, 2005, p. 130). Segundo o Censo do IBGE de 1991, a população de 10 a 19 anos corresponde a 21,84% do total da população brasileira.

Dessa forma, se considerarmos a definição da OMS, podemos observar que dentre as 753 mães que compareceram a TAN, 138 mães eram adolescentes, ou seja, 18,32% do total. Podemos observar a correlação entre este dado ao que Mioto, (2005, p. 131) aponta, "... no Brasil calcula-se que 20% do total de nascidos vivos são de mães adolescentes". Oliveira (1998) constatou que 22,34% do total de partos de adolescentes no SUS de 1993 a 1995 eram de mães adolescentes. Ainda, o Censo do IBGE de 2000 aponta que a incidência de gravidez na adolescência aumentou em todas as regiões, entre 1992 e 2001.

As mães adolescentes se deparam com a responsabilidade de cuidar dos filhos muito cedo, muitas vezes, tendo que abandonar os estudos o que futuramente pode vir a dificultar o ingresso e permanência no mercado de trabalho e a continuidade aos estudos. Salienciamos que este processo é ainda mais conflituoso, quando

envolve uma situação de vulnerabilidade socioeconômica e cultural e, ainda mais, uma criança com perda auditiva, que demanda cuidados e recursos duplicados, principalmente nos primeiros anos de vida até a aquisição da linguagem.

Em relação à escolaridade, foi possível constatar que 91 mães concluíram o Ensino Fundamental ao passo que mais que dobro, 196 delas não o concluíram. A maior incidência na escolaridade se deu com relação ao Ensino Médio, sendo que 265 o concluíram, e 132 mães não o concluíram. As mães que possuíam graduação totalizaram 30, e 18 mães não concluíram. Somente quatro mães concluíram a pós-graduação.

Destaca-se que não houve incidência de mães analfabetas. Conforme constata o IBGE (2000) a taxa de analfabetismo no Brasil vem caindo desde 1992, mesmo assim hoje ela chega a 39%. Os anos de escolaridade podem ser um fator importante a ser considerado quando se realiza atividades de orientação sócio-educativas, no que tange a linguagem e conteúdos a serem utilizados. Em relação à ausência de mães analfabetas podemos considerar que estas não trazem seus bebês para a triagem – isto, no entanto é uma hipótese que deve ser melhor investigada.

Em relação ao perfil das mães, mais da metade delas (64,54%) é proveniente do município de Campinas e as restantes vêm de cidades próximas ou de outros estados. Outros 12,61% são oriundas da XII DIR de Campinas, englobando cidades da região. Atendemos no ano de 2007 cidades que não pertencem a DIR e até mesmo cidades de outros estados, representando 0,53% e 2,92 % respectivamente.

Verificou-se que 206 mães trouxeram seus bebês sozinhas para a triagem, enquanto 220 delas vieram com o pai do lactente. Outros 119 acompanhantes foram outros membros da família como: pai, cunhada(o), tia(o) ou sobrinha(o) da mãe do lactente. Ainda, outras 31 mães compareceram à triagem juntamente com algum dos irmãos do lactente, e 86 na presença das avós materna do lactente. Outras 28 mães estavam acompanhadas de amigas. Não foi possível constatar tal informação com 63 mães. Ou seja, 64,01% das mães com seus respectivos neonatos atendidos na TAN, vieram acompanhadas. Isto pode ocorrer em razão do momento que estão vivenciando, o pós-parto que demanda muita atenção em relação ao bebê, atenção que, com frequência, é dividida com um dos familiares.

Ainda, aponta-se para a necessidade de envolver os acompanhantes no processo de triagem e no processo de orientação, uma vez que o novo modelo de atenção à saúde inaugurado com a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e com a Constituição Federal de 1988 inclui a concepção de ampliação do espaço sócio-ocupacional, para todas as profissões inclusive para o Serviço Social. Esta “nova demanda” nos remete a pensar na reorganização e atualização de nossa práxis, que se traduz na decodificação de situações imediatas que emergem do cotidiano profissional (MIOTO; NOGUEIRA, 2006). Vasconcelos (2006) pontua que estas “demandas espontâneas” extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais, demandando serviços de educação em saúde e participação no controle social.

A dimensão sócio-educativa do trabalho profissional do Assistente Social

A dimensão sócio educativa do Serviço Social está intrínseca e indiscutivelmente presente no processo da TAN no CEPRE. Inicia-se com a formação do grupo de orientação a mães, tendo como término, quando a criança tem alta ou quando traz o diagnóstico de uma perda auditiva propriamente e ingressa em um dos Programas de atendimento.

A abordagem do Serviço Social na orientação transcorre geralmente com um grupo de 10 mães e seus acompanhantes, e dura em média 30 min. É feita por meio de recursos visuais com a utilização de data show. São utilizadas figuras ilustrativas de bebês, associadas a informações sobre a TAN e sobre a importância da audição para o desenvolvimento da fala e da linguagem da criança. É feita uma explanação sucinta sobre a deficiência auditiva no Brasil e sobre as principais causas e repercussões da deficiência auditiva. Pontuamos também sobre as legislações que asseguram a TAN em diferentes estados e municípios do Brasil e, especificamente, em Campinas. Em seguida, explicitamos como se dá o exame. Ainda, abrimos um espaço para levantar dúvidas e expectativas em relação à triagem. Algumas mães ficam apreensivas com a possibilidade de que o exame possa doer para o bebê, ou com a identificação de uma possível perda auditiva na criança.

A segunda etapa deste processo é a realização do exame, feito pelas fonoaudiólogas. Nos casos em que o neonato não passe no

exame, a mãe mais uma vez, retorna ao Serviço Social que a orienta (por meio da abordagem individual) e a encaminha para a realização de um outro procedimento, o BERA, conforme já explicitado. Percebe-se então, que até que se feche o diagnóstico de uma deficiência auditiva vários são os procedimentos, em que é necessário o conhecimento e a presença da mãe, uma vez que o prosseguimento do caso depende essencialmente da participação e interesse dos pais em levar a criança para efetuar os exames e comparecer ao CEPRE com os resultados destes.

As atividades desenvolvidas pelo profissional de Serviço Social se traduzem em mediações estabelecidas em dois níveis: entre as mães, exame e resultado e entre o exame, resultado e equipe profissional, caso a criança seja incluída em algum programa de atendimento à criança.

Dessa forma o Serviço Social enquanto profissão inserida na TAN tem uma natureza interventiva precedida de uma ação pautada no conhecimento da realidade. Esta ação ora pode ser classificada como *individualizada*, que se constitui em uma abordagem individual com o usuário na perspectiva do ser social portador de direitos e responsável pela construção de sua história; ora pode ser classificada como *coletiva*, abordagem que busca entender interesses inócuos entre os usuários a partir da detecção das diversas necessidades advindas das manifestações da questão social, auxiliando e fortalecendo desse modo, o processo de conscientização e emancipação.

A natureza interventiva está alicerçada em um conjunto de matrizes teórica, metodológica e política e materializada no Código de Ética do Serviço Social e no Projeto ético político da profissão.

A função educativa dos assistentes sociais: [...] supõe compromisso político consciente com o processo societário das classes subalternas e competência teórica metodológica e política para a identificação e apropriação das reais possibilidades postas pelo movimento social para o redimensionamento da prática profissional e no horizonte da luta pela emancipação das referidas classes (CARDOSO; MACIEL, 2000, apud OLIVEIRA; ELIAS, 2006, p. 53).

Com base nesta função sócio- educativa do Serviço Social,

nosso trabalho com as mães durante a TAN têm duas características que são fundamentais para uma atuação sob a perspectiva emancipatória: a função informativa e reflexiva (ELIAS, 2003). A esfera informativa envolve o estímulo, o processo de comunicação, a dialogicidade, as orientações sociais acerca de direitos de cidadania, a decodificação do real. Estas fases, que não são estanques, estão presentes na abordagem do Serviço Social na TAN, na medida em que orientamos as mães acerca da importância e do direito à triagem como pressuposto da política nacional de saúde auditiva, e na medida em que as informamos sobre as causas da deficiência auditiva, enfim em todo o procedimento citado anteriormente.

[...] o exercício profissional do Assistente Social deve endossar a afirmação de direitos – não como um fim em si mesmo –, mas como um princípio orientador da profissão na direção da emancipação humana (não apenas social, mas política) (SILVA, 2005, p. 148).

Elias (2003) ressalta que a esfera informativa está fundamentalmente relacionada ao processo de reflexão (esfera reflexiva da dimensão sócio-educativa) o que possibilita o surgimento do conflito e conseqüentemente a problematização de situações do cotidiano, resultando dessa forma em um processo de conscientização.

A prática do Assistente Social na TAN tem uma característica essencialmente sócio-educativa, que ora se manifesta nos atendimentos individuais, ora nos atendimentos grupais. Ainda, pudemos perceber até o momento que, após a orientação, no momento do exame, há maior envolvimento das mães, questionando as fonoaudiólogas sobre dúvidas ou informando-as sobre intercorrências na gravidez que podem representar risco para a perda auditiva.

Portanto além deste profissional, orientar as mães sobre o referido direito ao “teste da orelhinha”, é fundamental fomentar a emergência da reflexão para que a usuária reflita sobre a importância deste exame para seu filho, bem como, para que se sinta à vontade para questionar aos profissionais, colocando-se como sujeito no processo. É necessário pensar e propor cada vez mais estas ações com as mães, uma vez que é nítido o

desconhecimento delas em relação à TAN, ao direito de seus filhos à triagem e a assuntos que dizem respeito à surdez.

Neste mais novo cenário em que somos chamados a atuar é importante que objetivemos nossa prática profissional conscientes de que somos profissionais capazes de propor, negociar e transpor rotinas institucionais, buscando apreender o movimento da realidade, tentando romper com o olhar messiânico ou fatalista que muitos possuem de profissão (IAMAMOTO, 2000).

A atuação do Assistente Social em equipes de TAN, sem dúvida é signatária no Brasil. Esperamos a partir destas reflexões contribuir para a construção deste mais novo espaço da práxis profissional. E ainda, sermos co-construtores deste processo com nossos usuários.

Conforme afirma Freire (1988, p. 60): *"Tentar a conscientização dos indivíduos com quem se trabalha, enquanto com eles também se conscientizam, este e não outro nos parece ser o papel do trabalhador social que optou pela mudança."*

MASSON, G. A.; FRANÇOZO, M. F. C. The Social Service Practice in a Program of Neonatal Hearing Selection. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 17, n. 1, p. 341-360, 2008.

- *ABSTRACT: The Social worker's performance in Programs of Neonatal Hearing Selection (TAN) is signatory in Brazil, being constituted in a new work method. Starting from the present report of experience we have the intention of contributing for a reflection concerning the Social Service professional's role in teams of Programs of Neonatal Hearing Selection. For so much, it was necessary to do brief considerations concerning TAN and its importance for newly born, about its regulation, and its insertion in the Center of Studies and Researches in Rehabilitation (CEPRE). Starting from the description of our services, we drew the user population's profile and, soon afterwards, we discussed the relative aspects to the socio-educational dimension of the professional practice of the Social Service in TAN.*
- *KEY-WORDS: Neonatal Hearing Selection; Social Service; Socio-educational Dimension.*

Referências

BRASIL. *Decreto 914, art 3º da Política Nacional para a Integração de Pessoas Portadoras de Deficiência*. Brasília/DF, 1993.

_____. Ministério da Previdência Social e Assistência Social. Secretária de Assistência Social. *Sistema Descentralizado e*

Participativo da Assistência Social. 2. ed. Brasília/DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. *Cartilha do ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília/DF, 1990.

_____. Ato Portaria n. 2.073 de 28/09/2004. *Política Nacional de Atenção a Saúde Auditiva*, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/.php?id=298>> Acesso em: 14 abril, 2007.

BOSCOLO, C. C.; SANTOS, T. M. M. A deficiência auditiva e a família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, p. 69-75, abr., 2005.

CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. 5 ed. São Paulo: EDUC; Cortez, 2003, p. 15-22.

CRESS (Minas Gerais). Coletânea de Leis. Código de Ética do Assistente Social. Resolução n. 273/93 de 13 de março de 1993. 2. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2003.

ELIAS, W. de F. *A Dimensão sócio-educativa do Serviço Social: descortinando significados*. 2003, 163f. TCC (Graduação em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP / Franca, 2003.

_____; OLIVEIRA C. A. H. S. A Dimensão sócio-educativa do Serviço Social: elementos para a análise. *Serviço Social e Realidade*, Franca, v. 14, n. 1, p. 41-62, abr. 2006.

FRANÇOZO, M. de F. C. O Serviço Social no CEPRE: da Extensão ao Ensino e Pesquisa. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 1, n. 1, p.72 -81, abr. 2002.

FREIRE, P. *Educação e Mudança*. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

IAMAMOTO, M. *Serviço Social na contemporaneidade*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

YOSSHINAGA-ITANO, C.; SEDEY, A. L.; COULTER, D. K.; MEHL, A. L. Language of early- and later-identified children with hearing

loss. *PEDIATRICS*. v. 102, n. 5, p. 1161-1171, nov.1998.

MANFREDI, A. K. da S.; SANTOS, C. B. Intervenção Fonoaudiológica junto às mães ou responsáveis recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, precocemente detectada. *Medicina*. n. 35, p. 70-77, jan./mar., 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/intervencao_fon_ouaudiologica.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2007.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org.) *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. SP: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MIOTO, R. C. T. Maternidade na Adolescência e a (des) proteção social. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, ano 26, n. 83, p. 129-146, abr. 2005.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Gravidez na adolescência dimensões do problema. *Caderno CEDES*. Campinas, v. 1, n. 45, 1998.

OLUSANYA, B. O; LUXON, L. M; WIRZ, S. L. Benefits and challenges of newborn hearing screening for developing countries. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, p. 287-305, 2003.

RIBEIRO, F. G.; MITRE, E. I.; Avaliação do Conhecimento sobre triagem auditiva Neonatal de pacientes no pós-parto imediato. *Revista CECAF*, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 294-299, jul-set.2004.

RODRIGUES, A. F.; PIRES, A. Surdez Infantil e comportamento parental. *Análise Psicológica*, Lisboa, v.20, n.3, jul, 2002.

SANTOS, M. F. C.; LIMA, M. C. M. P.; ROSSI, T. R. F. Surdez: Diagnóstico Audiológico. In: SILVA, Ivani R; KAUCHAKJE, Samira; GESUALI, Zilda M., (Orgs.). *Cidadania, Surdez e linguagem: desafios e realidade*. São Paulo: Plexus, 2003.

SILVA, J. F. S. Teoria e prática no trabalho profissional do Assistente Social: falsos e verdadeiros dilemas. *Revista Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 14, n. 2, p. 133-155, 2005.

SOUZA, Â. M. C. (Org.). *A criança especial: temas médicos*

educativos e sociais. São Paulo: Roca, 2003.

SPOSATI, A. Globalização da economia e processos de exclusão social. In: *CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: crise contemporânea questão social e Serviço Social*. Módulo 1, p.61-75. Brasília/DF: CRESS, 1999.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. SP: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

Sites Consultados:

IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pnda2003/saude/saude2003.pdf>. Acesso em: 14 abril, 2007.

GATANU, Grupo de Apoio a Triagem Auditiva Neonatal. Disponível em: <http://www.gatanu.org/>. Acesso em 16 maio, 2007.

CBPAI, Comitê Brasileiro sobre perdas auditivas na infância. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item. Acesso em 12 de julho, 2007.

Artigo recebido em 04/2008. Aprovado em 08/2008.