

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

Simone Santos da Silva Lima

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA NO
MUNICÍPIO DE SANTOS-SP NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE-SUS

SANTOS/SP 2022

Simone Santos da Silva Lima

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA NO MUNICÍPIO DE
SANTOS-SP NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde sob a orientação da Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto.

SANTOS/SP

2022

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

362.42 LIMA, Simone Santos da Silva

L71p. Avaliação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Santos -SP, no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

Autor: Simone Santos da Silva Lima

Conclusão: 2022.

134 folhas.

Orientadora: PINTO, Rosa Maria Ferreiro.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Santa Cecília,

Programa de pós-graduação em direito da saúde: Dimensões individuais e coletivas, Santos/SP, 2022.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Auditiva, SECRESA, direitos humanos, direitos sociais, direito à saúde

I PINTO, Rosa Maria Ferreiro, Orientadora. Avaliação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Santos-sp no Ambito do Sistema Único de Saúde-SUS

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos usuários e funcionários da SECRESA – Seção de Referência em Saúde Auditiva – Santos/SP.

Também dedico a todas as pessoas que se unem pela construção de uma sociedade mais justa, colocando as questões relativas à deficiência auditiva no centro de sua luta.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Ferreiro Pinto, orientadora, pela dedicação, apoio e incentivo no decorrer deste trabalho, a quem expresso o meu profundo respeito e gratidão.

À Universidade Santa Cecília – UNISANTA, pela oportunidade de acesso a este mestrado.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas – UNISANTA, pelo acolhimento, comprometimento e aprendizado.

À minha família, pelo constante apoio e por me acompanhar em minhas conquistas.

À gestão da SECRESA – Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva, representada pela Renata Pimenta Gomes do Nascimento Alencikas, que de prontidão apoiou a referida pesquisa com extensão aos meus colegas de trabalho, que sempre disponibilizaram a troca de experiências.

À CAPES, pela bolsa a mim dispensada.

A todos que contribuíram de diversas maneiras na realização deste trabalho, gostaria de expressar meu agradecimento e reconhecimento.

RESUMO

A perda auditiva, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, pode ser causada por diversos motivos, como as causas genéticas, infecções crônicas no ouvido, complicações no nascimento, doenças infecciosas, uso de medicamentos específicos, exposição a ruídos e envelhecimento. A deficiência auditiva, também conhecida como hipoacusia ou surdez, consiste na perda parcial ou total da capacidade de detectar sons, causada por má-formação (causa genética), lesão na orelha ou na composição do aparelho auditivo. Na cidade de Santos, a Política de Atenção à Saúde Auditiva foi consolidada a partir de 2007, através da SECRESA - Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva, em cumprimento às orientações da Portaria GM/MS 2.073 de 2004. Esse estudo teve como objetivo geral: avaliar a política de saúde auditiva no âmbito do SUS implantada no município de Santos através da percepção dos pacientes e funcionários acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva e, como objetivos específicos, a) contextualizar os objetivos e finalidade da Política de Saúde Auditiva e sua relação com o fluxo do atendimento à pessoa com deficiência auditiva no município de Santos; b) analisar os atendimentos das pessoas com deficiência auditiva, atendidas no Centro de Referência em Saúde Auditiva; c) descrever a percepção dos pacientes e funcionários acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva. Para atender aos objetivos, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e explicativa, cujos sujeitos foram nove pacientes e três funcionários da SECRESA. Os dados obtidos foram analisados para chegar-se à compreensão do problema. Os resultados da pesquisa expressam, assimetrias quanto à avaliação da SECRESA no que tange a percepção de pacientes e funcionários bem como, desafios no processo de implementação da atenção à saúde voltada às pessoas com deficiência auditiva no município de Santos-SP.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Auditiva; SECRESA; direitos humanos; direitos sociais; direito à saúde

ABSTRACT

Hearing loss, according to the World Health Organization - WHO, can be caused by several reasons, such as genetic causes, chronic ear infections, birth complications, infectious diseases, use of specific medications, noise exposure and aging. Hearing impairment, also known as hypoacusis or deafness, is the partial or total loss of the ability to detect sounds, caused by malformation (genetic cause), damage to the ear or the composition of the hearing aid. In the city of Santos, the Hearing Health Care Policy was consolidated from 2007 through SECRESA - Section Reference Center for Hearing Health, in compliance with the guidelines of Ordinance GM/MS 2.073 of 2004. This study had the general objective: to evaluate the hearing health policy within the scope of the SUS implemented in the municipality of Santos through the perception of patients and employees about the care provided at the Hearing Health Reference Center and, as specific objectives, a) contextualize the objectives and purpose of the Hearing Health Policy and its relationship with the flow of care for people with hearing impairment in the city of Santos; b) analyze the assistance provided to people with hearing impairment, assisted at the Hearing Health Reference Center; c) describe the perception of patients and employees about the care provided at the Hearing Health Reference Center. To meet the objectives, a qualitative research was developed, of an exploratory and explanatory nature, whose subjects were nine patients and three employees of SECRESA. The data obtained were analyzed to arrive at an understanding of the problem. The research results express asymmetries regarding the evaluation of SECRESA regarding the perception of patients and employees as well as challenges in the process of implementing health care aimed at people with hearing impairment in the city of Santos-SP.

Keywords: National Hearing Health Policy; SECRESA; human rights; social rights; right to health

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gênero dos entrevistados – pacientes	72
Gráfico 2: Faixa etária: pacientes	73
Gráfico 3: Faixa etária – funcionários	73
Gráfico 4: Percepção dos pacientes quanto ao serviço ofertado	74
Gráfico 5: Tempo de entrada – SECRESA	75
Gráfico 6: Tempo de espera para receber o aparelho	76
Gráfico 7: Expectativa em relação ao Aparelho	77
Gráfico 8: Tempo de uso do Aparelho - por hora/dia – aproximado	77
Gráfico 9: Qualidade de Vida após o uso do aparelho	78
Gráfico 10 : Realização profissional	78
Gráfico 11: Percepção dos funcionários	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelos de aparelhos auditivos	46
Figura 2: Crescimento populacional da Baixada Santista (SP)	51
Figura 3: Porto de Santos	52

LISTA DE TABELAS

Tabela1: Aparelho de Amplificação Sonora individual fornecidos

SECRESA 2013 a 2021

56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI - Aparelho de Amplificação Sonora

ABA - Academia Brasileira de Audiologia

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACDD - Associação Cristã de Deficientes Físicos

APAC - Autorização de Procedimento Ambulatorial

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CID - Código Internacional de Doenças

CIF - Classificação Internacional de Doenças

CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPMAL - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção PcD - Pessoa com Deficiência

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SECRESA - Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I – COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E DA CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	15
1.1 Deficiência: elementos históricos	15
1.2 Deficiência Auditiva.....	18
1.3 Causas da Perda auditiva	21
1.4 Deficiência Auditiva no mundo e no Brasil	24
1.5 Integração da pessoa com deficiência	25
CAPÍTULO II – DIREITO À SAÚDE E A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA.....	29
2.1 Direito à Saúde no Brasil: conquista social e uma garantia fundamental	29
2.2 Política de Assistência à Saúde no Brasil: aspectos históricos	31
2.3 Política de Saúde Auditiva	44
2.4 Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS no Brasil	47
CAPÍTULO III - A POLÍTICA DE SAÚDE AUDITIVA NO MUNICÍPIO DE SANTOS.....	50
3.1 A Cidade de Santos	50
3.2 Porto de Santos	51
3.3 Contextualização Histórica e Política da Saúde Auditiva no Município de Santos.....	52
3.4 SECRESA: Cenário e Ação Profissional na Atenção Integral às Necessidades dos Paciente Atendidos.....	53
3.5 ATRIBUIÇÕES DOS CARGOS DA SECRESA	58
CAPÍTULO IV - A PESQUISA: RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA	69
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	71
4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
4.3.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa a partir dos dados sociodemográficos:	72
4.3.2 Avaliação dos pacientes quanto ao serviço ofertado pela SECRESA	73
4.3.3 Atendimento do paciente quanto à sua solicitação.....	75
4.3.4 Expectativa dos pacientes em relação ao uso do aparelho auditivo.....	76
4.3.5 FUNCIONÁRIOS: SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO	78
4.3.6 Avaliação dos funcionários quanto ao serviço ofertado pela SECRESA	79
4.7 EIXOS REFERENCIAIS.....	81
4.7.1 Grau de satisfação dos pacientes em relação ao atendimento da SECRESA.....	81
4.7.2 Expectativas dos pacientes em relação ao uso do aparelho auditivo e sua qualidade de vida.....	88
4.7.3 Condições de trabalho e o grau de satisfação dos funcionários em relação à SECRESA.	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103

REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE	116
ANEXO	123

INTRODUÇÃO

A perda auditiva, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2020), pode ser causada por diversos motivos, como as causas genéticas, infecções crônicas no ouvido, complicações no nascimento, doenças infecciosas, uso de medicamentos específicos, exposição a ruídos e envelhecimento. Estudos da mesma organização estimam que, no ano de 2050, serão mais de 900 milhões de pessoas com perdas auditivas no mundo (SCAFFIDI, 2020). Diante desse cenário, a saúde auditiva passou a compor as cinco prioridades para esse século.

Falar em saúde nos remete a dialogar sobre a concepção contemporânea de direitos humanos, a qual veio a ser introduzida pela Declaração Universal de 1948 e reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993. Esta concepção é fruto do movimento de internacionalização dos direitos humanos, que constitui um movimento extremamente recente na história, surgindo a partir do pós-guerra, como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos durante o nazismo.

A Declaração Universal de 1948 vem inovar a gramática dos direitos humanos, ao introduzir a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, marcada pela universalidade e indivisibilidade destes direitos. Ao sustentar a universalidade dos direitos humanos, a Declaração de 1948 clama pela extensão universal destes direitos, sob o fundamento de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como um ser essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade. (PIOVESAN, 2005).

Elencados no art. 6º da Constituição Federal de 1988 estão os direitos sociais, dentre eles a saúde. A essencialidade dos direitos sociais e o direito à saúde, especificamente, estão diretamente ligados aos direitos humanos e à dignidade da pessoa humana.

O direito à saúde pode ser considerado que “De todos os direitos fundamentais, a saúde é provavelmente o mais crucial, pois condiciona, em larga medida, a capacidade de usufruir de outros direitos e de realizar o pleno potencial de desenvolvimento humano” (CONTANDRIOPOULOS, *et al* 2010).

A deficiência auditiva, também conhecida como hipoacusia ou surdez, consiste na perda parcial ou total da capacidade de detectar sons, causada por má-

formação (causa genética), lesão na orelha ou na composição do aparelho auditivo.

Como qualquer outro grupo populacional, as pessoas com deficiência auditiva precisam de acesso à saúde, não necessariamente relacionado com a deficiência em si.

A orientação para medidas de prevenção pode ser feita em nível populacional, na forma de políticas ou campanhas de divulgação na mídia, ou em nível individual, nas consultas com profissionais da saúde. As orientações devem estar de acordo com as características socioculturais da população-alvo, e estas devem ser respeitadas para que se consiga atingir o objetivo (FREIRE *et al.*, 2009, p.890-891).

Indivíduos que se tornaram deficientes auditivos antes de adquirir a fala (pessoas com surdez pré-lingual) têm maior dificuldade para adquirir a linguagem, ler e escrever, o que limita a sua aquisição de informações em várias fontes. Além disso, a maioria das pessoas com deficiência auditiva está nas classes menos favorecidas, o que também limita o acesso à informação de alguma forma (FREIRE *et al.*, 2009, p.890-891).

Nesse sentido, as pessoas com deficiência auditiva têm, no direito à saúde e em consonância com os direitos humanos e sua dignidade, condições de exercer plenamente sua condição de cidadania.

Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), a cidade de Santos tem o maior índice de pessoas surdas na região, com um número de 718 naquele ano, sendo dados importantes que indicam a importância do atendimento à saúde auditiva na cidade.

O referido quantitativo expressa a demanda por bens e serviços no âmbito da saúde auditiva, de modo que se propicie a promoção da saúde e a inclusão social desse segmento.

Cabe salientar que a saúde auditiva integra o grupo de responsabilidades do Sistema Único de Saúde – SUS, com ações de proteção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo de pensar estratégias de inclusão social, autonomia e comunicação.

Para garantir a todos um atendimento médico especializado, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, conforme Portaria GM/MS, nº 2073, de 28 de setembro de 2004.

A política prevê o atendimento integral aos usuários, com ações englobando a

atenção básica (trabalhos de promoção da saúde, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos), de média e de alta complexidade (triagem em bebês, diagnóstico, tratamento clínico e reabilitação com fornecimento de AASI – Aparelho de Amplificação Sonora¹ e terapia fonoaudiológica).

Na cidade de Santos, após ampla discussão, com a Secretaria de Estado da Saúde, no que tange dimensão da responsabilidade do poder público quanto à promoção do segmento das pessoas com deficiência auditiva expressa-se no ano de 2005, o credenciamento da saúde auditiva de Santos, compondo a rede de saúde auditiva do Estado de São Paulo. Em 2007, se habilita a SECRESA - Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva.

A SECRESA, tem como objetivo aprimorar e estender a cobertura de serviços para a atenção integral às patologias e situações de risco, que levam à deficiência auditiva. Além disso, também atua no atendimento ao paciente portador de deficiência auditiva, em cumprimento às orientações da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva – Portaria GM/MS 2.073 de 2004.

Conta com uma equipe multidisciplinar, composta por otorrinolaringologistas, pediatra, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicóloga, enfermeira e auxiliar de enfermagem. Na parte administrativa são: chefe da unidade, chefe administrativo e oficiais administrativos.

O presente estudo tem como objeto a avaliação da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Santos-SP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, compreendendo a atenção universal e integral, articulando assistência, prevenção e promoção da saúde e recuperação da saúde como direito constitucional, considerando sua importância para a autonomia, comunicação e inclusão social dos indivíduos.

A escolha pela temática, tem relação com a atuação da pesquisadora no Serviço Social na Saúde Auditiva em Santos, a qual vem trabalhando de forma a garantir a autonomia dos usuários e contribuir com a melhoria de sua qualidade de vida.

Salienta-se que o Serviço Social, enquanto profissão, contribui para elevação do gradiente da saúde, partindo da premissa que o exercício deste profissional requer

1 É o termo científico utilizado para aparelhos auditivos. Doravante, para facilitar a compreensão, utilizaremos aparelhos auditivos, termo comumente utilizado para designar AASI – Aparelho de Amplificação Sonora.

um conjunto de saberes que o possibilita realizar uma análise crítica da realidade junto aos usuários, a fim de contribuir com o processo de trabalho que apresentam na instituição.

Considera-se que conhecer a percepção dos pacientes e funcionários acerca da saúde auditiva é um instrumento fundamental. Com isto, buscou-se, nesta pesquisa, conhecer desafios e possibilidade das pessoas atendidas pela SECRESA, especificamente na cidade de Santos.

O estudo justifica-se, na medida em que visa à produção de conhecimento em relação ao tema, considerando a escassa publicação encontrada em pesquisa bibliográfica, articulando o Direito à Saúde e o acesso à Política de Saúde Auditiva no município de Santos-SP.

Cabe ressaltar que a concepção de direito à saúde, defendida nesse estudo, se associa ao direito à vida, à dignidade da pessoa humana e à garantia de igualdade entre as pessoas de forma equânime.

Assim, a relevância do tema em questão fica evidente à medida que pretende, a partir do conhecimento da avaliação do serviço, colaborar na proposição de melhorias, considerando as particularidades do município.

Em relação aos benefícios desta pesquisa, concentra-se em evidenciar as situações que possam estar interferindo positiva ou negativamente no processo de implementação da atenção à saúde voltada às pessoas com deficiência auditiva no município de Santos-SP.

Neste contexto, a pesquisa implica uma compreensão de como vem sendo incorporada a integralidade na saúde auditiva no município, tendo como bojo apreender as demandas de forma contextualizadas e historicamente situadas. Ou seja, compreender que as relações presentes no cotidiano do serviço influenciam o estado de saúde e de doença a partir das expectativas dos pacientes, e sua inter-relação com a percepção dos funcionários acerca dos atendimentos ofertados na saúde auditiva.

Considerando que o objeto desse estudo é a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Santos-SP, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, questiona-se: quais são os desafios enfrentados pelos pacientes e funcionários da atenção à Saúde Auditiva no município de Santos? Quais são as expectativas e perspectivas dos pacientes em relação ao serviço? Como a

protetização auxilia na inclusão social e na qualidade de vida dos beneficiados?

Para atender às questões problematizadoras do objeto desse estudo formulou-se objetivos gerais e específicos. **Objetivo geral:** avaliar a política de saúde auditiva no âmbito do SUS, implantada no município de Santos, através da percepção de pacientes e funcionários, acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva. **Objetivos específicos:** a) contextualizar os objetivos e finalidade da Política de Saúde Auditiva e sua relação com o fluxo do atendimento à pessoa com deficiência auditiva no município de Santos; b) analisar os atendimentos das pessoas com deficiência auditiva, atendidas no Centro de Referência em Saúde Auditiva; c) descrever a percepção dos pacientes e funcionários, acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva.

Para atender aos objetivos da pesquisa, optou-se por desenvolver uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e explicativa, por entender-se que esta permite que os fenômenos sejam compreendidos dentro de uma “perspectiva histórica e holística - componentes de uma dada situação, estão inter-relacionados e influenciados reciprocamente, e se procura compreender essas inter-relações em um determinado contexto” (MARTINELLI 1999, p. 37).

Neste sentido, a abordagem qualitativa demonstra que a saúde está imbricada desde as relações sociais na produção à reprodução da vida social, ou seja, pela apreensão da totalidade dos fenômenos.

O instrumento utilizado foi a entrevista, definida por Minayo (2001) como um procedimento mais usual no trabalho de campo, a qual permite compilar dados relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados. Para Marconi e Lakatos (1999, p.92), “é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou tratamento social”.

Nas pesquisas qualitativas é possível que se utilize número reduzido de sujeitos, porque se busca justamente o reconhecimento da singularidade destes e sua experiência social.

Determinou-se sujeitos da pesquisa: nove pacientes atendidos na SECRESA e três profissionais lotados no serviço de acordo com critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

A presente pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santa Cecília, através do CONEP, atendendo à Resolução

CONEP/CNSD nº 510/16. Aprovado, sob Número do Parecer: 5.121.470 em 23 de novembro de 2021.

Assim, os resultados desse estudo foram sistematizados em quatro capítulos e as considerações finais.

No primeiro capítulo, resgata-se a trajetória histórica sobre a compreensão da deficiência, em especial, a auditiva, tendo como elementos norteadores: deficiência: elementos históricos, deficiência auditiva conceituação, causas da perda auditiva, deficiência auditiva no mundo e no Brasil e a integração da pessoa com deficiência

O segundo capítulo apresenta o debate contemporâneo sobre o Direito à Saúde no Brasil: a conquista social e uma garantia fundamental; Política de Assistência à Saúde no Brasil: aspectos históricos, Política de Saúde Auditiva e Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS no Brasil

O terceiro capítulo explicita a atuação da SECRESA, ou seja, analisando os profissionais que trabalham neste cenário, identificando os procedimentos realizados e o campo de atuação. Tem-se a pretensão, neste capítulo, de demarcar sua importância, evidenciando o desenvolvimento histórico da saúde auditiva no município e as peculiaridades do espaço territorial e sua atual estrutura e organização.

O quarto capítulo trata da pesquisa, dos seus resultados e da discussão dos mesmos em eixos referenciais, através dos quais foi possível revelar a percepção dos funcionários e pacientes em relação aos serviços oferecidos pela SECRESA, apontando suas simetrias e assimetrias para avaliar a implementação da política nacional.

A discussão nos permitiu um retorno às questões da pesquisa, bem como o desenvolvimento de considerações com relação aos objetivos propostos em forma de síntese, a partir da qual analisa a Implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva na cidade de Santos, através do serviço especializado para tal fim: a SECRESA.

Finalmente, elaborou-se as considerações finais com a ressalva de que o mesmo não se esgota nesse estudo.

CAPÍTULO I – COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E DA CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Objetivando enfatizar a compreensão da deficiência auditiva, torna-se necessário apresentar a trajetória histórica sobre a compreensão da deficiência, neste caso, a auditiva, tendo como elementos norteadores: deficiência: elementos históricos, deficiência auditiva conceituação, causas da perda auditiva, deficiência auditiva no mundo e no Brasil e a integração da pessoa com deficiência

1.1 Deficiência: elementos históricos

Indivíduos com deficiência apresentam uma jornada extensiva de lutas pela garantia de seus direitos humanos fundamentais. Ao longo da história, é notória a exclusão dessas pessoas no contexto familiar, na sociedade e no acesso à saúde pública, de modo a atender suas particularidades.

A deficiência já foi compreendida como um drama pessoal ou familiar, com explicações religiosas que a aproximaram seja do infortúnio, ora da benção divina em quase todas as sociedades (LAKSHMI, 2008). Na idade Antiga,

os hebreus viam, na deficiência física ou sensorial, uma espécie de punição de Deus, e impediam qualquer portador de deficiência de ter acesso à direção dos serviços religiosos. [...] os hindus, ao contrário dos hebreus, sempre consideraram os cegos, pessoas de sensibilidade interior mais aguçada, justamente pela falta da visão, e estimulavam o ingresso dos deficientes visuais nas funções religiosas. (FONSECA, 2000, p. 01)

Os estudos de Sassaki (2002) apontam que, no transcorrer da história, a exclusão se dava por duas maneiras: seja pela exclusão total das esferas sociais por serem consideradas inválidas, ou a internação em instituições de caridade e/ou assistenciais.

Segundo estudos de Purificação, *et al.* (2007), em Esparta, os recém-nascidos, frágeis ou deficientes, eram lançados ao abismo ou abandonados nas montanhas. Os romanos também apresentavam repúdio às pessoas com deficiência e seu ordenamento jurídico permitia ao pai a matar os filhos “defeituosos”, jogando-os

nos rios.

Em Atenas, as pessoas portadoras de deficiência eram identificadas como seres inferiores da sociedade. Aristóteles ensinava que os que nasciam surdos, por não possuírem linguagem, não eram capazes de raciocinar, o que influenciou os religiosos a proibi-los de participarem dos sacramentos (CAPOVILLA, 2008, p. 1480).

No Mundo Ocidental, no período da Idade Média, em virtude da influência do Cristianismo, os senhores feudais e, principalmente, as Irmandades de Caridade, acolhiam os deficientes e os doentes. Apesar do amparo recebido, as pessoas com deficiência continuavam sendo estigmatizadas, conforme aponta Purificação, *et al.* (2007).

Cabe pontuar que neste período, no âmbito jurídico, existiam decretos contra o casamento de duas pessoas surdas, leis que proibiam os surdos de receber herança, de votar e, enfim, da garantia de todos os direitos como cidadão.

Já na Idade Moderna, conforme estudos de Quadros (2006, p. 17), “Médico e filósofo Girolamo Cardano (1501-1576), reconheceu a habilidade do surdo para razão. Ele utilizava a língua de sinais e escrita com surdos”.

A partir deste novo olhar para a comunidade surda, começou a ser adotada a língua de sinais como instrumento de comunicação; destaca-se o início de seu uso no ano de 1760 na cidade de Paris, na França, onde o abade L'Epée, aos aproximadamente sessenta anos, fundou a primeira escola pública para surdos.

Trazendo a discussão para a atualidade, Aranha (1995, p.66) aponta que somente a partir do século XX, em virtude da expansão do modo de produção capitalista das guerras mundiais, intensificou-se o entendimento sobre a deficiência, fatores agregados que fortaleceram as lutas que reclamavam pela necessidade da criação do direito do trabalho, como também, de um sistema previdenciário e de saúde que pudesse atender essa grande demanda, propondo uma nova concepção de realidade envolvendo a pessoa com deficiência inserida na produção de riquezas.

Portanto, garantir uma vida digna às pessoas com deficiência requer a oferta de bens e serviços médicos e, ao mesmo tempo, exige a eliminação de barreiras e a garantia de um ambiente social acessível aos corpos com impedimentos físicos,

intelectuais ou sensoriais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou classificações de referência para a descrição das condições de saúde dos indivíduos, a saber: Classificação Internacional de Doenças – CID² e a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Ambas são complementares, ou seja, as informações sobre o diagnóstico e a funcionalidade fornecem uma amplitude significativa da saúde.

A CIF foi aprovada em 2001 e antecipa o principal desafio político da definição de deficiência proposta pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: o documento estabelece critérios para mensurar as barreiras e a restrição de participação social. Até a publicação da CIF, a OMS adotava uma linguagem estritamente biomédica para a classificação dos impedimentos corporais, por isso o documento é considerado um marco na legitimação do modelo social no campo da saúde pública e dos direitos humanos (DINIZ, 2007, p. 53).

Portanto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde, propôs um vocabulário para a identificação das pessoas deficientes, de modo a orientar as políticas públicas de cada país.

Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). De maneira similar, a incapacidade refere-se a um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições de participação; indica, portanto, os aspectos negativos da interação de um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais, ambientais e pessoais. Deficiência e atividade norteiam o processo de reabilitação. Enquanto a primeira trata de uma anormalidade de uma estrutura do corpo ou função fisiológica, a segunda mostra o contexto da tarefa ou ação de um indivíduo, ou seja, a perspectiva individual da funcionalidade (OMS/OPAS, 2003).

Para Nordenfelt (2003), a CIF considera a mudança de uma abordagem baseada nas consequências das doenças para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde, e considera o ambiente como

² Também conhecida como Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, ela foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1893. Neste ano, teve sua última atualização publicada, a 11ª revisão (CID-11).

facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas.

1.2 Deficiência Auditiva

O que é?

De acordo com padrões estabelecidos pela American National Standards Institute (ANSI - 1989), é considerada como a diferença existente entre o desempenho do indivíduo e a habilidade normal para a detecção sonora. Considera-se, em geral, que a audição normal corresponde à habilidade para detecção de sons de até 20 decibéis.³

O grau da perda auditiva está relacionado com a habilidade de ouvir o som da fala, e há inúmeras classificações para a sua caracterização. Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia (2008), todas as classificações propostas na literatura usam a média dos limiares tonais de via aérea em determinadas frequências para esse cálculo.

Diversos autores consideram a média dos limiares entre 500 Hz, 1.000 Hz e 2.000 Hz, sendo a classificação do grau de perda auditiva mais utilizada é a Lloyd e Kaplan (1978) a qual define: ≤ 25 dB, para a audição normal; de 26 a 40 dB, para a perda auditiva de grau leve; de 41 a 55 dB, para a perda auditiva de grau moderado; de 56 a 70 dB, para a perda auditiva de grau moderadamente severo; de 71 a 90 dB, para perda auditiva de grau severo; e ≥ 91 dB, para a perda auditiva de grau profundo.

De acordo com o parecer CFFa – CS nº 31, de 1º de março de 2008, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que “Dispõe sobre interpretação deste Conselho do inciso II, do art.4º do Decreto Federal 3.298 de 20 de dezembro de 1999, que define portador de deficiência auditiva para fins que especifica”, estabeleceu à interpretação adequada deste inciso como: “[...] o indivíduo que possua perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, na média das frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.”

30 decibel expressa o volume do som, podendo variar de baixo a alto. A intensidade está relacionada tanto à amplitude da onda sonora quanto a sua pressão e sua energia, permitindo classificá-la de fraca e forte (RAMALHO JR *et al.*, 2004). Assim, quanto mais a pessoa está próxima à fonte do som ou do ruído, mais forte é o decibel, quanto mais essa pessoa se afasta da fonte, o decibel diminui, ou seja, a amplitude da onda está baixa.

(CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2008, p.2)

Em relação aos tipos de deficiência auditiva, Bess (1995) aponta:

Condutiva: Quando ocorre qualquer interferência na transmissão do som desde o conduto auditivo externo até a orelha interna. A grande maioria das deficiências auditivas condutivas pode ser corrigida através de tratamento clínico ou cirúrgico. Esta deficiência pode ter várias causas, entre elas pode-se citar: Corpos estranhos no conduto auditivo externo, tampões de cera, otite externa e média, malformação congênita do conduto auditivo, inflamação da membrana timpânica, perfuração do tímpano, obstrução da tuba auditiva, etc.

Sensório-neural: Quando há uma impossibilidade de recepção do som por lesão das células ciliadas da orelha interna ou do nervo auditivo. Este tipo de deficiência auditiva é irreversível. A deficiência auditiva sensório-neural pode ser de origem hereditária, como problemas da mãe no pré-natal, tais como a rubéola, sífilis, herpes, toxoplasmose, alcoolismo, toxemia, diabetes, etc. Também podem ser causadas por traumas físicos, prematuridade, baixo peso ao nascimento, trauma de parto, meningite, encefalite, caxumba, sarampo, etc.

Mista: Quando há uma alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial associada à lesão do órgão sensorial ou do nervo auditivo. O audiograma mostra, geralmente, limiares de condução óssea abaixo dos níveis normais, embora com comprometimento menos intenso do que nos limiares de condução aérea.

Central ou Surdez central: Este tipo de deficiência auditiva não é, necessariamente, acompanhado de diminuição da sensibilidade auditiva, mas manifesta-se por diferentes graus de dificuldade na compreensão das informações sonoras. Decorre de alterações nos mecanismos de processamento da informação sonora no tronco cerebral (Sistema Nervoso Central).

Segundo Davis e Silverman (1970), os níveis de limiares utilizados para caracterizar os graus de severidade da deficiência auditiva são:

- ✓ Audição Normal – Limiares entre 0 a 24 dB nível de audição.
- ✓ Deficiência Auditiva Leve – Limiares entre 25 a 40 dB nível de audição.

✓ Deficiência Auditiva Moderada – Limiares entre 41 e 70 dB nível de audição.

✓ Deficiência Auditiva Severa – Limiares entre 71 e 90 dB nível de audição.

✓ Deficiência Auditiva Profunda – Limiares acima de 90 dB.

Audição é um dos cinco sentidos que faculta ao ser humano identificar e reconhecer os diferentes sons que estão no ambiente (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2006), tais como: o som do mar, do trânsito, da música, da fala entre duas ou mais pessoas. Portanto, a deficiência auditiva é uma condição incapacitante que estabelece uma série de limitações ao portador, refletindo nos relacionamentos pessoais, familiares, sociais e profissionais, afetando diretamente nos aspectos biopsicossociais do indivíduo (WHO, 2013).

Um estudo realizado pela OMS nos anos de 2013 a 2015 constatou que a surdez é considerada a deficiência que mais afeta a qualidade de vida da população (BENTO, 2019). Outros estudos da OMS estimam que, no ano de 2050, serão mais de 900 milhões de pessoas com perdas auditivas no mundo. (SCAFFIDI, 2020).

A audição é considerada uma das funções essenciais do desenvolvimento da linguagem. É por meio da comunicação que se mantém as trocas de ideias e relações sociais. Ter uma boa audição consiste na compreensão de detectar, identificar, discriminar, localizar, reconhecer, interpretar e assimilar os estímulos auditivos. (FALCÃO, 2016, p. 27; RUSSO E SOUZA, 2009, p. 01)

O diagnóstico da deficiência auditiva é realizado através de exames como a audiometria de observação comportamental, avaliação instrumental, audiometria condicionada, imitanciometria e a avaliação eletrofisiológica dos potenciais evocados de tronco encefálico - BERA (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2008).

O médico otorrinolaringologista, em conjunto com o profissional de Fonoaudiologia, indicará o dispositivo eletrônico que irá diminuir o grau de sua perda auditiva.

1.3 Causas da Perda auditiva

A perda auditiva, segundo a OMS, pode ser causada por diversos motivos, como as causas genéticas, infecções crônicas no ouvido, complicações no nascimento, doenças infecciosas, uso de medicamentos específicos, exposição a ruídos e envelhecimento.

Os indicativos de cuidados com a saúde auditiva se voltam na condição de bebê, já na maternidade, com a realização do “Teste da Orelhinha”, designado como exame Brainstem Evoked Response Audiometry - BERA, em inglês traduzido para o português como Potencial Evoca do Auditivo do Tronco Encefálico - PEATE. O teste é obrigatório, previsto na Lei nº 12.303/2010, o qual verifica possíveis perdas auditivas, com minucioso diagnóstico, observando desde a orelha interna até o córtex cerebral.

Várias situações podem trazer perdas auditivas durante toda a vida. Algumas podem ser observadas e diagnosticadas durante a infância e estarem ligadas à fatores genéticos, infecções, pós-natais e anomalias. Outras, estão ligadas às sequelas de doenças como o sarampo, a caxumba e a meningite.

Perdas auditivas na infância podem trazer impactos nos processos educacionais. O distúrbio do Processamento Auditivo Central (DPAC), semelhante ao déficit de atenção e a dislexia, é entendido como uma deficiência causada pela falta de atenção, hiperatividade, desatenção, memória a curto prazo, incapacidade de leitura e escrita por conta da não compreensão do que se escuta.

No decorrer dos ciclos de vida, outros fatores podem trazer prejuízos à saúde auditiva, a exemplo da exposição a ruídos em maior intensidade, o que tem sido um dos fatores de diminuição da capacidade auditiva. No cotidiano, a utilização contínua de dispositivos, como fones de ouvidos em alto volume, pode provocar problemas auditivos irreversíveis. O recomendável está na faixa de 85 dB⁴, mas as pessoas, na maioria, jovens, utilizam por volta de 92 dB até 109 dB.

Outro fator de possível perda auditiva é o uso frequente de cigarro. Um estudo realizado na Universidade de Massachusetts, com 50 mil voluntários fumantes, constatou que 15% tiveram perda auditiva pela exposição ao fumo (Bandoni, 2015). As causas sobre essa perda podem estar associadas à

4 A intensidade ou volume dos sons é medida em unidades chamadas decibéis, abreviadas para dB.

exposição das toxinas do tabaco, afetando canais auditivos ou problemas cardiovasculares.

Outra fase em que se observa expressivo número de pessoas com perdas auditivas está na velhice. Verificam-se perdas auditivas significativas em pessoas idosas, denominada como presbiacusia – relacionada à diminuição auditiva ao logo do envelhecimento. Um estudo realizado por Ruschel, Carvalho e Guarinello (2007) comprova que “a perda auditiva na população idosa ocorre de 5 a 20% nos indivíduos com 60 anos de idade; essa incidência aumenta para 60% nos indivíduos a partir dos 65 anos” (p.02)

As dificuldades relacionadas à presbiacusia são a comunicação e o convívio, com dificuldades na compreensão da escuta, a solicitação de repetição do que foi falado, as dificuldades nas ligações telefônicas, o volume excessivo da televisão, não se sentir bem em lugares ruidosos e repleto de pessoas, situações que dificultam as relações sociais das pessoas idosas. O zumbido também é um incômodo que afeta as pessoas idosas, os sons dos ruídos variam de volume, intensidade, frequência e podem ser contínuos ou intermitentes.

O zumbido pode ser causado por inúmeras afecções, sejam elas otológicas, metabólicas, neurológicas, ortopédicas, cardiovasculares, farmacológicas, odontológicas e psicológicas, as quais, por sua vez, podem estar presentes concomitantemente no mesmo indivíduo. (FERREIRA, JUNIOR E MENDES, 2009, p. 250)

Paiva *et al.* (2011) aponta que a perda auditiva em pessoas idosas pode ocorrer de forma específica, progressiva e ter caráter individual, considerando a presbiacusia como a principal causa.

As pessoas idosas estão mais propensas às deficiências em função da ausência de um envelhecimento saudável. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD, em 2017 o número de pessoas idosas no Brasil era da ordem de 30,2 milhões, sendo a maioria mulheres, com 16,9 milhões (56%) e 13,3 milhões (44%) composto por homens.

Considerando o envelhecimento populacional no Brasil, segundo o IBGE (2018), até 2034 as pessoas idosas alcançarão 15% da população, já em 2046 esse percentual pode atingir 20%. A pesquisa evidencia também que, no ano de 2010, essa população representava 7,3%. A maior expectativa de vida ou

longevidade passou a ser vista como uma conquista da sociedade contemporânea e, por essa questão, a proteção sobre o direito de envelhecer passa a ser responsabilidade entre a sociedade, o Estado e a família. (SILVA, 2016, p.222)

A discussão sobre envelhecer não está somente relacionada a aspectos biológicos, mas também a aspectos culturais, sociais e históricos. Essa fase carrega vários estigmas socialmente construídos na sociedade capitalista, onde cada vez mais existe a supervalorização do que é “novo” e a desvalorização do que é “velho” (CBAS, 2019).

[...] O processo de envelhecimento se apresenta como expressões da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, revelando cisões e fraturas do modelo de desenvolvimento capitalista, que aprofunda desigualdades e concentra privilégios. (SILVA, 2016, p. 219)

No Brasil, temos regiões muito diferentes e o envelhecer traz diversas marcas, a depender da condição de classe. Um idoso residente na região Nordeste não envelhece igual ao que reside na região Sul. Os Estados com maior número de pessoas idosas são o Rio de Janeiro (Sudeste) e o Rio Grande do Sul (Sul), ambos com 18,16%; o menor número de pessoas idosas, localiza-se no Amapá (Norte), com apenas 7,2%. (BENEDITO, 2015, p. 5)

Dizer que a velhice se apresenta como uma categoria histórica e cultural significa dizer que o critério para se produzir essa categoria se diferencia na forma de viver e conceber o envelhecimento, as relações sociais e as relações de produção de cada sociedade num momento histórico. (BENEDITO, 2015, p. 2)

A compreensão da velhice é fundamental para o entendimento de uma construção social e histórica de caráter heterogêneo. Esse processo passa por diferentes formas para homens, mulheres, negros, indígenas e brancos, tanto no aspecto econômico quanto social, além das condições de vida. (SILVA, 2016, p. 226)

De uma forma geral, em todas as fases, há situações de perdas auditivas que variam entre leves, que são as que apresentam dificuldades para ouvir sons baixos; moderadas, com dificuldades de entendimento ao ouvir tom de voz normal e com capacidade de ouvir apenas alguns ruídos altos; severas, que consistem na insuficiência auditiva, ou seja, dificuldade de ouvir falas e escutar o barulho do telefone quando toca; e profunda, indicando falta total de audição.

O cuidado da saúde auditiva ao longo da vida se faz importante e a falta de audição pode gerar inúmeras dificuldades no convívio em sociedade, como por exemplo, o isolamento e a solidão com quadros de depressão.

1.4 Deficiência Auditiva no mundo e no Brasil

No contexto mundial, o Relatório Mundial da Audição (2021), apresentou dados atualizados sobre a população global com perda auditiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 1,5 bilhão de pessoas têm algum grau de deficiência auditiva no mundo. Cabe salientar que a OMS considera *todos os graus de perda auditiva*: leve, moderado, severo e profundo (em ambos os ouvidos).

Segundo o relatório, 1,1 bilhão de pessoas no mundo têm surdez de grau leve, 266 milhões apresentam grau moderado (surdez moderada), 103 milhões têm grau severo (surdez severa), 17,2 milhões possuem surdez profunda e 12,6 milhões são completamente surdas, incapazes de ouvir qualquer som.

No Brasil, segundo dados do Censo Demográfico 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 45,6 milhões de brasileiros declaram ter alguma deficiência. O número representa 23,9% da população do país. A deficiência auditiva severa foi declarada por mais de 2,1 milhões de pessoas. Destas, 344,2 mil são surdas e 1,7 milhão de pessoas têm grande dificuldade de ouvir.

Nesse sentido, a deficiência auditiva constitui-se em “um problema de Saúde Pública, tanto pelos prejuízos socioemocionais, quanto pela sua incidência na população” (ALVARENGA *et al.*, 2008).

Partindo deste entendimento, o Ministério da Saúde, em 2004, instituiu o Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), o qual busca ações direcionadas para prevenção, diagnóstico e intervenção, no que tange deficiência auditiva. No próximo capítulo, especificaremos maior tenacidade à referida política.

Em 2011, com intuito de implementar novas iniciativas e intensificar ações que já são desenvolvidas pelo governo, beneficiando as pessoas com deficiência, o governo brasileiro lançou o Plano “Viver sem Limites”. Está dividido em quatro eixos temáticos: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade. (BRASIL. Presidência da República, 2011)

De acordo com o Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, o plano tem

a:

[...] finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, com status de emenda constitucional, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011).

O plano tem como primazia ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde.

1.5 Integração da pessoa com deficiência

Um importante avanço quanto a integração da pessoa com deficiência no Brasil é o Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015) , também conhecida como a Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que se fundamenta na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada em 2008 pelo Congresso Nacional, conforme o § 3º do art. 5º da Constituição. Seu objetivo é “assegurar e promover o exercício de direitos e liberdades fundamentais”, visando a inclusão social da pessoa com deficiência em condições de igualdade aos demais cidadãos da nossa sociedade. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência impõe que toda pessoa com deficiência tem o direito à igualdade de oportunidades e não deve sofrer qualquer tipo de discriminação portanto, tem a finalidade de garantir e promover os direitos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência. Tem em sua abordagem, com base no modelo social de deficiência e no direito à igualdade de oportunidades.

Por conseguinte , os direitos previstos no Estatuto são: saúde, trabalho, moradia, educação, acessibilidade, discriminação, igualdade, participação, entre outros. Cabe ressaltar, que o Estatuto hoje é a lei mais abrangente na proteção e promoção de direitos das pessoas com deficiência no Brasil.

Além do Estatuto da Pessoa com Deficiência, diversas leis federais dispõem atualmente sobre os seus direitos. Dentre elas, destacam-se:

Lei nº 7.853, de 24 de novembro de 1989 (Regulamentada pelo Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999), que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público;

Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 (Regulamentada pelo Decreto 2.173, de 5 de março de 1997), que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e especificamente a assistência as pessoas com deficiência;

Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 (Regulamentada pelo Decreto 2.172, de 5 de março de 1997 de 1991), que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e especificamente a assistência às pessoas com deficiência;

Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994 (Regulamentada pelo Decreto 3.691, de 19 de dezembro de 2000); que concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual;

Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e garante direitos específicos ao acesso à educação às pessoas com deficiência;

Lei nº 3.879, de 25 de junho de 2002, que obriga os bares, restaurantes, lanchonetes, hotéis e motéis a colocarem à disposição dos fregueses deficientes visuais cardápios em braille;

Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida;

Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que determina a prioridade de atendimento às pessoas com deficiência;

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Cabe frisar que o acesso ao trabalho para as pessoas com deficiência é previsto na legislação brasileira, através do Decreto nº 3.298/997. A lei determina que as empresas com mais de cem empregados contratem pessoas com deficiência, segundo as seguintes cotas: de 100 a 200 empregados, 2% das vagas devem ser destinadas a deficientes físicos; de 201 a 500 empregados, 3% das vagas devem ser destinadas a deficientes físicos; de 501 a 1.000, 4% das vagas devem ser destinadas a deficientes físicos; e acima de 1.000 funcionários, 5% das vagas devem ser destinadas a deficientes físicos.

Através da Lei nº 112/11/1990, é assegurado o direito de participação em concursos públicos, garantida a reserva de 20% das vagas oferecidas.

Em referência ao direito à acessibilidade, a partir de 2004, com o Decreto nº

5.296/2004 regulamentou-se a acessibilidade das pessoas com deficiência. Para fins de acessibilidade, é considerada

condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (Art. 8, Decreto nº 5.296/2004)

No que diz respeito às barreiras, são consideradas como “qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade das pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação” (BRASIL. Decreto, 5.296/ 2004).

No referido decreto, legitima os Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e as organizações representativas de pessoas com deficiência para acompanharem e sugerirem medidas para o cumprimento dos requisitos estabelecidos no decreto.

No que tange o Direito à Educação de pessoas com deficiência, a Constituição Federal de 1988, garante o referido direito. Determina que a educação será efetivada mediante a garantia de atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; determina a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para crianças e adolescentes com deficiência física, sensorial ou mental.

Conforme o artigo Art. 4º da Resolução Nº 4, de 2 de outubro de 2009 do Ministério da Educação, considera-se público-alvo do atendimento educacional especializado:

I - Alunos com deficiência: aqueles que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial.

II - Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.

III - Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade.

Portanto, busca-se promover a conquista e o exercício da autonomia, bem como o desenvolvimento acadêmico dos estudantes, cabendo ao poder público assegurar as condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem dessas pessoas.

CAPÍTULO II – DIREITO À SAÚDE E A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Objetivando enfatizar como o direito à saúde vêm sendo historicamente consolidado e implementado, neste capítulo pretende-se retratar como o direito à saúde vem afirmando-se como um elemento constitutivo dos direitos humanos.

Considerando que tanto o direito quanto a política de saúde auditiva são os eixos da temática deste capítulo, torna-se necessário apresentar a discussão: Direito à Saúde no Brasil: a conquista social e uma garantia fundamental; Política de Assistência à Saúde no Brasil: aspectos históricos, Política de Saúde Auditiva e Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS no Brasil

2.1 Direito à Saúde no Brasil: conquista social e uma garantia fundamental

A conquista do direito à saúde no Brasil é marcada por lutas coletivas, tendo como elemento constitutivo os direitos humanos. Constata-se que o movimento pela reforma sanitária e as lutas sociais foram imprescindíveis para criar constitucionalmente o Sistema Único de Saúde - SUS em 1988.

Nesse contexto, o Estado passou a adotar o entendimento de “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

Para fins de esclarecimento, a concepção de direito à saúde, defendida nesse estudo, associa o termo ao direito à vida e garantia de igualdade entre as pessoas de forma equânime.

Cabe salientar que, a partir da análise dialética, o direito à saúde não pode ser apreendido e analisado fora das condições históricas que o determinam, sem reconhecer as contradições e as lutas de classes, concebidas no interior do Estado e do modo de produção capitalista, que influenciaram para sua consolidação.

O debate do direito à saúde, no campo da produção e conhecimento, remete-se a diferentes defesas e correntes teóricas, por se tratar de uma busca diretamente relacionada ao direito à vida e concomitantemente à consolidação da democracia.

A partir da expressa classificação teórico-didática, apontada por Bobbio (1992), o direito à saúde consolida-se como um direito de segunda geração, tendo em vista que vislumbra um direito social prestacional, uma vez que necessitam de uma atuação positiva por parte do ente estatal.

Na conjuntura histórica dos direitos humanos, a concepção de Bobbio se firmava nas seguintes gerações:

(...) 1ª Geração: Direitos Individuais – pressupõem a igualdade formal perante a lei e consideram o sujeito abstratamente; 2ª Geração: Direitos Coletivos – os direitos sociais, nos quais o sujeito de direito é visto no contexto social, ou seja, analisado em uma situação concreta; 3ª Geração: Direitos dos Povos ou os Direitos de Solidariedade: os direitos transindividuais, também chamados direitos coletivos e difusos, e que basicamente compreendem os direitos do consumidor e os relacionados à questão ecológica; 4ª Geração: Direitos de Manipulação Genética – relacionados à biotecnologia e bioengenharia, tratam de questões sobre a vida e a morte e requerem uma discussão ética prévia (BOBBIO, 1992, p.6).

Nesta ótica, os direitos de segunda geração estão expressos a partir do Art. 6º da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, indicando que a saúde é reconhecida como um direito social.

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Artigo 6º da Constituição Federal de 1988).

O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde reconhece o homem como ser integral, ou seja, em sua totalidade. Portanto, a saúde está vinculada à qualidade de vida, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Destarte, o direito à saúde está vinculado aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, à educação, à alimentação e ao lazer.

O Art. 196º (Constituição Federal de 05 de outubro de 1988) assegura que a saúde é um direito de todos, além de ser um dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir do exposto, o Estado deve assegurar o direito à saúde, seja de forma

individual ou coletiva, expressando um dos elementos do direito fundamental, sendo estes, a um só tempo, direito objetivo e subjetivo. “São direitos objetivos porque integram o ordenamento jurídico objetivo da coletividade” (HESSE, 1998, p. 228).

Neste sentido, a proteção ao direito fundamental à saúde impõe com a promulgação da atual Constituição Federal, democratizando a política de saúde.

Falar em política de saúde remete a dialogar sobre o conceito de política pública. Estas são realizadas através de um conjunto de normas e procedimentos que, segundo Lopes (2008), objetiva orientar a política estatal e regular as atividades governamentais em prol da sociedade.

2.2 Política de Assistência à Saúde no Brasil: aspectos históricos

Para compreender a política de saúde na contemporaneidade, é necessário fazer alguns resgates, trazendo para o debate alguns aspectos históricos.

Entre as três áreas contempladas pela seguridade social, especificaremos com maior tenacidade a Saúde a qual, segundo a Constituição, é regida pelo princípio da universalidade, ou seja, é um direito de todos.

A partir do século XVIII tornou-se mais evidente que a propagação de doenças estava intrinsecamente ligada às grandes aglomerações urbanas, conseqüentes da rápida industrialização. Logo, a responsabilidade em tratar dessas questões irremediavelmente teve que fazer parte das políticas de governo. Entendeu-se que isso somente seria possível através da plena democracia.

Com o tempo, a “doença” passou a não ser mais um assunto somente de profissionais e agentes de saúde, mas também de pesquisadores das áreas sociais. O efeito foi o deslocamento da preocupação centrada unicamente nas causas de origem bacteriana. Outros elementos foram elencados, talvez não como causadores, mas como um campo perfeito para efervescência de epidemias intimamente ligadas a questões culturais e sociais, tais como o acesso.

Nesse sentido, as evidências científicas demonstraram que a saúde não pode ser compreendida somente como ausência de doença, pois ela está intrinsecamente ligada aos aspectos biopsicossociais.

No que tange a assistência à saúde, no período que antecede a Constituição de 1988, mais precisamente no século XVIII, “a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal” (BRAVO, 2007, p.88). Os serviços de saúde, nesse

período, eram oferecidos nas Santas Casas pelas damas da caridade ligadas à igreja católica, como um favor, ou para aqueles que podiam pagar pelo atendimento médico, ou seja, a assistência à saúde era compreendida pelo Estado como caritativa.

No início do século XX, com intuito de manutenção da classe trabalhadora, o Estado começa a organizar os atendimentos de saúde através das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, conhecida como a Lei Elói Chaves o qual, segundo BRAVO (2007), “elas se organizaram por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las” (p.90).

Neste período, a política de saúde se organizou em dois subsetores - o da saúde pública e o da medicina previdenciária, sendo que a saúde pública estava pautada nas condições sanitárias mínimas para a população urbana e restrita para os camponeses (BRAVO, 2007). Partindo dessa, tais avanços são efetivamente conquistas do movimento operário, o qual lutou pela organização das CAPs em suas empresas.

Tal movimento teve seu auge a partir da década de 1930, em consequência do processo de industrialização, que subsequente fez com que o Estado se apropriasse de estratégias, com a finalidade de amenizar os conflitos sociais entre a classe trabalhadora e a burguesia.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam em transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO 2007, p. 91)

Já a partir de 1964, em pleno encaminhamento da ditadura militar no país⁵, o Estado se utilizou como ferramenta para legitimação do seu poder, a combinação de repressão através do controle social policaresco e assistência social, a partir da cobertura previdenciária de quase a totalidade da população urbana, inclusive empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, articulação do Estado com

5 Em abril de 1964, instalou-se no Brasil uma ditadura militar que controlou o poder por 21 anos. Foi marcada pela censura, o exílio, falta de democracia, repressão aos movimentos sociais e a estudantes e professores através do DL 477.

indústrias farmacêuticas e hospitalares internacionais, criação do complexo médico-industrial e privilégio ao produtor privado dos serviços de saúde. (BRAVO, 2007).

Nesta ótica as ações de saúde nesse momento continuavam a ser de caráter curativo, não existia a garantia do direito à saúde, tendo em vista que os militares intervieram em todos os setores da sociedade brasileira, rompendo a normalidade instituída. Os serviços sociais foram assumidos como meio de aquietar a massa trabalhadora e educá-los para uma sociedade harmônica.

Em face às contraposições entre as duas classes antagônicas, emerge no final da década de 1970, o movimento pela Reforma Sanitária. O qual estava em disputa o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária.

Dos personagens que entraram em cena nessa conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2007, p.8)

Nesse momento tornou-se mais notória a atuação de profissionais de saúde em defesa da democratização da saúde apresentando propostas no Congresso Nacional e movimentos sociais urbanos tendo como veículo propagador o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde - CEBES.

Segundo Bravo e Matos (2001), nas décadas de 1970 e 1980 o movimento pela reforma sanitária e lutas sociais foram capazes de criar constitucionalmente o Sistema Único de Saúde - SUS em 1988. Neste sentido, foi mais do que um movimento pela Saúde que estava vinculado ao processo de redemocratização do país, no qual se criou uma estrutura legal que deu suporte às ações de implantação do novo sistema de saúde, com avanços indiscutíveis em todo o País.

Durante a primeira metade dos anos 80, os serviços de saúde refletiam a crise do modelo de política social vigente, onde as condições de saúde da população tornaram-se críticas, em virtude de uma política centralizadora, privatizante e ineficaz, iniciando-se um movimento por políticas sociais que assegurassem plenos direitos. A saúde passa a ser vista como parte integrante da cidadania e dever do Estado (CAVALCANTI *et al*, 2004, p.7).

As propostas em destaque no movimento foram: universalização do acesso; concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento efetivo; democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão de Conselhos de Saúde.

Bravo (2007, p. 9) enfatiza que o fato marcante e fundamental para a discussão da questão da Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília-Distrito Federal. O temário central versou sobre: A Saúde como direito inerente à personalidade e cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Logo, a Assembleia Constituinte se organizou em três grupos: Federação Brasileira de Hospitais, Associação de Indústrias Farmacêuticas multinacionais e defensores da Reforma Sanitária.

A Conferência, segundo Bravo (2007), “representou inegavelmente um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade brasileira”. (p. 96). A autora reitera que “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária”.

A pré-constituinte, em seu relatório final, propôs a implantação do Sistema Único de Saúde, contribuindo para as decisões e formulação do relatório da pré-constituinte que serviu de subsídio para elaboração do capítulo da Saúde na Constituição Brasileira de 1988. É por este motivo que podemos afirmar que o SUS originou-se da 8ª Conferência Nacional de Saúde direto para Constituição do Brasil. Em suma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos, no qual podemos destacar a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e o mais importante foi ter formado as bases para a seção “Da Saúde” - da Constituição Brasileira de 1988.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, também mobilizou a realização de conferências temáticas, e a primeira foi de Saúde do Trabalhador (ST), realizada de 1 a 5 de dezembro de 1986.

Em virtude da mobilização da sociedade por meio da realização das

Conferências, houve muitos avanços nesse campo de conhecimentos. No entanto, problematizar a relação saúde-trabalho, nos leva a refletir que ainda persistem pontos de atenção da rede de atenção à saúde que precisam ser aperfeiçoados, a fim de contribuir de maneira decisiva para a garantia do direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde - Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão do serviço.

Nesta ótica, a Constituição Federal de 1988 é um marco importante para o setor saúde, porque o definiu: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (CF de 1988, artigo 196).

O Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, para compreender as propostas do SUS é necessário compreender seus princípios organizativos e doutrinários. Os princípios doutrinários referem-se à Universalização, que garante o acesso universal do cidadão ao SUS; Equidade, que aborda o tratamento dos usuários com ética e qualidade⁶; e a Integralidade, que dá toda assistência necessária em todos os tipos de serviços.

Quanto aos princípios organizativos, temos a Regionalização, que é a descentralização⁷; a Hierarquização, que compete à transferência de competência do nível central para o regional, ou seja, ordenação de serviços de acordo com o grau de complexidade; Resolutibilidade, que é capacitar a unidade de saúde para atender de acordo com seu perfil com atendimento direcionado; Descentralização, que delega competências para outra escala hierárquica do sistema único de saúde; Participação

6 Ou seja, todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam.

7 Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população.

do cidadão⁸, que garante o acesso do cidadão no sistema de saúde através dos conselhos gestores.

Conforme os princípios mencionados, Leite (2006) pontua que a Universalidade garante que todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal.

O princípio da equidade aponta que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população.

Já a Integralidade aborda que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças.

Em referência a Promoção, são indicadas ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos. Estas ações estão relacionadas a fatores biológicos, psicológicos (estado emocional) e sociais.

O princípio da Proteção é definido como ações específicas, para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde, como por exemplo as ações de tratamento da água para evitar a cólera e outras doenças.

O princípio da recuperação engloba as ações que evitam as mortes das pessoas doentes; e as sequelas, são as ações que já atuam sobre os danos, como por exemplo o atendimento médico ambulatorial básico e especializado.

O princípio da regionalização e hierarquização aponta que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (LEITE, 2006).

Já o princípio da Resolutividade é definido como a exigência de que, quando um indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo

8 O controle social, como também é chamado esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142.

sobre a saúde, é ideal que o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade.

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A Lei 8.080 e as NOBs (Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde) que se seguiram, definem precisamente, o que é obrigação de cada esfera de governo.

Em referência ao último princípio, Participação dos Cidadãos, o qual é regulamentado pela Lei 8.142, é uma garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo, conforme aponta Leite (2006).

É importante ressaltar que no início dos anos 1990, com corrente neoliberal⁹, ocorreu uma forte crise institucional e financeira do setor de saúde no Brasil, trazendo uma queda na qualidade da cobertura do sistema público. Desta forma, em seus primeiros anos de vigência, o SUS não apresentou resultados satisfatórios.

(...) nos anos 1990, o Estado promove a fragmentação das políticas sociais no enfrentamento da questão social – que se agudiza cada vez mais no bojo das políticas neoliberais-, negando os conflitos de classe; transferindo suas responsabilidades a setores da sociedade civil; apelando para a solidariedade na busca de soluções imediatas para os problemas sociais; aderindo a um amplo processo de privatização das políticas sociais. Assim o corte nos direitos sociais incorpora a estratégia neoliberal de “redução do Estado”, visando diminuir o ônus do capitalismo nas condições gerais da ordem vigente”. (RIBEIRO *et al.*, 2005, p.248)

Verifica-se que, nessa mesma década, houve uma drástica redução de verbas para os setores sociais, na gestão do Fernando Collor. Porém, houve avanços, tais como: aprovação das leis 8.080 e 8.142 que, juntas, formam a lei orgânica da saúde; realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde (antecipada em 2 anos), cujo tema foi Municipalização é o caminho; e criação da Norma Operacional Básica - NOB 93, que cria as modalidades de municipalização na área da Saúde, sendo assim fortalecendo condições para o aperfeiçoamento da gestão descentralizada, sendo

9 Segundo Netto, (2007, p. 227) o neoliberalismo pode ser compreendido como forma de modificar, diminuir a intervenção do Estado na economia, onde o mesmo passa a sofrer reformas que conduzem a um processo de supressão ou redução de direitos principalmente os direitos sociais, ou seja, o Estado passa a ser considerado mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

elas Gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena.

Outro avanço que cabe destaque é a NOB/96, Portaria Nº 2.203, de 6 de novembro de 1996, a qual modifica os níveis de gestão municipais e estaduais para apenas dois: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Tal ação possibilita o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros.

Como instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil. (BRASIL, 1996)

Outra estratégia utilizada pelo governo nesse período foi a Reforma do Estado (ou Contra-Reforma) a qual parte do suposto:

(...) de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propõe como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado” (PEREIRA *apud* BRAVO, 2007, p.13).

Partindo dessa premissa, verifica-se que o Estado fomenta a ideia de que o público é ineficaz, corrupto, insuficiente e fortalece com isso o poder econômico, criando um discurso do setor privado como se este garantisse a eficiência e a qualidade dos serviços, sejam eles ligados à saúde, educação, habitação, saneamento básico, cultura. Essa ideia, repassada pelo próprio Estado, da sua ineficácia, a qual é absorvida pela sociedade civil, respalda esse Estado percebendo-o como Estado Mínimo¹⁰. A administração pública burocrática é substituída por um

10 Segundo Sposati, (1997). O Estado mínimo apresenta a característica de seletividade, focalismo, por não estabelecer pela via estatal uma cobertura de garantias a todos os cidadãos, onde as políticas sociais são transformadas em ações de caráter circunstanciais e precárias, onde a garantia de mínimos sociais, além de ser um ato formal jurídico, deveria constituir em responsabilidade pública e social.

modelo privado que tem vistas às leis de mercado, redução de custos e produtividade. Nesse sentido o Estado não deixa de exercer suas funções públicas, mas deve fazê-lo obedecendo às leis de mercado.

Na análise sobre o Estado atual, a reforma compreende que pode-se distingui-lo em quatro setores: o núcleo estratégico, composto pelo legislativo, judiciário, presidência e cúpula dos ministérios; as atividades exclusivas do Estado que são as ações de regulamentar, fiscalizar, regular, policiar, fomentar e definir políticas; os serviços sociais e científicos, que não devem ser privatizados, mas também não cabem ser executados pelo Estado – para tanto, precisam ser transformados em Organizações Públicas Não-estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS); o setor da produção de bens e serviços, que é composto por empresas que não cumprem papel estratégico e, portanto, devem ser privatizadas (BRAVO E MATOS 2001, p.206).

De modo geral, como aponta Simionatto (2004), no desmonte e privatização do Estado que passa a realizar cada vez mais reformas, principalmente no que tange à Seguridade Social, esse desmonte se materializa, principalmente pela legitimação da ideologia neoliberal, que está intrinsecamente relacionada com a não efetivação dos direitos sociais.

As reformas para o campo da saúde, nessa ótica, têm apresentado como propostas: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA *apud* BRAVO E MATOS, 2001, p. 200) .

Nesta ótica, o serviço de saúde, que é caracterizado como política pública¹¹ e de direito, devem ser transformados em Organizações Públicas não Estatais, desfigurando o Estado de Direito pleiteado na Constituição de 1988.

Falar de políticas públicas no contexto neoliberal é falar de um quadro social de privatizações, descentralização, focalização de ações e redução de gastos sociais, e essas características básicas já perpassavam as políticas de saúde na década de 80, o que justifica a denominação de projeto neoliberal (CAVALCANTI 2004 et al p.9).

11 O termo público refere-se à coisa pública, ao que é de todos no sentido de totalidade e universalidade. Portanto, associado ao termo política, trata-se de uma política de ação no atendimento das necessidades de todos. Isso pode ser notado em várias esferas, tais como educação, assistência social, habitação, lazer, transporte, segurança, meio ambiente e, no caso deste estudo, saúde. Para Potyara Pereira (2011, p. 174), “política pública expressa, assim, a conversão de demandas e decisões privadas e estatais em decisões e ações públicas que afetam e comprometem a todos”.

Neste contexto cabe salientar, o governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), que iniciou as privatizações, acordos com o Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial.

(...). Para pôr em prática esta 'contra-reforma', criam-se as instituições organizacionais básicas da reforma, através das agências executivas que são as instituições estatais que executam atividades exclusivas de Estado, tais como o Banco Central, Conselho Administrativo de Defesa Econômica, Petróleo (ANP), Telecomunicações (ANATEL), Energia Elétrica (ANEEL); e ainda as instituições das organizações sociais que são híbridas entre o Estado e a sociedade as quais executam os serviços sociais e competitivos (BRESEER PEREIRA, 1998).

Segundo Bravo e Matos (2001), a gestão Fernando Henrique Cardoso ficou marcada pela implantação efetiva e explícita do projeto neoliberal. Neste momento o Ministro Adib Jatene que “em sua cruzada solitária” aprovou CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira); sem qualquer esclarecimento para a população. Outro fato negativo foi que as preposições da 10ª Conferência de Saúde não foram relevadas pelo governo federal.

A reforma do Estado, apesar de não estar totalmente implantada, já está em curso, o que é possível constatar, por exemplo, através da reforma da previdência e na quebra da estabilidade do servidor público (BRAVO E MATOS 2001, p.206). Estas condições denotam o projeto capitalista neoliberal, o qual

(...)a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social no país – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornaram-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização (BEHRING, 2007, p. 156).

Destaca-se ainda nesta década, a instituição de um novo modelo de atenção à saúde na esfera da atenção básica, que busca a reorientação do modelo tradicional vigente, o qual está centrado no Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família.

Este programa, de acordo com o Ministério da Saúde, expressa-se como uma estratégia para reorganização da atenção básica na perspectiva da vigilância à saúde, mediante uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. O discurso oficial expressa a ideia de que não se trata de uma assistência precária para os pobres, mas sim da intenção de construir um novo modelo de assistência no país, a partir do investimento na atenção

primária, na prevenção e promoção à saúde, articulados com assistência curativa e de alta complexidade, constituindo-se o PSF na porta de entrada do Sistema de Saúde (RIBEIRO *et al.*, 2005, p. 248)

Diante dos apontamentos de Ribeiro (2005), compreende-se que é de extrema importância que esse novo modelo de atenção básica seja de fato efetivado, já que a atual conjuntura da Saúde Pública Brasileira reclama por ações que visem à promoção da qualidade de vida.

Uma outra característica trazida pelo Sistema Único de Saúde foi a municipalização da saúde, a qual deu materialidade ao princípio da descentralização, com vista à organização desse sistema em todo território nacional.

A municipalização é uma estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da Saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de Saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa da Saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e localização dos serviços de Saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde (BRASIL, 2005, p. 148).

A descentralização levou a União, Estados e Municípios a certo grau de responsabilidade na implementação efetiva do SUS, imputando a essas esferas disponibilizar ações e serviços de Saúde que estivessem mais próximos da população. A fim de levar essas ações e serviços de Saúde ao conhecimento dessa população, o Ministério da Saúde editou em 2006 a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

De forma sucinta, é possível fazer uma breve explanação dos princípios norteadores da referida carta. Inicialmente, assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz; dá direito ao tratamento adequado e efetivo para seu problema, em prol da melhoria da qualidade dos serviços prestados; garante atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável; oferece um atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando preservar sua cidadania durante o tratamento; aponta as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e por último, assegura o comprometimento dos gestores para que os

princípios anteriores sejam cumpridos.

Em face aos princípios apresentados nesta carta é possível compreender que a Política de Assistência à Saúde no referido País, embora enfrente sérios problemas para sua implantação plena, é considerado um dos melhores modelos de saúde.

Outro avanço, que cabe destaque é as Redes de Atenção à Saúde – RAS , Portaria publicada nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para sua organização, no âmbito do SUS a qual consta a seguinte conceituação das RAS: são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, “[...] de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Nos anos de 2011, após a pactuação tripartite, foram priorizadas redes temáticas dentro de sua estrutura organizacional:

Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergência, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial, sendo transpassadas pelos temas qualificação e educação; informação; regulação, promoção e vigilância em saúde (BRASIL, 2011)

Dentre as principais particularidades das RAS são: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

O Sistema Único de Saúde, o SUS, há mais de 30 anos, tem uma trajetória coletiva de lutas e desafios enfrentados, diariamente, para proporcionar e garantir o direito universal à saúde como dever do Estado.

Torna-se imprescindível uma nova cultura de Defesa da Seguridade Social como política de proteção social, possibilitando a construção de políticas públicas que assegurem o direito à Saúde.

Nesse contexto, a luta pela conquista social do direito à saúde precisa se dar em um duplo movimento. De um lado, é necessário resgatar a luta pelas políticas públicas que, para além do setor saúde, se voltem para a melhoria das condições de vida da população. De outro, é fundamental aprofundar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, pautado pela perspectiva da participação popular e da integralidade das ações (MATTOS, 2005 p. 35).

Portanto, é um caminho árduo e necessário o fortalecimento da Participação Social e do Controle Social na saúde, articulado com os movimentos sociais. A defesa da saúde tem que ser uma luta organizada e unificada, para que se possa avançar no modelo de atenção centrado no cidadão de direitos.

Além disso, é necessária adoção de debate sobre as condições de vida e de trabalho, considerando-se os fatores socioeconômicos como fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde, “portanto, resultante de um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, a habitação, o saneamento, a educação, o transporte, o lazer, etc.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998, p.13).

Neste sentido,

Saúde é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo (AROUCA, 1986 apud BRASIL, Ministério da Saúde, 2019, p.5)

A conquista do direito à saúde, tornou-se uma conquista social e uma garantia fundamental. No entanto, como foi exposto ainda não condiz plenamente com o marco teórico do campo, e os desafios são inúmeros. Portanto, o que deve ser exigido agora é a implantação de um Sistema Único de Saúde - SUS de forma plena, o que é, sem dúvida, a fase mais difícil. A interface precisa ser institucional e política.

Observa-se a necessária articulação entre os gestores e os serviços de base e controle social na formulação de políticas e de projetos de educação permanente em saúde, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde, embasados nas normas vigentes e na garantia de direitos.

A atual conjuntura evidencia que o caminho ainda tem muitas trilhas a serem percorridas. Apesar da política interna do país direcionar para redução da participação do Estado nas políticas públicas, podemos considerar que houve avanços na política de saúde, como por exemplo a Política de Saúde Auditiva, a qual explanaremos a seguir.

Portanto, é preciso reafirmar fortemente que os direitos sociais constitucionalmente incorporados, não surgiram naturalmente ou por acaso. São resultados de muitas lutas, inclusive da exaustiva participação popular e que precisa se colocar constantemente como espaço de resistência.

2.3 Política de Saúde Auditiva

A saúde auditiva integra o grupo de responsabilidades do SUS, com ações de proteção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo de pensar estratégias de inclusão social, autonomia e comunicação.

Partindo desta premissa, em 2004 institui-se a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva - PNASA, de 28 de setembro de 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 2.073, pautada de acordo com os princípios do SUS, onde se preconiza que todos têm direito à atenção nos atendimentos, de forma integral, desde o diagnóstico da perda até a reabilitação fonoaudiológica.

Como diretrizes, têm-se a previsão do atendimento integral, incluindo diagnóstico, tratamento, adaptação, seleção e o recebimento do Aparelho Auditivo, acompanhamento e fonoterapia.

O Artigo 3º da PNASA considera a abrangência aos três níveis de atenção: básica, média e a alta complexidade. Compete à baixa complexidade, ações permanentes de vigilância em saúde e manter uma prática de promoção e prevenção à saúde da população.

[...] compreendem ações de promoção à saúde auditiva, de prevenção e identificação precoce de problemas auditivos junto à comunidade, assim como ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamentos, quando necessário, para o serviço de atenção à saúde auditiva da média complexidade. (SILVA *et al.*, 2014, p.7)

A Portaria nº 587, de outubro de 2004, garante a organização e a implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva e a Portaria nº 589, de 8 de outubro de 2004 determina o atendimento integral à pessoa com deficiência auditiva no que se refere ao diagnóstico, tratamento, seleção, adaptação, concessão do aparelho e prestar todo acompanhamento e fonoterapia. (BRASIL, 2004a, 2004b). Em seu 2º parágrafo descreve a média complexidade como:

[...] atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional e que ofereça triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares, diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças a partir de três anos de idade, de

jovens, de adultos, incluindo os trabalhadores e de idosos, respeitando as especificidades da avaliação e reabilitação exigidas para cada um desses segmentos; (BRASIL, 2004a)

Dessa forma, na média complexidade são atendidas as pessoas com mais de três anos, bem como diagnósticos de perdas auditivas em ambos os ouvidos ou usuários com dificuldades de responder as avaliações. Em algumas situações, pela gravidade observada, tem-se o encaminhamento para a alta complexidade.

No atendimento da alta complexidade são feitas as avaliações para o diagnóstico diferencial da deficiência auditiva e os atendimentos específicos, como por exemplo, o implante coclear. Maiores custos e a tecnologia fazem parte da alta complexidade. Em relação à alta complexidade, o parágrafo 3º da respectiva Portaria nº 587/2004 destaca a

[...] atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva de forma articulada e integrada com o sistema local e regional, constituindo-se como referência para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas sejam neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal, perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade. (BRASIL, 2004a)

Os avanços na política de atendimento às pessoas surdas são importantes, pois buscam a integralidade do cuidado e não apenas o diagnóstico e entrega do aparelho auditivo, mas ações contínuas e sistemáticas buscando a reabilitação social.

Portanto, a instituição da Política de Saúde Auditiva, representou um avanço significativo na ampliação dos direitos de cidadania:

Essa [fora] a primeira vez que o Brasil trata dessa questão de forma específica, criando uma política voltada à saúde auditiva, com ações que englobam a atenção básica (trabalhos de promoção da saúde, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos), de média e de alta complexidade. Até a publicação da portaria, o que se tinha era a indicação de aparelhos auditivos sem o devido acompanhamento dos mesmos e poucos centros para o atendimento completo. Isso acontecia só em grandes capitais, principalmente no Sul e no Sudeste do país. (ABA, 2010, s/p).

No âmbito da qualidade de serviço, é uma necessidade compreender a percepção dos pacientes quanto ao uso do aparelho auditivo. Tal temática,

abordaremos no capítulo 4.

O critério do SUS para a indicação do aparelho auditivo considera a idade do indivíduo, a etiologia, tipo, grau, duração e simetria da perda auditiva bem como a restrição de participação (incapacidade).

Figura 1: Modelos de aparelhos auditivos



Fonte: Audilog, 2022

Os pacientes que apresentam dificuldades de comunicação por causa da perda auditiva são potenciais candidatos ao uso de AASI, e conforme literatura médica e fonoaudiológica são categorizados em 3 classes:

Classe 1: Existe consenso na indicação para uso de AASI: Adultos com perda auditiva bilateral (nos dois lados) permanente que apresentem, no melhor ouvido, média nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 40 dB.

- Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 30 dB.

Classe 2: Há controvérsias quanto à indicação do uso de AASI: o paciente é encaminhado para o uso das próteses se houver parecer favorável da equipe do Serviço de Saúde Auditiva.

- Crianças com perdas auditivas entre 20 dBNA e 30 dBNA (perdas auditivas leves);
- Pessoas com perdas auditivas unilaterais (desde que apresentem dificuldades de integração social e/ou profissional), ou perda auditiva flutuante bilateral, ou perda auditiva profunda bilateral pré-lingual, não oralizadas (desde que apresentem, no mínimo, detecção de fala com amplificação);

- Pessoas adultas com perda auditiva e distúrbios neuropsicomotores graves, sem adaptação anterior de AASI e sem uso de comunicação oral, ou com alterações neurais ou retrococleares (após teste) ou com perda auditiva limitada a frequências acima de 3000 Hz.

Classe 3: Não há indicação, ou há contraindicação do uso de AASI: pessoas com intolerância a todo tipo de amplificação/controle de ganho devido a um recrutamento intenso, ou anacusia unilateral com audição normal no outro ouvido.

2.4 Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS no Brasil

Além da possibilidade do uso do aparelho auditivo, as pessoas com deficiência auditiva podem utilizar a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, como uma forma de integração e comunicação em sua vida cotidiana. Esse recurso, é bastante utilizado quando o aparelho auditivo não apresenta uma opção: seja por desejo do paciente, ou por não ser uma indicação da equipe multidisciplinar.

A LIBRAS foi oficializada pela lei 10.436/02 e regulamentada pelo decreto 5.626/05 e é a língua natural das Comunidades Surdas no Brasil. É uma língua cuja modalidade é visual–espacial e difere da Língua Portuguesa que, por sua vez, é uma modalidade de comunicação oral-auditiva. Brito (1997) afirma que as línguas de sinais são naturais porque como as línguas orais, surgiram espontaneamente da interação entre pessoas e porque, devido à sua estrutura, permitem a expressão de qualquer conceito – descritivo, emotivo, racional, literal, metafórico, concreto, abstrato – enfim, permitem a expressão de qualquer significado da necessidade comunicativa e expressiva do ser humano.

A língua de sinais não é universal, tem a americana, a francesa, a britânica, a chinesa, dentre outras. Tem como característica sua regionalidade, sendo que alguns sinais mudam de acordo com cada região do Brasil. E como qualquer outra língua, tem gramática própria, assim como a língua oral. Linguisticamente, “pode-se afirmar que a língua de sinais é língua porque apresenta características presentes em outras línguas naturais e, essencialmente, por ser humana”. (GESSER, 2005, p. 27)

Não existem muitos relatos sobre a fundação da língua de sinais, o mais antigo é o de um francês chamado, Abade L’Epée, que fundou a primeira escola para surdos na França e a língua de sinais como marca do início da educação de surdos.

Em 1857, a convite de D. Pedro II veio ao Brasil o francês Huet, que era surdo, para fundar a primeira escola de surdos no Brasil, nomeada Imperial Instituto de Surdos Mudos. Com o passar do tempo o termo surdo-mudo saiu de uso por ser incorreto, pois de acordo com estudos científicos, médicos observaram que os surdos têm o aparelho fonador (região das cordas vocais) igual a de um ouvinte, emitem sons, logo não são surdos-mudos. A mudez não está relacionada à surdez, o que propiciou a mudança do nome do Instituto para Instituto Nacional de Educação de Surdos - INES, localizado no Rio de Janeiro/RJ.

A luta para a utilização da LIBRAS ocorreu de forma lenta e, somente no ano de 2002, passou a ser reconhecida e considerada a segunda língua oficial do Brasil, por meio da Lei nº 10.436/02.

Entende-se como Língua Brasileira de Sinais - Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil. (BRASIL, 2002)

Em novembro de 2019, o governo publicou uma cartilha com os direitos da pessoa surda no Brasil. Além do direito de utilizar LIBRAS como primeira língua, os surdos têm direito ao acesso à educação, com a contratação de intérprete de LIBRAS para o acompanhamento nas aulas tanto no ensino básico quanto no superior; recursos de tecnologia assistida e adaptação e produção do material didático de forma acessível.

Dentre outros direitos, orientações aos familiares no que se refere as implicações da surdez e a importância do aprendizado em LIBRAS e português para a criança; apoio à capacitação e formação dos profissionais que faz atendimento às pessoas surdas; acesso ao esporte, lazer e cultura promovendo os lugares culturais com formato acessível; programas de televisão, cinema, teatro, dentre outros com acesso facilitado; e janela com intérprete de LIBRAS, incluindo anúncios publicitários, no cinema, em congressos, seminários e demais eventos.

No mês de setembro comemora-se o “setembro azul”, mês marcado pelas discussões sobre a acessibilidade das pessoas surdas no Brasil. A cor azul representa marcos da Segunda Guerra Mundial (1940-1945) quando os nazistas queriam se livrar de raças “inferiores” e as pessoas com deficiências - incluindo os surdos, eram identificadas com uma fita azul no braço. Neste período, estima-se a morte de 20.000

peessoas com deficiências. Com o passar dos anos, a cor azul passou a simbolizar o orgulho e a identidade surda. Setembro foi o mês escolhido em função de três datas comemorativas: 23/09: Dia Internacional da Língua de Sinais; 26/09: Dia Nacional do Surdo e 30/09: Dia Internacional do Tradutor/Intérprete de LIBRAS.

CAPÍTULO III - A POLÍTICA DE SAÚDE AUDITIVA NO MUNICÍPIO DE SANTOS

Considerando o objeto investigado, a Política de saúde auditiva no município de Santos, apresenta-se inicialmente o desenvolvimento histórico do município e sua importância para a Região da Baixada Santista.

Posteriormente realizamos apontamentos sobre a implantação da SECRESA, considerando o momento histórico da consolidação da política de saúde auditiva no Brasil. O debate também contempla as ações desenvolvidas na SECRESA .

3.1 A Cidade de Santos

Conforme aponta O Boletim Epidemiológico de Santos (2021), a cidade de Santos está situada no litoral do Estado de São Paulo, faz limite ao norte com Santo André, Mogi das Cruzes e Salesópolis, ao sul com o Oceano Atlântico e Ilha de Santo Amaro (onde fica o Guarujá), ao leste com Bertioga, ao oeste com Cubatão e São Vicente. A área de Santos é de 271 km² sendo que deste total, 39,4 km² (parte insular) é a área da sede Municipal, situada na Ilha de São Vicente, estando o restante, 231,6 km na parte continental. Santos está situada a 70 km de São Paulo, podendo ser alcançada pelas Rodovias Anchieta, Imigrantes e Caminho do Mar; do Rio de Janeiro a 505 km, através da Rodovia Rio-Santos; de Curitiba, 490 km através das Rodovias BR-116, SP-165 e SP-55, além de trens da Rede Ferroviária Federal. Altitude: 2 metros acima do nível do mar. Topografia: Planície predominante e morros que dividem a cidade. Hidrografia: Os rios são canalizados na parte insular. Na parte continental, os rios formam meandros, sendo os mais importantes os rios Quilombo, Jurubatuba, Diana e Cabuçu.

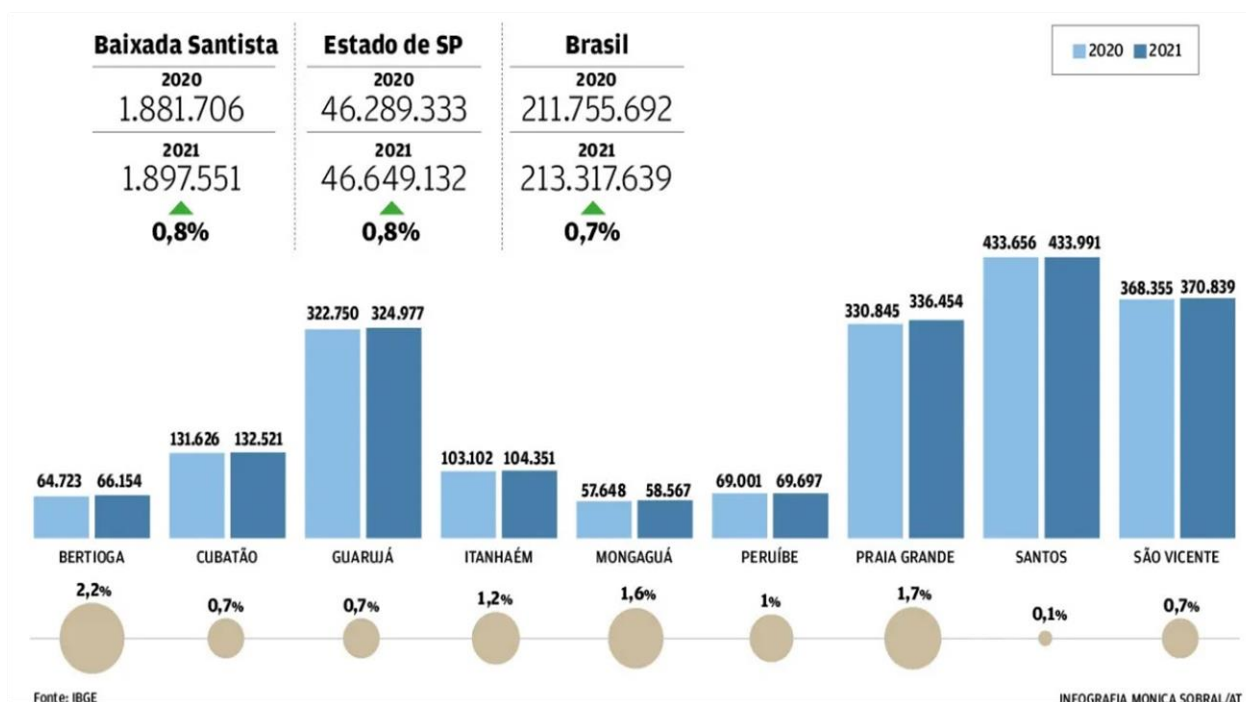
Santos possui grande relevância econômica, entre outros motivos, por ser sede do maior porto marítimo do Brasil e da América Latina, polo da Região Metropolitana da Baixada Santista, que congrega uma população de 1.897.551 habitantes (estimativa IBGE, 2021), e polo turístico de lazer e negócios.

O município tem uma população estimada para 2021 de 433.656 habitantes (IBGE, 2021). Isso coloca a cidade na posição 10 dentre as 645 do Estado. Sua

densidade demográfica é de 1.494,26 habitantes por Km², colocando-o na posição 26 de 645 do Estado. IDH (2010) de 0,840.

Santos, a cidade com o maior número de habitantes na região, aumentou sua população em apenas 0,08%, o menor índice dos nove municípios. Foram apenas 335 moradores a mais na cidade de um ano para o outro, de acordo com os dados apresentados na Figura 2.

Figura 2: Crescimento populacional da Baixada Santista (SP).



Fonte IBGE. Infografia Sobral (2021).

A população das cidades da Baixada Santista, no litoral de São Paulo, cresceu 0,84% em um ano, segundo aponta a estimativa para 2021 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A região soma, agora, 1.897.551.

3.2 Porto de Santos

Segundo dados da Prefeitura de Santos (2022), o Porto de Santos possui 13 quilômetros de extensão e é fundamental no desenvolvimento econômico da cidade, sendo responsável por 26% da balança comercial brasileira.

A inauguração oficial ocorreu em 2 de fevereiro de 1892, quando a Companhia Docas de Santos entregou os primeiros 260 metros de cais no Valongo. A partir de

então, houve uma expansão do seu crescimento exportando todo tipo de insumo: açúcar, café, laranja, algodão, adubo, carvão, sucos cítricos, soja, veículos, grãos líquidos.

Figura 3: Porto de Santos



Fonte: Brasil, 2022

Três séculos depois, a economia do Estado de São Paulo ganhou uma injeção de ânimo com a São Paulo Railway, que passou a operar em 1867, época de expansão na produção do café, ligando a Baixada Santista à capital e interior, conforme aponta dados da Prefeitura de Santos (2022).

3.3 Contextualização Histórica e Política da Saúde Auditiva no Município de Santos

Conforme dados do último censo do IBGE (2010), Santos possui uma população expressiva com deficiência auditiva, a saber: 718 que não conseguem ouvir de modo algum; 4.332 que escutam com dificuldades e 17.148 que sentem alguma dificuldade para ouvir perfeitamente, totalizando 22.198 pessoas com algum tipo de deficiência auditiva.

As reflexões a seguir estão referenciadas em Protocolos de Atendimentos

(2020) disponibilizados pela SECRESA e autorizados para uso no ano de 2022.

A atenção à saúde auditiva no município se inicia antes mesmo da implementação da política nacional de saúde auditiva. Isto ocorrerá, no ano de 1995 com a municipalização do Programa de Órtese, Prótese e Materiais Auxiliares, que tinha como objetivo a reabilitação de pessoas com deficiência através de materiais fornecidos pelo SUS. (SECRESA, 2020)

Em 1999 o Hospital Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes passou a desenvolver o serviço de triagem neonatal, que contém quatro exames: teste do pezinho, o teste do olhinho, o teste do coraçãozinho e o teste da orelhinha, esses sendo gratuitos e importantes para serem realizados nos primeiros dias de vida (SECRESA,2020).

Em 2001, na Portaria nº 432 de 14 de novembro de 2000 foram definidos os procedimentos, protocolos de atendimento e o acompanhamento e reabilitação do usuário que necessita do uso de aparelho auditivo. O serviço, localizado no Ambulatório de Especialidades - passou a ser classificado como especialista em deficiência auditiva, assim podendo realizar o diagnóstico e o tratamento (SECRESA, 2020).

No ano de 2004, com a Política de Atenção à Saúde Auditiva e considerando o Art. 10º, da Portaria 587, amplia-se o atendimento incorporando todos os municípios da Região da Baixada Santista (Peruíbe, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande, Santos, Cubatão, São Vicente, Guarujá e Bertioga)

[...] os atuais estabelecimentos de saúde, cadastrados no código 27/114 (Serviço de Diagnose/Terapia em Otorrinolaringologia) que prestam assistência às pessoas portadoras de deficiência auditiva deverão se adaptar às normas constantes deste ato e solicitar novo credenciamento/habilitação ao gestor estadual ou municipal em Gestão Plena do Sistema, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias. (BRASIL, 2004a)

Com esse dispositivo, no ano de 2005 se aprova o credenciamento da saúde auditiva de Santos, compondo a rede de saúde auditiva do Estado, sendo que no ano seguinte, no mês de setembro, isto se oficializa por meio da Portaria SAS/MS Nº 239 / 2006 (SECRESA, 2020).

3.4 SECRESA: Cenário e Ação Profissional na Atenção Integral às Necessidades dos Paciente Atendidos

Atualmente a SECRESA¹² está situada no bairro Gonzaga, a qual abrigam estabelecimentos comerciais, bancários, cinemas, bares, restaurantes e hotéis. O bairro centraliza todo tipo de serviço e também apresenta prédios, residências e algumas casas de moradia.

Cabe salientar que, em 2007, habilita-se a SECRESA, por meio da Portaria SAS/MS 123/2007 e, por ser um centro de referência, passa a atender todos os municípios da Baixada Santista (SECRESA, 2020).

A SECRESA tem por objetivo prestar atendimento integral às pessoas, buscando entender e diagnosticar as patologias que levam à deficiência auditiva em bebês, crianças, jovens, adultos e pessoas idosas conforme as orientações da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

Conta com uma equipe multidisciplinar, composta por cinco otorrinolaringologistas, uma médica pediatra, 08 Fonoaudiólogas – sendo 01 chefe de seção e 01 chefe técnica, uma Enfermeira, duas Assistentes Sociais, uma Psicóloga, 01 Médico Neuropediatra (1x por mês) e uma Técnica de Enfermagem. Na parte administrativa são dois Oficiais Administrativos sendo 01 chefe administrativa e um Agente de Portaria.¹³

Suas ações estão referenciadas na Rede de Atenção da Saúde – RAS, Portaria nº 4.279 em 30 de dezembro de 2010, que busca estratégias para aperfeiçoar o funcionamento do SUS, qualificar a gestão do cuidado e superar o modelo de atenção curativo e centrado no cuidado médico. O debate sobre a mudança do atendimento à saúde tem como referência o Pacto pela Saúde em 2006, que ressalta a importância de aprofundar o processo de regionalização e de organização da saúde sob a forma de redes.

No que se refere à rede de atendimento às pessoas surdas em Santos, a qual são solicitadas avaliações quanto ao uso do aparelho auditivo, o atendimento inicial é realizado após agendamento, nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, pela central de agendamento. Implantada em maio de 2017, ela encaminha os pacientes das policlínicas (atenção básica) para as consultas com médicos dos Ambulatórios de Especialidades (AMBESP) em 68 áreas (cardiologia, ortopedia, dermatologia e

12 Razão Social - Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva - SECRESA Quanto à Propriedade – Pública Municipal. CNPJ – 58.200.015/0001-83. Endereço: Av. Bernardino de Campos, 617 Gonzaga Santos - SP.

13 Dados referentes a fevereiro de 2022

outras), consultas de retorno com os especialistas e exames de raio-X, ultrassom e mamografia. Após, consultas são agendadas com o médico otorrinolaringologista do Ambulatório de Especialidades - AMBESP, onde serão realizados os exames para confirmação da perda auditiva. Usuários com idade abaixo de 18 anos e adultos em atividades laborativas terão prioridade no agendamento. Constatada a perda auditiva e possível indicação ao uso de aparelho auditivo, o usuário é encaminhado para consulta com otorrinolaringologista da SECRESA, por meio do agendamento.

Quando o usuário chega na SECRESA, passa pela recepção com a apresentação dos documentos de identificação pessoal (CPF, RG e comprovante de residência), o encaminhamento para o atendimento e um exame de audiometria com no máximo 6 meses. Após, passa pelo atendimento com o otorrinolaringologista para avaliação quanto à indicação de aparelho auditivo, avaliação fonoaudiológica, seleção do aparelho auditivo e, por último, passa pela assistente social para uma entrevista. Os atendimentos, em sua maioria, são realizados em um único dia, a fim de garantir o comparecimento do paciente nos atendimentos, bem como facilitar a sua rotina.

Após a realização das consultas e a indicação para uso de aparelho auditivo, o usuário é orientado a esperar o contato da empresa privada de aparelhos auditivos para fazer o molde do aparelho (caso sejam indicados os modelos que necessitam de molde) e, posteriormente, contato telefônico da SECRESA, para agendamento da entrega do aparelho. Esse prazo pode chegar de quatro meses a um ano.

Após a entrega do aparelho com orientações de manuseio, uso, cuidado e garantia, o usuário começa a fase de adaptação, com a realização de um grupo quinzenal para troca de experiências, resoluções de dúvidas e orientação para o familiar/cuidador.

O protocolo de atendimento para residentes em outros municípios é realizado através do representante do município indicado oficialmente. O representante entra em contato com a SECRESA até o 15º (décimo quinto) dia de cada mês, com a relação de nomes a serem agendados, conforme número de vagas pactuado (SECRESA, 2020).

Até o 20º (vigésimo) dia do mês, a SECRESA retornará ao município com as datas das consultas agendadas e, no prazo de dez dias, o município de origem retorna com as confirmações de agendamento. É de responsabilidade do município de origem

a comunicação com o usuário, as orientações quanto ao tipo de atendimento e, se for necessário, o fornecimento de transporte e alimentação. Ao final de cada mês, a SECRESA comunica ao município de origem sobre as faltas ocorridas, como também as respectivas datas de retorno, ficando responsável pela comunicação com o usuário e a busca ativa, caso não seja encontrado (SECRESA, 2020).

Conforme demonstra a tabela 1, nos anos de 2013 a 2021 a SECRESA forneceu 11.823 aparelhos auditivos. Esse número representa a magnitude do serviço para a Baixada Santista, enquanto instituição pública mediadora do acesso aos bens e serviços aos usuários demandantes por atenção em Saúde Auditiva na região.

TABELA 1: APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL FORNECIDOS - SECRESA 2013 A 2021

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A	0	2	2	0	0	2	0	1	0	7
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A	16	38	45	59	34	25	32	11	14	274
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B	163	14	68	15	3	4	16	14	4	301
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C	11	2	0	0	0	0	0	0	2	15
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO A	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C	2	0	0	2	0	0	0	0	1	5
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO A	166	393	470	881	617	938	616	674	265	5.020
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B	1.054	234	498	229	60	238	248	246	213	3.020
APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C	144	12	28	9	40	82	58	68	32	473
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA CONVENCIONAL TIPO A	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	2	0	0	1	0	0	0	0	0	3
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO A	6	8	12	19	18	36	21	20	9	149
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO B	53	13	27	7	4	18	13	16	20	171
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO C	4	2	0	0	4	1	0	4	2	17
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO B	2	2	2	0	0	0	2	0	2	10
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A	24	51	67	201	156	251	157	241	104	1.252
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B	119	46	149	70	64	82	159	140	86	915
REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C	20	7	11	4	15	30	43	36	17	183
Total	1.786	826	1.383	1.497	1.015	1.707	1.366	1.471	772	11.823

Fonte: Pesquisa documental, SECRESA 2021

Os dados reforçam o alto grau de importância do papel do Sistema Único de Saúde para as pessoas que necessitam de protetização auditiva, bem como a necessidade de promover a expansão de atendimentos direcionados para as pessoas com perdas auditivas.

Além do atendimento realizado em adultos, a SECRESA dispõe do Programa de Atenção à Saúde Auditiva de Bebê de Risco em acordo com as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), desenvolvida em 2012, que tem por objetivo a identificação precoce da deficiência auditiva em recém-nascidos e lactantes. A TAN se baseia em um conjunto de ações que faz parte da atenção integral à saúde auditiva na infância, compondo-se da triagem, monitoramento, acompanhamento no desenvolvimento da audição e linguagem, diagnóstico e reabilitação.

No caso de deficiência auditiva permanente, o diagnóstico funcional e a intervenção iniciados antes dos seis meses de vida da criança possibilitam, em geral, melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, conseqüentemente, a inclusão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida. (BRASIL, 2012).

O encaminhamento dos bebês para a SECRESA é de responsabilidade da UBS, em aproximadamente quinze dias após a alta hospitalar ou até completar um ano de idade, se residentes do município de Santos; caso sejam de outros municípios, deverão ser encaminhados à referência do município para encaminhamento a SECRESA (SECRESA, 2020).

Para a realização desse acompanhamento, o bebê precisa ser incluído nos critérios de risco para a deficiência auditiva, dentre esses: a preocupação dos pais com o desenvolvimento da audição, fala ou linguagem; antecedentes familiares de surdez; permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por mais de cinco dias; infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis e HIV); síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (Waardenburg, Alport e Pendred); distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth); infecções bacterianas ou virais pós-natais (citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite); traumatismo craniano e quimioterapia (BRASIL, 2012).

O agendamento da triagem auditiva consta de consulta pediátrica, agendamento do exame PEATE-automático e orientação à saúde auditiva do bebê junto com a

equipe multidisciplinar. Constatado resultado não satisfatório ou sugestivo da deficiência auditiva, será realizado um novo teste após quinze dias e, se no final da triagem, permanecer o resultado sugestivo, dará início ao processo diagnóstico, composto por avaliação audiológica completa.

Todos os resultados e procedimentos realizados pela SECRESA serão disponibilizados aos familiares para que sejam entregues à pediatra da UBS de referência, para dar andamento e acompanhamento do bebê (SECRESA, 2020).

3.5 ATRIBUIÇÕES DOS CARGOS DA SECRESA

A chefe de Seção tem a sua função na SECRESA, quanto ao gerenciamento geral da unidade através da organização e coordenação de todos os processos da unidade. Sua responsabilidade é referente às equipes técnica, administrativa e da limpeza.

Os processos quanto a sua atuação ocorre da seguinte maneira: levantamento das necessidades diárias e providências quanto à realização das tarefas em tempo mínimo; resolução de situações e imprevistos administrativos que exijam soluções imediatas; organização de agendas Santos; distribuição de tarefas entre a equipe, após levantamento de prioridades diárias; busca de soluções para problemas técnicos imediatos e discussão de casos de pacientes; controle geral de compras e reposição de materiais junto às chefias administrativa, de enfermagem e do ajudante geral.

A sua função também contempla o atendimento e acolhimento aos pacientes quando necessário, para esclarecimentos e orientações na busca de soluções plausíveis.

Cabe destacar o gerenciamento referente Autorização de Procedimento Ambulatorial- APAC e Boletim de Produção Ambulatorial - BPA para faturamento da Unidade; organização, coordenação e participação em reuniões, conferência e liberação dos processos de compras dos AASI; montagem de processos de liquidação de notas fiscais dos aparelhos auditivos; contatos para resolução de problemas técnicos, administrativos e de contratos; análise e despachos de Processos recebidos; verificar e responder e-mail diariamente; verificar a demanda reprimida da unidade para modificar, caso necessário, as agendas (ajuste, molde, entrevista, audiometria)

e administrar as intercorrências.

Quanto a sua responsabilidade com os funcionários: acompanhamento e liberação das planilhas de horas extras e planilhas de frequência.

Em relação a Chefia de Atividade Técnica, tem a função de supervisão e manutenção dos procedimentos da equipe multiprofissional, através dos seguintes processos: agendar a manutenção e calibração dos equipamentos audiológicos junto às empresas de AASI; verificação das próteses auditivas; avaliação audiológica e eletrofisiológica em adultos e crianças; elaboração de temas para a capacitação da equipe.

Na sua atuação, compete também: participação em reuniões, discussões de caso, treinamentos e capacitações; realização da conferência de aparelhos auditivos recebidos das empresas; atendimentos individuais; realização de seleção de AASI; fazer o diagnóstico precoce e acompanhamento dos bebês de risco através de protocolo específico; realizar o diagnóstico da deficiência auditiva através dos exames de: audiometria, logaudiometria, imitanciometria, emissões otoacústicas e potencial evocado auditivo de tronco encefálico; agendar os treinamentos para a equipe junto às empresas de AASI; elucidar os casos junto à equipe técnica, supervisionando quando necessário.

E, por fim, contatar as empresas parceiras para a manutenção dos acessórios necessários, para o bom funcionamento de todos os procedimentos realizados pela equipe.

No que tange a Chefia Administrativa, sua atuação na SECRESA tem por objetivo gerenciar a área administrativa e recepção da unidade, através da organização e coordenação de todos os processos administrativos.

O processo da sua atuação ocorre por meio das seguintes atividades: supervisão e coordenação das funções administrativas da unidade; controle financeiro: faturamento mensal da unidade; conferência semanal das APAC; coordenação do departamento pessoal da unidade; confecção e conferência dos processos de compras de AASI; Coordenação das agendas da unidade; coordenar os pedidos de materias de escritório (SEALM-SEGES), controlar os chamados de informática e de manutenção da unidade.

As suas atividades contemplam também: prestação de informações às referências dos municípios da baixada santista; controle da frequência dos

funcionários; encaminhamento das horas extras; realização do cadastro dos profissionais novos no CNES; encaminhamento da solicitação das férias; solicitação e prestação de contas dos passes públicos; solicitação de passagens para os pacientes em TFD; auxílio na recepção, quando necessário; agendamento das entregas de AASI, entrando em contato com os pacientes; digitação das APAC para entrega do faturamento; elaboração da planilha de atendimento diário e recebimento e conferência dos moldes que retornam das empresas de aparelhos auditivos. No que se refere a recepção da SECRESA, tem o objetivo de realizar o atendimento no balcão e ao telefone. Dentre as suas reponsabilidades, destacam-se o agendamento de consultas e exames, orientação aos pacientes e fluxos dos atendimentos. Os processos ocorrem da seguinte forma: o paciente com atendimento agendado dirige-se ao balcão para informar o horário da sua consulta e confirmar a presença. O profissional da recepção confirma o atendimento e orienta o paciente sobre o local onde deverá aguardar ser chamado; o paciente chega ao balcão para efetuar o agendamento solicitado por outro profissional da unidade. O profissional da recepção confirma o nome do paciente e efetua o agendamento no Sistema MV ou nas agendas de exames. Após efetuado o agendamento, é entregue ao paciente o comprovante com o dia e horário do agendamento. No caso, quando o paciente telefona para agendar uma consulta ou exame, o profissional da recepção verifica qual o tipo de agendamento, confirma o nome do paciente e agenda a consulta ou exame no Sistema MV ou nas agendas de exames. Após efetuado o agendamento, confirma se o paciente anotou o dia e horário.

Quando o paciente telefona ou dirige-se ao balcão solicitando informações sobre o serviço, o profissional da recepção fornece todas as orientações sobre o funcionamento do serviço e orienta sobre onde o paciente deverá comparecer para iniciar os atendimentos para ser encaminhado a Secresa; o profissional da recepção telefona para os pacientes para efetuar os agendamentos que forem necessários para completar o seu atendimento ou para desmarcar e/ou remarcar consultas e exames.

Sua atuação também é separar e arquivar os prontuários utilizados no dia e também os que serão utilizados no dia seguinte; efetuar a baixa no Sistema das consultas e exames realizados no dia; levar os prontuários na sala dos médicos pela ordem de chegada dos pacientes. Cabe destacar que o profissional da recepção

deverá realizar o cadastro dos pacientes no Sistema MV¹⁴ ou SISAM para as primeiras consultas.

E, por fim, auxilia a Chefia Administrativa e de Seção nos processos de aquisição de AASI e demais processos administrativos da Unidade.

Em referência aos Médicos lotados na SECRESA, dentre as suas atribuições, podemos destacar: consultas clínicas e solicitação de exames e condutas diagnósticas. Tem a responsabilidade de avaliar de forma criteriosa questões otológicas e correlacionadas.

No atendimento médico da SECRESA, busca-se saber quais as perspectivas do próprio paciente diante do seu diagnóstico, para que se possa alcançar objetivos de forma adequada. Para tanto, é necessário e fundamental que se estabeleça um vínculo de confiança para que a assistência prestada ao paciente seja de excelência.

O processo de atuação ocorre da seguinte forma: consultas ambulatoriais; procedimentos clínicos; solicitação e retornos de exames; realização de procedimentos para o diagnóstico diferencial de patologias auditivas; realização de procedimentos para retirada de cerume e outros objetivos do conduto auditivo externo.

Já o Enfermeiro, dentre as suas especificidades na SECRESA, tem como suas responsabilidades: coordenar tecnicamente as atividades de enfermagem na unidade de trabalho; planejar e elaborar as rotinas e condutas de atuação; auxiliar a equipe de enfermagem no desempenho de suas atividades, orientando e treinando no que se fizer necessário; avaliar a atuação da equipe de enfermagem no desempenho de suas funções e na assistência prestada aos pacientes; atender a equipe médica, fornecendo as informações pertinentes; prestar cuidados aos pacientes graves, caso haja, mantendo rigoroso controle de seu estado; elaborar plano de trabalho, para execução da equipe de enfermagem; avaliar a assistência prestada junto à equipe de enfermagem.

Também é responsável por desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, conforme plano de ação junto à equipe multidisciplinar (Psicóloga, Assistente Social e Fonoaudióloga), por meio de atividades educativas, visando melhor qualidade de vida dos pacientes; Monitorar recém-nascidos em situações de risco para perda auditiva, atendidos na unidade (através do programa "Recém-Nascido de Risco para

14 Software utilizado na Unidade, no cadastramento do paciente.

deficiência auditiva"- MS), conforme protocolo; Prestar orientações através de grupo educativo às mães ou responsáveis pelo recém-nascido, encaminhados à unidade pela maternidade ou policlínica (através do programa "Recém-Nascido de Risco"); Registrar procedimentos realizados no impresso "Boletim de Produção de Atendimento" e Participar de reuniões de equipe.

Quanto às atribuições do Técnico e Auxiliar de Enfermagem, compete: zelar pelas condições ambientais de segurança, buscando o bem-estar do usuário e da equipe interdisciplinar; Acompanhar a consulta médica, preparo de materiais e equipamentos para cada especialidade, fornecer orientações quanto aos exames solicitados e retornos.

Quanto aos pacientes em primeira consulta, orientá-los quanto aos procedimentos que serão realizados: avaliação do otorrinolaringologista, seguido de avaliação audiológica com fonoaudiólogo (caso não apresente nenhuma intercorrência identificada pelo médico), onde será realizado audiometria e molde para confecção de aparelho auditivo e, a seguir, entrevista com a Assistente Social ou Psicóloga; encaminhar os prontuários do consultório médico (1ª consulta) para o de fonoaudiologia para a realização dos procedimentos descritos e, após, para a sala de atendimento de Serviço Social ou Psicologia, agilizando assim o fluxo de atendimento.

Na sua atuação, cabe também prestar assistência ao paciente, quando em procedimento de lavagem de ouvido e quando solicitado pelo médico; aferir a pressão arterial do paciente em consulta, também quando solicitado pelo médico, procedendo anotação no prontuário e registrando data, horário e procedimento realizado, incluindo carimbo e assinatura. Além disso, também realiza o registro deste procedimento no Boletim de Produção de Atendimento.

Quanto aos equipamentos, o Auxiliar e o Técnico de enfermagem tem a função de verificar o funcionamento dos que estão em uso no consultório diariamente, sempre no início da jornada de trabalho e repor, se necessário; observar a necessidade de manutenção dos equipamentos de enfermagem em uso no serviço, registrar no livro de protocolo o equipamento a ser encaminhado para conserto, informando o nome, número de patrimônio (se houver) e a data de retirada, repor o equipamento (caso haja disponível) e comunicar a Enfermeira; receber materiais que retornam de conserto, conferindo e anotando no livro de protocolo a data de recebimento.

É de sua responsabilidade também: repor material de enfermagem e impressos usados em consulta médica, quando necessário; auxiliar a enfermeira na verificação de materiais e medicamentos a serem solicitados ao almoxarifado; receber, conferir e guardar os insumos entregues pelo setor de almoxarifado da SMS; identificar os problemas de Enfermagem existentes na unidade e encaminhar propostas de soluções; promover e manter a limpeza e a ordem nas áreas específicas de trabalho da enfermagem e de atendimento ao paciente e participar de reuniões de equipe.

Em referência atuação do Serviço Social na SECRESA, tem a finalidade de conhecer e analisar a realidade socioeconômica da pessoa com deficiência auditiva e dos pacientes do Programa de Atenção à Saúde Auditiva do Bebê de Risco, atuando como facilitador no processo de avaliação, protetização, adaptação e reabilitação auditiva.

As atribuições do Assistente Social na Saúde Auditiva de Santos têm o propósito de facilitar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, através de atendimentos individuais e grupais, reuniões educativas, entrevistas, encaminhamentos, pareceres técnicos, visitas domiciliares, quando necessário, bem como participando de ações conjuntas em equipes multidisciplinares.

Na atuação do assistente social na SECRESA, a equipe conta com estagiária de Serviço Social, a qual o profissional busca junto ao acadêmico trazer o significado social do ato de educar num movimento contrário à ordem capitalista, à medida que propõe uma educação comprometida com as lutas sociais e com a emancipação humana.

A prática vivenciada pelo estagiário é a realidade da atuação multidisciplinar, com discussão de casos. Entre os diferentes profissionais: equipe administrativa, recepção, fonoaudiólogos, psicólogo, assistente social e médicos otorrinolaringologista. Esta vivência em equipe permite ao estudante uma visão sobre as diferentes saberes em saúde.

O Serviço Social na Saúde Auditiva de Santos visa compreender o paciente em sua totalidade, portanto é necessário conhecer seu cotidiano e sua rede de apoio, suas expectativas e motivações quanto ao uso do aparelho auditivo.

O assistente social está vinculado diretamente à efetivação das políticas, enquanto mecanismo de enfrentamento da questão social, que é resultado do confronto capital-trabalho.

Conforme Iamamoto (2001),

[...] crescem as desigualdades e afirmam-se as lutas no dia-a-dia contra as mesmas – na sua maioria silenciadas pelos meios de comunicação – no âmbito do trabalho, do acesso, a direitos e serviços no atendimento às necessidades básicas dos cidadãos, das diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero etc. A globalização do capital globaliza também a questão social, atingindo não apenas os países pobres que lideram o ranking mundial das desigualdades, mas espalhando-se aos recantos mais sagrados do capitalismo mundial, sob formas particulares e distintas segundo características nacionais (p. 21).

Neste contexto adverso, o assistente social é tencionado para assegurar direitos sociais, os quais são apresentados como uma das possibilidades de atuação nessa realidade. Portanto, sua mediação tende a ampliar a intervenção profissional como característica da atuação interdisciplinar.

Em relação ao serviço de Psicologia na SECRESA, tem o objetivo de avaliar aspectos emocionais e cognitivos dos pacientes deficientes auditivos, ou com suspeita, e de seus familiares, através de atendimentos individuais e em grupo para os portadores de deficiência auditiva, ou com suspeita, e aos familiares dos bebês de risco.

Os atendimentos dos pacientes acompanhados pela psicologia da SECRESA, ocorrem semanal ou quinzenalmente, dependendo da necessidade e da disponibilidade do paciente. Às vezes, é necessário um intervalo maior em virtude da resistência do paciente no primeiro momento.

No que tange a sua responsabilidade, cabe: avaliar criteriosamente as questões emocionais e cognitivas; realizar atendimentos individuais ou em grupos; realizar entrevista inicial psicossocial; realizar avaliação psicológica: aspectos emocionais e/ou cognitivos; realizar psicoterapia as pessoas com deficiência auditiva e apoio emocional aos responsáveis; realizar atendimento em grupo aos pacientes protetizados, grupo de adolescentes, grupo de pais; realizar atendimento conjunto com serviço social, fonoaudiólogas ou com intérprete de LIBRAS.

Tem como função também, realizar visitas às escolas, quando necessário; participar de reuniões de Rede, realizar visitas domiciliares, quando necessário; participar de reuniões de equipe e de discussão de casos e participar de treinamentos e capacitações realizadas pela unidade.

No que tange ao atendimento da Fonoaudiologia na SECRESA, cabe atender

os pacientes portadores de Deficiência Auditiva ou com suspeita de Perda Auditiva, através da realização de exames audiológicos e eletrofisiológicos, consultas, avaliações, protetização e fonoterapias.

Quanto à responsabilidade, podemos destacar: avaliação fonoaudiológica e realização de exames audiológicos e eletrofisiológicos em adultos e crianças, seleção e indicação de aparelhos auditivos, programação de aparelhos auditivos, entrega e adaptação de aparelhos auditivos, consultas individuais ou em grupos, fonoterapia individual ou em grupo, participação em reuniões, treinamentos e capacitações e preenchimento de toda documentação referente aos atendimentos (prontuários e faturamento).

A atuação da Fonoaudiologia ocorre através da avaliação fonoaudiológica e/ou confecção do pré-molde auricular nos casos com indicação de AASI; reabilitação fonoaudiológica e orientação aos pais ou responsáveis; grupos de orientação aos pais dos bebês de risco, orientando quanto à inserção no Programa de Atenção à Saúde Auditiva do Bebê de Risco; plantão fonoaudiológico: verificação do funcionamento dos AASIs, encaminhamento para assistência técnica ou atendimentos específicos; entrega e adaptação dos AASIs, fornecendo todas as orientações necessárias aos pacientes; realização de ajustes finos nos AASIs, após queixas dos pacientes; realização de exames de audiometria tonal e logaudiometria, audiometria condicionada e com reforço visual, audiometria em campo livre, imitanciometria, potencial evocado auditivo de tronco encefálico, emissões otoacústicas transientes e por produto de distorção; ganho funcional, validação e mensuração *in situ*.

Cabe também ao profissional realizar seleção de AASI, através de testagem de três marcas e modelos de AASI diferentes, verificando o melhor ganho funcional e satisfação do paciente para cada aparelho testado, fazendo a indicação; programação dos AASI antes da entrega aos pacientes, registrando e controlando a planilha de entrega dos AASI pelas empresas; registrar nos prontuários dos pacientes atendidos; preencher as APACs e BPAs para o faturamento.

É importante frisar a existência de estagiários em fonoaudiologia, os quais vivenciam, na prática, atividades que poderão exercer após obter o título de fonoaudiologia. Essas atividades são constantemente supervisionadas por um orientador.

Na atuação do profissional de fonoaudiologia, um dos equipamentos utilizados é a cabina audiométrica. Segundo a Resolução nº 554 do Conselho Federal de Fonoaudiologia de 21/10/2019, a Cabina Audiométrica tem finalidade de adequar o ambiente à execução dos testes, diminuindo as interferências externas acústicas do ambiente, proporcionando interatividade entre o profissional e seu paciente, e assegurando desta forma a qualidade final do exame, garantindo resultados fidedignos. É utilizada na realização dos exames audiométricos – audiometria tonal/vocal e campo livre.

A Cabina Audiométrica é composta por 06 (seis) partes encaixadas: teto; piso; duas paredes fixas completas (utilizadas na lateral e fundo); uma parede com visor (utilizado na frente), que permite ao examinador a interação com o examinado; uma parede instalada com a porta com trinco de pressão, garantindo abertura interna ou externamente; lâmpada para iluminação, preferencialmente fria e sem produção de ruído elétrico no interior da Cabina Audiométrica.

O equipamento tem controle de calibração e certificação por empresa registrada à Rede Brasileira de Calibração e/ou INMETRO, com emissão de certificado de calibração dos resultados dos ensaios realizados no equipamento e dos equipamentos utilizados no ensaio.

É de responsabilidade do profissional fonoaudiólogo a garantia dos níveis sonoros no local do teste, de acordo com as normas vigentes, garantindo a fidedignidade do resultado emitido.

Quanto aos cuidados, o examinador deve observar os níveis de ruído do ambiente, pois variam todo o tempo e não temos como monitorar esta variação através de normas técnicas. Se o profissional responsável perceber qualquer interferência ambiental, não deverá considerar os resultados obtidos no teste.

Quanto às responsabilidades, cabe ao Fonoaudiólogo a utilização e cuidados gerais no uso do equipamento. Quanto à Chefia de Seção e Chefia Técnica da SECRESA, cabe a certificação junto às empresas credenciadas à Rede Brasileira de Calibração.

Outro equipamento também bastante utilizado na atuação do profissional de fonoaudiologia na SECRESA, é o Audiômetro, um equipamento elétrico que determina o grau da acuidade auditiva, e é utilizado na realização dos exames audiométricos – audiometria tonal/vocal. O Audiômetro emite estímulos sonoros, tipo tom puro, em

diferentes frequências (Hz) e intensidades (dB), através dos fones de Via Aérea (VA) e Via Óssea (VO), e ruído mascarante em diferentes intensidades, através do fone de VA. Para a realização do teste de audiometria vocal, reproduz-se a voz do examinador através dos fones de VA, que é controlada na intensidade.

O Audiômetro consta das seguintes partes principais: visor que mostra a frequência testada e o controle das intensidades do estímulo sonoro e do mascaramento utilizado; botão de comando que controla a intensidade do estímulo sonoro em divisões de cinco em cinco decibéis; botão de comando que controla a frequência de apresentação; botão de comando que controla a intensidade do mascaramento; plug para ligar o equipamento à rede elétrica, com fonte de alimentação; receptores aéreo e ósseo para a testagem das respectivas vias, o primeiro com fones auriculares tipo TDH-39 e o segundo com arco ósseo com vibrador – modelo B-71; microfones para examinador e examinado, ambos acoplados ao equipamento, utilizados na comunicação com o paciente e nos testes de audiometria vocal. Realiza a testagem nas frequências de 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000hz e o controle de intensidade, variando de no mínimo (-)10dBNA a no máximo 120dBNA.

O equipamento tem controle de calibração e certificação por empresa registrada a Rede Brasileira de Calibração e/ou INMETRO, com emissão de certificado de calibração dos resultados dos ensaios realizados no equipamento e dos equipamentos utilizados no ensaio.

Todos os procedimentos que envolvem calibração de equipamentos respeitam o prescrito na legislação vigente para o controle de equipamentos quanto à periodicidade e às diretrizes mínimas determinadas nas normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho brasileiro e conselhos de classes profissionais que regulamentam esta atuação.

Em relação à higienização do equipamento, recomenda-se a limpeza dos fones de via aérea e via óssea durante o uso, sendo de responsabilidade do profissional tal manutenção. Esse procedimento não é controlado.

Quanto aos cuidados para que não haja comprometimento na qualidade do exame audiométrico, deve haver uma calibração adequada dos equipamentos de acordo com a periodicidade legal, ou quando observar-se mau funcionamento; colocação adequada dos fones de via aérea e via óssea e verificação do nível de ruído

no ambiente do exame, seguindo os parâmetros legais determinados na legislação.

No que tange a responsabilidade, compete ao Fonoaudiólogo a utilização e cuidados gerais no uso do equipamento; e à Chefia de Seção e Chefia Técnica da SECRESA compete a certificação junto às empresas credenciadas à Rede Brasileira de Calibração.

CAPÍTULO IV - A PESQUISA: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse estudo buscou avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Santos-SP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Para tanto, formulou-se os seguintes objetivos:

Geral: avaliar a política de saúde auditiva implantada no município de Santos através da percepção dos pacientes e funcionários acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva.

Específicos: a) contextualizar os objetivos e finalidade da Política de Saúde Auditiva e sua relação com o fluxo do atendimento à pessoa com deficiência auditiva no município de Santos; b) analisar os atendimentos das pessoas com deficiência auditiva, atendidas no Centro de Referência em Saúde Auditiva; c) descrever a percepção dos pacientes e funcionários acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva.

Para atender aos objetivos da pesquisa, optou-se por desenvolver uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, por entender-se que esta permite que os fenômenos sejam compreendidos dentro de uma “perspectiva histórica e holística - componentes de uma dada situação, estão inter-relacionados e influenciados reciprocamente, e se procura compreender essas inter-relações em um determinado contexto” (MARTINELLI, 1999, p. 37).

Neste sentido, a abordagem qualitativa demonstra que a saúde está imbricada desde as relações sociais na produção à reprodução da vida social, ou seja, pela apreensão da totalidade dos fenômenos.

Nessa direção, a compreensão de processos sociais vividos por determinados grupos de sujeitos, poderá trazer contribuições significativas para a análise de situações específicas no campo da saúde e oferecer subsídios para a adoção de ações estratégicas para o atendimento das pessoas com deficiência auditiva e para a política de saúde auditiva.

4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Em relação ao Local da pesquisa: SECRESA (Seção Centro de Referência à Saúde Auditiva), que conta com infraestrutura para atender as pessoas com

deficiência auditiva, localizada na Cidade de Santos/SP.

Em referência amostra da pesquisa: será seguida a sugestão referenciada por Richardson (*et al* 1999) que é selecionar uma amostra aleatória simples. O qual segundo autor requer o mínimo de conhecimento da população e facilita análise de dados. De acordo com Gil (1994, p.91) “nas pesquisas sociais é muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, pequena parte dos elementos que compõem o universo”. Para obtermos essa amostragem, utilizaremos uma tabela de números aleatórios que serão usados para gerar um conjunto aleatório. A pesquisa contará com dois grupos de sujeitos: pacientes e profissionais do serviço.

No que tange os sujeitos da pesquisa: foram considerados dois grupos de sujeitos: pacientes atendidos pela SECRESA e funcionários que atendem diretamente os pacientes.

Considerando-se que nas pesquisas qualitativas é possível que se utilize um número reduzido de sujeitos, porque se busca justamente o reconhecimento da singularidade destes e sua experiência social, determinou-se nove pacientes como sujeitos dessa pesquisa. Para a definição dos sujeitos dos pacientes, foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão, conforme descritos a seguir:

Critérios de inclusão: Nove pacientes adultos, residentes no município de Santos, atendidos na SECRESA, com perda auditiva bilateral moderada, com no mínimo três meses de uso de aparelho auditivo, nos meses que decorrer a pesquisa e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Critérios de exclusão:** Pacientes menores de 18 anos, não residentes na cidade de Santos e pacientes que, por algum motivo, apresentarem algum desconforto pessoal durante a realização das entrevistas e que não aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em relação aos profissionais sujeitos da pesquisa, determinou-se profissionais do serviço (um profissional de nível superior, um de nível médio e a coordenação da SECRESA). Da mesma forma que os pacientes, para a definição dos sujeitos, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, conforme descritos a seguir:

Critérios de inclusão: Profissionais de nível superior, nível médio e a coordenação lotados na SECRESA, com disponibilidade em participar da pesquisa e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão: Profissionais que, por algum motivo, apresentarem algum desconforto pessoal durante a realização das entrevistas e que não aceitem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento utilizado foi a entrevista, definida por Minayo (2001) como um procedimento mais usual no trabalho de campo, a qual permite compilar dados relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados. Para Marconi e Lakatos (1999, p.92), “é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou tratamento social”.

O instrumento da pesquisa com os pacientes e com os profissionais foi a entrevista semiestruturada (Apêndice 01 e 02). Na primeira parte, foram coletados dados necessários para se conhecer o perfil e a situação sociodemográfica dos sujeitos na forma de questões fechadas. Na segunda parte, um roteiro foi construído pela pesquisadora, que captou as informações necessárias para atender aos objetivos propostos nessa investigação.

As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para serem estudadas através da técnica análise de conteúdo. As entrevistas ocorreram em dias e horários previamente agendados, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos.

A realização das entrevistas com os pacientes ocorreu no primeiro semestre de 2022, sempre obedecendo a disponibilidade dos sujeitos.

Os dados coletados foram organizados para análise e interpretação, articulando os pressupostos teóricos dessa investigação às categorias ou eixos referenciais que emergiram da realidade investigada para, neste movimento, chegar-se à compreensão e explicação do fenômeno estudado.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santa Cecília, através do CONEP, atendendo à Resolução CONEP/CNSD nº 510/16, aprovada sob Número do Parecer: 5.121.470 em 23 de novembro de 2021.

Todas as informações foram coletadas com prévia autorização dos sujeitos mediante apresentação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 03), conforme padronizado pela legislação,

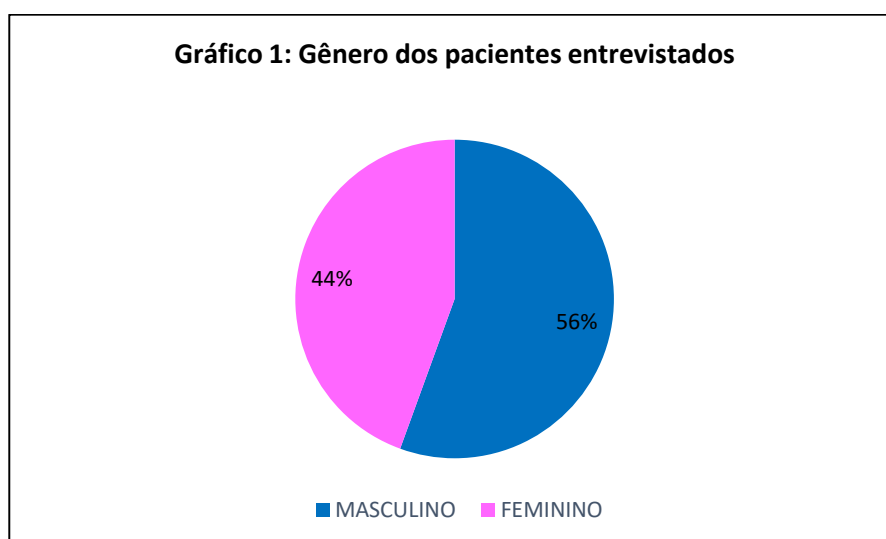
destacando-se o caráter voluntário e anônimo da sua participação, o sigilo das informações coletadas e a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa.

Para garantir a confidencialidade dos pacientes e dos funcionários, foram a eles atribuídos os números de 1 a 9 para pacientes e 1 a 3 para funcionários.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.3.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa a partir dos dados sociodemográficos:

Quanto aos nove **pacientes** sujeitos da pesquisa, cinco eram do gênero masculino (56%) e quatro do feminino (44%).



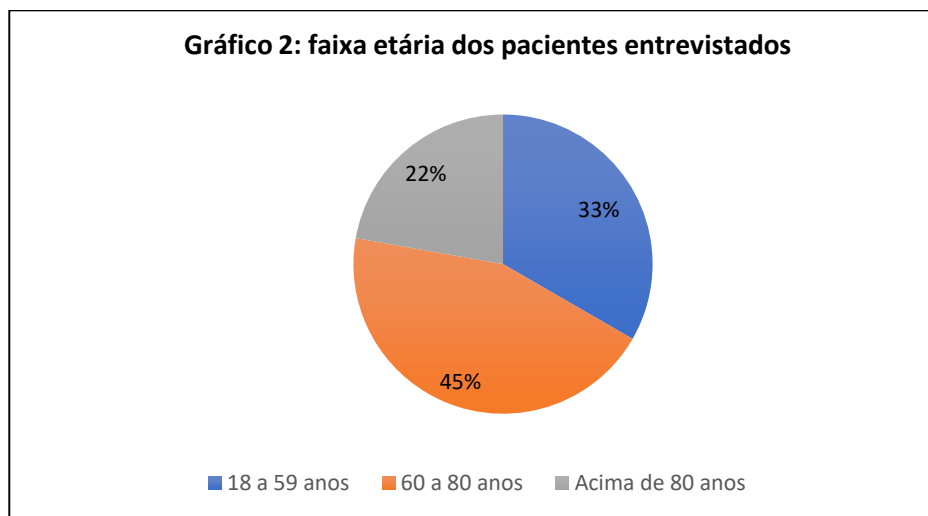
Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

Os dados em análise não expressam a situação nacional no que se refere ao público majoritário de mulheres com deficiência. Em se tratando de Brasil, constatou-se que 25.800.681 (26,5%) são mulheres e 19.805.367 (21,2%) são homens, conforme o último censo do IBGE (2010).

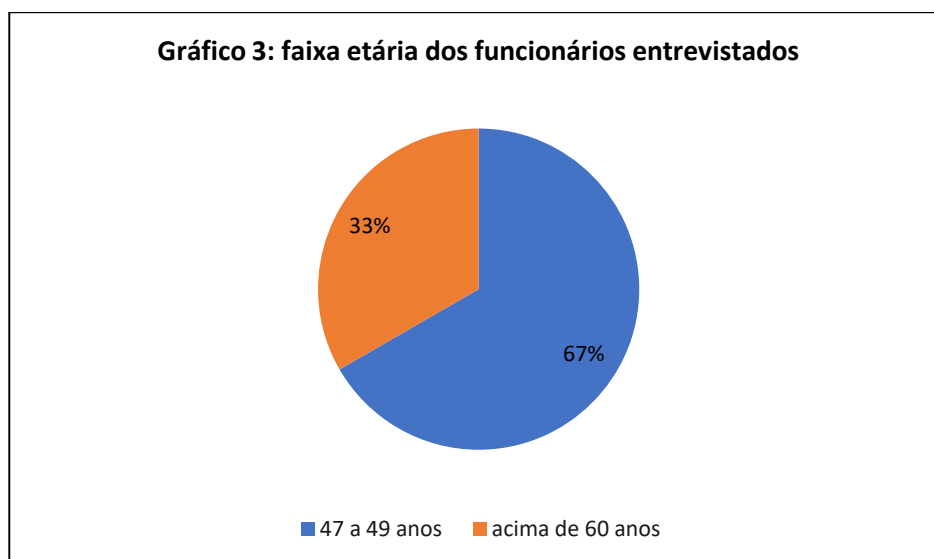
Em relação à faixa etária, conforme aponta o gráfico 2, três pacientes estavam na faixa de 18 a 60 anos; quatro de 60 a 80 anos e dois acima de 80 anos, demonstrando 70% dos pacientes com mais de 60 anos.

Nesta ótica, cabe frisar que a perda auditiva relacionada ao envelhecimento, chamada de presbiacusia, ocasiona dificuldade na compreensão de fala e na

comunicação.



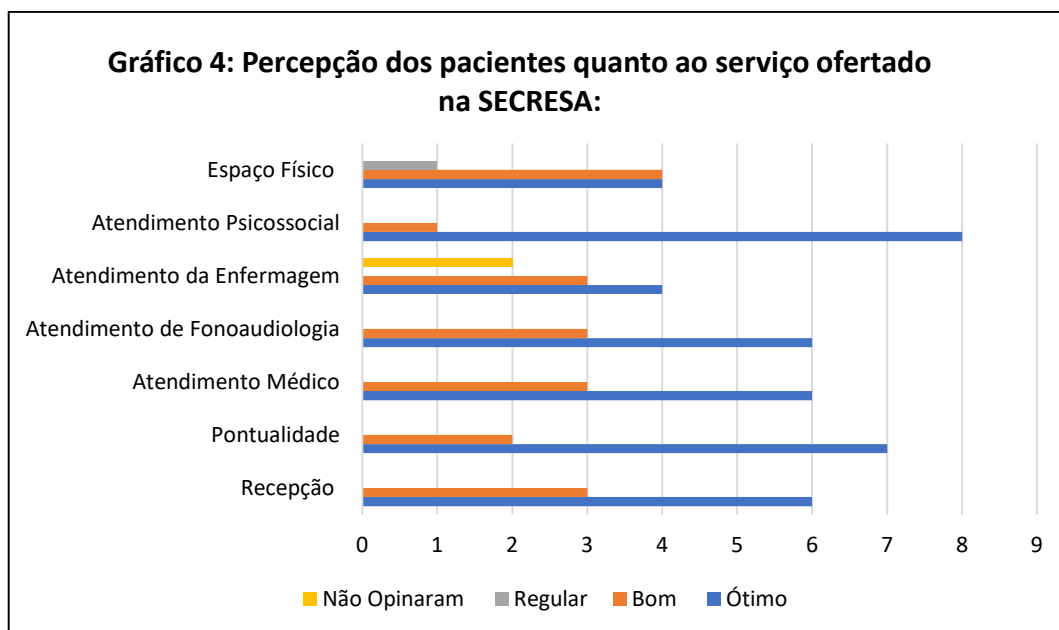
Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.



Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

Em relação aos três **funcionários** sujeitos da pesquisa (gráfico 3), cinco eram do gênero feminino. Em relação à faixa etária, dois funcionários estavam na faixa de 47 a 49 anos; uma acima de 60 anos.

4.3.2 Avaliação dos pacientes quanto ao serviço ofertado pela SECRESA



Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

Conforme dados sinalizados no gráfico 4, pacientes avaliaram o espaço físico como bom, 04 pacientes como ótimo, 01 paciente avaliou de forma regular.

Quanto ao atendimento psicossocial, os pacientes avaliaram da seguinte forma: 08 pacientes avaliaram como ótimo e 01 paciente avaliou o atendimento como Bom.

Em relação ao atendimento da enfermagem, 04 pacientes avaliaram como ótimo, 03 como bom, 02 não opinaram, pois não recordavam ter passado por atendimento com o respectivo profissional.

No que tange ao Atendimento de Fonoaudiologia, 06 pacientes apontaram como ótimo atendimento, 03 pacientes informaram que recebem um bom atendimento. Os argumentos dos pacientes retrataram um atendimento satisfatório na SECRESA.

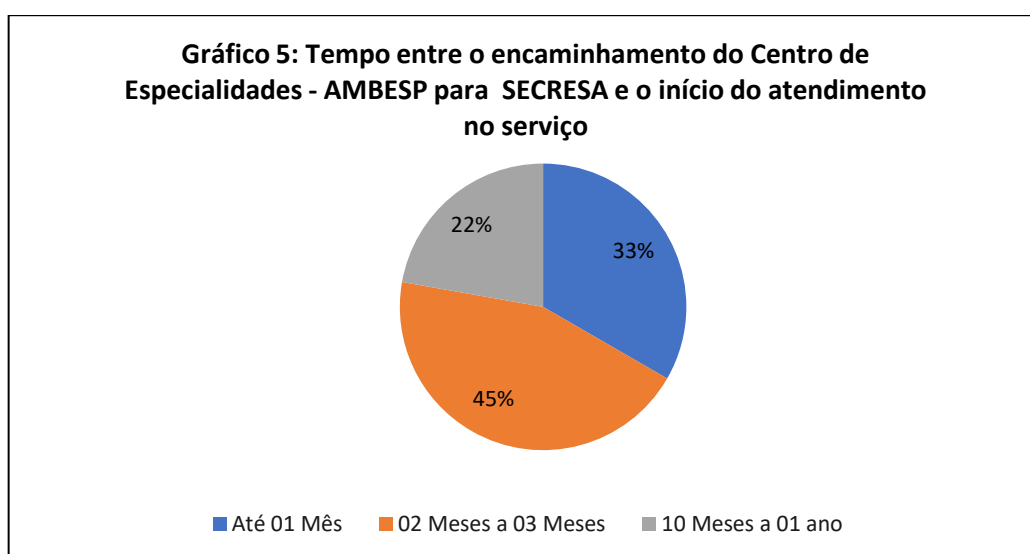
O atendimento médico foi avaliado da seguinte forma: 06 pacientes disseram ser ótimo e 03 pacientes verbalizaram como bom.

Ao tratarmos sobre a pontualidade, 07 pacientes avaliaram como ótimo e dois como bom, e o atendimento da recepção foi avaliado por 06 pacientes como ótimo e 03 pacientes avaliaram como bom.

A percepção dos pacientes sujeitos da pesquisa, quanto ao serviço ofertado pela SECRESA, demonstra a referência positiva, ou seja, apresentam-se como indícios da qualidade na atenção em saúde, segundo os pesquisados. São aspectos que revelam a magnitude do serviço na atenção às demandas das pessoas com deficiência na Baixada Santista.

Neste contexto, cabe ressaltar os apontamentos de Bontempo (2005, p. 80) o qual aponta que, de acordo com os parâmetros internacionais aludidos pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, o direito à saúde possui quatro grandes dimensões essenciais e inter-relacionadas, que são: a disponibilidade, remetendo à necessidade dos serviços e programas de saúde serem oferecidos em quantidade suficiente; a acessibilidade, comportando quatro aspectos: o princípio da não discriminação, a acessibilidade física, a acessibilidade econômica e a acessibilidade de informações; a aceitabilidade e respeito à ética médica e à adoção de práticas culturalmente apropriadas e sensíveis à questão de gênero e geracional; a qualidade, que deve estar presente em todos os serviços de saúde, implicando na necessidade de serem científica e medicamente apropriados.

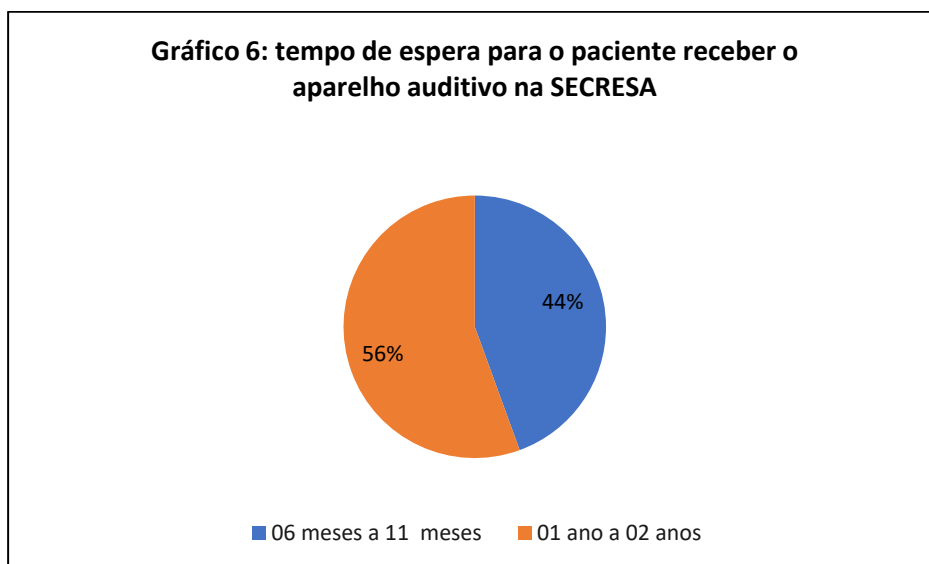
4.3.3 Atendimento do paciente quanto à sua solicitação



Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

No gráfico 5, está disposto o percentual do tempo de espera quanto à entrada

na SECRESA: 01 mês - 03 pacientes (33%), 02 meses a 03 meses - 04 pacientes (45%), 10 meses a 01 ano – 02 pacientes (22%) e assim, relataram insatisfação em relação à demora para receber os aparelhos auditivos.



Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

Conforme sinalizado no gráfico, 05 pacientes (56%) aguardaram de 06 a 11 meses para receber o aparelho auditivo e 04 relataram que demorou em torno de 01 a 02 anos para receber o aparelho auditivo.

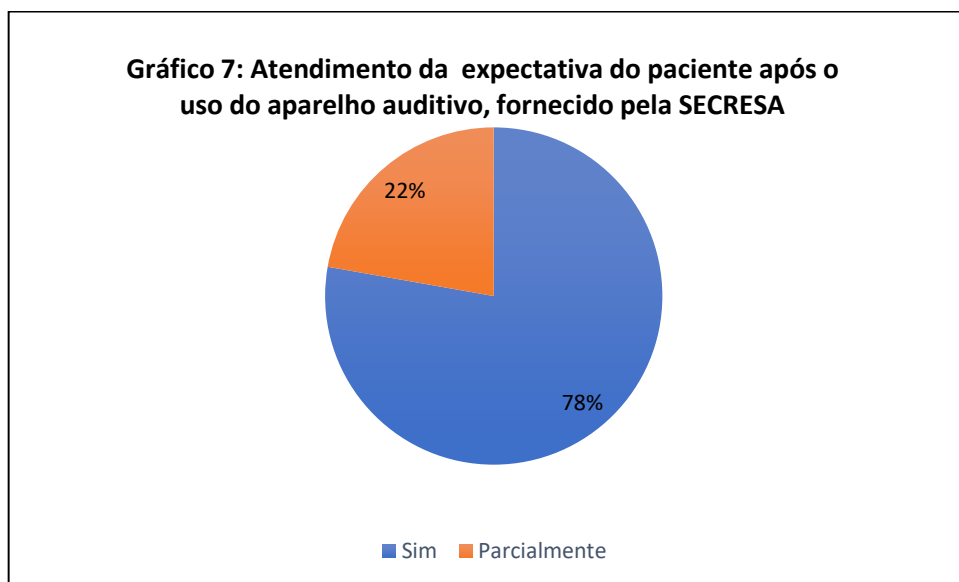
Notamos ausência de falas nos pacientes sujeitos de pesquisa, sobre sua participação no controle social. As considerações negativas, quanto ao serviço ofertado, não remetem a esses sujeitos a necessidade de ocupação de espaços para garantia, para que se efetive o atendimento integral conforme os pressupostos do SUS.

Diante dos dados apresentados no gráfico 6, (tempo de espera para receber o aparelho auditivo) podemos dizer que, ao relacionar o número de habitantes surdos da Baixada Santista e a capacidade do serviço em ofertar em menor tempo possível o aparelho auditivo, ambos esbarram em desafios cotidianos.

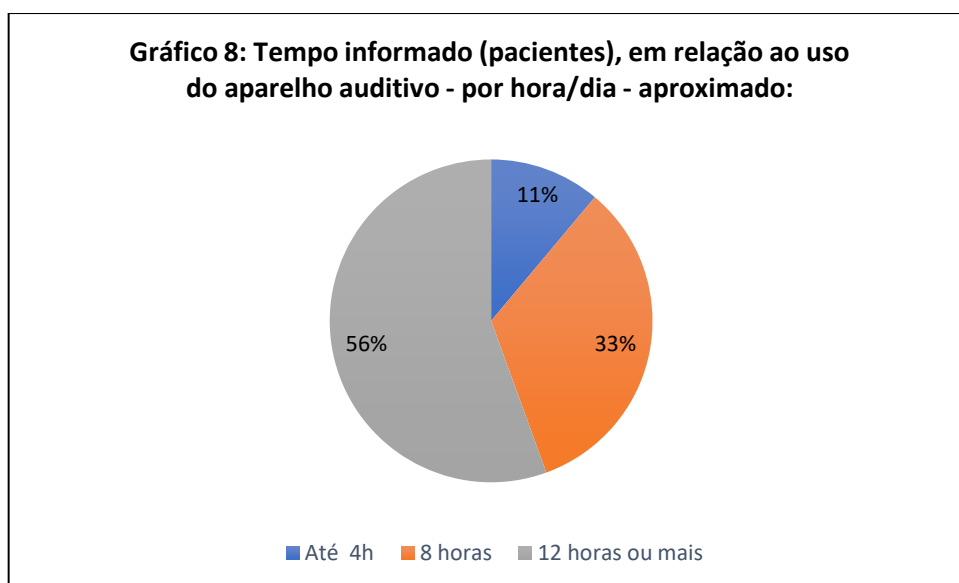
4.3.4 Expectativa dos pacientes em relação ao uso do aparelho auditivo

Em relação à expectativa de uso do aparelho auditivo: 06 pacientes (78%) apontaram que sua expectativa foi contemplada e 04 (22%) informaram que foi de

forma parcial, conforme aponta o gráfico 7.



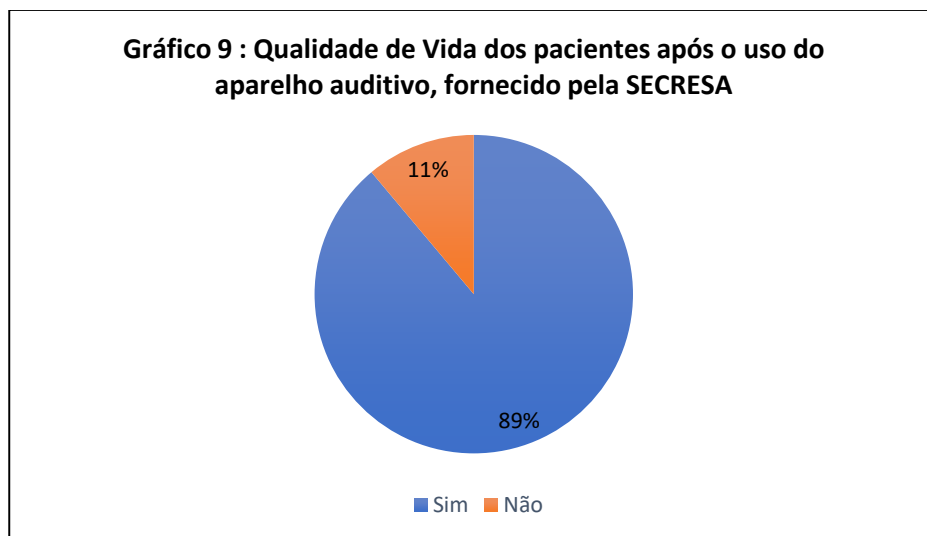
Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.



Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

Observa-se, no gráfico 9, a melhora da qualidade de vida após o uso do aparelho auditivo fornecido pela SECRESA: 08 pacientes (89%) informaram que obtiveram uma melhora plausível após o uso do aparelho, 01 paciente (11%) informou que não houve diferença em sua qualidade de vida. Diante do exposto, os

dados nos permitem afirmar que a utilização do aparelho auditivo pelos pacientes contribui, significativamente, para a promoção da atenção em saúde das pessoas com deficiência auditiva.



Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

Cabe salientar que, segundo o Comitê Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CIDESC):

O direito à saúde está calcado e abrange diversos fatores socioeconômicos que promovem a melhoria das condições de vida e de trabalho, considerados fatores condicionantes e determinantes da saúde (BONTEMPO, 2005, p.79).

4.3.5 FUNCIONÁRIOS: SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO



Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

Um dado importante constatado é quanto à realização e motivação profissional de 02 funcionários (67%) sujeitos da pesquisa apontando que, nas suas atividades desenvolvidas na SECRESA, não consideram que há realização profissional e 01 funcionário (33%) sujeito da pesquisa relatou que, às vezes, percebe que há realização e motivação, conforme aponta o gráfico 10.

Neste contexto, cabe destacar que a valorização do trabalhador é uma diretriz da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2015), a qual não pode ser confundida como política de governo. A PNH sinaliza a importância da visibilidade à experiência dos trabalhadores e de incluí-los na tomada de decisão, apostando em sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

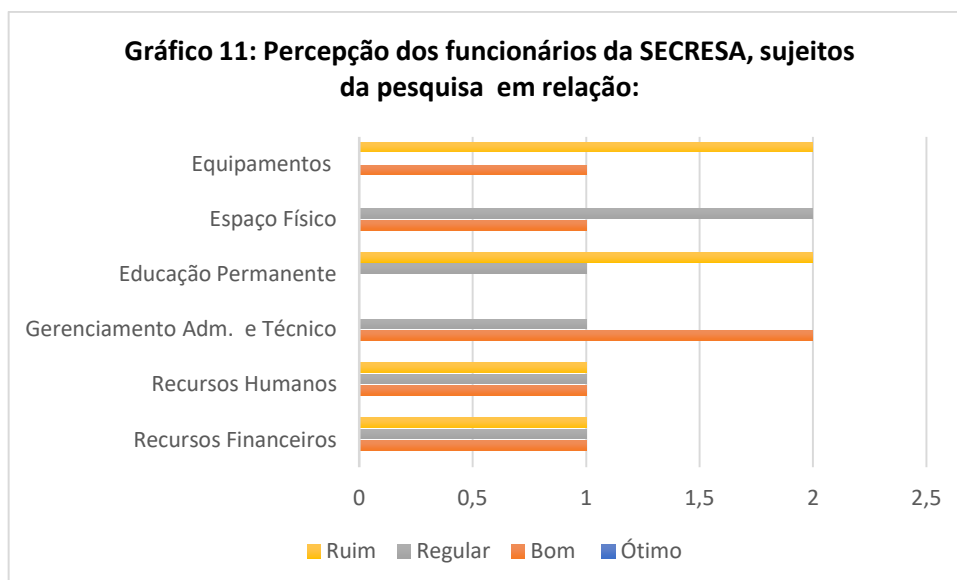
4.3.6 Avaliação dos funcionários quanto ao serviço ofertado pela SECRESA

Os funcionários avaliaram os equipamentos entre bom e ruim, 02 funcionários apontam como ruim e 01 funcionário compreende que os equipamentos existentes no momento são bons.

Quanto ao espaço físico, 02 funcionários avaliaram como regular e 01 avaliou que a SECRESA apresenta um bom espaço físico.

Cabe destacar que a educação permanente foi avaliada entre ruim (02 funcionários) e regular (01 funcionário), conforme sinalizado no gráfico 11. Neste cenário é preciso reconhecer que o processo de reabilitação auditiva não se limita à concessão de aparelhos auditivos. Além disso, os serviços devem garantir, entre outras questões, a educação permanente¹⁵, como pressuposto da Política de Humanização do SUS, a qual tem entre seus objetivos o de “garantir nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa, incluindo trabalhadores e usuários” (PAIM, 2011a, p. 91).

15 Educação Permanente relaciona-se à formação dos quadros técnicos, trabalhadores e usuários continuamente, como pressuposto da Política de Humanização do SUS. Entre seus objetivos, encontramos o de “garantir nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa, incluindo trabalhadores e usuários” (PAIM, 2011a, p. 91).



Fonte: Pesquisa de campo: SECRESA março, 2022.

Ao tratarmos sobre o Gerenciamento Administrativo e Técnico: 02 funcionários elencaram como bom, 01 regular.

Os argumentos dos funcionários, em concomitante com o item Recursos Humanos, observa-se carência de Recursos Humanos na SECRESA. Um funcionário elencou como ruim, 01 bom e 01 regular.

Quanto aos recursos financeiros, foi avaliado da seguinte forma: 01 ruim, 01 bom e 01 regular.

Funcionário 02: Ruim. Não é direcionado de forma adequada.

Funcionário 03: Não vou ser tão crítica, vou avaliar como regular, não é ruim, alguma coisa temos.

Funcionário 01: é bom.

Nesta conjuntura, é notório que o SUS apresenta dificuldades para sua plena implementação, dentre eles podemos destacar:

insuficiência de financiamento, problemas com recursos humanos, com o sistema de informações, com sistema de referência, a não sistematização e avaliação da qualidade dos serviços prestados. A ausência do serviço demandado na rede, a falta de pessoal para atender e a falta de recursos materiais, até mesmo espaço físico, a falta de recursos financeiros para possibilitar um atendimento com dignidade enquanto cidadão, comprometem a acessibilidade e a humanização do atendimento à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAUDE, 1999, p.5)

Diante do exposto, os argumentos apresentados observam-se assimetrias quanto à avaliação da SECRESA no que tange a percepção de pacientes e funcionários.

4.7 EIXOS REFERENCIAIS

Os resultados da pesquisa, a partir da análise dos dados coletados (entrevistas realizadas junto aos sujeitos da pesquisa), evidenciou três eixos referenciais para apreender o objeto de estudo: avaliação da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Santos-SP no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Assim, pode-se destacar: **o grau de satisfação dos pacientes em relação ao atendimento da SECRESA; a qualidade de vida dos pacientes após a aquisição e uso do aparelho auditivo; e as condições de trabalho e o grau de satisfação dos funcionários em relação à SECRESA.**

4.7.1 Grau de satisfação dos pacientes em relação ao atendimento da SECRESA

A satisfação dos usuários do SUS é primordial, tendo em vista que é um importante indicador para avaliar as ações desenvolvidas no equipamento de saúde, desde a qualidade do serviço oferecido à eficiência do serviço público de saúde disponibilizado.

Cabe salientar que, no artigo 15 da Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde.

De acordo com Inchauspe (2015), a satisfação do usuário pode ser conceituada como uma relação entre as expectativas e percepções do usuário sobre a assistência recebida por um serviço de saúde.

Nas pesquisas de Castro *et al.* (2008, p. 115), apontaram a relação direta entre usuários mais satisfeitos e: a) maior adesão ao tratamento; b) maior fornecimento de informações para o provedor dos serviços; e c) maior continuidade da utilização dos serviços de saúde (Ware *et al.*, 1983; Weiss, 1988; Zastowny *et al.*, 1989; Aharony &

Strasser, 1993; Bernhart *et al.*, 1999; Baron-Epel *et al.*, 2001; Johansson *et al.*, 2002).

Neste sentido, a escuta quanto à satisfação do paciente em relação ao atendimento prestado, é primordial para o “enfrentamento e restabelecimento do processo saúde-doença, fundamentais para a efetividade do cuidado, a garantia da continuidade do tratamento, e com ganhos para todo o sistema de saúde” (ESPERIDIÃO, 2004a, p. 28-9).

Portanto, a satisfação do paciente deve ser compreendida como a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre dimensões definidas dos serviços de saúde, servindo como parâmetro para a avaliação da implementação da Política de Saúde Auditiva na cidade de Santos.

O grau de satisfação dos pacientes atendidos pela SECRESA, que foram sujeitos dessa pesquisa, aponta para os seguintes aspectos: recepção, espaço físico, atendimento dos técnicos, tempo de espera para aquisição do aparelho.

Em relação ao espaço físico:

Paciente 01: ótimo.

Paciente 02: ótimo. As cadeiras são confortáveis e tem ar-condicionado.

Paciente 03: ótimo. É uma boa recepção.

Paciente 04: bom. É meio apertado né.

Paciente 05: bom. Tem ar-condicionado.

Paciente 06: ótimo. O espaço é bem-organizado, a higienização é boa.

Paciente 07: bom. O corredor poderia ser mais largo.

Paciente 08: regular. Os corredores são estreitos e o banheiro não nos dá autonomia para nós que somos cadeirantes, deveria ser maior. Eu não consigo virar a cadeira naquele banheiro.

Paciente 09: ótimo.

Em relação à recepção e pontualidade do atendimento, os pacientes assim se manifestaram:

Paciente 01: aqui é tudo ótimo. Sempre recebo um bom atendimento (...) não tenho o que reclamar!

Paciente 02: é ótimo, não tenho o que reclamar. No geral, sempre são educadas.

Paciente 03: é ótimo. Às vezes demora para atender o telefone, quando preciso agendar por telefone, mesmo assim acho ótimo o atendimento das meninas.

Paciente 04: sou sempre bem atendido, então considero ótimo (...) elas sempre me perguntam qual o melhor horário para mim quando eu marco consultas e isso me ajuda bastante. Às vezes a gente tem um compromisso né.

Paciente 05: é bom.

Paciente 06: é ótimo. Não tenho que reclamar.

Paciente 07: é ótimo. As meninas são 10, elas têm muita paciência. A gente fica sentado aqui aguardando e só observa elas, quanta paciência.

Paciente 08: bom.

Paciente 09: Ótimo. Nada a reclamar.

Em relação à pontualidade em que são atendidos:

Paciente 01: ótimo também!

Paciente 02: bom, ou melhor, é ótimo, sempre sou atendida no horário.

Paciente 03: ótimo também.

Paciente 04: é ótimo, às vezes me atendem até antes.

Paciente 05:: esse é ótimo não tenho que reclamar.

Paciente 06: Ah, é ótimo.

Paciente 07: : ótimo.

Paciente 08: é bom.

Paciente 09: ótimo em todos os sentidos. Sempre sou atendida no horário.

Cabe ressaltar que a recepção e a pontualidade significam respeito ao paciente. Esses elementos são importantes para o acolhimento, que é essencial para a reorganização dos serviços de saúde, ou seja, da forma como estes serviços são oferecidos.

O acolhimento, como ação técnico-assistencial, possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da

relação profissional, usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (SCHILKOWSKY; PORTELA; SÁ, 2011).

Esse acolhimento também ganha destaque no atendimento dos profissionais em relação aos pacientes.

Atendimento da enfermagem:

Paciente 01: também é ótimo, não tenho o que reclamar

Paciente 02: também ótimo, não tenho o que reclamar.

Paciente 03: Ótimo.

Paciente 04: é ótimo né.

Paciente 05: não lembro de ter passado com a enfermagem.

Paciente 06: ótimo.

Paciente 07: Acho que eu nunca passei pela enfermagem.

Paciente 08: é bom. A senhora da enfermagem sempre me ajuda com a cadeira de rodas.

Paciente 09: ótimo, não tenho o que reclamar.

Atendimento da Fonoaudiologia:

Paciente 01: as meninas são dez.

Paciente 02: ótimo, principalmente da Alexandra.

Paciente 03: não é ótimo, esse considero bom (...) o ajuste do meu aparelho poderia ser melhor, ora ajusta muito alto, ora muito baixo, não é bom esse aparelho.

Paciente 04: sou muito bem atendido.

Paciente 05: bom (...) o meu aparelho fica caindo. Às vezes não saio com aparelho de casa com medo de perder; já marquei atendimento, mas isso não

foi resolvido. O aparelho é excelente! O que incomoda é ele ficar caindo.

Paciente 06: é ótimo.

Paciente 07: é ótimo(..), elas sempre me atendem bem né.

Paciente 08: (...) todos os atendimentos que eu tenho recebido, são bons.

Paciente 09: Ótimo! Sempre fui muito bem atendida pelas Fonos, não tenho nada a falar contra os atendimentos.

Atendimento Psicossocial:

Paciente 01: dez também.

Paciente 02: ótimo.

Paciente 03: ótimo. Não tenho queixas.

Paciente 04: é ótimo né.

Paciente 05: ótimo.

Paciente 06: ótimo. Sempre sou bem atendida.

Paciente 07: ótimo.

Paciente 08: bom.

Paciente 09: ótimo. Agradeço muito o serviço. A reclamar? Nada.

Atendimento Médico:

Paciente 01: ótimo.

Paciente 02: ótimo.

Paciente 03: não é ótimo, esse considero bom.

Paciente 04: sou muito bem atendido. (...) Elas explicam tudo bem explicadinho, elas têm bastante paciência.

Paciente 05: bom.

Paciente 06: é ótimo. O atendimento é muito bom, não vejo diferença daqui, que é pelo SUS ou um consultório, seja particular ou convênio.

Paciente 07: é ótimo. Elas sempre me atendem bem.

Paciente 08: Ah, não tem nada específico. Todos os atendimentos que eu tenho recebido são bons.

Paciente 09: Ótimo. Desde que comecei a ser atendida na SECRESA, passo pela Dra. Graça, sempre fui bem atendida!

Os pacientes sujeitos da pesquisa, apresentam uma boa expectativa em relação aos serviços prestados pela SECRESA. Compreende-se que tal fato, representa uma dificuldade na avaliação da qualidade de serviço, na perspectiva do usuário. Uma vez que o paciente acredita que é tão difícil conseguir o atendimento público que quando consegue, já se sente satisfeito.

Nesta direção, cabe frisar que os pacientes são encaminhados pelo AMBESP para serem atendidos pela SECRESA e existe um tempo considerável para o primeiro atendimento e a aquisição do aparelho auditivo, gerando expectativas.

Sobre as orientações recebidas do AMBESP, quanto o fluxo da SECRESA, pacientes mencionaram:

Paciente 02: não recebi orientações.

Paciente 04: falaram que ia demorar.

Paciente 05: não sei não.

Paciente 06: só falou que demorava.

Paciente 08: só me entregaram os papéis.

Dimensionando as falas, para o contexto do direito à saúde já discutido no decorrer deste trabalho, pode-se vislumbrar que o direito à saúde é uma prática social

inerente à condição humana, que requer elementos fundamentais para a sua materialização inclusive o direito de ser informado de forma correta quanto os fluxos de atendimentos. Neste ótica, recorremos a Pinheiro et al (2005 p. 15) :

o direito à saúde é ter acesso universal aos cuidados de saúde com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, em que práticas culturais são considerada e a Educação e informação seja meios de produção e reprodução social.

O tempo de espera para atendimento na SECRESA, a partir do encaminhamento do AMBESP, no caso dos sujeitos, variou de quinze dias a dez meses.

Paciente 02: foi uns dois meses, o AMBESP pediu prioridade por causa do meu trabalho.

Paciente 03: esse demorou. Eu acredito que foi uns dez meses.

Paciente 04: olha. eu acho que foi bem um ano hein.

Paciente 05: ah, foi uma semana né, ainda demorou, pedi ajuda para o prefeito, porque sou chefe na PRODESAN e eu precisava do aparelho.

Paciente 06: ah, foi rápido. Se eu não me engano foi um mês. O que demorou foi a entrega do aparelho.

Paciente 07: foi rápido, menos de quinze dias.

Paciente 08: acho que uns três meses.

Paciente 09: três meses.

Após o tempo de espera para o atendimento, os pacientes também necessitam esperar, às vezes, por longo tempo para receber o aparelho auditivo. No caso dos sujeitos, o tempo de espera variou entre seis e onze meses, mas para alguns, a espera foi de um a dois anos. Os pacientes assim se manifestaram:

Paciente 01: foi rápido! acho que foi uns dois meses. Para você ver, ainda tem gente que reclama do SUS.

Paciente 02: foi difícil, pois eu imaginava que receberia o aparelho de imediato; não sabia que demorava um pouco para receber, mas não teve jeito, tive que esperar.

Paciente 03: Simone, não foi fácil. Mas a gente que depende do SUS, tem que esperar, não tem outro jeito né.

Paciente 04: por causa da pandemia, não tava saindo né, então até que achei que passou rápido.

Paciente 06: foi difícil, mas ainda bem que passou rápido.

Paciente 07: (...) minha mulher tava brava, tava perdendo a paciência. Ela queria ficar falando comigo pelas costas, aí eu não ouço.

Paciente 08: ah, demorou muito! Não poderia demorar tanto.

Em relação as sugestões apresentadas pelos pacientes sujeitos da pesquisa, destaca-se: diminuição do tempo entre a entrada do paciente na SECRESA e a diminuição do tempo para entrega do aparelho auditivo.

Houve relatos também, quanto melhorias na comunicação (para o paciente) por parte do AMBESP, em relação o encaminhamento para a SECRESA, visto que em sua maioria não foram informados sobre a possível demora quanto sua entrada no serviço e a demora da entrega do aparelho auditivo.

4.7.2 Expectativas dos pacientes em relação ao uso do aparelho auditivo e sua qualidade de vida

As expectativas em relação ao uso do aparelho auditivo podem ser observadas nas seguintes falas:

Paciente 01: sim. Tudo ótimo, agora consigo ouvir tudo...risos

Paciente 02: sim e muito, utilizo os aparelhos todos os dias.

Paciente 03: parcialmente, a televisão não é 100%, às vezes continua alta, a compreensão da fala fica prejudicada.

Paciente 04: não muito. Às vezes o aparelho me dá dor de cabeça, é como se eu tivesse um eco, aí eu não consigo usar o aparelho todos os dias.

Paciente 05: não muito. Esse aparelho fica caindo.

Paciente 06: sim e muito. Quando eu não usava aparelho, as pessoas não me procuravam para conversar. Hoje as pessoas no meu trabalho falam comigo e eu não tenho mais insegurança.

Paciente 07: sim e muito. Hoje é possível conversar com minha família.

Paciente 08: sim. Me ajuda bastante no dia a dia.

Paciente 09: sim. Devolveram minha qualidade de vida e a felicidade.

Ao tratarmos sobre o uso do aparelho auditivo por hora de uso diário: mais de 12 horas: 05 pacientes (56%), 8 horas: 03 pacientes (33%), até 4 horas: 01 paciente (11%) de acordo com o gráfico 8.

Paciente 01: nunca fiz essa conta. Mas fazendo um cálculo aqui na minha cabeça, acho que dão umas 8 horas, porque tem horas que tiro um pouco, às vezes durmo à tarde.

Paciente 02: mais de 12 horas, só tiro para dormir.

Paciente 03: mais de 12 horas, só não uso mais pois o molde do aparelho direito me machuca.

Paciente 04: acho que umas 8 horas.

Paciente 05: umas 8 horas.

Paciente 06: ah! depende muito, porque eu trabalho de plantão, trabalho 12 horas né, aí tem dia que eu uso mais que outro. Uso menos quando estou de folga.

Paciente 07: eu acordo cedo. Assim que levanto já coloco o aparelho e só vou tirar quando vou dormir então, eu acho que dá mais que 12 horas.

Paciente 08: nunca fiz essa conta e não consigo te falar com exatidão pois, em algum momento do mês, eu acabo não usando para economizar as pilhas.

Paciente 09: Mais de 12 horas, coloco na hora que acordo e só tiro na hora que vou dormir.

Diante da realidade, apresentada pela fala do paciente 08, é necessário promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes, garantindo a universalidade do acesso. Considerando inclusive, as questões sobre ausência socioeconômica para compra de pilhas para o aparelho auditivo. Em geral cada cartela de pilha contém seis pilhas e a duração de cada pilha é de no máximo 15 dias. O o custo em média da cartela é no valor de 18,00 reais.

Percebe-se que, para estes pacientes, as próteses auditivas se mostraram extremamente úteis e eficazes nas situações do cotidiano, proporcionando-lhes maior independência e interação social. Dentre esses segmentos discursivos, os participantes enfatizaram haver uma melhora quanto à qualidade sonora, uma vez que esses equipamentos favorecem a compreensão da fala e, com eles, é possível ouvir

com mais clareza o que é dito. Isso trouxe consequências diretas nas relações sociais nas quais estão inseridos e, assim, em sua qualidade de vida.

O **conceito de qualidade de vida**¹⁶ é muito abrangente, compreendendo não só a saúde física como o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais em casa, na escola e no trabalho e até a sua relação com o meio ambiente.

Qualidade de vida, nesse estudo, está diretamente associada à autoestima e ao bem-estar pessoal e compreende vários aspectos, nomeadamente, a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.¹⁷

Para a OMS, **qualidade de vida** é:

a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (The WHOQOL Group, 1995)

Trata-se de uma definição que contempla a influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características inerentes ao respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual. Neste sentido, poderemos afirmar que a qualidade de vida é definida como a “satisfação do indivíduo no que diz respeito à sua vida cotidiana”.

Qualidade de vida e saúde são termos indissociáveis. A saúde não é o único fator que influencia a qualidade de vida, contudo ela tem uma importância fulcral.

16 No espaço desse estudo não se pretendeu avaliar a qualidade de vida segundo os padrões do questionário WHOQOL-100, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Ele busca uma avaliação conceitual sobre aspectos do estado funcional, de bem-estar e da condição geral de saúde dos sujeitos (GONÇALVES e VILARTA, 2004). Esse instrumento parte da premissa de que qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional e composta por elementos positivos (mobilidade) e negativos (dor) (MINAYO et al., 2000). Foi desenvolvido por órgãos de saúde de diversos países, buscando se adequar à transculturalidade do planeta (FLECK, 2000).

17 [Qualidade de vida - o que é, conceito, saúde, bem estar \(saudebemestar.pt\)](http://saudebemestar.pt) acesso em 23/06/2022.

Para Nahas (2001, p. 5), qualidade de vida é a “condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”.

De acordo com Minayo *et al.* (2000, p.10):

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Estudos de Mondelli; Souza (2012), apontam que a qualidade de vida está intrinsecamente relacionada à saúde e ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente.

A qualidade de vida compreendida por Wilhelm (1978 *apud* CORRÊA; TOURINHO, 2001), é a garantia de condições de conforto e satisfação psicológica, física e familiar dos indivíduos, devendo ainda ser entendido como a sensação de bem-estar de cada um, sendo que esta depende tanto de fatores materiais quanto de aspectos subjetivos.

O SUS adota o conceito ampliado de saúde e, entre os exemplos, podemos destacar a Política de Saúde Auditiva, a qual estabeleceu diretrizes para o desenvolvimento de programas de diagnóstico, aquisição de aparelhos de amplificação sonora individual e, principalmente, de um programa específico de reeducação auditiva para as pessoas idosas com perda auditiva, para que eles possam participar e desfrutar das relações sociais, mantendo uma boa qualidade de vida.

Em relação a qualidade de vida, pacientes relataram exemplos no seu cotidiano após receber os aparelhos auditivos, conforme mencionados nas falas a seguir:

Paciente 01: estou me comunicando melhor com minha família e amigos, hoje eu converso com as pessoas.

Paciente 02: em todos os sentidos, melhorou a minha comunicação no

ambiente familiar e desempenho no local de trabalho.

Paciente 03: a convivência com as pessoas, hoje consigo me comunicar com as pessoas.

Paciente 05: (...) escuto melhor, consigo falar melhor no trabalho. E a televisão, consigo ouvir sem aumentar o volume.

Paciente 06: hoje consigo conversar, ouvir e entender, antes eu ouvia, mas eu não entendia.

Paciente 07: hoje eu consigo ouvir bem, ouço a televisão sem estar no volume muito alto.

Paciente 08: sim. Consigo ouvir o barulho do carro, hoje eu consigo ouvir normalmente.

Paciente 09: sim, muito. Aumentou minha qualidade de vida, hoje estou feliz e ativa. Hoje consigo ter uma vida social. Quando recebi o primeiro aparelho auditivo, estava atuando como atriz no Cecon Isabel Garcia, estava tendo muita dificuldade nas aulas. Quando cheguei com os aparelhos auditivos e ouvindo foi um aplauso violento em cima de mim, foi uma alegria muito grande.

Portanto, como se pode observar, o uso do aparelho auditivo devolveu a esses pacientes sua melhor convivência familiar, social e de trabalho, trazendo melhor qualidade de vida.

4.7.3 Condições de trabalho e o grau de satisfação dos funcionários em relação à SECRESA.

O trabalho tornou-se categoria fundamental, entendendo-o como fundamento ontológico do ser social. Através do trabalho, o homem realiza sua existência e humanidade. É através dele que sobrevive e se reproduz. Como explica Marx:

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana. (MARX, 1985, p.50).

Portanto, é através do trabalho que se estabelece uma relação significativa entre o homem e a sociedade e, nessa relação, o ser humano se realiza e pode desenvolver suas potencialidades. Assim, o trabalho dá sentido ao existir.

Na perspectiva marxista o trabalho pode ser compreendido como uma

capacidade de transformar a natureza para atender necessidades humanas (Marx, 1993). Para um pensamento marxiano o trabalho é mercadoria (Marx, 1993), defendido pelos detentores do capital, não tem valor ou sentido para o trabalhador que se vê impedido de exercer sua liberdade e criatividade no trabalho exercendo suas funções com um sentimento de estranheza perante o todo, ou seja, alienado. Assim, o sentido do trabalho, por sua atribuição psicológica e social, varia, na medida em que deriva do processo de atribuir significados e se apresenta associado às condições históricas da sociedade. É um construto sempre inacabado. (TOLFO E PICCININI, 2007, p. 40).

O indivíduo social é fruto das condições e das relações sociais, portanto, histórico. Para prover suas necessidades imediatas e mediatas, através do trabalho, produz valores de uso.

Conforme IAMAMOTO (2001) apoiada em MARX (1985), o trabalho humano possui características específicas quais sejam: sua dimensão teleológica, o uso e a criação de instrumentos e de novas necessidades.

Assim explica a autora:

A dimensão teleológica é a capacidade do homem de projetar antecipadamente na sua imaginação o resultado a ser alcançado pelo trabalho, de modo que, ao realizá-lo, não apenas provoca uma mudança de forma da matéria natural, mas nela realiza seus próprios fins. (2001, p. 40).

A segunda característica do trabalho humano (o uso e a criação de meios de trabalho), explica IAMAMOTO (2001), se interpõem entre o homem e o objeto servindo de veículo da ação conforme objetivos antecipados.

Nos meios de trabalho, encontram-se objetivadas formas de atividades e necessidades humanas. Esses meios são indicadores das condições sociais sob as quais se efetua o trabalho especificamente humano e do grau de desenvolvimento da força de trabalho. (IAMAMOTO, 2001, p. 40-41).

A terceira característica, ou seja, a criação de novas necessidades, se constitui em um ato histórico. Explica IAMAMOTO (2001): “A ação de satisfazê-las e os instrumentos criados para sua consecução desdobram-se em novas necessidades sociais e na produção de impulsos para o consumo.” (p. 41).

Assim, a criação de novas necessidades através do trabalho gera no homem “múltiplas faculdades, com sentimentos profundos, dotado de curiosidade científica, aspirações religiosas, estéticas, do conhecimento prático cotidiano.” (IAMAMOTO,

2001, p. 42).

Porém, para realizar seu trabalho, o homem despende energia tanto física quanto emocional, ou seja, ele mobiliza todas as suas forças e a totalidade de seu ser. Neste processo, mobiliza suas experiências, motivações e aspirações, além de conhecimentos e sentimentos vivenciados.

O trabalho como condição essencial de sobrevivência e realização humana assume centralidade na vida dos indivíduos e, muitas vezes, em condições materiais e sociais que agredem a sua saúde física e mental, sua própria condição de ser e da dignidade do trabalhador.

As condições em que se desenvolve o trabalho e o trabalho em si não deve significar para os indivíduos apenas um meio de sobrevivência, mas também possibilidade de se reconhecer como parte integrante de um grupo ou da sociedade. (PINTO, 2012).

Assim, as condições em que se desenvolve o trabalho são fatores que podem ser positivos e ou negativos, que variam desde o espaço físico onde se realiza os fatores de reconhecimento e valorização do exercício profissional.

Em ANTUNES (2000), *apud* TOLFO E PICCININI (2007, p. 40), para que exista uma vida cheia de sentido fora do trabalho, é necessária uma vida dotada de sentido dentro do trabalho. Não é possível compatibilizar trabalho assalariado, fetichizado e estranhado com satisfação, realização e pertença que trazem sentido para a vida dos indivíduos. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. Assim, para que haja uma vida dotada de sentido, é necessário que o indivíduo encontre na esfera do trabalho o primeiro momento de realização. (ANTUNES, 2000).

O trabalho é fonte de experiência psicossocial, sobretudo dada a sua centralidade na vida das pessoas: é indubitável que o trabalho ocupa parte importante do espaço e do tempo em que se desenvolve a vida humana contemporânea.

Assim, ele não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, é também fonte de identificação e de autoestima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade. As pessoas continuam ancorando sua existência na atividade laboral, mesmo aquelas que se encontram em situação de desemprego. (NAVARRO E

PADILHA, 2007, p.14).

Portanto, os sentidos que se atribuem ao trabalho são sempre singulares, concretos e históricos, pois constitui necessidade humana dar significado ao seu entorno, ao seu fazer e ao viver. (ARAÚJO e SACHUK, 2007, p. 63).

Em Pinto (2012, p.48) *apud* (ARAÚJO e SACHUK, 2007) indivíduo é, ao mesmo tempo, determinado e determinante de seu processo de socialização. Todos esses aspectos estão presentes no mundo do trabalho, já que o fazer humano foi e continua sendo um dos aspectos centrais na constituição do homem.

Porém, apesar de o trabalho ser o centro da vida da maioria das pessoas, pode-se observar que há um crescente número de trabalhadores que não reconhecem a esfera profissional como um espaço de realização, de reconhecimento, de poder ser útil à sociedade.

O sentido de satisfação no trabalho está relacionado à contribuição pessoal do indivíduo para o próprio trabalho. Além disso, o trabalho faz sentido se quem o executa tem a sensação de superar desafios e se seu executor percebe sua contribuição e responsabilidade no trabalho executado. (PINTO, 2012, p. 48) .

No que consiste a satisfação do trabalhador nas organizações, sejam elas públicas ou privadas, podemos compreender que esta pode interferir no comprometimento e na motivação dos funcionários.

O sentido de satisfação no trabalho está relacionado à contribuição pessoal do indivíduo para o próprio trabalho. Além disso, o trabalho faz sentido se quem o executa tem a sensação de superar desafios e se seu executor percebe sua contribuição e responsabilidade no trabalho executado. Por outro lado, o trabalho também apresenta um caráter negativo, como algo enfadonho, esgotante, sem possibilidade de crescimento pessoal e profissional e que não oferece espaço para criação e realização. (PINTO, 2012)

De acordo com SPECTOR (2002), a satisfação no trabalho “é uma variável de atitude que reflete como uma pessoa se sente com relação ao trabalho de forma geral e em seus vários aspectos. Em termos simples, satisfação no trabalho é o quanto as pessoas gostam de seu trabalho.” (p. 221).

Segundo Beatriz (2009), as facetas mais comuns da satisfação no trabalho são: salário, oportunidades de promoção, benefícios, supervisão, companheiros de trabalho e condições de trabalho, comunicação e segurança. Quando essas são bem

administradas pelas organizações, podem propiciar satisfação e desempenho no trabalho, obtendo também um melhor comprometimento do colaborador, como por exemplo: aceitação dos objetivos da organização, disposição para trabalhar com afinco e desejo de permanência.

Com as mudanças no mundo do trabalho, vem mudando o tipo de liderança almejada, a qual deve estar preparada para compreender os aspectos subjetivos da vida organizacional.

No cenário atual, o maior desafio das organizações consiste em transformar as pessoas no 'segredo do sucesso' [grifos do autor], ou seja, é preciso desenvolvê-las e estimulá-las a fim de que sejam capazes de assegurar os resultados organizacionais.(...) Além de atrair e desenvolver, é preciso reter os talentos [...] é imprescindível proporcionar desafios aos indivíduos, uma vez que os mesmos, muitas vezes, são estimulados através destes; grande parte deles só permanece nas organizações que lhes propiciam desafios. (CHITERO *apud* GARCIA, 2009, p. 5).

Segundo Fernandes (1996), a qualidade de vida no trabalho tem sido apontada como um dos fatores motivadores no desempenho humano. Favorecendo aos aspectos de bem-estar, saúde, segurança física e mental, tal situação propicia que o colaborador fique a cada dia mais otimista a continuar seu crescimento profissional no local de trabalho.

É importante ressaltar que Bendassolli (2007), aponta que a felicidade nas organizações é vista como satisfação ou motivação:

Em primeiro lugar, é importante lembrar que, nas principais correntes de gestão de pessoas da atualidade, não encontramos, explicitamente, a palavra felicidade, mas sim uma tradução objetiva dela: satisfação ou motivação. As teorias de motivação, originadas por volta da década de 1930, enfatizam os aspectos conscientes da vontade humana causadora do comportamento. Por que as pessoas agem, por que fazem o que fazem? A resposta dos primeiros teóricos de motivação era de que elas agiam tendo em vista o objetivo de satisfazer algumas necessidades ou evitar sanções provenientes do ambiente (p.61).

As pessoas devem ser vistas como um patrimônio intangível que precisa ser motivado, instigado, desenvolvido e reconhecido para transformar o seu conhecimento em recursos tangíveis, a qual, por sua vez, refletirá em contribuição social relevante para a nação (SCHMIDT, 2010).

Hunter (2004) aponta que "Homens e Mulheres desejam fazer um bom

trabalho. Se lhes for dado o ambiente adequado, eles o farão” (p. 97). O autor esclarece que todo ser humano é capaz de realizar suas atividades, mas necessita de locais adequados para a execução destes. Não basta contratar, é importante que haja o mínimo de condições salubres para que este trabalho ocorra.

Schmidt (2009) aponta que gerir pessoas significa captar, ambientar, desenvolver, monitorar e manter colaboradores (funcionários, empregados, parceiros) dentro da organização. Significa oferecer condições organizacionais para que o elemento humano possa aprender a aprimorar suas habilidades e, dessa forma, aliar os objetivos organizacionais aos seus objetivos pessoais.

Em relação ao espaço físico da SECRESA, assim se posicionaram os sujeitos:

Funcionário 02: o espaço físico é regular, a gente não tem janela em nenhuma sala, entendeu? Porém se tivessem janelas, seria ótimo no espaço né? Porque depois que o CAPS saiu do prédio, a gente ficou com espaço muito bom. A gente estava muito apertado, antigamente. A gente tem salas suficientes, mas as salas são pequenas.

A gente tem sala de reunião, temos salas suficientes, no entanto, temos quatro salas que a cabine do audiômetro fica praticamente na porta. Nós temos uma sala de espera boa por isso, que eu acho que não é nem bom e nem ruim. Conhecendo outras unidades da prefeitura, até que a nossa Unidade é satisfatória. Não justifica fazer essa comparação mas, é importante né? A gente colocar isso né? A nossa unidade tem pontos positivos sim! Apesar de carecer de melhorias.

Funcionário 03: regular. Não temos uma recepção ampla, a porta é estreita, não temos janela. Às vezes, o paciente chega com 2 acompanhantes, principalmente no caso de atendimento de bebê de risco e, às vezes, o pai tem que ficar lá fora porque a gente não tem um espaço amplo que comporta dois acompanhantes. Como uma mãe que acabou de ganhar bebê tem que ficar sozinha aqui com seu bebê, né? Teria que deixar o pai e a mãe entrar no atendimento, Ontem eu pensei que o pai ia me bater porque eu falei para ele que ele deveria esperar lá fora.

Funcionário 01: o espaço físico é bom, temos um bom espaço.

Quanto aos equipamentos técnicos disponíveis para a realização de seu trabalho, foram apontadas as principais dificuldades, que mostram a precariedade destes.

Funcionário 02: os aparelhos estão caindo aos pedaços, entendeu? Os aparelhos que fazem o exame BERA, precisam de calibração! Ninguém pergunta para a gente o que a gente precisa. Foi comprado um aparelho de Alta emissão, ele vai fazer 10 anos e ele não tem utilidade, não tem os

eletrodos. Eu entendo isso como mau uso do dinheiro público, a gestão não pergunta para a unidade as suas necessidades. Você acredita que a pilha AA não é padronizada pela prefeitura, todas as salas tem controle no ar condicionados, os funcionários tem que trazer pilha, eu tenho que trazer de casa como todos os outros funcionários é um absurdo isso os eletrodos a gente compra com cheque e pronto pagamento você acredita nisso?

Tem computadores em todas as salas, no entanto, nem todos os computadores tem o Software de todas empresas que realiza programação dos aparelhos, as meninas tem que ficar de uma sala para outra. Absurdo!

Funcionário 03: pode colocar ruim. Não temos telefone suficiente. Sabe, o nosso sistema dificulta o nosso trabalho... tem horas que fica travando.

Funcionário 01: os equipamentos são insuficientes para a demanda.

Quanto à satisfação e motivação no trabalho:

Funcionário 02: às vezes. Depende da resolutividade de cada ação. A atuação da enfermagem é bastante atuante na busca ativa.

Funcionário 03: não. Me sinto amarrada. Não me sinto parte da equipe, por vezes, falta comunicação mais aberta a fim de evitar erro. Sabe, as vezes é difícil, falta transparência. Não sei fazer tudo pois, as pessoas nem conseguem me passar o serviço, devido à correria da recepção. Quando eu trabalhava no AMBESP me sentia mais acolhida lá. Ela conseguiu assumir várias coisas. Não nasci para ser funcionário público faz 6 anos que eu sou funcionária pública tive que voltar a trabalhar porque o valor da aposentadoria é insuficiente para a gente conseguir manter uma casa, mas olha, é complicado sendo funcionária pública né. Gente, velho nesse país não arruma emprego se eu tivesse oportunidade de voltar a empresa privada eu voltaria. Eu trabalho na prefeitura por necessidade, não gosto de política, é difícil.

Funcionário 01: não. O que me motiva é a responsabilidade com os clientes internos e externos.

As queixas também se estendem à falta de educação permanente, já que o serviço assim exige e a capacitação permanente é uma forma de valorização do trabalhador pela organização.

Em SIQUEIRA & GOMIDE (2004) *apud* BENDASSOLLI (2012), o reconhecimento está associado às expectativas de retribuição pela contribuição aportada pelos indivíduos à organização. No mesmo sentido, pode-se afirmar que o reconhecimento é também apontado como nuclear em processos de construção identitária e de saúde e prazer no trabalho.

Funcionário 02: Educação permanente é ruim, estou esperando o curso de libras já faz um tempo.

Funcionário 03: Ruim. Porque não tem nenhum curso, quando tem, são aqueles cursos que já foram oferecidos em tempos anteriores, não é nada de inovador.

Funcionário 01: não é oferecido capacitação em nossa área de atuação.

O impacto que causa no trabalhador a falta de reconhecimento do seu trabalho e, algumas vezes, o abatimento por não poderem atuar de forma efetiva na melhoria das condições da unidade, já que muitos dos problemas enfrentados são de ordem estrutural da própria organização, como a falta de recursos humanos para atender a demanda do serviço.

Funcionário 02: bom. Na minha opinião, o que a gente tem de recursos humanos a gente faz milagre, entendeu? É bom mas está longe de ser ideal.

Funcionário 03: ruim, não temos funcionários, olha a recepção, o telefone não para de tocar, é balcão...a gente dá o nosso melhor, tem dia que saio daqui com a cabeça doendo.

Funcionário 03: isso vem de cima, não adianta a chefe da unidade fazer alguma coisa, se ela reclama ela pode se prejudicar, tem que falar amém para os grandão.

Funcionário 01: é bom. Mas não é suficiente, tendo em vista a demanda. Mas, é preciso funcionários.

Funcionário 02: bom. Longe do ideal. Falta RH.

Por outro lado, existe um sentimento de valorização do trabalho da equipe apesar das dificuldades apontadas. Observa-se que há pontos fortes na SECRESA, conforme demonstram as falas a seguir:

Funcionário 02: (...) temos uma equipe que se esforça, vejo que o paciente não é um número; o nosso recursos humanos é dedicado, se preocupa com o paciente, isso é um ponto gigante; apesar do serviço ser público temos aparelhos auditivos de última geração, aparelhos modernas.

Funcionário 01: os pontos fortes: é comprometimento dos profissionais, horários respeitados, aperfeiçoamento técnico com as empresas fornecedoras. Melhorias: atualização dos profissionais, visto que trabalhamos com tecnologia, a qual requer atualização constante

Funcionário 03: sabe, há interesse de algumas pessoas em resolver os problemas, não é constante, são todas as pessoas? Não. Considero isso um ponto forte.

No entanto, carece de melhorias de acordo demonstra os argumentos:

Funcionário 02: Bom, já as melhorias: modernização dos equipamentos, oferecimento de cursos, atualização para todos os profissionais que atua na SECRESA.

Funcionário 03: Já as melhorias é preciso organização dos documentos como prontuários, APAC, a papelada em si, pois tem documentos, se precisar encontrar não vai achar.

Funcionário 01: Profissionais, precisam de atualização constante.

Um dado importante constatado pelos sujeitos foi sobre as principais queixas que os funcionários recebem dos pacientes atendidos na SECRESA, demonstrando o comprometimento da equipe em relação aos pacientes:

Funcionário 01: tempo de espera para aquisição da prótese auditiva.

Funcionário 02: reclamações recebidas são referentes a demora para entrega do aparelho e a adaptação do aparelho. A gente ouve: “vou morrer e não vou receber meu aparelho”.

Meu! o paciente ele deve ser convencido em usar o aparelho de forma criativa né é como um óculos né? A gente precisa dar um tempo né, para o nosso cérebro acostumar. Imagina que ele ficou um tempo sem ouvir, de repente começou ouvir, complicado.

Aquele paciente que fica 10 anos sem ouvir, de repente ele começa a ouvir ele não vai se acostumar, se ele não tiver um uso efetivo né.

Contando a partir do momento que o paciente está aqui né, ele tem que ser convencido sobre o uso, eu sempre dou o exemplo, do óculos. Eu mesmo tive que me adaptar com óculos novos.

Funcionário 03: demora para atendimento no telefone, essa reclamação da demora do atendimento do telefone eu vou falar francamente, por vezes eu tiro o telefone do gancho porque não dá, a gente não tem RH suficiente, a gente atende o balcão, tem o atendimento presencial, aí tem as demandas administrativas aí tem atendimento dos funcionários, que sempre pedem alguma coisa, às vezes é um prontuário, uma informação, é difícil. Recebemos reclamação também do atendimento da Central de agendamento.

Funcionário 03: demora da central em agendar os pacientes na SECRESA, por outro lado o paciente não compreende o fluxo de entrada da SECRESA, há falta de informação.

Sempre as queixas vêm em cima da gente! demora para agendar a culpa é nossa demora para chegar o aparelho, a culpa é nossa.

Falta uma explicação para o paciente sobre o fluxo da secresa na UBS, é preciso falar para o paciente que ele vai passar pelo AMBESP, que ele vai chegar aqui e não vai receber o aparelho imediatamente. Ontem veio dois pacientes e pensaram que já ia sair daqui no primeiro atendimento com aparelho tu acredita? Aí o paciente não recebe a informação correta que deveria ter recebido seja na UBS ou na ambesp e joga a culpa na gente.

(...)a gente não faz atendimento se ele não passou primeiramente no posto

de saúde, se não passou pelo AMBESP, a falta de informação, um serviço influencia no serviço do outro e as pessoas não têm as vezes, esse entendimento, simplesmente transfere responsabilidade para o outro.

Os dados refletem a limitação da integralidade, embasada pelo SUS, visto que princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A falta de informação da rede, mencionada pelo funcionário 03 poderia ser solucionado com medidas simples, como por exemplo reuniões intersetoriais, tendo em vista que a integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais que contribuiria decisões de processos administrativos para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas aos interesses coletivos que melhora a eficiência da gestão.

Uma questão que envolve as dificuldades em relação ao trabalho cotidiano apontado pelos sujeitos da pesquisa refere-se à demanda reprimida, o que gera insatisfação que se expressa na forma de um sentimento de solidariedade com os pacientes:

Funcionário 02: puxa e como, se a gente for pensar na demora da entrega do Aparelho Auditivo, as consequências para esse paciente né, às vezes estão desenvolvendo uma atividade no trabalho. Dificuldade se a gente for pensar na criança né, a gente acaba prejudicando o desenvolvimento dessa criança não conseguir estudar. A gente não consegue, às vezes, visualizar as consequências né, a gestão não consegue visualizar essas consequências né.

Funcionário 03: oche e como hein. Sim e muito! Pandemia piorou né?

Funcionário 01: sim. Existe fila de espera para entrar no serviço e é de um ano no mínimo e a atual verba não contempla a cota anual estipulada pela DRS

As falas dos funcionários da SECRESA apontam desafios presentes na oferta de atenção à saúde auditiva, principalmente na redução de recursos humanos, de materiais e equipamentos, isto é, está ligada à limitada oferta de recursos financeiros destinados aos serviços de atenção à saúde, em particular à saúde auditiva.

Já entre os pacientes, a principal queixa é a demora na aquisição do aparelho auditivo que traz como consequência dificuldades na sua vida social, familiar e de trabalho que implica, muitas vezes, na falta de acesso a um direito inalienável para

sua adaptação à vida social como cidadão.

São indivíduos que necessitam da atenção em saúde auditiva como direito à saúde, conforme preconizado na CF de 1988 e no SUS.

Assim, os resultados obtidos nesse estudo mostram que, apesar das dificuldades elencadas pelos funcionários da SECRESA e a maior queixa dos pacientes em relação à demora para a obtenção do aparelho auditivo, o fato de a implementação da Política Nacional de Assistência à Saúde Auditiva na cidade de Santos, veio contribuir para o acesso a um direito das pessoas com deficiência auditiva, ainda que esse serviço seja o único disponível na região da Baixada Santista, ocasionando alta demanda e, conseqüentemente, também uma longa espera.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar esse trabalho, buscou-se compreender quais os desafios enfrentados pelos pacientes e funcionários da atenção à Saúde Auditiva no município de Santos, as expectativas e perspectivas dos pacientes em relação ao serviço e como a protetização auxiliou a inclusão social e a qualidade de vida dos beneficiados.

A exposição suscitada no decorrer deste trabalho evidenciou que os pacientes sujeitos da pesquisa, manifestaram um nível de satisfação positiva, de maneira geral, em relação aos atendimentos. A ponderação central quanto aos aspectos negativos do serviço centralizaram na demora em receber o Aparelho Auditivo, mas essa queixa não significou uma avaliação negativa dos serviços vistos de forma geral.

Nesta direção, a avaliação positiva dos pacientes é que ao receber seus aparelhos auditivos e vivenciar uma melhora significativa na sua independência e interação social, percebe o entendimento que o SUS é imprescindível e necessário para população.

Identificou-se que as falas dos pacientes entrevistados vão na contramão do entendimento de que o privado, sob qualquer forma, é o que vale, tudo que é público, que é coletivo, é ineficaz, ruim ou pouco interessante, inclusive houve menção por um dos entrevistados, que não há diferença entre o atendimento do SUS oferecido pela SECRESA e do particular.

Após o paciente receber o aparelho auditivo, a satisfação é bem elevada. Apesar das expectativas serem de receber de forma imediata, a maioria não sabia do lapso de tempo entre a entrada na SECRESA e a data do recebimento do aparelho.

É importante frisar, que os pacientes sujeitos da pesquisa, em sua maioria, são pessoas idosas, tal dado expressa a situação nacional no que se refere ao público majoritário de pessoas com deficiência auditiva.

A perda de audição no idoso traz consequências acentuadas ao seu convívio familiar e comunitário. Neste contexto, a reabilitação auditiva se torna um instrumento

de inclusão social e denota um impacto considerável na qualidade de vida das pessoas idosas.

Cabe destacar que o aumento da expectativa de vida resultou num grande aumento de casos de surdez em pessoas idosas sem a devida adequação na estrutura e no número de profissionais dedicados à reabilitação auditiva, seja no SUS ou na medicina privada.

Diante dos relatos apresentados, no decorrer da pesquisa observa-se que, para essas pessoas, os aparelhos auditivos se mostraram satisfatórios nas situações do dia a dia dos pacientes, proporcionando-lhes maior independência e interação social.

Quanto à percepção dos funcionários da SECRESA, de maneira geral, consideraram que o serviço não apresenta condições satisfatórias, sejam de recursos humanos ou financeiros para um atendimento de qualidade aos pacientes atendidos no Serviço. Neste contexto, compreende-se que o quantitativo de pacientes atendidos extrapolam a capacidade de atendimento.

Neste sentido, podemos afirmar que a demanda por prótese auditiva vem crescendo gradativamente e exigindo que os municípios da Baixada Santista também acompanhem essa expansão, promovendo acesso fácil aos serviços, o que hoje, conforme demonstrado, não é o que ocorre.

Nesta direção, é notório que o direito à saúde ainda não condiz plenamente com o marco teórico do campo, e os desafios são inúmeros. A conjuntura evidencia que o caminho ainda tem muitas trilhas a serem percorridas. No entanto, apesar da política interna do país direcionar para redução da participação do Estado nas políticas públicas, podemos considerar que houve avanços na política de saúde, principalmente com a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, em 2004.

A partir das falas dos funcionários sujeitos da pesquisa, o que acontece hoje é uma rotina de profundas dificuldades no atendimento prestado ao paciente SECRESA, fomentada pelo número insuficiente de recursos humanos na área administrativa e falta de recursos financeiros para o atendimento, em tempo mínimo, para entrega do aparelho auditivo.

Outro ponto que cabe destaque é a falta de comunicação, entre o AMBESP e a SECRESA; tal situação dificulta o processo de descentralização, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Por fim, é preciso reafirmar fortemente que o direito à saúde, constitucionalmente incorporado, não surgiu naturalmente ou por acaso. É o resultado de muitas lutas, inclusive da exaustiva participação popular e que precisa se colocar constantemente como espaço de resistência.

Por essa razão, salientamos que um dos desafios que se colocam é garantir para a população brasileira um atendimento de qualidade, que assegure o ingresso digno no sistema público.

Tratando-se de uma pesquisa exploratória, pode-se considerar que os objetivos propostos para esse estudo foram alcançados, podendo ele ter contribuído para chamar a atenção sobre a importância de uma política pública a serviço das pessoas com deficiência auditiva através do SUS, fortalecendo o entendimento da saúde como direito inalienável do ser humano.

REFERÊNCIAS

ABA – Academia Brasileira de Audiologia. **Política de Saúde Auditiva, representou um avanço**. Disponível em: <http://www.audiologiabrasil.org.br/noticias.php?idcad> . Acesso em: 29 de maio 2021.

ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine. GUTIERREZ, Gustavo Luis. MARQUES, Renato **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

ALVARENGA, Kátia de Freitas *et al.* **Conhecimento dos agentes comunitários de saúde do programa Saúde da Família na área de saúde auditiva infantil**. 2008, Anais.. São Paulo: Academia Brasileira de Audiologia, 2008. . Acesso em: 11 set. 2022.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo, SP: Boitempo. 2000

ARANHA, Maria Salete Fábio. **A Deficiência através da História. Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, n.2 p63-70, 1995. Disponível em: <http://www.adiron.com.br/mznews/data/historia.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2021.

Audilog - Aparelhos Auditivos. **Fotos de Aparelhos**. Disponível em: <http://audilogaparelhosauditivos.com.br/our-service/linhaaparelhos/> Acesso em: 30 de junho 2022.

BANDONI, Gabriela. **Diferenças na audição de homens e mulheres**. Direito de ouvir, 2015. Disponível em: <https://www.direitodeouvir.com.br/blog/diferencas-audicao-homens-mulheres> > Acesso em: 20 setembro 2021.

BARNES, Colin; BARTON, Len; OLIVER, Mike. 2002. **Disability studies today** Cambridge: Polity Press.

BEATRIZ, Marilene Zazula . **Personalidade, Satisfação e Comprometimento no Trabalho**. FATEC. Núcleo de Materiais Didáticos 2009

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. **Reconhecimento no Trabalho: Perspectivas e Questões contemporâneas**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. **Felicidade e Trabalho**. Repositório FGV de Periódicos e Revistas.V. 6 N. 4 (2007): JULHO-AGOSTO. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/34637>. Acesso em 20 de março de 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social fundamentos e história**. Cortez. São Paulo, 2007.

BESS, Fred H., HUMES, Larry E.; 1995 **Audiology: The Fundamentals**. Baltimore Williams & Wilkins.

BENEDITO, Jonorete Carvalho. **Proteção social à pessoa idosa brasileira**. Texto apresentado no V Encontro Nacional de Seguridade Social. CFESS: Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://doc-0c-28-apps.viewer.googleusercontent.com/viewer/secure/pdf> Acesso em 23 agosto 2020.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Editora Campus. Rio de Janeiro, 1992.

Boletim Epidemiológico de Santos nº 3, edição 2021. Disponível em: https://www.santos.sp.gov.br/static/files_www/files/portal_files/SMS/boletim_epidemiologico_3- final_25out.pdf. Acesso em: 21 de maio de 2022.

BONTEMPO, Alessandra Gotti. **Direitos sociais: eficácia e acionalidade à luz da Constituição de 1988**. Curitiba: Juruá, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RELATÓRIO FINAL DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>. Acesso em 12 de jul 2021.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS**. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em 12 de jul 2021.

_____. **Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html> Acesso em: 24 fevereiro 2022.

_____. **Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004**. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html> Acesso em: 24 fevereiro 2022.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.**

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RELATÓRIO PRELIMINAR DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. Ministério da Saúde, 2019. http://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf. Acesso em 12 de jul 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. – Brasília, 2008. Disponível em: <

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf> Acesso em: 19 setembro 2021.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal - Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. Série **Saberes e práticas da inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos surdos**. 2ed. Brasília: SEESP/MEC, 2006.

_____. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. **Resolução Nº 4, de 2 outubro de 2009**. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf. Acesso em 15/09/2022.

_____. Presidência da República. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite** Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. Disponível em: [Decreto Plano Viver sem Limite.pdf \(justica.pr.gov.br\)](#). Acesso em: 22 de maio 2002.

_____. Presidência da República. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS**, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: [Decreto nº 5626 \(planalto.gov.br\)](#). Acesso em: 22 de maio 2002.

_____. Presidência da República, Casa Civil . **Em 2012, o setor portuário movimentou mais de 1,2 bilhão de toneladas**. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/em-2021-setor-portuario-movimentou-mais-de-1-2-bilhao-de-toneladas>. Acesso em: 22/05/2022.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Castro Maurílio. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In, PEREIRA, Potyara Amazoneida . (org). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In MOTTA, Ana Elizabet et al (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação Profissional. São Paulo: Cortez 2006. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2º ed. 2007.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado para a Cidadania. A Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional**. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

BRITO, FERREIRA *et al*. **Língua Brasileira de Sinais**. Secretaria de Educação Especial. Série Atualidades Pedagógicas, n.4 Brasília: SEESP, 1997.

CAPOVILLA, Fernando César; RAPHAEL, Walkiria Duarte. **Dicionário enciclopédico ilustrado trilingue da língua de sinais brasileira**. v.1/2. . São Paulo: Edusp. . Acesso em: 11 set. 2022. , 2001

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre . *et al* . Prefácio. In: **Saúde e cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec**. Campinas (SP): Saberes; 2010.

CORRÊA, Antônio José Lamarão; TOURINHO, Helena Lúcia Zagury. **Qualidade de vida urbana na Amazônia: os casos de Marapanim e Vila dos Cabanos**. Belém, PA: UNAMA, 2001. (Série Relatórios de Pesquisas).

CASTRO, Henrique Carlos de O. *et al*. A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, v. 14, n. 2, p. 113-134, 2008.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto *et al*. **O câncer e a questão da exclusão no âmbito da política de saúde**. Comunicação apresentada ao VII Congresso Luso-Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 16, 18 de setembro de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. CFFa-CS nº 31, de 1º de março de 2008. **Parecer técnico**. Disponível em: crefona8.gov.br/legislacao.php%3Ftarget%3D1. Acesso em 22/03/2022

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Grupo de Trabalho. **Efetivação da acessibilidade e humanização da atenção à saúde no SUS**. Brasília, 1999 p.17

DAVIS, Hallowell ; SIVERMAN, Sol Richard. **Hearing and deafness**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970.

DINIZ, Debora. 2007. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense.

ESPERIDIÃO, Monique. **Avaliação de Satisfação de Usuários: I. Considerações teórico-conceituais**, 2004a. (mimeo).

SANTOS, Wederson Rufino; DINIZ, Debora; PEREIRA, Natália. 2009. **Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo**. *Reciis*, v. 3, n. 2, p. 16-23.

FALCÃO, Lília Maria Gomes. **Música e processamento auditivo: interrelações, conceitos e práticas**. Salvador, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21600/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20L%C3%ADlia.pdf>> Acesso em: 12 maio 2021.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):33-38, 2000

FERREIRA, Lidiane Maria de Brito Macedo; JÚNIOR, Alberto Novaes Ramos; MENDES, Eveline Pereira. **Caracterização do zumbido em idosos e de possíveis transtornos relacionados**. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2009,75(2):245-248.

FREIRE, Daniela Buchrieser *et al.* **Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4):890-891, abr, 2009.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar.** 2.ed. Salvador: Casa da Qualidade Edit. Ltda, 1996.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marquez. **Os direitos humanos e a pessoa com deficiência no mercado do trabalho.** Revista Inclusão – Revista da Educação Especial. Ano 02. n. 02. Agosto/2006.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. **O Trabalho Protegido do Portador de Deficiência.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, I, n. 0, fev. 2000. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4891. Acesso em 18/02/2021.

GARCIA, Cláudia Patrícia. Guia de Estudo: **Gestão de Pessoas e Mapeamento por Competências.** FATEC. Núcleo de Materiais Didáticos 2009.

GESSER, Audrei. **LIBRAS? Que língua é essa?: crenças e preconceitos em tona da língua de sinais e da realidade surda.** São Paulo, Parábola Editora, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999

GONÇALVES, Aguinaldo.; VILARTA, Roberto (org.). **Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática.** Barueri: Manole, 2004.

HESSE, Konrad. **Elementos de Direito Constitucional.** Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998.

HUNTER, James C. **O Monge e o Executivo.** Editora. Editora Sextante.Ed. 9º. 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Trabalho e Indivíduo Social: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista.** São Paulo: Cortez, 2001.

IBGE MOSTRA ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NO BRASIL. **Jornal Nacional**, 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2019/05/22/ibge-mostra-envelhecimento-da-populacao-no-brasil.ghtml>> Acesso em: 18 fevereiro 2022.

INCHAUSPE, Juciane Aparecida Furlan; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de . **Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem.** 2015:177-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0177.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2022.

Kosik, Karel. **Dialética do Concreto.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.

LAKSHMI: **a menina-deusa** 2008. Documentário: Discovery Channel, 45 min., Inglaterra.

LEITE, Juliana Domingues. **Curso de Extensão: atualização na Política de Saúde; Módulo IV Judicialização da Saúde/ Agenda da Saúde**. Foz do Iguaçu. Faculdade União das Américas. 2006.73 slides: color.

LIMA, Waner Gonçalves. **Política pública**: discussão de conceitos. Núcleo de Educação, meio ambiente e desenvolvimento – NEMAD. Edição 5 . Disponível em: <http://revista.uft.edu.br/index.php/interface/article/viewFile/370/260>. Acesso em: 1 jun. 2021.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo Wahrendorff. **Políticas Públicas: conceitos**. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 2008.

MARCONI, Marina Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Técnica de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, elaboração e interpretação de dados**. 4º ed. São Paulo. Atlas, 1999. p. 94-102.

MARX. Karl. **O Capital. Crítica da economia política**. Tomos 3. São Paulo: Nova cultural, 1985.

MARX, Karl. (1993). **Os manuscritos econômicos e filosóficos: Textos filosóficos**. Lisboa, Vol. 22. Portugal: Edições 70.

MARTINELLI, Maria Lúcia (orgs). **Pesquisa Qualitativa: Um Estigante Desafio**. São Paulo. Veras Editora, 1999. p. 31-40.

MATTOS, Ruben A. **Direito, necessidades de saúde e integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni; _____. (orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, p. 33-46. 2005

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro. 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.7-18, 2000

MONDELLI, Maria Fernanda Capoani Garcia e SOUZA, Patrícia Jorge Soalheiro de. **Qualidade de vida em idosos antes e após a adaptação do AASI**. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 78, n. 3, p. 49-56, 2012Tradução . . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942012000300010>. Acesso em: 12 jul. 2022

MONDIN, Leda . **Histórias e Lendas de Santos**. Disponível em: [SANTOShttps://www.novomilenio.inf.br/santos/h0100b07.htm](https://www.novomilenio.inf.br/santos/h0100b07.htm). Acesso em: 18 de maio de 2018.

NAHAS, Markus. 2001. **Atividade física, saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2a ed. Londrina: Midiograf

NAVARRO, Vera Lúcia e PADILHA, Valquíria. **Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo**. Psicologia e Sociedade, v. 19, n. especial, p. 14-20, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea04.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

NORDENFELT, Lennart. (2003). **Action theory, disability and ICF**. Disability and Rehabilitation, 25 (18), 1075-1079.

Organização Mundial da Saúde-OMS. **OMS alerta que perda de audição pode afetar mais de 900 milhões até 2050**. 03/03/2020. <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1705931> . Acesso em: 12 de junho de 2022.

Organização Mundial da Saúde-OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde**. Disponível em: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>>. Acesso: 06 de julho 2021.

Organização Mundial da Saúde-OMS. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.

PAIVA, Karina et.al. **Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n7/1292-1300/pt>> Acesso em: 13 setembro 2020.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política Social: temas & questões**. 3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011. p. 173 e 174.

PINTO, Rosa Maria Ferreiro. **Estresse Ocupacional de Agentes de Segurança Penitenciária no Centro de Detenção Provisória Dr. Luiz Cesar Lacerda de São Vicente/SP**. Relatório final de Pesquisa, CNPq, 2012.

PINHEIRO, Roseni et al. **Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade**. 2ª ed. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PIOVESAN, FLAVIA. **Ações Afirmativas da Perspectiva dos Direitos Humanos**. Cadernos de Pesquisa, v. 35, n. 124, p. 43-55, jan./abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742005000100004>. Acesso em: 30 de setembro 2021.

Prefeitura Municipal de Santos. **O porto de Santos**. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=hotsite/porto-santos-film-comission> Acesso em: 22 de maio de 2022.

PURIFICAÇÃO, Silene Bueno de Godoy ; SOUZA, R. G. ; Melo, V. B. . **O direito das pessoas portadoras de deficiência**. In: IV Simpósio Internacional de Ciências Integradas UNAERP, 2007, Guarujá. IV Simpósio Internacional de Ciências Integradas UNAERP, 2007.

QUADROS, Ronice Muller. **Estudos Surdos I**. Petrópolis, RJ. Arara Azul, 2006.

Qualidade de vida. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/qualidade-de-vida/>. Acesso em 23/06/2022

RAMALHO JÚNIOR, Francisco . *et al*. Os fundamentos da Física 2. 8ed. São Paulo: Moderna, 2004.

RIBEIRO, Sâmbara Paula et al. **O cotidiano profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Campina Grande**. Katálisis V. 8 n.2 jul./dez 2005. Florianópolis. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6118>. Acesso em 15 jun. 2021

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUSCHEL, Christine Vieira; CARVALHO, Claudia Ribeiro de; GUARINELLO, Ana Cristina . **A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. vol.12, n.2, 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n2/03.pdf>> Acesso em: 25 julho 2021.

RUSSO, Ieda Chaves Pacheco. *et al*. **Encaminhamentos sobre a classificação do grau de perda auditiva em nossa realidade**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2009, v.14, n.2, p.287-288

TOLFO, Suzana da Rosa e PICCININI, Valmíria. **Sentidos e Significados do Trabalho: Explorando Conceitos, Variáveis e Estudos Empíricos Brasileiros**. Psicologia & Sociedade; 19, Edição Especial 1: 38-46, 2007

SOUZA, Maria da Glória Canto de; RUSSO, Iêda Chaves Pacheco. **Audição e percepção da perda auditiva em idosos**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo, v. 14, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/GbRk6ssJw8JBmmSvMycX3Xk/?lang=pt>. Acesso em: 12 setembro 2021.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos**. 4 ed. Rio de Janeiro: WVA, 2002.

SCHILKOWSKY, Louise Bastos; PORTELA, Margareth Crisóstomo; SÁ, Marilene de Castilho. **Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ**. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(2):187-97.

SCHMIDT, Maria do Carmo. Guia de Estudo: **Gestão Estratégica de Pessoas**. FACINTER. Núcleo de Materiais Didáticos 2009.

SCAFFIDI, Elizabeth. **OMS alerta que perda de audição pode afetar mais de 900 milhões até 2050**. ONU News, 2020. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/03/1705931>> Acesso em: 12 de junho de 2022.

SPECTOR, Paul. **Psicologia nas organizações**. São Paulo: Saraiva 2002.

SECRESA. **Protocolos de Atendimentos SECRESA (2020)**. Disponibilizado à autora em 2022.

SILVA. Maria do Rosário de Fátima. **Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal**. São Paulo: Cortez. Serviço Social & Sociedade. n. 126, maio/agosto. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282016000200215&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 20 de maio de 2022.

SILVA, Luciana et.al. **Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos**. CoDAS vol.26 no.3, São Paulo, maio/junho 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/codas/v26n3/pt_2317-1782-codas-26-03-00241.pdf> Acesso em: 16 dezembro 2020.

SIMIONATTO, Ivete. **Estado e sociedade civil em tempos de globalização: reinvenção da política ou despolitização?**. v. 7 n. 1 (2004): Mundialização, crise contemporânea e políticas sociais. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6910>. Acesso em 15 jun. 2021.

SPOSATI, Aldaísa. **Mínimos Sociais e Seguridade Social: uma revolução da consciência da cidadania**. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, nº. 55, 1997.

SOBRAL, Mônica. **Infografia Baixada Santista. Disponível em: <https://www.atribuna.com.br/cidades/geral/baixada-santista-ganha-mais-158-mil-habitantes-em-um-ano-diz-ibge->** Acesso em: 28/08/2021

The WHOQOL Group 1995. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409.

THOMAS, Carol. 2002. Disability teory: key ideas, issues and thinkers. In: BARNES, Colin; BARTON, Len; OLIVER, Mike. **Disabilities studies today** Cambridge: Polity Press, p. 38-57.

APÊNDICE



UNISANTA

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

Nome da Pesquisa: Direito à Saúde: Análise da política de saúde auditiva, a partir da percepção de pacientes e funcionários do Centro de Referência em Saúde Auditiva do Município de Santos

Questionário

**pacientes*

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade _____

1- Qual é sua percepção sobre o atendimento na SECRESA-Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva?

Recepção:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Pontualidade:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Atendimento Médico:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Atendimento de Fonoaudiologia	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Enfermagem:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Atendimento Psicossocial:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Espaço Físico:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim

2 - Qual foi seu tempo de espera para entrada na SECRESA-Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva, a partir do encaminhamento do Centro de Especialidades?

3 - Quanto tempo demorou para receber seu aparelho auditivo, a partir da entrada na SECRESA?

Comente sua resposta:

4 -Sua expectativa em relação ao aparelho auditivo foi contemplada?

☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

Comente sua resposta:

5 -Quantas horas por dia utiliza o aparelho auditivo?

6- O aparelho auditivo propiciou uma melhora em sua qualidade de vida?

☐ Sim ☐ Não houve alteração ☐ Um pouco

Comente sua resposta:



UNISANTA

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

Nome da Pesquisa: Direito à Saúde: Análise da política de saúde auditiva, a partir da percepção de pacientes e funcionários do Centro de Referência em Saúde Auditiva do Município de Santos

Questionário

**Funcionários*

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade _____

1. Qual a sua função?

2. Quanto tempo atua na Unidade?

3- Qual é sua percepção sobre o atendimento na SECRESA-Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva?

Recursos Financeiros:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Recursos Humanos:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Gerenciamento Adm. e Técnico:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Educacao Permanente:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Espaço Físico:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim
Equipamentos:	() Ótimo	() Bom	() Regular	() Ruim

4. Qual a principal queixa que recebe dos pacientes atendidos na Unidade?

5. Em seu ponto de vista o Serviço apresenta demanda reprimida? Comente sua resposta.

6. Nas suas atividades desenvolvidas na Unidade, considera que há realização e motivação profissional?

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Comente sua resposta

7. Existem pontos fortes no Serviço? Há necessidade de melhorias?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Direito à Saúde: Análise da política de saúde auditiva, a partir da percepção de pacientes e funcionários do Centro de Referência em Saúde Auditiva do Município de Santos.

Nome do(a) pesquisador(a) responsável: Simone Santos da Silva Lima

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa proposta pela Universidade Santa Cecília que está descrita em detalhes abaixo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTA, de acordo com a exigência da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará.

1. Objetivo da pesquisa:

Avaliar a política de saúde auditiva implantada no município de Santos através da percepção dos pacientes e funcionários acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva.

2. Descrição dos procedimentos que serão realizados:

Observação assistemática bem como a aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas, com duração de aproximadamente de 30 minutos

3. Riscos e desconfortos:

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, os riscos aos participantes desta pesquisa são mínimos (baixos riscos), pois não possui objetivo de atingir os aspectos de ordem emocional, psicológica ou moral por possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, no decorrer da pesquisa em tela. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de ética em pesquisa conforme a Resolução no 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

4. Envolvimento na pesquisa:

O(A) Sr(a). tem a liberdade de se recusar a participar ou a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para o(a) Sr(a). Sempre que quiser poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone do(a) pesquisador(a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTA que é (13) 3202-7100 ramal 7220, de segunda a sexta das 13h30 às 17h30, situado na Rua Osvaldo Cruz, 277 – 1º andar, sala M122, Bairro Boqueirão, Santos (SP).

5. Direito de confidencialidade:

Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros e imagens estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Rubrica do(a) pesquisador(a)

Rubrica do(a) participante

6. Benefícios:

Ao participar desta pesquisa o(a) Sr(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre atenção à saúde voltada às pessoas com deficiência auditiva no município de Santos, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa desvelar situações que se apresentem como limitações ao processo de implementação da política de Saúde Auditiva. Os benefícios desta pesquisa voltam-se para reflexão que a protetização auditiva, embora seja tratada como uma situação ou elemento comum da vida cotidiana, a audição é um componente fundamental e inseparável da saúde em uma perspectiva de totalidade e está diretamente relacionado ao bem-estar pessoal, familiar e comunitário portanto, vislumbra um direito à Saúde.

7. Despesas, compensações e indenizações:

Você não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa. Você terá direito a buscar indenização ou ressarcimento caso você se sinta prejudicado em decorrência desta pesquisa. Você tem garantido a disponibilidade de tratamento médico em caso de danos que os justifiquem e que sejam diretamente causados pelos procedimentos da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Santos, _____ de _____ de _____

Nome do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante
ou do Representante Legal

Nome do(a) Pesquisador(a): Simone Santos da Silva Lima	
Telefone de contato: (13) 99153 9236	
Email: simoneassistentesocial@yahoo.com.br	
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa	Prof. Dr. Brigitte Rieckmann Martins dos Santos
Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa	Prof. Dr. Daniel Siquieroli Vilas Boas
Telefone do Comitê: (13) 3202-7100 ramal 7220	
Endereço do Comitê: Rua Osvaldo Cruz, 277 – 1º andar, sala M122 Bairro Boqueirão, Santos (SP)	
Email do Comitê de Ética em pesquisa: cepesquisa@unisanta.br	

Rubrica do(a) pesquisador(a)

Rubrica do(a) participante

ANEXO

Santos, 25 de outubro de 2021.

DECLARAÇÃO

Declaramos que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos de Pesquisa, em reunião ordinária do dia 19/10/2021, aprovou o protocolo da pesquisa intitulada **"DIREITO À SAÚDE: ANÁLISE POLÍTICA DE SAÚDE AUDITIVA, A PARTIR DA PERCEPÇÃO DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS, CASO DO MUNICÍPIO DE SANTOS"**, da pesquisadora Simone Santos da Silva Lima.



Rubens Goulart
Reg 25.946-5
Presidente da CAAPP



UNIVERSIDADE SANTA
CECÍLIA - UNISANTA/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Direito à Saúde: Análise da política de saúde auditiva, a partir da percepção de pacientes e funcionários do Centro de Referência em Saúde Auditiva do Município de Santos

Pesquisador: SIMONE SANTOS DA SILVA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53385521.7.0000.5513

Instituição Proponente: INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACAO SANTA CECILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.121.470

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1849895.pdf) de 18/11/2021 e/ou Projeto Detalhado (Projeto de Pesquisa.pdf) de 18/11/2021.

Introdução:

A perda auditiva, segundo da Organização Mundial de Saúde - OMS, pode ser causada por diversos motivos, como as causas genéticas, infecções crônicas no ouvido, complicações no nascimento, doenças infecciosas, uso de medicamentos específicos, exposição a ruídos e envelhecimento.

Diante desse cenário, a saúde auditiva passou a compor as cinco prioridades para esse século. Cabe salientar que saúde auditiva integra o grupo de responsabilidades do Sistema Único de Saúde – SUS, com ações de proteção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo de pensar estratégias de inclusão social, autonomia e comunicação. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 2010, a cidade de Santos tem o maior índice de pessoas surdas na região, com um número de 718 naquele ano, sendo dados importantes que indicam a importância do atendimento à saúde auditiva na cidade. As estimativas da OMS (2009) coloca que

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 277 - Bloco M, 1. andar, sala M122

Bairro: Boqueirão

CEP: 11.045-120

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3202-7100

Fax: (13)3234-5297

E-mail: cepesquisa@unisanta.br



UNIVERSIDADE SANTA
CECÍLIA - UNISANTA/SP



Continuação do Parecer: 5.121.470

42 milhões de pessoas, acima de três anos de idade, possuem algum tipo de deficiência auditiva, de leve à profunda. A presente pesquisa tem como objeto a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Santos-SP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, compreendendo a atenção universal e integral, articulando assistência, prevenção e promoção da saúde e recuperação da saúde como direito constitucional à saúde considerandoseua importância para a autonomia, comunicação e inclusão social dos indivíduos. Em relação às políticas públicas para o atendimento às pessoas portadoras de deficiência auditiva, a Portaria Nº 2.073/GM de 28/09/2004 – instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. A Portaria Nº 587/SAS de 07/10/2004 – determina a organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde Auditiva (ações de saúde auditiva na média e alta complexidade, estabelece diretrizes para o fornecimento de AASI (Anexo IV) e orientações para o credenciamento dos serviços. A Portaria Nº 589/SAS de 08/10/2004 – define o elenco de procedimentos de atenção à saúde auditiva e os mecanismos para a operacionalização dos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS. No ano de 2005, é aprovado o credenciamento da saúde auditiva de Santos, compondo a rede de saúde auditiva do Estado. Em 2007, se habilita a SECRESA - Seção Centro de Referência em Saúde Auditiva. Em 2001, com base na Portaria SAS/MS 432 de 14/11/2000 o Serviço é classificado como Especializado em Deficiência Auditiva, habilitando-se para a realização de diagnóstico, tratamento e reabilitação auditiva (procedimentos de média e alta complexidade). A SECRESA, tem como objetivo aprimorar e estender a cobertura de serviços para a atenção integral às patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e para o atendimento ao paciente portador de deficiência auditiva, em cumprimento às orientações da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva – Portaria GM/MS 2.073 de 2004. Conta com uma equipe multidisciplinar, composta por otorrinolaringologistas, pediatra, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicóloga, enfermeira e auxiliar de enfermagem. Na parte administrativa são: chefe da unidade, chefe administrativo e oficiais administrativos. Cabe ressaltar que a concepção de direito à saúde defendida nesta pesquisa se associa ao direito à vida, à dignidade da pessoa humana e a garantia de igualdade entre as pessoas de forma equânime e que a conquista do direito à saúde no Brasil, é marcada por lutas coletivas tendo como elemento constitutivo os direitos humanos. Constata-se, que o movimento pela reforma sanitária e lutas sociais foram imprescindíveis para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080/90), a partir do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. A relevância deste estudo justifica-se, na medida em que visa à produção de conhecimento, considerando a escassa publicação encontrada, articulando o Direito à Saúde e o acesso à Política de Saúde

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 277 - Bloco M, 1. andar, sala M122

Bairro: Boqueirão

CEP: 11.045-120

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3202-7100

Fax: (13)3234-6297

E-mail: cepsquisa@unisanta.br

Página 02 de 07



UNIVERSIDADE SANTA
CECÍLIA - UNISANTA/SP



Continuação do Parecer: 5.121.470

Auditiva no município de Santos-SP. Assim, a relevância do tema em questão fica evidente à medida que pretende a partir do conhecimento da avaliação do serviço, colaborar na proposição de melhorias, considerando as particularidades do município. Neste contexto, a pesquisa implica uma compreensão de como vem sendo incorporada a integralidade na Saúde auditiva no município tendo como bojo, apreender as demandas de forma contextualizadas e historicamente situadas. Ou seja, compreender que as relações presentes em nosso cotidiano influenciam o estado de saúde e de doença a partir das expectativas dos pacientes e sua inter-relação com a percepção dos funcionários a cerca dos atendimentos ofertados na saúde auditiva. Considerando o objeto desse estudo é a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva no Município de Santos-SP no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, questiona-se: quais são os desafios enfrentados pelos paciente e funcionários da atenção à Saúde Auditiva no município de Santos? Quais são as expectativas e perspectivas dos pacientes em relação ao serviço? Como a protetização auxilia na inclusão social e na qualidade de vida dos beneficiados?

Hipótese:

Ausência de diálogo entre a equipe técnica da SECRESA e os usuários acerca do atendimento oferecido.

"Para a presente pesquisa utilizaremos a Entrevista padronizada a qual "consiste em fazer uma série de perguntas a um informante, segundo um roteiro preestabelecido" (ANDRADE 1999, p.128). As entrevistas serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas para proceder-se seu estudo através da técnica análise de conteúdo. As entrevistas ocorrerão em dias e horários previamente agendados de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Considerando que nas pesquisas qualitativas é possível que se utilize número reduzido de sujeitos porque se busca justamente o reconhecimento da singularidade destes e sua experiência social, os sujeitos da pesquisa serão nove pacientes atendidos na SECRESA e três profissionais lotados no serviço de acordo com critérios de inclusão e exclusão pré estabelecidos.

Critério de Inclusão:

Nove pacientes adultos, residentes no município de Santos atendidos na SECRESA, com perda auditiva bilateral moderada, com no mínimo 03 meses de uso de aparelho auditivo, nos meses que decorrer a pesquisa e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Profissionais de nível superior, nível médio e a coordenação lotados na SECRESA, com

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 277 - Bloco M, 1. andar, sala M122
Bairro: Boqueirão CEP: 11.045-120
UF: SP Município: SANTOS
Telefone: (13)3202-7100 Fax: (13)3234-5297 E-mail: cepsquisa@unisanta.br

Página 03 de 07



UNIVERSIDADE SANTA
CECÍLIA - UNISANTA/SP



Continuação do Parecer: 5.121.470

disponibilidade em participar da pesquisa e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Critério de Exclusão:

Paciente menores de 18 anos, não residentes na cidade de Santos e pacientes que por algum motivo apresentarem algum desconforto pessoal durante a realização das entrevistas e que não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Profissionais que por algum motivo apresentarem algum desconforto pessoal durante a realização das entrevistas e que não aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Introdução – copie e cole. Em caso de texto muito longo, resumir.

Hipótese - copie e cole

Metodologia – copie e cole

Número de participantes: copie e cole

Crêterios de inclusão/exclusão: copie e cole

Data de início da coleta de dados: copie e cole

Data de encerramento do estudo: copie e cole

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a política de saúde auditiva implantada no município de Santos através da percepção dos pacientes e funcionários acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva

Objetivo Secundário:

Contextualizar os objetivos e finalidade da Política de Saúde Auditiva e sua relação com o fluxo do atendimento à pessoa com deficiência auditiva no município de Santos; Analisar os atendimentos das pessoas com deficiência auditiva, atendidas no Centro de Referência em Saúde Auditiva; Descrever a percepção dos pacientes e funcionários acerca dos atendimentos no Centro de Referência em Saúde Auditiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos concernentes a esta pesquisa são mínimos (baixos riscos), pois será utilizada a

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 277 - Bloco M, 1. andar, sala M122

Bairro: Boqueirão

CEP: 11.045-120

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3202-7100

Fax: (13)3234-6297

E-mail: cepsquisa@unisanta.br

Página 04 de 07



UNIVERSIDADE SANTA
CECÍLIA - UNISANTA/SP



Continuação do Parecer: 5.121.470

observação assistemática bem como a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas e fechadas sem atingir as ordens emocional, psicológica ou moral por possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, no decorrer da pesquisa em tela. Se houver algum tipo de desconforto de ordem emocional, prestaremos assistência ao participante da pesquisa sem ônus. Os procedimentos para atender quaisquer destas eventuais situações se efetivarão mediante contato imediato do pesquisador com profissionais de Psicologia, bem como com a disponibilização de transporte.

Benefícios:

concentra-se em evidenciar as situações que possam estar interferindo positiva ou negativamente no processo de implementação da atenção à saúde voltada às pessoas com deficiência auditiva no município de Santos-SP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado de Simone Santos da Silva Lima, sob orientação da Profa Dra Rosa Maria Ferreiro Pinto, docente do Curso do Programa de Pós Graduação stricto sensu Direito da saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Número de participantes: 12

Início do estudo: 30/03/2022 Fim do estudo: 30/05/2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificados óbices éticos neste protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-UNISANTA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS No 510 de 2016 e na Norma Operacional CNS No 001 de 2013, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Este CEP ressalta a importância do envio dos relatórios parciais e final, sendo uma

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 277 - Bloco M, 1. andar, sala M122
Bairro: Boqueirão **CEP:** 11.045-120
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3202-7100 **Fax:** (13)3234-5297 **E-mail:** cepesquisa@unisanta.br

Página 05 de 07



UNIVERSIDADE SANTA
CECÍLIA - UNISANTA/SP



Continuação do Parecer: 5.121.470

responsabilidade assumida pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação. De acordo com a Resolução CNS No 510 de 2016, consta no capítulo VI, Art. 28, incisos I a V, que: "A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais cabendo-lhe:

I – conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;

II – apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

III – manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;

IV – apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo deverão ser apresentadas ao CEP-UNISANTA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1849895.pdf	18/11/2021 11:13:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreEsclarecido.pdf	18/11/2021 11:10:55	SIMONE SANTOS DA SILVA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.pdf	18/11/2021 10:38:36	SIMONE SANTOS DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	AutorizacaoSMS.pdf	18/11/2021 10:37:26	SIMONE SANTOS DA SILVA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	18/11/2021 10:28:11	SIMONE SANTOS DA SILVA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 277 - Bloco M, 1. andar, sala M122

Bairro: Boqueirão

CEP: 11.045-120

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3202-7100

Fax: (13)3234-5297

E-mail: cepesquisa@unisanta.br

Página 06 de 07



UNIVERSIDADE SANTA
CECÍLIA - UNISANTA/SP



Continuação do Parecer: 5.121.470

SANTOS, 23 de Novembro de 2021

Assinado por:

Brigitte Rieckmann Martins dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 277 - Bloco M, 1. andar, sala M122

Bairro: Boqueirão **CEP:** 11.045-120

UF: SP **Município:** SANTOS

Telefone: (13)3202-7100

Fax: (13)3234-5297

E-mail: cepsquisa@unisanta.br

Página 07 de 07

