

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS
E SOCIEDADE**

LIDIA DANIELA DA COSTA GONÇALVES

**PLANO VIVER SEM LIMITE E REABILITAÇÃO AUDITIVA:
UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ**

**ITAJUBÁ/MG
2018**

LIDIA DANIELA DA COSTA GONÇALVES

**PLANO VIVER SEM LIMITE E REABILITAÇÃO AUDITIVA:
UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, da Universidade Federal de Itajubá.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Tecnologias.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Denise Pereira de Alcantara Ferraz

**ITAJUBÁ/MG
2018**

LIDIA DANIELA DA COSTA GONÇALVES

**PLANO VIVER SEM LIMITE E REABILITAÇÃO AUDITIVA:
UM ESTUDO NA MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, da Universidade Federal de Itajubá.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Tecnologias.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Denise Pereira de Alcantara Ferraz
(Orientadora)

Prof. Dr. Luiz Felipe Silva
(UNIFEI)

Prof.^a Dr.^a. Susana Gakyia Caliatto
(UNIVÁS)

**ITAJUBÁ/MG
2018**

À doce memória de Maria das Dores Almeida Reis, minha amiga “Cotinha”. A efemeridade da vida atropelou os nossos projetos. Meu título de Mestre também é seu.

AGRADECIMENTOS

Paz e bem.

Como disse Clara de Assis: “É melhor que a palavra humana renuncie e se exprima com afeto”. É com afeto que agradeço.

Agradeço a todo corpo docente e discente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, da Universidade Federal de Itajubá, pelas numerosas, intensas e provocativas contribuições em prol do meu amadurecimento enquanto pesquisadora.

À professora Denise Pereira de Alcantara Ferraz agradeço pela generosidade, que configura sua qualidade mais nobre, e por orientar meu voo sem cortar minhas asas. Gratidão pelo equilíbrio entre força e suavidade.

Agradeço aos professores Luiz Felipe Silva e Susana Gakyia Caliatto pela disponibilidade em participar das bancas de qualificação e defesa desta pesquisa, contribuindo para o meu aprimoramento acadêmico.

Aos funcionários das Secretarias de Saúde da Microrregião de Itajubá, bem como aos pacientes, agradeço pela essencial cooperação. Esta pesquisa foi com vocês e por vocês.

Gratidão aos meus pais, porto seguro.

Por fim, agradeço aos meus amigos, aos meus colegas e a toda a minha família. Reconheço-me como privilegiada por estar sempre cercada de amor, carinho e afeto.

Deus é bom.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar aspectos nodais do Plano Viver sem Limite no que concerne ao processo de reabilitação auditiva, por meio da concessão de próteses auditivas, nas práticas da microrregião de Itajubá-MG. O eixo Atenção à Saúde deste plano instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, contemplando ações de reabilitação e estabelecendo o direito de acesso aos recursos em Tecnologia Assistiva. Dentre estes recursos encontram-se as próteses auditivas, que podem promover a melhoria da comunicação e inclusão social de seu usuário. Apesar destes benefícios, observa-se abandono ou subutilização das próteses auditivas concedidas. Diante destes dados, levantou-se a seguinte questão problematizadora: Quais são as principais dificuldades encontradas no processo de reabilitação auditiva, especialmente no funcionamento e articulação da rede de atendimento, que desencadeiam subutilização ou abandono das próteses? Buscando responder a esta indagação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pessoas com deficiência auditiva que receberam próteses auditivas pelo sistema público e com profissionais responsáveis pelo encaminhamento da pessoa candidata ao uso de prótese auditiva ao ponto de Atenção Especializada. Os dados obtidos foram analisados qualitativamente a partir da Análise de Conteúdo, apontando alguns aspectos nodais. Constatou-se desconhecimento do funcionamento da rede por parte dos trabalhadores dos serviços de saúde e consequente desarticulação da mesma. Há também problemas decorrentes de uma estrutura verticalizada, burocratizada e centralizadora. Ademais, o tempo de espera expressivo para os procedimentos influencia negativamente em todas as fases da reabilitação auditiva, tornando-se fator impactante na inclusão social da pessoa com deficiência. A política para manutenção das próteses auditivas encontra-se fragilizada, originando um fenômeno de substituição das próteses mesmo com possibilidade de conserto. Os avanços nesta política parecem estar centrados no acesso ao artefato tecnológico, mas não no acompanhamento das pessoas. Frente a estas dificuldades, são apontados alguns caminhos para que a rede de cuidados funcione de forma mais efetiva. Todos os caminhos apontados convergem para a necessidade de credenciamento de novos pontos de atenção especializada, para um melhor acompanhamento do processo que envolve o usuário. Cria-se, assim, uma rede consistente de cuidados, capaz de considerar as necessidades das pessoas usuárias de próteses auditivas, principalmente no seu objetivo maior, que é a inclusão social.

Palavras-chave: Deficiência Auditiva. Microrregião de Itajubá. Plano Viver sem Limite. Prótese Auditiva. Tecnologia Assistiva.

ABSTRACT

This research goal was to analyze nodal aspects of Viver Sem Limite Plan regarding the auditory rehabilitation process, through the granting of hearing aids, in the practices of the Microregion of Itajubá-MG. The Health Care axis of this plan established the Network of Care for Disabled Persons, contemplating rehabilitation actions and establishing the right of access to Assistive Technology resources. Among these resources are the hearing aids, which can promote the improvement of communication and social inclusion of its user. Despite these benefits, neglected or underutilized hearing aids are noticed. Faced with these data, the following question was raised: What are the main difficulties found in the auditory rehabilitation process, especially in the functioning and articulation of the care network, which lead to underuse or abandonment of the prostheses? In order to answer this question, we conducted semi-structured interviews with hearing impaired people who received hearing aids through the public system and with professionals responsible for the referral of the person applying for hearing aids to the point of Specialized Attention. The data obtained were analyzed qualitatively from the Content Analysis, pointing out some nodal aspects. It was noticed that the health service workers were not aware of the network operation and its consequent disarticulation. There are also problems coming from a vertical, bureaucratic and centralizing structure. In addition, the expressive waiting time for the procedures has a negative influence on all phases of auditory rehabilitation, making it an important factor in the social inclusion of the disabled person. The policy for the maintenance of hearing aids is weakened, giving rise to a phenomenon of replacement of prostheses even with the possibility of repair. The advances in this policy seem to be centered in the access to the technological artifact, but not in the monitoring of the people. Faced with these difficulties, some ways are pointed out so that the network of care works more effectively. All the paths pointed out converge to the need to accredit new points of specialized attention, for a better follow-up of the process that involves the user. Thus, a consistent network of care is created, capable of considering the needs of people who use hearing aids, especially in its larger objective, which is social inclusion.

Key words: Hearing Impairment. Microregion of Itajubá. Viver sem Limite Plan. Hearing Aid. Assistive Technology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tipos de deficiência no Brasil	22
Quadro 2	Caracterização das pessoas com deficiência por idade	24
Quadro 3	Caracterização das pessoas com deficiência por sexo	25
Quadro 4	Caracterização das pessoas com deficiência por grupos raciais	25
Quadro 5	Pessoas com deficiência nas grandes regiões brasileiras	25
Quadro 6	Pessoas com deficiência por estado brasileiro	26
Quadro 7	Taxa de alfabetização da população total e da população com deficiência	27
Quadro 8	Nível de instrução das pessoas com deficiência	28
Quadro 9	Nível de ocupação das pessoas com deficiência	29
Quadro 10	Dispositivos legais sobre a saúde auditiva	44
Quadro 11	Correlação das perdas auditivas quanto ao grau e à inteligibilidade de fala	62
Quadro 12	Características eletroacústicas das próteses auditivas	66
Quadro 13	A voz da pessoa com deficiência auditiva	83
Quadro 14	Eixo 1- Benefícios da reabilitação auditiva	88
Quadro 15	Eixo 2-A fragmentação da rede de atendimento	90
Quadro 16	Eixo 3- Dificuldade no processo de concessão de próteses auditivas com relação aos procedimentos	96
Quadro 17	O que pode ser aperfeiçoado no processo de reabilitação auditiva	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Microrregião de Itajubá	76
Tabela 2	Microrregião de Pouso Alegre	76
Tabela 3	Microrregião de São Lourenço	77
Tabela 4	Microrregião de Santa Rita do Sapucaí	77
Tabela 5	Microrregião de Poços de Caldas	78
Tabela 6	Microrregião de Andrelândia	78
Tabela 7	Microrregião de Varginha	78
Tabela 8	Seleção e Verificação do Benefício da Prótese Auditiva (2012-2015)	79
Tabela 9	Concessão de Próteses Auditivas (2012-2015)	80
Tabela 10	Reposição de Próteses Auditivas (2012-2015)	80
Tabela 11	Acompanhamento de paciente para adaptação de próteses auditivas (2012-2015)	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAO-ACO	<i>American Academy of Otolaryngology and American Council of Otolaryngology</i>
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AC	Análise de Conteúdo
ASHA	<i>American Speech and Hearing Association</i>
AT	<i>Assistive Technology</i>
BCP	Benefício de Prestação Continuada
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAT	Comitê de Ajudas Técnicas
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEOs	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
C&T	Ciência e Tecnologia
CNRTA	Centro Nacional de Referência em Tecnologia Assistiva
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTI	Centro de Tecnologia da Informação
CVTs	Centro Vocacionais Tecnológicos
DA	Deficiência Auditiva
dB	Decibel
Embrapa	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EOA	Emissão Otoacústica
EUSTAT	<i>Empowering Users Throught Assistive Technology</i>
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
Iapetec	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Carga
Iapi	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICTs	Institutos Científicos e Tecnológicos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

ISMO	Instituto Sulmineiro de Otorrinolaringologia
Finep	Financiadora de Estudos e Projetos
Hz	Hertz
MCTI	Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação
NA	Nível de Audição
NPS	Nível de Pressão Sonora
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
Pronatec	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
SDH/PR	Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
Sinpas	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Assistiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação

SUMÁRIO

	RESUMO	6
	ABSTRACT	7
	LISTA DE QUADROS	8
	LISTA DE TABELAS	9
	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
	INTRODUÇÃO	14
	JUSTIFICATIVA	18
1.	CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	21
2.	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO RESPOSTA ÀS TRANSFORMAÇÕES PARADIGMÁTICAS DA DEFICIÊNCIA	31
3.	DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO À CONCESSÃO DE RECURSOS EM TECNOLOGIA ASSISTIVA	40
4.	TECNOLOGIAS PARA A INCLUSÃO SOCIAL E O PLANO VIVER SEM LIMITE	47
5.	A PRÓTESE AUDITIVA COMO RECURSO EM TECNOLOGIA ASSISTIVA	57
6.	PERCURSO METODOLÓGICO	69
6.1.	Delineamento da pesquisa	69
6.2.	Público-alvo	69
6.3.	Cenário da pesquisa	69
6.4.	Aspectos éticos da pesquisa	70
6.5.	Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	70
6.5.1.	Pesquisa bibliográfica	70
6.5.2.	Pesquisa em Sistema de Informações	71
6.5.3.	Pesquisa em Documentos Oficiais	71
6.5.4.	Entrevistas semiestruturadas	71
6.6.	Procedimento de Análise de Dados: Análise de Conteúdo (AC)	73
7.	O INSTITUTO SULMINEIRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA (ISMO) COMO PONTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO AUDITIVA	75

8.	A VOZ DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA.....	82
8.1.	“Eu não estava escutando nada, e agora eu escuto”.....	84
8.2.	“Eu vi que o negócio era feio mesmo e que eu precisava de aparelho”.....	84
8.3	“O que eu queria era um aparelho que me fizesse ouvir e entender as pessoas”.....	85
8.4.	“Como a minha audição piorou muito, eu preciso de um aparelho mais forte”.....	86
9.	A VOZ DOS PROFISSIONAIS DAS SECRETARIAS DE SAÚDE.....	87
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107

INTRODUÇÃO

O debate a respeito da política pública que vigora no Brasil com vistas à reabilitação auditiva, reabilitação esta viabilizada pela adaptação de próteses e acompanhamento de seus usuários, circunscreve desde a relação entre tecnologia e sociedade até a reconstrução e transformação dos conceitos de deficiência e inclusão. Estes conceitos apresentam uma tendência de deslocamento de suas reflexões e ações de uma perspectiva puramente médica para uma perspectiva social.

Todavia, antes de aprofundar a discussão e a reflexão a respeito destas instâncias, é importante compreender o termo caracterizado como o cerne desta pesquisa, ou seja, a reabilitação. O que é, afinal, reabilitar?

Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências, entorno de fenômenos, relações e condições históricas e, neste sentido, sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perda, e nestes casos, o “re” se aplica (BRASIL, 2012a, p. 3).

Isto posto, fez-se necessário romper os limites disciplinares da minha formação dentro da Fonoaudiologia, com seus conceitos que fundamentam a capacidade de apreender o fenômeno da deficiência auditiva e sua reabilitação em seus aspectos biológicos, para pensá-lo conjuntamente a partir das Ciências Sociais. Debruçar-se sobre o conceito de reabilitação requer um movimento e um exercício de concebê-lo para além da disciplinaridade, uma vez que esta concepção abarca uma nova realidade biopsicossocial.

Os questionamentos e dúvidas constantes sobre o sujeito com deficiência auditiva e seu processo de reabilitação demandam respostas passíveis de advirem da interdisciplinaridade para não se arriscarem em um reducionismo (RAYNAUT, 2011). Diversos campos disciplinares colaboram para o entendimento destas questões, não apenas a Audiologia, a Biologia ou as demais disciplinas restritas à área da Saúde, mas também a Psicologia, a Antropologia, a Sociologia, a Filosofia, o Direito, a Economia e as Ciências Políticas.

Como consequência deste exercício de reflexão interdisciplinar, as conexões são multiplicadas, as interrogações são ampliadas para as naturezas filosófica e epistemológica,

buscando inscrever os comportamentos sociais em estruturas biológicas e as estruturas biológicas em comportamentos sociais (BIBEAU, 2013).

Neste sentido, constatou-se uma transformação paradigmática das questões relativas à deficiência, partindo do modelo médico para o modelo social. Esta mudança de paradigmas configura-se mais como uma fusão dos modelos do que como uma ruptura. A partir desta perspectiva, a saúde de cada sujeito, dos vários grupos sociais e de cada comunidade passou a ser compreendida como dependente das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas implementadas, dos modelos de atenção à saúde e das intervenções sobre o meio ambiente (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004; MELLO; NUERNBERG; BLOCK, 2014).

Um processo que envolve um artefato tecnológico como a prótese auditiva traz igualmente à tona uma reflexão sobre os conceitos de tecnologia e sociedade. Debates filosóficos e metodológicos têm sido proporcionados a respeito da natureza e do lugar que a tecnologia ocupa na sociedade, de sua autonomia ou não-autonomia, com superposições de perspectivas teóricas e confrontos entre diferentes enfoques, especialmente entre os enfoques econômico e sociológico, evidenciando a heterogeneidade deste fenômeno (TRIGUEIRO, 2009).

O entendimento das questões relativas à tecnologia, compreendida como produto social, impulsiona o exercício da cidadania e os processos de inclusão, devido à influência da Ciência e Tecnologia (C&T) no mundo atual, seja nas agendas governamentais, nas empresas, nas agências de fomento a pesquisas e nas diversas organizações sociais. Neste contexto, as políticas de C&T podem proporcionar um incremento na participação pública e no atendimento a demandas sociais negligenciadas, promovendo a visibilidade de grupos marginalizados. Desenvolver tecnologias para a inclusão social constitui-se em um desafio para a C&T (LIMA; NEVES; DAGNINO, 2010; LORENZETTI et al., 2012; THOMAS, 2013; TRIGUEIRO, 2009).

Os conceitos “tecnologia” e “sociedade” não devem ser trabalhados individualmente, visto que formam uma complexa interrelação de artefatos tecnológicos e sujeitos, sistemas e organizações, conhecimentos e normas, práticas e regras. Constituem-se, desta maneira, múltiplos e multiformes processos de construção do que se denomina realidade (THOMAS, 2013).

A compreensão da relação entre tecnologias e sociedade deve ir além do determinismo tecnológico ou de uma relação causal dominada por relações sociais verticalizadas, tendo em vista que demarcam posição e conduta dos sujeitos, além de condicionarem estruturas de

distribuição social, custos de produção e acesso a bens e serviços. As tecnologias desempenham, por conseguinte, um papel central nos processos de transformação, desenvolvimento e inclusão social. As tecnologias são construções sociais tanto quanto as sociedades são construções tecnológicas (THOMAS, 2013).

Retomando a questão da deficiência, deve-se considerar que a deficiência auditiva afeta não somente a sensibilidade e a acuidade auditiva, como da mesma forma abrange implicações biopsicossociais (FONSECA; IÓRIO, 2014). A deficiência auditiva é uma deficiência sensorial que pode trazer consequências negativas de natureza emocional, social e ocupacional ao sujeito, principalmente por comprometer a comunicação oral (RUSSO, 1999).

Estas consequências são agravadas em um mundo de e/ou para “ouvintes”, em que a comunicação oral é privilegiada. Frequentemente, a pessoa com deficiência auditiva necessita da companhia de um ouvinte que atue como um intérprete ou uma ponte que liga o mundo “ouvinte” do “não-ouvinte”. A prótese auditiva, sendo um recurso em Tecnologia Assistiva (TA)¹, que tem como objetivo a reabilitação auditiva, pode compensar os efeitos negativos desta deficiência.

A legislação brasileira estabeleceu o direito de acesso aos recursos em TA e preconizou uma ação propositiva da parte do Governo Federal para atender a demanda que necessita destes recursos. Neste sentido, a partir do ano de 2011, o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, Plano Viver sem Limite, passou a destinar recursos financeiros e a realizar políticas sociais que integram ações de vários Ministérios, transversalmente. Dentre estas ações, destacam-se o incremento da pesquisa, o desenvolvimento e a inovação, a organização de redes de serviços de reabilitação e a concessão de recursos em TA (BRASIL, 2012a).

A partir de então, todo o processo de reabilitação auditiva é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro do eixo Atenção à Saúde do Plano Viver sem Limite. Desta maneira, os dispêndios públicos com o tratamento da deficiência auditiva no país são expressivos. O Plano Viver sem Limite, nos seus quatro primeiros anos de vigência (2011-2014), investiu R\$1,4 bilhão² no eixo saúde, sendo R\$ 949 milhões destinados ao fornecimento de órteses e próteses.

¹ Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL – SDH/PR. – Comitê de Ajudas Técnicas, 2007).

² Em 2011, o valor do salário mínimo no Brasil era de R\$545,00 (BRASIL, 2011d).

Os recursos financeiros devem ser utilizados eficientemente. Para isso, é essencial saber o que se pode esperar do benefício da reabilitação e quais são as formas mais adequadas de reabilitação para as pessoas com deficiência auditiva, para que todo este processo seja realmente eficaz. A má distribuição destes recursos, a ineficiência das ações, os custos crescentes e a desigualdade nas condições de acesso dos usuários têm configurado-se como os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde (BEVILACQUA et al., 2013).

Logo, o objeto deste estudo, que abrange o processo de concessão de próteses auditivas pelo SUS, por meio do eixo temático Atenção à Saúde, do Plano Viver sem Limite, não deve constituir-se em um processo centrado no artefato tecnológico. Pelo contrário, é essencial considerar o processo que interliga artefatos e sujeitos, dentre eles, os trabalhadores dos serviços de saúde, permeada por questões políticas e práticas diversas.

Diante destas reflexões, e considerando-se que a reabilitação é um direito conquistado, levantou-se a seguinte questão problematizadora: Quais são as principais dificuldades encontradas no processo de reabilitação auditiva, especialmente no funcionamento e articulação da rede de atendimento, que desencadeiam subutilização ou abandono das próteses auditivas?

Discorrer sobre estes aspectos desta política pública para a reabilitação auditiva pode propiciar melhor aplicação de recursos públicos e efetividade das ações, favorecendo a inclusão da pessoa com deficiência.

Portanto, o objetivo geral desta dissertação foi analisar aspectos nodais do Plano Viver sem Limite no que concerne ao processo de reabilitação auditiva, por meio da concessão de próteses auditivas, nas práticas da microrregião de Itajubá-MG.

JUSTIFICATIVA

No censo demográfico brasileiro do ano de 2000, o segmento de pessoas com pelo menos uma deficiência, seja visual, auditiva, motora ou intelectual, abrangia um contingente de 24.600.256 de cidadãos ou 14,5% da população brasileira (IBGE, 2000). Em 2010, houve um incremento neste índice, de forma que 45.606.048 de pessoas ou 23,9% da população total, em distintos graus, referiu-se com pelo menos uma das deficiências investigadas (IBGE, 2010).

A população acima de 65 anos compreende 67,7% dos brasileiros com deficiência, fenômeno que não deve ser negligenciado, apesar de advir do próprio processo do envelhecimento, uma vez que este pode acarretar perda de funcionalidades (IBGE, 2010). Pelo contrário, as transformações demográficas brasileiras, resultantes de acentuadas modificações nos níveis de fecundidade e mortalidade, tornam esta questão ainda mais urgente, particularmente se não houver investimentos em promoção e prevenção no âmbito da saúde (CRUZ et al., 2013).

De acordo com os dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre o percentual de 23,9% da população brasileira que referiu ter algum tipo de deficiência, cerca de 5,1% declarou dificuldade permanente ou incapacidade para ouvir³. A deficiência auditiva ocupa o terceiro lugar dentre as deficiências no Brasil, ficando atrás da deficiência visual (18,6%) e da deficiência motora (7%) (IBGE, 2010).

A deficiência auditiva, caracterizada por uma perda completa ou parcial da habilidade para obter informações auditivas, pode restringir ou impedir o sujeito de desempenhar plenamente seu papel na sociedade, comprometendo os relacionamentos interpessoais e a inclusão no ambiente de trabalho e no ambiente educacional. Por conseguinte, pode causar declínio na qualidade de vida, uma vez que está intimamente relacionada ao desenvolvimento da comunicação oral humana (LESSA et al., 2010; VEIGA; MERLO; MENGUE, 2005; MARQUES; KOZLOWSKI; MARQUES, 2004).

Tendo em vista estas estatísticas, constatou-se que estamos diante de problemas de Saúde Pública. Estas estatísticas configuram um desafio que pressupõe a construção de uma sociedade inclusiva, com respeito às diferenças, valorização da diversidade humana e garantia ao acesso universal aos direitos (BRASIL, 2010).

³ Conforme Almeida (2003), a dificuldade permanente refere-se a perdas auditivas irreversíveis. Já a incapacidade em ouvir relaciona-se ao baixo desempenho na comunicação oral e na habilidade auditiva.

Atualmente, observa-se que as políticas públicas brasileiras buscam maior valorização da autonomia e independência da pessoa com deficiência, favorecendo o processo de reabilitação. O marco mais recente é a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, publicada em 06 de julho de 2015 e que entrou em vigor no dia 02 de janeiro de 2017. Em seu capítulo II, artigo 14, estabelece que

O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2015a, p. 6).

Os recursos, serviços e procedimentos em TA são meios para que estes objetivos sejam alcançados (BRASIL, 2012a). A prótese auditiva configura-se como o recurso em TA disponível na rede pública para a reabilitação auditiva, por meio de ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS que, por sua vez, considera o eixo temático Atenção à Saúde, do programa governamental Plano Viver sem Limite (BRASIL, 2012a).

A prótese auditiva é indicada, selecionada e adaptada com o propósito de não somente propiciar a reabilitação auditiva, mas também compensar os efeitos negativos desta deficiência, seja a dificuldade ou a desvantagem⁴, permitindo o resgate da percepção dos sons da fala e dos sons ambientais, promovendo a melhora da habilidade de comunicação e da qualidade de vida de seu usuário. Apesar dos benefícios, observa-se, na prática, casos de abandono e fracasso no uso deste recurso em TA dispensado pelo SUS, ou mesmo subutilização (ALMEIDA, 2003; BARROS; QUEIROGA, 2011).

É exatamente neste ponto que se encontra a problemática deste estudo, qual seja, discutir sobre aspectos nodais desta política pública, refletindo-se sobre os motivos que levam a uma baixa efetividade no uso da prótese auditiva por meio da compreensão do funcionamento e da articulação da rede de atendimento.

A reabilitação e o acompanhamento adequados devem ter enfoque multidimensional, levando em consideração a avaliação técnica de todo o processo de trabalho, em um constante diálogo construtivo entre todos os sujeitos envolvidos na qualidade dos cuidados. Uma área que envolve tecnologias, como a da reabilitação auditiva, necessita de estudos que utilizem tais informações para a avaliação da política e a efetividade do tratamento, além de otimizar a

⁴ A desvantagem auditiva refere-se às manifestações emocionais e sociais resultantes da deficiência (BARROS; QUEIROGA, 2011).

verba pública e potencializar as ações dos serviços já existentes (DELL'ANTONIA; IKINO; CARREIRÃO FILHO, 2013; CRUZ et al., 2013).

Para a compreensão da temática, buscou-se, no primeiro capítulo, caracterizar as pessoas com deficiência no Brasil com relação à incidência por idade, sexo, grupos raciais e estados brasileiros, além de expor dados referentes à taxa de alfabetização, nível de instrução e trabalho. Após a exposição dos dados demográficos, o capítulo 2 apresentou as políticas públicas de saúde para as pessoas com deficiência.

Dentre as políticas públicas para as pessoas com deficiência, encontra-se a concessão de recursos em TA. Sobre este assunto, o capítulo 3 versou a respeito, desde a construção do Sistema de Saúde brasileiro, que culminou com a criação do SUS e as políticas públicas subsequentes. O capítulo 4 trouxe uma discussão sobre as tecnologias para a inclusão social e o Plano Viver sem Limite. Finalmente, o capítulo 5 tratou sobre a deficiência auditiva e a prótese auditiva como recursos em TA, precedendo o percurso metodológico, os resultados, a discussão e as considerações finais da pesquisa.

1. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Antes de discorrer a respeito das transformações paradigmáticas da deficiência e das políticas públicas impulsionadas por estas mudanças, é necessário descrever quem são as pessoas com deficiência que vivem no Brasil. Os dados apresentados neste capítulo foram apreendidos dos resultados do Censo Demográfico Brasileiro ocorrido no ano de 2010.

O tema da deficiência esteve presente desde o primeiro levantamento censitário brasileiro, realizado no ano de 1872, que apresentou perguntas relacionadas somente às deficiências motoras, denominadas então como deficiências físicas. A partir do Censo Demográfico desenrolado no ano de 1920, as categorias mentais (idiotismo, cretinismo e alienação mental) do Congresso de Estatística de São Petesburgo foram acrescentadas. Na década de 1980, apesar da crescente estruturação dos movimentos e das organizações das pessoas com deficiência, apenas as perguntas sobre as deficiências motoras e intelectuais permaneceram (BRASIL, 2012b).

O Censo realizado no ano 2000 foi considerado um marco, uma vez que suas perguntas consideraram a Classificação Internacional de Funcionalidades, Deficiência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) cujos princípios enfatizaram o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos sujeitos, ao invés de valorizar as incapacidades e limitações. O Censo de 2000 utilizou uma nova abordagem metodológica, baseada em uma escala de gradação de dificuldades na realização de tarefas pelo sujeito, ampliando o conceito de deficiência (BRASIL, 2012b).

Com as transformações dos conceitos utilizados e na formulação das perguntas, impulsionadas pelas mudanças do paradigma da deficiência, verificou-se que a investigação do tema sofreu transições ao longo dos Censos, o que não permite a comparação direta desses levantamentos (BRASIL, 2010).

O Censo Demográfico de 2010 consistiu em um avanço, já que os dados coletados buscaram descrever a prevalência dos diferentes tipos de deficiência (visual, auditiva, motora ou intelectual) e as características das pessoas que compõem esse segmento da população. A deficiência foi classificada pelo grau de severidade de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas sobre suas funcionalidades (BRASIL, 2012b).

A formulação das questões sobre pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 envolveu estudos realizados em conjunto com os demais países da América Latina, para avaliar as perguntas propostas pelo Grupo de Washington sobre Estatísticas das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2010).

As informações sobre as pessoas com deficiência foram provenientes do Questionário da Amostra. O Questionário da Amostra foi aplicado em unidades domiciliares selecionadas e continha, além da investigação do Questionário Básico, informações demográficas, econômicas e sociais dos seus moradores (IBGE, 2010).

A seleção dos domicílios para a amostra foi realizada aleatoriamente, por meio de sorteio efetuado no computador de mão do recenseador. A seleção foi feita de acordo com a fração amostral definida para cada município. Aproximadamente 11% dos domicílios responderam ao Questionário da Amostra (IBGE, 2010).

Deste modo seguem-se elementos oriundos do Questionário da Amostra sobre a incidência por tipo e grau de severidade de deficiência, idade, sexo, grupos raciais e regiões e estados brasileiros, além de elementos referentes à taxa de alfabetização, nível de instrução e trabalho.

Considerando a população residente no Brasil, um percentual de 23,9% se referiu a pessoas com deficiência visual, auditiva, motora ou intelectual. Com relação ao tipo de deficiência, a deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar estava a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,1% e da deficiência intelectual, em 1,4% (BRASIL, 2012b).

Quadro 1 - Tipos de deficiência no Brasil

Deficiência visual	Deficiência motora	Deficiência auditiva	Deficiência intelectual
18,6%	7,0%	5,1%	1,4%

Fonte: Adaptado de Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p. 04)

A classificação do grau de severidade da deficiência, uma inovação do Censo Demográfico de 2010, foi obtida por meio da percepção das funcionalidades de cada pessoa entrevistada. Os graus de dificuldade foram identificados pelas alternativas: “tem alguma dificuldade em realizar”, “tem grande dificuldade” e “não consegue de modo algum” para as pessoas com deficiência visual, auditiva ou motora. Para a deficiência intelectual não houve estas opções (BRASIL, 2012b).

Sobre a deficiência intelectual, pesquisou se esta limitava as atividades habituais do sujeito, tais como trabalhar, ir à escola ou brincar. Esta deficiência é considerada um retardo no desenvolvimento intelectual, que pode gerar dificuldades na comunicação, no autocuidado, nas atividades domésticas, no aprendizado e no trabalho. Para uma pessoa ser

diagnosticada com deficiência intelectual, esta deve ocorrer até os 18 anos de idade. O Censo não considerou como deficiência intelectual os quadros como transtorno do espectro do autismo, neurose, esquizofrenia e psicose (BRASIL, 2010).

Para a deficiência visual, utilizou-se a seguinte classificação: não consegue de modo algum, para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de enxergar; grande dificuldade, para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; alguma dificuldade, para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato (IBGE, 2010).

Com relação à deficiência auditiva, a classificação utilizada foi: não consegue de modo algum, para o sujeito que declarou ser permanentemente incapaz de ouvir; grande dificuldade, para o sujeito que declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que utilizando prótese auditiva; alguma dificuldade, para o sujeito que declarou ter alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que utilizando prótese auditiva (IBGE, 2010).

A deficiência motora foi classificada da seguinte forma: não consegue de modo algum, para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa; grande dificuldade, para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar; alguma dificuldade, para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar (IBGE, 2010).

As políticas públicas buscam promover a inclusão da pessoa com deficiência severa ou não severa. Mesmo assim, a parcela da população com deficiência severa se constitui no principal alvo das políticas públicas voltadas para a pessoa com deficiência. O contingente de pessoas identificadas por possuir deficiência severa foi calculado pela soma das respostas positivas às perguntas “tem grande dificuldade” e “não consegue de modo algum” (BRASIL, 2012b).

No ano de 2010, 8,3% da população brasileira apresentava pelo menos um tipo de deficiência severa. Dentre este percentual, 3,46% apresentava deficiência visual severa; 2,33%, deficiência motora severa; 1,12%, deficiência auditiva severa; 1,4%, deficiência intelectual. A deficiência intelectual não foi caracterizada quanto ao grau de severidade no referido Censo Demográfico (BRASIL, 2012b).

Com relação a distribuição das pessoas com deficiência por idade, observou-se que devido ao processo de envelhecimento, que pode acarretar perda de funcionalidades, a maior incidência de pessoas com deficiência está concentrada na população de 65 ou mais anos. O percentual de pessoas com deficiência visual neste grupo etário é de 49,8%; com deficiência motora, 38,8%; e com deficiência auditiva, 25,6% (BRASIL, 2012b).

O grupo de 0 a 14 anos apresentou frequências relativamente baixas de todos os tipos de deficiência, sendo 5,3% para deficiência visual, 1,3% para deficiência auditiva e 1,0% para deficiência motora (BRASIL, 2012b).

O comportamento da proporção de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas na população por idade mostrou a existência de pontos de inflexão. O primeiro ponto de inflexão se situou na idade de 10 anos, o que pode estar relacionado ao início da vida escolar da criança e ao aumento da percepção das dificuldades na realização de tarefas e atividades escolares (IBGE, 2010).

O segundo ponto de inflexão ocorreu na idade de 39 anos, quando começam os primeiros sinais do início do processo de envelhecimento e do conseqüente declínio das funcionalidades dos sujeitos, especialmente com relação à acuidade visual (IBGE, 2010).

Quadro 2 - Caracterização das pessoas com deficiência por idade

	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência motora	Deficiência intelectual
0 a 14 anos	5,3%	1,3%	1,0%	0,9%
15 a 64 anos	20,1%	4,2%	5,7%	1,4%
Acima de 65 anos	49,8%	25,6%	38,3%	2,9%

Fonte: Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p. 08)

Acerca do sexo, para cada 100 mulheres com deficiência existem 76,7 homens. Portanto, a população com pelo menos uma deficiência teve maior peso entre as mulheres do que entre os homens. Uma das causas para este fenômeno pode ser o índice de mortalidade masculina que é superior à feminina no Brasil, especialmente nas idades mais avançadas (IBGE, 2010; BRASIL, 2012b).

A prevalência das deficiências visual e motora é maior entre as mulheres. Para as deficiências auditiva e intelectual, a prevalência é ligeiramente maior entre os homens (BRASIL, 2012b).

Quadro 3 - Caracterização das pessoas com deficiência por sexo

	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência motora	Deficiência intelectual
Homens	16,0%	5,3%	5,3%	1,5%
Mulheres	21,4%	4,9%	8,5%	1,2%

Fonte: Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p.09)

A deficiência não ocorre de maneira uniforme nos grupos raciais. Nos grupos das raças preta e amarela foram registrados os maiores percentuais de deficiência em ambos os sexos, seguindo a tendência de maior incidência na população feminina. As mulheres da raça preta apresentaram a maior ocorrência, em um percentual de 30,9%. Os menores percentuais de deficiência estão concentrados na população indígena, para ambos os sexos, em um percentual de 18,4% para os homens indígenas e 21,8% para as mulheres deste grupo racial (BRASIL, 2012b).

Quadro 4 - Caracterização das pessoas com deficiência por grupos raciais

	Preta	Amarela	Parda	Branca	Indígena
Homens	23,5%	24,3%	21,0%	21,0%	18,4%
Mulheres	30,9%	29,4%	26,6%	25,7%	21,8%

Fonte: adaptado de Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p.10)

No tocante à incidência por região brasileira, a maior taxa (26,3%) de prevalência de pessoas com pelo menos uma deficiência é a da região Nordeste, seguida pela região Norte (23,40%) e pela região Sudeste, com um percentual de 23,03%. As menores incidências, referem-se às regiões Sul e Centro Oeste, 22,5% e 22,51%, respectivamente (BRASIL, 2012b).

Quadro 5 - Pessoas com deficiência nas grandes regiões brasileiras

Nordeste	Norte	Sudeste	Centro-Oeste	Sul
26,63%	23,40%	23,03%	22,51%	22,50%

Fonte: adaptado de Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p.11)

Entre os estados brasileiros, as maiores incidências da deficiência ocorreram no Rio Grande do Norte e na Paraíba, com taxas de 27,86% e 27,76%, respectivamente, bem acima da média nacional de 23,9%. As menores incidências ocorreram em Santa Catarina e Roraima, com 21,31% e 21,26%, respectivamente (BRASIL, 2012b).

Deve-se considerar que, embora as políticas públicas para as pessoas com deficiência sejam em sua grande maioria nacionais, os estados e os municípios desenvolvem políticas complementares e executam ações dos programas federais (BRASIL, 2012b).

Quadro 6 - Pessoas com deficiência por estado brasileiro

Rio Grande do Norte	27,86%
Paraíba	27,76%
Ceará	27,69%
Piauí	27,59%
Pernambuco	27,58%
Alagoas	27,54%
Bahia	25,39%
Sergipe	25,09%
Maranhão	24,97%
Rio de Janeiro	24,40%
Rio Grande do Sul	23,84%
Amapá	23,71%
Pará	23,63%
Espírito Santo	23,45%
Goiás	23,21%
São Paulo	22,66%
Minas Gerais	22,62%
Amazonas	22,71%
Acre	22,61%
Distrito Federal	22,34%
Tocantins	22,22%
Rondônia	22,11%
Mato Grosso	22,04%
Mato Grosso do Sul	21,51%

Paraná	21,86%
Santa Catarina	21,31%
Roraima	21,26%

Fonte: Adaptado de Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p. 11,12)

A investigação sobre a deficiência no Censo Demográfico de 2010 baseou-se na percepção do sujeito sobre sua dificuldade em enxergar, ouvir ou se locomover. Esta percepção está relacionada com a interação desse sujeito com o ambiente em que está inserido, bem como com suas condições econômicas e sociais. Essa relação ficou evidenciada na análise da população com pelo menos uma das deficiências investigadas regionalmente, onde as populações amarela e preta da Região Nordeste apresentaram os maiores percentuais (30,6% e 29,8%, respectivamente).

Para o Censo, pessoa alfabetizada é aquela capaz de ler e escrever um bilhete simples em seu idioma. As pessoas com deficiência apresentaram taxas de alfabetização menores do que a população total em todas as regiões brasileiras. A taxa de alfabetização para a população total é de 90,6%, enquanto a do segmento de pessoas com pelo menos uma das deficiências é de 81,7%. Para ambos os grupos, as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores taxas de alfabetização. A maior diferença entre as taxas de alfabetização da população total e da população de pessoas com deficiência ocorreu na Região Nordeste, em torno de 11,7 pontos percentuais (BRASIL, 2012b).

Quadro 7 - Taxa de alfabetização da população total e da população com deficiência

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
População total	88,8%	81,4%	94,6%	95,0%	92,6%
População com deficiência	80,0%	69,7%	88,2%	88,1%	84,6%

Fonte: Adaptado de Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p.16)

O nível de instrução mede a proporção de pessoas de 15 anos ou mais de idade que atingiram determinados anos de estudo (BRASIL, 2012b). Na população com deficiência, 14,2% possuem o Ensino Fundamental completo, 17,7%, o Ensino Médio completo e 6,7% possuem Ensino Superior completo. A proporção denominada “não determinada” foi igual a 0,4%. Um total de 61,1% das pessoas com deficiência são consideradas sem instrução (BRASIL, 2012b).

Os resultados do Censo 2010 apontaram diferenças significativas entre o nível de instrução das pessoas com pelo menos uma deficiência e o daquelas sem deficiência. Enquanto 61,1% da população de 15 anos ou mais de idade com deficiência não tinha instrução ou possuía apenas o fundamental incompleto, esse percentual era de 38,2% para as pessoas de 15 anos ou mais que declararam não ter nenhuma das deficiências investigadas, representando uma diferença de 22,9 pontos percentuais (IBGE, 2010).

A segunda maior diferença em pontos percentuais foi observada para o ensino médio completo e o superior incompleto, onde o percentual de população de 15 anos ou mais com deficiência foi de 17,7% contra 29,7% para as pessoas sem deficiência. Observou-se ainda que a menor diferença estava no ensino superior completo: 6,7% para a população de 15 anos ou mais com deficiência e 10,4% para a população sem deficiência (IBGE, 2010).

Quadro 8 - Nível de instrução das pessoas com deficiência

Sem instrução e fundamental incompleto	61,1%
Fundamental completo e médio incompleto	14,2%
Médio completo e superior incompleto	17,7%
Superior completo	6,7%
Não determinado	0,4%

Fonte: Adaptado de Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p.17)

Sobre as características do trabalho, utilizou-se como indicador a taxa de atividade. A taxa de atividade é o percentual de pessoas economicamente ativas na população de 10 ou mais anos de idade (IBGE, 2010).

Em 2010, a população ocupada com pelo menos uma das deficiências investigadas compreendia 23,6% do seu total. Para o total da população com deficiência, o nível de ocupação foi de 57,3% para os homens e 37,8% para as mulheres, uma diferença de 19,5 pontos percentuais entre os gêneros. A deficiência intelectual exerceu o maior impacto negativo no nível de ocupação e a população feminina apresentou os menores níveis de ocupação em todas as deficiências investigadas (BRASIL, 2012b).

A comparação entre as taxas de atividade por sexo e grupos de idade evidenciou que a diferença por sexo ainda superava a de existência de deficiência. Para os grupos de idade com as maiores taxas de atividade, a diferença por sexo superou 20 pontos percentuais para as

peças sem qualquer das deficiências investigadas e foi da ordem de 16 pontos percentuais para as peças com pelo menos uma das deficiências investigadas (IBGE, 2010).

Considerando as taxas de atividade por sexo, observou-se que a condição de deficiência como fator limitante na inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho atinge mais a população masculina do que a feminina. Enquanto a diferença máxima entre as taxas de atividade das mulheres por condição de deficiência foi de sete pontos percentuais, para os homens essa diferença foi de aproximadamente dez pontos percentuais (IBGE, 2010).

Quadro 9 - Nível de ocupação das peças com deficiência

	Deficiência intelectual	Deficiência motora	Deficiência visual	Deficiência auditiva
Homens	20,2%	39,3%	60,6%	49,9%
Mulheres	14,2%	25,2%	39,8%	28,3%

Fonte: Adaptado de Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b, p. 20)

Comparando as taxas de atividade por tipo de deficiência investigada, observou-se que a deficiência intelectual exerceu uma maior influência sobre a participação na força de trabalho tanto para homens quanto para mulheres. A deficiência motora também atuou como um fator limitante, porém as diferenças entre as taxas de atividade de homens com deficiência motora e com deficiência auditiva foram maiores do que aquelas observadas para as mulheres de mesma condição (IBGE, 2010).

Mesmo sendo o tipo de deficiência que mais incidiu sobre a população, a deficiência visual exerceu uma menor influência na taxa de atividade, seguida da deficiência auditiva. Observa-se ainda que as taxas de atividade da população feminina com deficiência visual para as idades de 10 a 29 anos foi ligeiramente superior às taxas da população feminina sem nenhuma das deficiências investigadas (IBGE, 2010).

O objetivo principal do levantamento censitário é possibilitar a cobertura integrada de todo o território do país e ampliar as possibilidades de disseminação de informações à sociedade. Ademais, os elementos censitários contribuem para apontar como a geografia, seja ela física, social ou econômica, afeta o segmento da população com deficiência (IBGE, 2010).

Os dados demográficos também objetivam atender às demandas do setor público por informações georreferenciadas, subsidiando políticas e ações voltadas à pessoa com

deficiência. Em vista disso, o próximo capítulo trata a respeito das políticas públicas de saúde para este contingente populacional.

2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO RESPOSTA ÀS TRANSFORMAÇÕES PARADIGMÁTICAS DA DEFICIÊNCIA

Conforme tratado no capítulo anterior, as transformações paradigmáticas da deficiência refletiram a transição de uma perspectiva individual e médica para uma perspectiva estrutural e social, descrita habitualmente como a mudança de um “modelo médico” para um “modelo social”. Estas transformações ampliaram o conceito de deficiência e impulsionaram não apenas modificações na metodologia de investigação do Censo Demográfico, como também na elaboração das políticas públicas e na forma com que a sociedade envolveu-se nesta temática.

Embora os modelos “médico” e “social” sejam apresentados didaticamente de forma distinta, a deficiência não deve ser vista como algo puramente médico, nem como algo puramente social. Apesar da tendência de transição para o modelo social, deve-se considerar que as pessoas com deficiência frequentemente podem apresentar problemas decorrentes de seu estado físico (OMS, 2011).

O modelo médico considera a deficiência como um desvio orgânico e um incidente isolado, centralizando a ação na medicalização do corpo deficiente. Assim, a deficiência é encarada como um fardo social, pois implica em dispêndios com reabilitação e demanda ações com viés assistencialista. Sob a perspectiva do modelo médico, as limitações são a causa dos processos discriminatórios enfrentados pelas pessoas com deficiência, não importando a forma pela qual o meio lida com essas limitações. Assim, a sociedade estaria isenta de qualquer responsabilidade por atos e processos de discriminação, e por combatê-los e desconstruí-los. Neste modelo, as pessoas com deficiência são objetos de políticas públicas especiais, deslocadas das políticas públicas gerais (MELLO; NUERNBERG; BLOCK, 2014).

Já o modelo social considera que a deficiência não se encerra no corpo, compreendendo-a como resultado de interações pessoais, ambientais e sociais. Com isso, a questão da deficiência deixa de ser apenas uma questão médica para ser uma questão econômica, social e de direitos humanos. Este modelo considera que as experiências de opressão vivenciadas por estes sujeitos não estão no corpo, mas em toda estrutura social, que se demonstra incapaz de responder à diversidade. Em outras palavras, a deficiência é considerada uma construção coletiva entre o sujeito e a sociedade (MELLO; NUERNBERG; BLOCK, 2014).

Da mesma forma, nas últimas décadas observam-se, de maneira mais ampla, questionamentos sobre o processo de saúde-doença, que impulsionaram transformações no

campo das políticas públicas. A saúde passou a ser vista como direito, expandindo suas perspectivas, uma vez que seus determinantes sociais passaram a ser considerados juntamente com os aspectos biológicos e psicológicos (GUANAES; MATTOS, 2011).

Rouquayrol e Goldbaum (2003) descreveram os fatores sociais e ambientais como componentes determinantes deste processo de saúde-doença. Os fatores sociais englobam os aspectos socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais.

Com relação aos fatores socioeconômicos, há uma associação inversa entre as condições econômicas e a probabilidade de adquirir doenças. Isto é, grupos economicamente desprivilegiados estão mais sujeitos à ação de fatores que desencadeiam o processo da doença (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

Por outro lado, com relação aos fatores sociopolíticos, Rouquayrol e Goldbaum (2003) afirmaram que a instrumentação jurídico-legal, a decisão e a higidez política, a participação e a valorização da cidadania, a participação comunitária efetivamente exercida, a transparência de ações e o acesso à informação devem ser considerados.

Quanto ao contexto sociocultural, os autores teceram uma crítica à sociedade dos países em desenvolvimento a respeito da passividade e da alienação na gerência e na fiscalização dos serviços públicos de saúde. Em relação aos fatores psicossociais, estes envolvem marginalidade, condições de trabalho extenuantes, desemprego e desconexão em relação à cultura de origem. (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

Os autores fizeram ainda um levantamento a respeito dos fatores ambientais que influenciam no processo de saúde-doença, dentre os quais se encontram o progresso, o desenvolvimento industrial e a urbanização, que desencadearam uma série de agressores ambientais (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

A multifatorialidade, que compreende a estruturação dos fatores condicionantes da doença, não é simplesmente resultado de justaposição. A associação destes fatores deve ser sinérgica. Portanto, o estado final provocador da doença é resultado da sinergia de uma multiplicidade de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

A OMS reconheceu, partindo desta transformação de paradigmas e considerando a multifatorialidade dos fatores condicionantes, que a deficiência é uma questão de direitos humanos. Esta afirmação é decorrente da constatação de que as pessoas com deficiência sofrem desigualdades no que concerne ao acesso aos serviços de saúde, ao emprego, à educação e na participação política (OMS, 2011).

Pessoas com deficiência sofrem inclusive violações de sua dignidade, estando mais vulneráveis à violência, ao abuso e ao preconceito. Estas pessoas experimentam ainda perda da sua autonomia, estão sujeitas a esterilização involuntária, são segregadas e confinadas em instituições contra sua vontade ou vistas como legalmente incompetentes (OMS, 2011).

Além da proposição de que a deficiência é uma questão de direitos humanos, a OMS (2011) afirmou que a deficiência similarmente é uma questão de desenvolvimento, por estar relacionada à pobreza, em uma relação bidirecional. Ou seja, a pobreza pode aumentar o risco de deficiência, assim como a deficiência aumenta os riscos de pobreza. As pessoas com deficiência, englobando todo seu contexto familiar, enfrentam maiores desvantagens econômicas e sociais, devido aos impactos adversos da sua condição na educação, emprego e renda.

Com relação a estes impactos, a OMS (2011) constatou que crianças com deficiência têm menor probabilidade de frequentar escolas. Constatou ainda que pessoas com deficiência têm maior probabilidade de ficarem desempregadas e, quando empregadas, geralmente ganham menos. Além disso, estas pessoas frequentemente enfrentam custos extras resultantes da própria condição.

Neste sentido, Sen (2000, p. 121-122) já tinha estabelecido uma relação entre “renda” e “capacidade”:

Desvantagens como a idade, incapacidade ou doença reduzem o potencial do indivíduo para auferir renda. Mas também tornam mais difícil converter renda em capacidade, já que uma pessoa mais velha, mais incapacitada ou mais gravemente enferma pode necessitar de mais renda (para assistência, prótese ou tratamento) para obter os mesmos funcionamentos (mesmo quando essa realização é de algum modo possível). Isso implica que a “pobreza real” (no que se refere à privação de capacidades) pode ser, em um sentido significativo, mais intensa no que pode parecer no espaço da renda. Essa pode ser uma preocupação crucial na avaliação da ação pública de assistência aos idosos e outros grupos com dificuldades de “conversão” adicionais à baixa renda.

Em face a tantos desafios e, reconhecendo que a deficiência é um conceito em construção, resultado da interação entre as pessoas com deficiência e as barreiras que as impedem de participar de forma efetiva na sociedade em igualdade de oportunidades, a aprovação da Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, pelo Decreto Legislativo nº186, em julho de 2008, configura-se como um marco relevante (BRASIL, 2010).

A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência simbolizou a entrada do tema da deficiência na agenda global, especialmente na perspectiva dos Direitos

Humanos, orientando e cobrando dos governos nacionais ações efetivas na área da deficiência e da inclusão. A partir desta Convenção, promulgada por meio do decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, o termo “pessoas com deficiência” passou a ser formalmente conceituado da seguinte maneira:

Pessoas com deficiência são aquelas que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009b, p. 14).

O preâmbulo da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência lembrou e reafirmou diversas questões que servem como instrumentos para a reflexão a respeito deste tema tão complexo e desafiador. Dentre estas questões está o reconhecimento da dignidade e dos direitos inalienáveis de todas as pessoas sem distinção, como fundamento da liberdade e da justiça (BRASIL, 2009b).

Reconheceram-se, conjuntamente, valiosas e potenciais contribuições das pessoas com deficiência ao bem-estar comum e no que concerne à diversidade de suas comunidades, resultando no que a Convenção denomina de “fortalecimento de seu senso de pertencimento à sociedade” (BRASIL, 2009b, p. 12).

Salientou-se ainda o fato de que grande parte das pessoas com deficiência vive em condições de pobreza, reconhecendo suas profundas desvantagens sociais e a necessidade de promoção de uma maior participação na vida social, cultural e econômica (BRASIL, 2009b).

Pode ser relacionada aos conceitos reconhecidos e reafirmados pela Convenção, principalmente em relação ao conceito de liberdade, a reflexão de Sen (2000) sobre os cinco tipos de liberdades denominadas instrumentais.

a) liberdades políticas, relacionadas ao sentido mais abrangente de democracia e aos direitos civis.

b) facilidades econômicas, que compreendem o aumento de intitamentos econômicos à população na medida em que há incremento da renda e riqueza nacional.

c) oportunidades sociais, relacionadas às liberdades substantivas para o bem-estar, além de uma efetiva participação em atividades econômicas e políticas.

d) garantias de transparência, relacionadas à confiança, sendo inibidoras de corrupção e irresponsabilidade financeira.

e) segurança protetora, que engloba disposições institucionais com vistas a proteger e beneficiar as pessoas em situação de vulnerabilidade.

A deficiência revestiu-se de um caráter institucionalizado, que a transformou em um atributo formal e em uma categoria social (a exemplo de etnia ou gênero), tendo um tratamento diferenciado no âmbito da formulação das políticas públicas. Assim, testemunha-se uma série de iniciativas, programas e projetos orientados à inclusão das pessoas com deficiência no acesso e consumo de bens e serviços e no mercado de trabalho, principalmente a intervenções ou ações focalizadas. Apesar de todos estes esforços, os resultados nem sempre são satisfatórios, pois prevalecem medidas de caráter assistencialista (SOUZA; CARNEIRO, 2007).

O conceito de deficiência ainda está permeado por estigmas e clichês que envolvem, de forma quase indissociável, medidas paternalistas que frequentemente não contribuem para promover igualdade de oportunidades e para favorecer o protagonismo da pessoa com deficiência. Pelo contrário, as medidas ditas paternalistas e assistencialistas contribuem, na maioria das vezes, para a permanência e solidificação das desigualdades (SOUZA; CARNEIRO, 2007).

As políticas públicas de saúde destinadas às pessoas com deficiência devem englobar ações relativas à prevenção, habilitação e reabilitação, visando a inclusão social e a igualdade de oportunidades, seja no ambiente educacional ou laboral. Outrossim, deve-se reconhecer o fato de que a pessoa com deficiência tem muito a contribuir com a sociedade, não apenas no que concerne à diversidade, mas também em todas as nuances do desenvolvimento, inclusive na elaboração das políticas públicas (SOUZA; CARNEIRO, 2007).

Levando-se em consideração os múltiplos fatores determinantes do processo saúde-doença, faz-se necessário o envolvimento de vários setores, por meio de uma política que englobe ações integradas. Neste sentido, o Brasil estabeleceu uma política de saúde definida constitucionalmente no sentido de política pública (VIEIRA, 2013).

As políticas públicas configuram-se formalmente como um ramo da ciência política, mas não podem se restringir a ela uma vez que demandam sempre uma resposta social, assumindo um caráter holístico que comporta vários olhares e percepções. Situam-se no território de diversas disciplinas, teorias e modelos analíticos e buscam, concomitantemente, colocar o governo em ação, analisar e propor mudanças no rumo dessas ações (SOUZA, 2006; CRUZ, 2012).

As políticas públicas são resultados históricos que reúnem interesses políticos, econômicos e sociais. Conforme exposto no capítulo 1, os dados demográficos subsidiam a elaboração destas políticas, já que são instrumentos importantes destinados a conhecer a

população, traçando ações específicas, minimizando expensas e alcançando o maior contingente possível de beneficiários (SOUZA, 2006; CRUZ, 2012).

Após serem desenhadas e formuladas, as políticas públicas desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e pesquisas, devendo ser constantemente acompanhadas e avaliadas (SOUZA, 2006; CRUZ, 2012).

Neste sentido, Sen (2000, p. 26) reconhece que:

Com oportunidades sociais adequadas, os indivíduos podem efetivamente moldar seu próprio destino e ajudar uns aos outros. Não precisam ser vistos sobretudo como beneficiários passivos de engenhosos programas de desenvolvimento.

Sendo assim, passou a ser preconizada uma assistência centrada em serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde, a defesa do setor público e a luta pela participação popular, pela democratização das condições de trabalho, pela humanização do atendimento e pela eficácia na resolução dos problemas da população. Este modelo valoriza os processos de significação social e de interação entre os diferentes sujeitos envolvidos, sejam eles pacientes ou profissionais (GUANAES; MATTOS, 2011).

Quanto aos trabalhadores dos serviços de saúde, Guanaes e Mattos (2011) assinalaram a importância de incentivar a construção de um contexto dialógico na equipe multidisciplinar. Os profissionais da saúde precisam reconhecer-se como participantes ativos no processo de significação e ressignificação sobre os pacientes e suas dificuldades.

Teixeira (2003) destacou algumas possibilidades no processo de formulação, planejamento e avaliação das políticas de saúde. Estas possibilidades, descritas a seguir, são: a análise da situação de saúde, a definição de prioridades, a construção de cenários, a formulação de políticas, a programação das operações e a seleção de tecnologias de intervenção e a avaliação dos serviços.

a) a análise da situação de saúde, que implica na delimitação da população, subsidiando a tomada de decisão das propostas de intervenção, na qual estão entrelaçados os fatos concretos e a representação social acerca do seu significado.

b) a definição de prioridades, que pode abarcar a escolha de grupos como alvo, gerando a elaboração de políticas, programas e projetos.

c) a construção de cenários, que compõe o conjunto de informações utilizadas para a constituição destes cenários, sejam favoráveis ou desfavoráveis, a partir dos quais se elaboram políticas ou estratégias de ação.

d) a formulação de políticas, que se configuram como o eixo central para a definição dos objetivos para enfrentamento e solução dos problemas.

e) programação das operações e seleção de tecnologias de intervenção, com a definição de metas e objetivos específicos, envolvendo promoção de saúde e melhoria das condições de vida de grupos populacionais e recuperação da saúde.

f) avaliação da efetividade de serviços, programas e sistemas de saúde, com vistas à busca permanente de eficiência, efetividade e satisfação dos usuários.

Ademais, a política de saúde para pessoa com deficiência apresenta as seguintes diretrizes: promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiências; melhoria dos mecanismos de informação; capacitação de recursos humanos; organização e funcionamento dos serviços; atenção integral à saúde (BRASIL, 2010).

A promoção da qualidade de vida é uma diretriz que deve ser compreendida como uma responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. Todos os ambientes devem ser pensados de modo a facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos os sujeitos em iguais condições de direitos, nos vários aspectos da vida diária das comunidades (BRASIL, 2010).

A diretriz relacionada à prevenção de deficiências envolve a implementação de estratégias de prevenção, tais como ações em imunização; acompanhamento às gestantes; exames para os recém-nascidos; acompanhamento do crescimento infantil; acompanhamento aos diabéticos e hipertensos; além de ações de natureza informativa e educacional (BRASIL, 2010).

A melhoria dos mecanismos de informação é uma diretriz que deve ser pensada e desenvolvida em vários pontos interdependentes. Um deles refere-se à necessária melhoria dos mecanismos de registro e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2010).

Outro ponto importante da melhoria dos mecanismos de informação está voltado ao aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS e à construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com incentivo às pesquisas em saúde e deficiência. A melhoria da quantidade e qualidade das informações produzidas será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. (BRASIL, 2010).

O estímulo à criação, à produção e à distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis é outro aspecto a se considerar para a diretriz dos mecanismos de informação (BRASIL, 2010).

Além disso, a capacitação de recursos humanos é uma diretriz que não pode ser desconsiderada, tendo em vista que as relações em saúde são baseadas essencialmente na relação entre pessoas. Profissionais permanentemente atualizados, capacitados e qualificados, tanto na rede básica quanto nos serviços de reabilitação potencializam os cuidados com as pessoas com deficiência (BRASIL, 2010).

A organização e funcionamento dos serviços pretende que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência (BRASIL, 2010).

A atenção integral à saúde é uma diretriz de responsabilidade direta do SUS, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade; à reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários e à concessão de recursos em TA (BRASIL, 2010).

Ora, não se pode falar sobre política de saúde e sobre a concretização deste direito constitucional sem trazer à tona o SUS, que se configura como um modelo hierarquizado e regionalizado de ações e serviços públicos de saúde. O SUS preconiza que seus serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. A implicação disto é que os serviços devem ser capazes de possibilitar um ótimo grau de resolubilidade, à medida que oferecem todas as modalidades de assistência e o acesso à tecnologia disponível (BRASIL, 1990).

Estes serviços devem ser organizados sob os princípios doutrinários do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Os princípios do SUS têm sido incorporados como elementos norteadores de todas as políticas públicas de saúde (LUCCHESI, 2013).

A universalidade refere-se à garantia de assistência à saúde a todo e qualquer cidadão, com gratuidade e sem qualquer distinção. Com a universalidade, o sujeito passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde e aqueles conveniados ou contratados pelo poder público (MACHADO et al., 2007).

A integralidade assegura que todo sujeito deve ser considerado como um ser biopsicossocial, atendido com ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Na integralidade, o sujeito é visto em seus aspectos histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade em que está inserido (MACHADO et al., 2007).

A equidade garante ações e serviços em todos os níveis, sem privilégios ou barreiras, segundo a necessidade de cada um (LUCCHESE, 2013).

O capítulo 3 versa a respeito da construção do Sistema de Saúde brasileiro, que culminou com a criação do SUS e possibilitou a concessão de recursos em TA.

3. DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO À CONCESSÃO DE RECURSOS EM TECNOLOGIA ASSISTIVA

Neste capítulo buscou-se contemplar o histórico da construção do Sistema de Saúde brasileiro desde o século XVIII até os dias atuais, a evolução das políticas, os principais programas e o desenvolvimento de serviços voltados para a pessoa com deficiência, em especial à pessoa com deficiência auditiva, escopo desta pesquisa. Mais do que um relato histórico, objetivou-se contribuir na compreensão do processo gradual de consolidação da saúde como um direito.

No Brasil, no século XVIII, a assistência médica era predominantemente pautada no modelo liberal privado, ocorrendo de forma individual. A quem não tinha condições de pagar, esta assistência era oferecida pelas Santas Casas (BRASIL, 2011c).

Já no século XIX surgiram algumas iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas, com enfoque nas causas e nos mecanismos de transmissão das doenças. A questão da saúde começou a ser reivindicada pelo movimento operário (BRASIL, 2011c).

A vigilância do exercício profissional do século XIX evoluiu para a construção de uma identidade profissional no início do século XX. A ênfase na saúde coletiva e na prevenção de doenças marcou a constituição do Departamento Nacional de Saúde Pública e a formação de novas gerações de profissionais. O termo sanitarista substituiu progressivamente a referência tradicional aos higienistas, indicando especialização profissional e maior distinção entre as atividades científicas no laboratório e as atividades de saúde pública (BRASIL, 2011c).

A constituição de um aparato estatal na área de saúde iniciou-se efetivamente nos anos 1920, ganhando caráter nacional e acelerando-se na década seguinte, ao mesmo tempo que se diferenciaram dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária (BRASIL, 2011c).

Em 1923, a Lei Elói Chaves passou a regulamentar a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). As CAPs consistiam em um modelo restrito ao âmbito de empresas com administração própria para os fundos. Assistência médica, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, idade e invalidez, pensão para os dependentes, auxílio funeral, eram benefícios garantidos pelas CAPs, de forma proporcional às contribuições. Neste mesmo período, outros trabalhadores começaram a se organizar em associações de auxílio mútuo em caso de doenças, invalidez e morte (BRASIL, 2011c).

A Previdência Social surgiu na década de 1930, atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) das diversas categorias profissionais. Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC) e Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC) são exemplos de IAPs (BRASIL, 2011c).

A visibilidade das questões referidas à saúde nas três primeiras décadas do século XX possivelmente contribuiu para ofuscar processos importantes nos momentos posteriores que antecederam a criação do Ministério da Saúde em 1953. O fato é que, a partir da década de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, começou a ser gestado o modelo centralizado de longa sobrevivência na área. A estrutura verticalizada e centralizadora encontraria expressão com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde (BRASIL, 2011c).

Em 1967, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), gerando assim um mercado para as empresas vendedoras de serviços médicos e fortalecendo o movimento de privatização do setor. O crescimento da atenção médica da Previdência e o esvaziamento da saúde pública levaram ao esgotamento do modelo e à busca de alternativas racionalizadoras de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema (BRASIL, 2011c).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), vinculando-se a ele o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2011c).

Os primeiros documentos relativos à atenção à pessoa com deficiência no Brasil, referem-se ao período de vigência do INAMPS. Em 13 de junho de 1984, a Portaria Federal 3.335 autorizou a concessão de algumas modalidades as quais denominou “Ajuda Supletiva” aos seus beneficiários. Dentre essas modalidades, encontrava-se o “auxílio de órtese e prótese”, buscando proporcionar às pessoas com deficiência condições básicas de independência nas atividades de vida diária (BRASIL, 1984). Observa-se, neste primeiro registro, um auxílio governamental ainda centrado no sujeito e nas suas atividades de vida diária, sem mencionar a questão da igualdade de direitos e oportunidades. Mesmo assim, este documento é considerado o primeiro passo para as ações que se sucederam.

Um dos importantes marcos relativos à luta das pessoas com deficiência no Brasil é a promulgação da Constituição Federal de 1988. Na Constituição encontram-se diversos artigos que asseguram direitos e garantias a estas pessoas. Os artigos descritos a seguir relacionam-se à esfera de inclusão social, trabalho e educação. No capítulo II, concernente aos Direitos Sociais, em seu artigo 7º, há a proibição da discriminação de salários e de critérios de

admissão ao trabalhador com deficiência. No artigo 24º está assegurada a dimensão de integração social. No capítulo III, artigo 208º, está garantido o atendimento educacional às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. O capítulo VIII, em seu artigo 37º, aborda o percentual de reserva dos empregos públicos para as pessoas com deficiência, embora não estabeleça qual deva ser este percentual (BRASIL, 1988).

Os termos “habilitação” e “reabilitação” das pessoas com deficiência surgem na seção da Assistência Social, artigo 203º, assim como a promoção de integração à vida comunitária e a garantia do recebimento de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência que, comprovadamente, não possui meios para sua própria manutenção (BRASIL, 1988).

O texto constitucional garante uma atenção mais abrangente do que as normativas vigentes no período do INAMPS, uma vez que afirma que a assistência social deve ser prestada a qualquer pessoa, mesmo àquelas que não contribuem com a seguridade social. Segundo o parágrafo IV:

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária (BRASIL, 1988, p. 107).

No capítulo II, na seção denominada “Da União”, artigo 23º, estão assegurados o cuidado da saúde, assistência e proteção das pessoas com deficiência, sob a competência da União, dos estados e dos municípios. Já o artigo 227º, no capítulo VII, afirma que é dever do Estado criar programas de prevenção e de atendimento especializado às pessoas com deficiência intelectual, física ou sensorial. Dentre as deficiências sensoriais, encontra-se a deficiência auditiva (BRASIL, 1988).

Os aspectos relacionados à habilitação e à reabilitação da pessoa com deficiência, prevenção e atendimento especializado estão intimamente ligados às políticas públicas de saúde, já que encontram nestas políticas instrumentos para sua concretização. O artigo 196º da Constituição Federal reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O texto constitucional declara ainda que a saúde tem como fatores determinantes não apenas os aspectos biológicos e as oportunidades de acesso aos serviços, mas reconhece ainda a influência dos meios físico, socioeconômico e cultural (BRASIL, 1988).

No contexto de busca de implantação de um Estado de bem-estar social, Constituição Brasileira transformou a saúde em direito e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual. Em 1990, o INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde e pela Lei Orgânica da Saúde o SUS foi fundado. O INAMPS foi extinto em 1993 (BRASIL, 2011c).

Com relação às pessoas com deficiência auditiva, grande parte das portarias publicadas na década de 1990 restringia-se ao fornecimento de próteses auditivas e à colocação de implantes cocleares⁵. Apesar disso, a Lei n.º 7.853/89 e o Decreto 3.298/99 já indicavam a importância de ações de promoção e proteção à saúde auditiva e de integração social, assegurando o pleno exercício de direitos como educação e trabalho.

Ao Poder Público e seus órgãos cabe assegurar às pessoas portadoras de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico (BRASIL, 1989, p. 01).

A Lei Federal n.º 8.160, de 08 de janeiro de 1991, tornou obrigatória a colocação do “Símbolo Internacional de Surdez”, a fim de assinalar e identificar local preparado e habilitado ao uso de pessoas com deficiência auditiva (BRASIL, 1991a).

Em 24 de julho deste mesmo ano, a Lei Federal n.º 8.213, em sua seção IV, artigo 89º, no que diz respeito à reabilitação profissional, afirma que esta compreende o fornecimento de aparelho de prótese quando a perda ou a redução da capacidade puder ser atenuada ou sanada com seu uso. O artigo 93º desta Lei Federal ainda torna obrigatória, em empresas com cem ou mais empregados, a contratação de dois a cinco por cento de pessoas com deficiência (BRASIL, 1991b).

Em 1999, o Decreto n.º 3.298, regulamentando a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 4º, considera deficiência auditiva na vigência de “perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um dB ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz”. Este Decreto considera como deficiência permanente aquela que se encontra estabilizada e não há possibilidade de recuperação. Já a incapacidade refere-se a uma redução acentuada na capacidade de integração social, fazendo-se necessária a utilização de recursos especiais (BRASIL, 1999).

⁵ Os implantes cocleares são próteses sensoriais que estimulam diretamente o nervo auditivo. São indicados para sujeitos que apresentam perda auditiva de grau profundo, que não se beneficiam da amplificação das próteses auditivas convencionais (HNATH-CHISOLM, 1999).

O artigo 16º viabiliza a criação de uma rede de serviços articulada aos serviços educacionais e ao trabalho, voltada à reabilitação da pessoa com deficiência. No artigo 18º está incluída na reabilitação das pessoas com deficiência a concessão de próteses, dentre as quais a prótese auditiva como ajuda técnica, uma vez que são meios que possibilitam a independência e a inclusão. Este decreto traz uma importante definição de um conceito amplamente abordado neste estudo, a “reabilitação”:

Considera-se reabilitação o processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas visando a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes e reajustes sociais (BRASIL, 1999, p. 07).

No ano de 2000, foi estabelecida a primeira Portaria (SAS/MS 432) referente à regulamentação do diagnóstico, adaptação de próteses e acompanhamento da pessoa com deficiência auditiva. A partir de um levantamento da produção ambulatorial em saúde auditiva, verificou-se que apenas 16% dos serviços credenciados ofereciam atendimento integral, conforme os princípios doutrinários do SUS. Os demais serviços credenciados apresentavam registro de apenas um tipo de procedimento: concessão de próteses auditivas, diagnóstico ou terapia (BEVILACQUA et al., 2011). Ou seja, ainda permanece o distanciamento entre a regulamentação e a prática.

A fim de favorecer uma abordagem mais ampla, foi criada, em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), por meio da Portaria nº 2.073/04, contemplando ações de promoção da saúde auditiva e de prevenção de problemas auditivos, mesmo que na realidade dos serviços as novas ações propostas fossem difíceis de serem operacionalizadas. Neste contexto, a PNASA visou atender as demandas de avaliação, diagnóstico e reabilitação com o auxílio de recursos tecnológicos, como as próteses auditivas (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLI, 2014).

No quadro 10 estão listados os principais dispositivos legais federais que versam a respeito da pessoa com deficiência e da saúde auditiva.

Quadro 10 - Dispositivos legais sobre a saúde auditiva

Documento	Data	Disposição
Portaria 3335	11/06/1984	Autoriza a concessão de ajuda supletiva aos beneficiários do INAMPS nas modalidades de “auxílio transporte”, “auxílio órteses e próteses” e “outros aparelhos ou

		peças”.
Lei 7853	24/10/1989	Dispõe sobre o apoio à pessoa com deficiência, instituindo a tutela jurisdicional de interesses coletivos.
Portaria 237	12/02/1992	Institui o Programa de Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais.
Portaria 304	02/07/1992	Modifica a portaria 237, que dispõe sobre as normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência no SUS.
Portaria 126	17/09/1993	Cria, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS a cirurgia de implante coclear.
Portaria 146	14/10/1993	Estabelece diretrizes gerais para a concessão de próteses e órteses, por meio de assistência ambulatorial.
Decreto 3298	20/12/1999	Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida as normas de proteção.
Portaria 432	14/11/2000	Institui a ampliação do universo de concessão de próteses auditivas pelo SUS.
Portaria 1060	05/06/2002	Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.
Portaria 2073	28/09/2004	Institui a PNASA
Portaria 587	07/10/2004	Determina a organização e a implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.
Portaria 589	08/10/2004	Trata dos mecanismos de operacionalização dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no SUS
Portaria 68	25/01/2005	Institui uma Câmara Técnica da Atenção à Saúde Auditiva.
Portaria 626	23/03/2006	Define os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e

		financeiros dos Estados e Municípios.
Portaria 142	16/11/2006	Institui o Comitê de Ajudas Técnicas
Decreto 186	09/07/2008	Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.
Decreto 6949	25/08/2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.
Decreto 7612	17/11/2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.
Portaria 793	24/04/2012	Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS.
Lei 13146	06/07/2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite - é considerado o primeiro plano federal brasileiro voltado para a promoção dos direitos da pessoa com deficiência, sendo instituído no ano de 2011. O capítulo 4 discorre a respeito deste Plano Governamental.

4. TECNOLOGIAS PARA A INCLUSÃO SOCIAL E O PLANO VIVER SEM LIMITE

A inclusão social pode ser definida como a ação de proporcionar a populações marginalizadas e excluídas oportunidades e condições para desfrutarem de bens e serviços, em igualdade de direitos às demais parcelas da sociedade. Em um sentido mais amplo, a inclusão social envolve o estabelecimento ou restabelecimento de condições para que todas as pessoas possam viver de forma plena, com qualidade de vida, providas de conhecimentos e mecanismos de participação política que as capacitem a agir de forma fundamentada e consciente. Falar de inclusão social compreende atingir não apenas a população em situação de pobreza, mas também outras parcelas que se encontram excluídas no que se refere a um conhecimento científico e tecnológico básico e ao acesso às tecnologias (MOREIRA, 2006).

A interface entre a tecnologia e a sociedade e, mais especificamente, entre a tecnologia e a inclusão social não deve ser analisada dicotomicamente, mas como uma complexa relação entre artefatos e sujeitos, organizações e sistemas, normas e conhecimentos, em um processo de co-construção do que se denomina realidade. Ademais, compreender o significado da tecnologia é uma tarefa política, pois envolve tomada de decisões a respeito do seu desenvolvimento, planejamento, adoção e utilidade. Por isso é um equívoco reduzir o conceito de tecnologia a um produto, uma vez que as experiências e situações típicas com os ambientes nos quais as comunidades encontram-se envolvidas devem ser consideradas. Não se deve atribuir à tecnologia, de forma isolada, uma autonomia ou externalidade social, já que ela é construída por e para sujeitos sociais, ou seja, no contexto da própria sociedade (NEDER, 2013; THOMAS, 2013).

Não constitui tarefa simples desenvolver e implementar tecnologias que visem a inclusão social. Thomas (2013) afirma que quatro perguntas básicas devem ser feitas: Por que algumas tecnologias funcionam para a inclusão social? Por que outras não funcionam? Para quem funcionam? E para quem não?

Para que a C&T possa contribuir na resolução de problemas sociais, implementando tecnologias para alavancar a inclusão, promovendo transformações profundas e estruturantes na sociedade, deverá ser contaminada por outros interesses e valores que não os do capital, mas os interesses e valores dos segmentos excluídos. A C&T deve promover a construção de sistemas socioeconômicos mais justos e participativos, precisamente onde as relações capitalistas de mercado impedem a gestação de processos de integração e consolidam dinâmicas de exclusão social (LIMA; NEVES; DAGNINO, 2010; THOMAS, 2013).

As tecnologias têm caráter inclusivo porque são instrumento para a viabilização ao acesso igualitário a bens e serviços e porque abrem a possibilidade da participação de seus usuários nos processos democráticos de tomada de decisões. Todavia, esta participação não deve ser um complemento, e sim uma necessidade estrutural da participação destes sujeitos sociais em todo o processo, desde a elaboração até a implementação, acompanhamento e avaliação (THOMAS, 2013).

Na assimilação deste elemento científico-tecnológico, juntamente às questões democráticas, a ideia do empoderamento⁶ cognitivo dos sujeitos sociais é inerente e se configura como condição necessária para a consecução do objetivo da inclusão social. Esse processo de empoderamento envolve as dimensões política, socioeconômica e cognitiva (SERAFIM, 2010).

A dimensão política, relativa à superação da democracia meramente formal, promove e incentiva a participação e a cidadania; a dimensão socioeconômica refere-se ao acesso aos meios de produção, ao trabalho em condições igualitárias e à garantia dos direitos básicos de sobrevivência e dignidade; já a dimensão cognitiva está ligada à apropriação e à participação do processo de construção do conhecimento (SERAFIM, 2010).

Na prática, para que aconteça efetivamente a inclusão social, devem-se articular os sujeitos vinculados ao processo de produção e implementação de tecnologias para a inclusão social, os sujeitos políticos vinculados aos processos de desenvolvimento de políticas públicas e os sujeitos comunitários e usuários finais destas mesmas tecnologias (THOMAS, 2013).

Resulta-se, desta forma, um cenário contraditório. Neste cenário, convivem práticas que buscam meramente a integração dos segmentos excluídos por meio da participação comunitária em políticas sociais puramente compensatórias e práticas que buscam a transformação social por meio da mudança do modelo de desenvolvimento. Estas últimas são inspiradas em um modelo civilizatório no qual a ética, a cidadania, a justiça e a igualdade social sejam incontestáveis, prioritárias e inegociáveis (GOHN, 2004).

Identificar os aspectos culturais e organizacionais das tecnologias propicia o entendimento de sua dependência dos sistemas sociopolíticos, das ideologias e valores da comunidade onde está inserida. Apesar da importância da inovação e dos avanços tecnológicos nas áreas que envolvem a inclusão e o desenvolvimento social, dentre as quais se encontra a inclusão das pessoas com deficiência, deve-se sempre buscar correlacionar

⁶ O empoderamento refere-se ao processo de mobilizações para impulsionar grupos e comunidades, no sentido de seu crescimento e autonomia, dotados de uma visão crítica da realidade social, bem como a ações destinadas a promover a integração de segmentos excluídos (GOHN, 2004).

mudança técnica e teoria social. Para entender os padrões de mudança técnica de uma sociedade, é importante compreender como tem acontecido o padrão de transformação social desta mesma sociedade (NEDER, 2013).

As tecnologias desempenham um papel central nos processos de modificação social, por isso a resolução da problemática da exclusão deve ser analisada levando-se em conta a dimensão tecnológica. Portanto, indaga-se: como situar a C&T no interior da pirâmide social diante das desigualdades de renda, escolarização, acesso a bens e serviços e avaliar seus resultados na prática? É possível pensar em inclusão e desenvolvimento social desvinculado da C&T? (NEDER, 2013).

A C&T, apontada como instrumento de promoção do desenvolvimento e inclusão produtiva e social, tem como base um conjunto de ações e programas governamentais voltados para o desenvolvimento e a reaplicação de tecnologias sociais com vistas à transferência destas para empreendimentos individuais, micro e pequenas empresas e à promoção de atividades de extensão tecnológica (BRASIL, 2011a).

Um desses instrumentos são os Centros Vocacionais Tecnológicos (CVTs), concebidos como unidades voltadas prioritariamente para a propagação de atividades de extensão tecnológica, com ênfase na implantação de laboratórios orientados para o apoio e desenvolvimento das vocações econômicas locais, das oportunidades de inserção ocupacional e de geração de renda (BRASIL, 2011a).

Outra ferramenta importante de C&T para inclusão social são as ações de apoio à pesquisa, inovação e extensão tecnológica, concebidas como meio para ampliar o acesso a tecnologias sociais ou adequadas sociotecnicamente, em parceria com os Institutos Científicos e Tecnológicos (ICTs) e Instituições Públicas de Ensino Federais e Estaduais. Igualmente fazem parte das prioridades nessa área o fortalecimento de mecanismos de gestão, cooperação, infraestrutura e serviços tecnológicos, bem como a difusão de métodos participativos de articulação e de desenvolvimento de tecnologias voltadas à inclusão produtiva e social. A extensão tecnológica com vistas à disseminação de tecnologias de pequena escala, aplicáveis à agricultura familiar, é outra vertente desta linha de ação, conduzida em estreita parceria com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) (BRASIL, 2011a).

As ações relacionadas ao acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), por sua vez, representam outra fronteira decisiva no processo de inclusão social pelas possibilidades que abrem à participação comunitária, à formação de jovens e ao atendimento de outros segmentos sociais em situação de vulnerabilidade. As TICs representam, nesse

sentido, poderosas ferramentas de geração de emprego e renda, além de melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2011a).

Constituem-se como estratégias associadas a este propósito:

a) desenvolvimento de programas de difusão de tecnologias sociais voltadas à inclusão produtiva, para empreendedores individuais e pequenos empreendimentos economicamente sustentáveis;

b) fomento a pesquisa e desenvolvimento na área de TA, voltada para as pessoas com deficiência;

c) desenvolvimento de programas e ações de C&T destinados ao desenvolvimento da segurança alimentar e nutricional.

O fomento aos recursos em TA tornou-se umas das prioridades da política de Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Social. Neste contexto foi lançado, em novembro de 2011, pela Presidência da República, o “Plano Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência”. O Plano Viver Sem Limite proporciona, por meio do Programa Nacional de Inovação em Tecnologia Assistiva, linhas de crédito a universidades, centros de tecnologia e empresas com ações e pesquisas no setor de TA (BRASIL, 2011b).

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite - é considerado o primeiro plano federal brasileiro voltado para a promoção dos direitos da pessoa com deficiência. Este plano, coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), foi instituído por meio do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro 2011, durante o governo da presidente Dilma Vana Rousseff (BRASIL, 2012a).

O Plano Viver sem Limite considera a necessidade de criar, ampliar, integrar e diversificar os serviços públicos voltados para o cuidado das pessoas com deficiência. A partir desta consideração, foram criadas novas políticas públicas, articuladas em quatro eixos temáticos: Acesso à Educação, Atenção à Saúde, Inclusão Social e Acessibilidade. As ações do Plano Viver sem Limite não demandam apenas uma agenda quantitativa, a fim de aumentar os números do que já era realizado. Pelo contrário, estas ações exigem novas formas de organização, tais como formação em rede, consulta à sociedade civil e aos movimentos sociais e transversalidade com outras áreas (BRASIL, 2012a).

O eixo temático Acesso à Educação, a cargo do Ministério da Educação, compreende investimentos em recursos e serviços de apoio nesta área, assegurando o direito de acesso da pessoa com deficiência da Educação Infantil ao Ensino Superior. Este apoio está relacionado

à busca ativa de alunos, transporte acessível, aprendizagem, acessibilidade e qualificação profissional (BRASIL, 2014).

Neste eixo, destacam-se as seguintes ações realizadas: 15 mil novas Salas de Recursos Multifuncionais para atendimento educacional especializado; 30 mil kits de atualização de Salas de Recursos Multifuncionais; recursos para adequação arquitetônica e acessibilidade de 42 mil escolas públicas; compra de 2.609 ônibus para o Transporte Escolar Acessível de 60 mil alunos com deficiência; prioridade no preenchimento de vagas para pessoas com deficiência nos cursos oferecidos pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); apoio às universidades federais em seus projetos de acessibilidade; contratação de 606 tradutores e intérpretes de Libras nas instituições federais de ensino, para acessibilidade de estudantes com deficiência auditiva; criação de 27 cursos de Letras/Libras; criação de 12 cursos de Pedagogia na perspectiva bilíngue; ampliação, por meio de busca ativa, do número de crianças e adolescentes beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) matriculadas na escola (BRASIL, 2014).

O eixo Inclusão Social compreende o desenvolvimento de ações de participação social e de combate às desigualdades, visando a incluir as pessoas com deficiência na sociedade, tanto no trabalho, quanto no cuidado diário de pessoas em situação de pobreza. Este eixo está a cargo de todos os Ministérios (BRASIL, 2014).

Busca-se nesse sentido: Promover a qualificação profissional e o acesso ao trabalho entre os beneficiários com deficiência do BPC; implantação de 200 Residências Inclusivas, que oferecem proteção integral a jovens e adultos com deficiência; implantação de 27 Centros-Dia de Referência, para oferta de cuidados durante o dia a jovens e adultos com deficiência são ações deste eixo (BRASIL, 2014).

O eixo Acessibilidade refere-se ao acesso à tecnologia e ao desenvolvimento tecnológico, moradia e aquisição de equipamentos, a cargo de todos os Ministérios (BRASIL, 2014).

Destacam-se as seguintes ações: construção de 1,2 milhões de moradias adaptáveis e instalação de 20 mil kits de adaptação, conforme o tipo de deficiência do morador; implantação de cinco centros tecnológicos de formação de instrutores e treinadores de cães-guia; Programa Nacional de Inovação em Tecnologia Assistiva, com oferta de linha de subvenção econômica não reembolsável para inovação em recursos de TA e de financiamento para inovação em equipamentos de esportes paraolímpicos; implantação do Centro Nacional de Referência em Tecnologia Assistiva, com apoio a 20 núcleos de pesquisa em universidades públicas para o desenvolvimento e inovação com foco em prevenção, reabilitação e

acessibilidade; microcrédito pelo Banco do Brasil com juros subsidiados para aquisição de produtos de TA (BRASIL, 2014).

A maior parte do contingente populacional brasileiro que requer o suporte de recursos tecnológicos de natureza assistiva carece de condições econômicas para adquiri-los no mercado. Este fato é justificado pela íntima relação entre deficiência e pobreza. Bidirecionalmente, uma pode aumentar o risco da outra. As pessoas com deficiência e sua família enfrentam maiores desvantagens econômicas e sociais, devido às repercussões adversas na educação, emprego e renda, tornando-a uma questão também de desenvolvimento (OMS, 2011).

Por isso o fomento a TA tornou-se uma das prioridades da política de Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Social, que tem como objetivo difundir conhecimento e soluções para a inclusão produtiva e social, a melhoria da qualidade de vida e o exercício da cidadania, inserido no “Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Viver sem Limite”. O programa proporciona linhas de crédito a universidades, centros de tecnologia e empresas com ações e pesquisas no setor de TA, por meio do Programa Nacional de Inovação em Tecnologia Assistiva, uma vez que o Brasil é altamente dependente dos países desenvolvidos na área de tecnologias em saúde (BRASIL, 2011a; BATOCCHIO et al., 2014).

O Programa Nacional de Inovação em Tecnologia Assistiva é implementado pelo MCTI e pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) – Agência Brasileira de Inovação. Para a linha de subvenção, há chamadas públicas divulgadas pela Finep, nas quais são estabelecidos critérios para a concessão de recursos reembolsáveis e não reembolsáveis destinados a projetos de alto risco tecnológico direcionados ao mercado de TA, desenvolvidos por empresas, universidades e institutos de pesquisa (BRASIL, 2014).

Os recursos reembolsáveis, no total de R\$60 milhões, seriam destinados às empresas.

Os recursos não reembolsáveis, entre os anos de 2011 a 2014, ficaram assim distribuídos (BRASIL, 2014):

- a) Chamada 2011 (R\$20 milhões): 8 contratos (R\$12,3 milhões).
- b) Chamada 2012 (R\$20 milhões): 2 projetos aprovados (R\$3,9 milhões), com foco na produção de equipamentos paraolímpicos, sendo desenvolvidas cadeiras de rodas para praticantes de *rugby* e para jogadores de basquete.
- c) Chamada 2013 (R\$20 milhões): 5 projetos aprovados, *scanner* de mesa com voz, cadeira terapêutica multipostural motorizada, transdutor implantável (componente

de prótese auditiva), cadeira de rodas motorizada com controle avançado e Minha Casa Assistiva.

d) Chamada 2014 (R\$23 milhões): 77 projetos selecionados.

A Pesquisa Nacional em Tecnologia Assistiva, realizada nos anos de 2007 e 2008 e publicada em 2012 por Garcia e Galvão Filho, constatou que 77% dos projetos de inovação em TA concentravam-se em três estados brasileiros: Rio Grande do Sul (33%), São Paulo (28,4%) e Rio de Janeiro (15,6%), sugerindo a necessidade de aumentar a distribuição de pesquisas em todo o território nacional. Dentre estes projetos, 66% eram realizados por instituições privadas. Os projetos voltados às pessoas com deficiência auditiva representaram 28,4%.

Esta pesquisa constatou também que em apenas 7,3% dos projetos cadastrados não houve atuação de pessoas com deficiência em seus processos, mas que em apenas 15,6% houve a participação destas pessoas como integrantes da equipe técnica. Na maior parte dos projetos, essa presença aconteceu somente em determinadas fases, como participação unicamente como objeto de estudo. Portanto, mesmo considerando-se como um dado positivo o fato de que, na grande maioria dos projetos, há algum tipo de participação de pessoas com deficiência, percebe-se que o processo ainda precisa ser democratizado (GARCIA; GALVÃO FILHO, 2012).

Consoante com os dispositivos legais, a estratégia nacional do MCTI tem como diretriz combinar educação de qualidade, pesquisa científica, inovação e inclusão social. Há uma atenção relacionada a esta última, por meio da transferência de tecnologias para a agricultura familiar, micro e pequenas empresas, bem como do desenvolvimento de recursos em TA voltadas às pessoas com deficiência (BRASIL, 2011a).

No âmbito do MCTI, há quatro iniciativas particularmente vinculadas a esse programa que merecem destaque: o fomento à inovação empresarial (concessão de subvenção e crédito para o desenvolvimento tecnológico e a promoção da inovação de produtos, processos e serviços voltados para pessoas com deficiência) e seu alinhamento com a política de compras governamentais no setor; o estabelecimento de linha de crédito para aquisição de produtos de TA, voltada prioritariamente às pessoas com deficiência de baixa renda; a criação do Centro Nacional de Referência em Tecnologia Assistiva (CNRTA) na unidade de pesquisa abrigada no Centro de Tecnologia da Informação (CTI) Renato Archer em Campinas – SP, na forma de uma rede cooperativa de desenvolvimento, inovação e pesquisa; a disponibilização do Catálogo Nacional de Produtos de Tecnologia Assistiva.

O CTI tem como proposta a orientação da rede de núcleos de pesquisa em universidades públicas, o estabelecimento de diretrizes e articulação da atuação dos núcleos de produção científica e tecnológica. Estas ações, se efetivas, constituem em um passo para o equacionamento de problemas e insuficiências nesta esfera. Os núcleos, de natureza multidisciplinar, devem agregar grupos de pesquisa interessados em realizar projetos de pesquisa, desenvolvimento ou inovação voltados para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014; BATOCCHIO et al., 2014).

Porém, como já afirmava Thomas (2013), não se trata de acumular ou criar um estoque de tecnologias, como intervenções paliativas ou paternalistas. Ou ainda, de acordo com Sicoli e Nascimento (2003), não basta promover o acesso ao recurso em TA, mas também incentivar e investir em ambientes de suporte (como os pontos de atenção especializada, descritos a seguir), com políticas que priorizem grupos vulneráveis e revertam desigualdades instaladas, a fim de alcançar a equidade, em um diálogo construtivo entre todos os sujeitos. A própria diretriz da estratégia nacional do MCTI relaciona inovação e inclusão social. Os recursos em TA não devem ser um fim em si mesmos, mas meios para se alcançar este objetivo.

O eixo Atenção à Saúde contempla ações voltadas para a promoção à saúde, prevenção, identificação precoce das deficiências, tratamento e reabilitação, a cargo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência inclui como diretrizes a promoção da equidade, a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares e desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do CNTA (BRASIL, 2012a).

As ações deste eixo compreendem a ampliação e qualificação da Triagem Neonatal; elaboração e publicação de Diretrizes Terapêuticas sobre como proceder quanto ao controle e acompanhamento de várias deficiências; ampliação e qualificação da rede de reabilitação do SUS, em parceria com instituições de referência nacional e implantação de novos Centros Especializados em Reabilitação – CER; aquisição de 88 veículos adaptados destinados ao transporte das pessoas com deficiência aos CER; implantação de oficinas ortopédicas e capacitação de profissionais de saúde para atuarem nestas oficinas; qualificação de 420 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) para atender às pessoas com deficiência; adequação física e aquisição de equipamentos para 27 centros cirúrgicos em hospitais gerais; qualificação de seis mil profissionais de saúde bucal para atendimento de pessoas com deficiência (BRASIL, 2014).

Os serviços de reabilitação/habilitação auditiva devem estar em consonância com os objetivos dos serviços de TA pressupostos pelo CAT, ou seja, desenvolver ações a fim de garantir a funcionalidade pretendida pelo sujeito no uso do recurso apropriado; apoiar e orientar sobre os dispositivos legais para a concessão do recurso em TA; coordenar a utilização do recurso com reabilitação, educação e inserção ocupacional; formação do usuário para o uso da tecnologia; fomentar pesquisa e desenvolvimento (BRASIL, 2012a).

A Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências é um dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Articulado entre os demais componentes (Atenção Básica e Atenção Hospitalar), garante a integralidade do cuidado e o acesso regulado aos serviços, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam, acessibilidade, comunicação, manejo clínico; medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual (BRASIL, 2012a).

Os pontos de Atenção Especializada devem produzir um Projeto Terapêutico Singular baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades das pessoas com deficiência, incluindo recursos em TA. Este Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, com foco na produção da autonomia e no máximo de independência em diferentes aspectos da vida. Os pontos de atenção também devem garantir que a indicação de recursos em TA devam ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente (BRASIL, 2012a).

Em consonância com os instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual, fornecidos pelo Ministério da Saúde, os serviços que oferecem reabilitação de pessoas com deficiência auditiva são aqueles que podem fazer a concessão de prótese auditiva (BRASIL, 2012a).

Configuram-se como procedimentos deste processo: diagnóstico (consultas médicas e exames audiológicos); seleção, adaptação e concessão de prótese auditiva; terapia fonoaudiológica; acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitorar, realizar possíveis modificações nas características eletroacústicas da prótese auditiva e orientar quanto ao seu manuseio (BRASIL, 2012a).

O serviço de reabilitação é responsável pelo acompanhamento periódico dos usuários de prótese auditiva, monitorando a efetividade do uso desse tipo de recurso em TA. Depois da

concessão da prótese auditiva, a manutenção é de responsabilidade dos usuários, quem tem dispêndio com pilhas, trocas de moldes auriculares, trocas de cápsulas e eventuais consertos não cobertos pela garantia.

Mais recentemente a Lei Brasileira de Inclusão estabelece, reafirma e garante, em seu artigo 16, nos programas e serviços de habilitação e de reabilitação para a pessoa com deficiência (BRASIL, 2015a, p. 06):

- I - organização, serviços, métodos, técnicas e recursos para atender às características de cada pessoa com deficiência;
- II - acessibilidade em todos os ambientes e serviços;
- III - tecnologia assistiva, tecnologia de reabilitação, materiais e equipamentos adequados e apoio técnico profissional, de acordo com as especificidades de cada pessoa com deficiência;
- IV - capacitação continuada de todos os profissionais que participem dos programas e serviços.

O capítulo 5 trata sobre as especificidades da deficiência auditiva e da prótese auditiva como recurso em TA.

5. A PRÓTESE AUDITIVA COMO RECURSO EM TECNOLOGIA ASSISTIVA

O termo *Assistive Technology* (AT), traduzido no Brasil como “Tecnologia Assistiva”, foi criado em 1998 como importante elemento jurídico incorporado na legislação dos Estados Unidos da América (EUA), por meio de uma lei pública federal denominada *Assistive Technology Act*. Esta lei tinha como objetivo regular os direitos dos cidadãos com deficiência, além de prover a base legal dos fundos públicos para a aquisição dos recursos e serviços que estes pudessem vir a necessitar (BERSCH, 2008).

Historicamente, diferentes terminologias foram aplicadas para referir-se ao conjunto de recursos tecnológicos voltados à ampliação da funcionalidade das pessoas com deficiência. Alguns dos termos utilizados foram “Tecnologias Assistivas”, “Ajudas Técnicas” e “Tecnologias de Apoio” (GARCIA; GALVÃO FILHO, 2012).

Em agosto de 2007, o Comitê de Ajudas Técnicas (CAT), comitê permanente vinculado à Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), aprovou o termo “Tecnologia Assistiva” como sendo o mais adequado, sugerindo e incentivando que seja aplicado nas formações de recursos humanos, nas pesquisas e referenciais teóricos brasileiros.

Considera-se também que há uma tendência nacional já firmada da utilização do termo “Tecnologia Assistiva” no meio acadêmico, nas organizações de pessoas com deficiência, em setores governamentais e no mercado de produtos. Sendo assim, o CAT desenvolveu a seguinte definição de TA:

Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL – SDH/PR. – Comitê de Ajudas Técnicas – ATA VII, 2007, p. 03).

Esta conceituação de TA do CAT reconheceu o caráter interdisciplinar e transversal do tema, tirando-o do monopólio das áreas da saúde. A amplitude da concepção pode favorecer, incentivar e fundamentar a pesquisa, o desenvolvimento e a inovação em TA. Concomitantemente, pode favorecer o aperfeiçoamento das políticas públicas nesta área (GARCIA; GALVÃO FILHO, 2012).

O recurso em TA deve ser entendido como um auxílio que promove a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou que possibilita a realização de uma função que se encontra impedida por circunstância de deficiência ou pelo processo de envelhecimento

humano. Infere-se, portanto, que seu objetivo preponderante é proporcionar à pessoa com deficiência maior independência, qualidade de vida e inclusão social, por meio da ampliação de sua comunicação e interação, mobilidade, controle de seu ambiente, habilidades de seu aprendizado e trabalho (BERSCH, 2008; RODRIGUES; ALVES, 2013). De acordo com Radabauhg (1993), a tecnologia, para as pessoas com deficiência, torna as coisas possíveis.

A ascensão desta área, segundo Rodrigues e Alves (2013), está relacionada ao destaque dado aos arranjos sociais como promotores ou não de acessibilidade. Portanto, questionam-se os mecanismos que impedem a plena participação nos espaços sociais, buscando-se formas de fomentar tal participação como direito de todos. Nesta nova perspectiva de sociedade, surge a necessidade de ampliar o acesso aos recursos em TA nos diferentes espaços. Conforme Galvão Filho (2013), a trajetória para sistematizar, construir e formular o conceito de TA, apesar de recente, tem atravessado diversas etapas, em seu processo de desenvolvimento.

Segundo Bersch (2008), todo serviço relacionado aos recursos de TA deve envolver o usuário de forma direta, tendo como base o conhecimento de seu contexto de vida, a valorização de suas intenções e necessidades funcionais pessoais e a identificação de suas habilidades atuais.

O usuário, ao participar ativamente do processo de seleção da TA, tomará consciência das possibilidades e das limitações desses recursos, compreendendo também que mudanças de rotina e novos empenhos diários serão necessários. O objetivo de maior autonomia e independência para o usuário será alcançado se houver participação efetiva e envolvimento no aprendizado e na utilização da TA durante o período de implementação. A participação do usuário é considerada como ponto fundamental para que se evite o abandono ou a subutilização posterior do recurso em TA (BERSCH, 2008).

Apesar de ficar evidente a importância do envolvimento do usuário no processo de adaptação do recurso em TA, o consórcio europeu EUSTAT (*Empowering Users Through Assistive Technology*) entende que, além dos componentes humanos, os componentes técnicos e os componentes socioeconômicos devem ser considerados:

Considerando como objetivo principal das Tecnologias de Apoio o uso de tecnologias que ajudem a ultrapassar as limitações funcionais dos seres humanos num contexto social, é de extrema importância identificar não só os aspectos puramente tecnológicos, mas também os aspectos relacionados com os fatores humanos e socioeconômicos. [...] Um modelo de formação e treino em tecnologias de apoio deve ser baseado num modelo de desenvolvimento humano que tenha em consideração os problemas que as pessoas com deficiência apresentam quando tentam adaptar-se a um ambiente diverso (EUSTAT, 1999, p. 53).

Quando os componentes socioeconômicos são considerados juntamente com os componentes humanos e tecnológicos, constrói-se uma concepção que vai de encontro a uma visão de deficiência pautada nas desvantagens ou limitações individuais. Pelo contrário, considera-se que estas também são interpostas por componentes ambientais e realidades socioeconômicas. Desta forma, as intervenções devem ocorrer também na sociedade, para que esta efetivamente se torne inclusiva (GARCIA; GALVÃO FILHO, 2012).

Pressupõe-se que não basta promover o acesso aos recursos em TA. Para alcançar a equidade, é preciso reorientar os serviços e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde, priorizem grupos desprivilegiados, marginalizados e vulneráveis e revertam desigualdades instaladas (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

O tema da TA não é um conceito ligado tão-somente à ciência e tecnologia, mas também à indústria, à saúde e à educação. A extensão deste conceito está relacionada à promoção dos Direitos Humanos, pois possibilita que as pessoas com deficiência possam alcançar independência e autonomia. Por isso, devem-se adotar medidas que assegurem o acesso aos recursos em TA (BRASIL, 2009).

Desta forma, o preâmbulo da Convenção da ONU reafirma uma série de questões importantes que são concretizadas em seus artigos. O artigo 20º afirma que os Estados-Partes (dentre eles o Brasil, a partir de 2009) devem facilitar o acesso às ajudas técnicas, aos dispositivos e recursos em TA. O artigo 26º aborda a organização, o fortalecimento e a ampliação de serviços e programas de habilitação e reabilitação (BRASIL, 2009b).

A Lei Brasileira de Inclusão, em seu artigo 74, garante o acesso aos recursos em TA: “É garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida” (BRASIL, 2015b).

Embora a TA seja um conceito em pleno processo de construção e sistematização, a utilização de seus recursos remonta aos primórdios da história da humanidade. Um pedaço de pau utilizado como uma bengala improvisada, por exemplo, caracteriza o uso de um recurso de TA. Neste sentido, Manzini (2005, p. 82) ressalta que

Os recursos de Tecnologia Assistiva estão muito próximos do nosso dia-a-dia. Ora eles nos causam impacto devido à tecnologia que apresentam, ora passam quase despercebidos. Para exemplificar, podemos chamar de Tecnologia Assistiva uma bengala, utilizada por nossos avós para proporcionar conforto e segurança no momento de caminhar, bem como um aparelho de amplificação utilizado por uma pessoa com surdez moderada ou mesmo veículo adaptado para uma pessoa com deficiência.

A TA é classificada em dez áreas, conforme a ISO 9999 (1998): ajuda para terapia e treinamento; órteses e próteses; ajudas para segurança e proteção pessoal; ajudas para a mobilidade pessoal; ajudas para atividades domésticas; mobiliário e adaptações para residências e outros móveis; ajudas para comunicação, informação e sinalização; ajudas para o manejo de bens e produtos; ajudas e equipamentos para melhorar o ambiente, maquinaria e ferramentas.

A prótese auditiva, que é considerada “órteses e próteses” de acordo com a classificação da TA, é um recurso tecnológico fundamental nos processos de habilitação e reabilitação auditivas, embora não seja o único componente destes processos. A habilitação refere-se quando o início precoce da deficiência auditiva impede o desenvolvimento da linguagem, denominada de deficiência auditiva pré-lingual (ou seja, quando a deficiência auditiva acontece antes do processo de aquisição da fala). A reabilitação, por sua vez, refere-se ao reestabelecimento das habilidades comunicativas desenvolvidas antes do início da deficiência auditiva, denominada pós-lingual, isto é, quando o sujeito é acometido pela deficiência auditiva após o desenvolvimento da fala (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

Há indícios históricos de que a primeira prótese auditiva acústica tenha sido simplesmente a mão em concha posicionada atrás da orelha, procedimento que propicia a coleta dos sons, refletindo-os ao redor do pavilhão auricular. Há referências de que o imperador romano Adriano (117-135 d.C.) utilizava-se deste método de amplificação (ALMEIDA; IORIO; DISHTCHEKENIAN, 2003).

Nos séculos XVIII e XIX, as cornetas acústicas foram amplamente desenvolvidas e utilizadas. Apesar disso, a utilização de cornetas acústicas de origem animal data do século XIII, enquanto que a utilização de cornetas acústicas manufaturadas pelo homem, do século XVII (ALMEIDA; IORIO; DISHTCHEKENIAN, 2003).

A primeira prótese auditiva elétrica surgiu no início do século XX. Com os avanços da tecnologia elétrica e eletrônica, tornaram-se possíveis inovações e modificações quase que constantes, na tentativa de se obterem aparelhos cada vez mais potentes, esteticamente aceitáveis e com um maior número de controles. Estes recursos permitiram ajustes e modificações na resposta de frequências básicas do aparelho, tornando mais fácil a sua adaptação a cada pessoa com deficiência auditiva em sua particularidade (ALMEIDA; IORIO; DISHTCHEKENIAN, 2003).

A tecnologia aplicada à área das próteses auditivas pode ser dividida em cinco eras: Acústica, do Carbono, da Válvula, do Transistor e Digital. A primeira delas, denominada Era

Acústica, compreendeu um período que durou até o fim do século XIX. Nesta era, as cornetas acústicas e tubos de fala eram utilizados como meios para a amplificação dos sons.

Este tempo foi sucedido pela Era do Carbono, com a aplicação da tecnologia utilizada no telefone adaptada à fabricação de próteses auditivas com capacidade de amplificação muito limitada (compostas por um microfone de carbono, um receptor e uma fonte de energia elétrica). Já a Era da Válvula foi um período em que foi possível obter aparelhos com maior amplificação, melhor resposta de frequências e menor ruído interno (ALMEIDA; IORIO; DISHTCHEKENIAN, 2003).

As duas últimas eras, do Transistor e a Digital, são consideradas conjuntamente como a Era da Microeletrônica. Este período é marcado pela miniaturização dos componentes e pela aplicação da tecnologia digital nas próteses auditivas (ALMEIDA; IORIO; DISHTCHEKENIAN, 2003).

A aplicação da tecnologia digital na fabricação das próteses auditivas propiciou melhora no processamento do sinal acústico, possibilidade de programar o instrumento, precisão no ajuste dos parâmetros eletroacústicos, maior controle sobre a retroalimentação acústica e, ainda, auto-adaptação a mudanças acústicas no ambiente (IÓRIO; ALMEIDA, 1990).

Nota-se, portanto, que as próteses auditivas têm sido aprimoradas com o avanço tecnológico. Estes aprimoramentos incluem a confecção de dispositivos cada vez menores, o aperfeiçoamento de transdutores e amplificadores e o desenvolvimento de novos algoritmos para a redução do ruído e intensificação da fala, com o objetivo de propiciar maior nitidez no sinal amplificado e melhora da qualidade sonora (FIALHO et al., 2009).

A Era Digital propriamente dita iniciou-se no ano de 1995, quando foram lançadas as primeiras próteses auditivas completamente digitais. Toda prótese auditiva digital possui um *software* (programação para controlar os circuitos) e um *hardware* (circuitos eletrônicos e transdutores), que utilizam circuitos integrados para processar o som. As próteses auditivas digitais trazem uma série de vantagens, que incluem a possibilidade de serem programadas, a miniaturização, baixo consumo de energia, menor ruído interno, maior estabilidade, melhor reprodutibilidade e complexidade de processamento (ALMEIDA; IORIO; DISHTCHEKENIAN, 2003).

Atualmente, esses instrumentos apresentam várias denominações, tais como “próteses auditivas”, “aparelhos auditivos” e “aparelhos de amplificação sonora individual”. Neste estudo, optou-se pelo termo “prótese auditiva”, uma vez que “prótese” designa peça ou dispositivo artificial de partes do corpo que tenham sido perdidas acidentalmente, retiradas

intencionalmente ou que estejam comprometidas em sua forma ou função (VASCONCELOS; MORAES; BRAGA, 1998).

Para compreender o processo de concessão de próteses auditivas, deve-se compreender o fenômeno da deficiência auditiva. É necessário conhecer o procedimento diagnóstico; a correlação entre o grau de perda auditiva e a inteligibilidade de fala; os aspectos contraditórios na classificação das perdas auditivas e o impacto da deficiência auditiva nas diferentes faixas etárias.

Diagnosticar uma deficiência constitui-se como um procedimento complexo que requer conhecimento especializado, contemplando os critérios técnicos e as técnicas dos dispositivos legais, que constituem as duas dimensões principais do fenômeno. Os critérios técnicos estão associados à configuração objetiva da deficiência como patologia, enquanto as técnicas dos dispositivos legais regem o tratamento a ser dispensado às pessoas com deficiência, ou seja, os direitos, as vantagens e os benefícios que lhes são atribuídos enquanto categoria social formalmente institucionalizada (SOUZA; CARNEIRO, 2007).

O diagnóstico da deficiência auditiva é realizado por meio da audiometria. Este exame é realizado com fones de ouvido, em cabina acústica. A audiometria tem por objetivo medir a acuidade auditiva do sujeito, obtendo o limiar auditivo, ou seja, o nível mínimo de intensidade sonora necessário que o paciente seja capaz de detectar em 50% das vezes que for apresentado, nas frequências de 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000Hz. Em outras palavras, mede-se o valor em dB em que o limiar do sujeito se situa, o que configura seu nível de audição (NA) (FRAZZA et al., 2000).

Os limiares auditivos são anotados em um gráfico denominado audiograma, tendo em sua abcissa as frequências testadas e em sua ordenada a medida da intensidade mínima de audição para cada frequência testada. Os limiares auditivos da orelha esquerda são marcados no audiograma por Xs azuis e os da orelha direita, por Os vermelhos. O uso da forma gráfica e do sistema de símbolos foi recomendado pela *American Speech and Hearing Association* (ASHA) em 1974 (ASHA, 1974; RUSSO; SANTOS, 1993; FRAZZA et al., 2000).

Uma vez obtidos os limiares auditivos, pode-se determinar se a audição está dentro dos padrões de normalidade ou, se há perda auditiva, classificar seu grau (FRAZZA et al., 2000).

Quadro 11 - Correlação das perdas auditivas quanto ao grau e à inteligibilidade de fala

Média tonal	Classificação quanto ao grau	Inteligibilidade de fala
-------------	------------------------------	--------------------------

Até 25dBNA	Audição normal	Nenhuma dificuldade significativa
De 26 a 40dBNA	Perda auditiva leve	Dificuldade com fala fraca ou distante
De 41 a 70dBNA	Perda auditiva moderada	Dificuldade com fala em conversação
De 71 a 90dBNA	Perda auditiva severa	Dificuldade mesmo com fala intensa
Acima de 91dBNA	Perda auditiva profunda	Dificuldade até mesmo com fala amplificada. Realiza leitura labial

Fonte: Adaptado de Davis e Silvermann (1970) e Lloyd e Kaplan (1978)

De acordo com Russo et al. (2009), no Brasil, o método mais utilizado para classificar o grau de perda auditiva baseia-se na obtenção da média nas frequências de 500, 1000 e 2000Hz, estabelecido por Davis e Silvermann, em 1970.

Na classificação de Davis e Silvermann (1970), os sujeitos podem apresentar audição normal (média de 0 a 25dB), perda auditiva leve (média de 26 a 40dB), perda auditiva moderada (média de 41 a 70dB), perda auditiva severa (média de 71 a 90dB) e perda auditiva profunda (média acima de 91dB).

Consoante com dados da *American Academy of Otolaryngology and American Council of Otolaryngology* (AAO-ACO), este sistema de classificação está embasado no fato de que a função auditiva começa a ser alterada quando a média das frequências selecionadas atinge um valor maior que 25dB. Ademais, a média da sensibilidade para tons puros nas frequências selecionadas é um indicador válido da habilidade de um sujeito ouvir a fala em uma variedade de condições nas atividades de vida diária (AAO-ACO, 1979).

Até 1999, a classificação de Davis e Silvermann era a mesma estabelecida nas políticas do Governo Federal Brasileiro (BRASIL, 1989). Porém, em 1999, o Governo Federal passou a considerar deficiência auditiva na vigência de “perda bilateral, parcial ou total, de 41dB ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz” (BRASIL, 1999). Após esgotamento de pesquisa nas fontes, não foram encontradas justificativas para a mudança dos critérios do Governo Federal que, embora tenha passado a considerar também a frequência de 3000Hz para a média, deixou de considerar a pessoa com perda auditiva leve ou com perda auditiva unilateral como pessoa com deficiência.

Inferese, deste modo, que sujeitos com perda de audição unilateral, perdas de grau leve ou com perda em frequências agudas não se enquadram na definição de deficiência auditiva do dispositivo legal. A partir disso, observa-se também que trabalhadores expostos a ruído (como os trabalhadores da indústria) que desenvolvem PAIR não fazem parte da categoria de pessoas com deficiência, uma vez que a PAIR desencadeia inicialmente um rebaixamento nas frequências agudas e preservação das frequências médias e graves. Portanto, ignora-se uma demanda engendrada pelo próprio sistema.

Uma classificação que desconsidera as frequências mais agudas, ou seja, aquelas acima de 3000Hz, prioriza a energia dos sons da fala em detrimento de sua inteligibilidade. Desta forma, esta classificação não reflete o real prejuízo no desempenho comunicativo gerado por tais perdas. Sujeitos com perdas auditivas em frequências acima de 3000Hz apresentam dificuldade na discriminação da fala, principalmente em ambientes ruidosos (RUSSO et al., 2009).

Mesmo quando a audiometria não revela comprometimentos auditivos significativos, o histórico e a discussão da queixa devem auxiliar na determinação da necessidade ou não de acompanhamento. É importante saber sobre situações difíceis de escuta, audição em ambiente silencioso e ruidoso, condições de escuta em grupo ou individualmente, uso do telefone e da televisão, habilidade de localização da fonte sonora e mudanças no estilo de vida decorrentes das dificuldades auditivas (ROBINETTE, 1999).

Categorizar uma pessoa com deficiência auditiva tão somente pela interpretação de um audiograma pode levar a condutas com implicações diversas na vida pessoal e profissional do sujeito avaliado. Desta forma, é imprescindível refletir sobre a possibilidade da utilização de instrumentos diagnósticos que avaliem a inteligibilidade de fala e os prejuízos nas atividades de vida diária deste sujeito (RUSSO, 1999).

Atualmente tramita na Câmara um projeto de lei de autoria do deputado federal Arnaldo Faria de Sá, cujo relator é o senador Paulo Paim, com a proposta de considerar a perda auditiva unilateral, total ou parcial, como deficiência. Até o momento, foi realizada uma audiência pública na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado (BRASIL, 2016a).

Para melhor compreensão dos impactos da deficiência auditiva, optou-se por categorizá-la em pré-lingual ou pós-lingual, isto é, se a deficiência auditiva ocorreu em período anterior ou posterior à finalização do processo de aquisição da linguagem oral.

A deficiência auditiva pré-lingual ocorre antes dos três anos de idade, ou seja, antes da finalização do processo de aquisição da linguagem oral. A audição é a principal fonte para a aquisição da linguagem oral na criança com limiares auditivos normais. Portanto, mesmo perdas auditivas de grau leve podem ter impacto no desenvolvimento da linguagem e das habilidades comunicativas de seus portadores. Ademais, a deficiência auditiva pré-lingual pode interferir de forma significativa no processo de socialização e nos processos de aprendizagem da leitura e da escrita. É comum que a pessoa com deficiência auditiva pré-lingual seja integrada em uma comunidade surda e se utilize de língua de sinais (JAMIENSON, 1999).

A deficiência auditiva pós-lingual configura-se como aquela adquirida após a idade de três anos. Ao contrário das pessoas acometidas por deficiência auditiva pré-lingual, estas pessoas podem não encontrar suporte em comunidades surdas, levando a uma confusão no desenvolvimento de sua identidade. Quando a deficiência auditiva ocorre na adolescência ou no início da idade adulta, podem-se alterar as escolhas profissionais. Estas pessoas podem apresentar, além dos efeitos auditivos, déficit intelectual, distúrbio de aprendizagem e problemas comportamentais (JAMIENSON, 1999).

Uma perda auditiva adquirida na idade adulta é considerada uma perda social que afeta as interações interpessoais, podendo privar o sujeito das relações sociais e da qualidade de vida que este estava adaptado, gerando um isolamento social. Se a deficiência auditiva interferir no seu desempenho profissional, este sujeito pode necessitar mudar de função ou carreira (JAMIENSON, 1999).

A decisão de usar uma prótese auditiva não é decorrente somente do grau da perda de audição, mas sim do grau de comprometimento experimentado pela pessoa com deficiência auditiva nas suas atividades de vida diária (FONSECA; IÓRIO, 2014). Todo este processo envolve considerações como modelo da prótese, tipo de adaptação, tecnologia empregada e características eletroacústicas (BARROS; QUEIROGA, 2011).

O uso de uma prótese auditiva tem como finalidade primária a amplificação sonora, adequada e satisfatoriamente. Esta amplificação não deve se restringir aos sinais de fala, mas inclui também os sons ambientais, os sinais de perigo, como alarmes contra incêndios, e de alerta, como campainhas de porta ou telefones (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

Apesar de toda a tecnologia empregada, a variável de maior interesse durante o processo de avaliação da satisfação é o ponto de vista do sujeito e não se relaciona apenas ao desempenho da prótese. A satisfação com o uso da prótese auditiva é afetada pela aceitação e

pelo benefício percebido e configura-se como medida do desfecho da reabilitação auditiva (FIALHO et al., 2009).

A seleção do modelo de prótese auditiva, considerando suas características eletroacústicas e tecnológicas, deve ser baseada nas necessidades individuais do usuário, considerando como aspectos norteadores o tipo, grau e configuração da perda auditiva, as necessidades não auditivas e de comunicação do sujeito (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

Os modelos de próteses auditivas variam entre intra-auriculares, intracanaís, microcanaís e retroauriculares. A escolha do modelo deve levar em consideração mais do que o aspecto estético, mas principalmente a independência do sujeito com relação a sua prótese auditiva. Em pessoas com dificuldade na destreza manual ou com problemas visuais, deve-se optar por próteses maiores (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

As próteses auditivas intra-auriculares preenchem totalmente a concha da orelha, permitindo circuitos mais complexos e maiores controles de acesso ao usuário. Possuem como vantagem a facilidade de manuseio e a versatilidade na programação (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

As próteses auditivas intracanaís são posicionadas no canal auditivo, sendo levemente visíveis, porém sem versatilidade de ajustes. Apresentam a vantagem de possibilitarem facilidade em sua inserção e remoção (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

As menores e mais invisíveis próteses audivas são as microcanaís. Tem forte apelo estético, por possuírem uma pequena extensão fora do conduto auditivo. Em função da profundidade de sua extensão, propiciam uma melhor localização da fonte sonora, uso normal do telefone e maior eficiência na amplificação dos sons (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

As próteses auditivas retroauriculares, que são posicionadas atrás da orelha, possuem versatilidade nos ajustes, pois acomodam vários controles internos e externos. Possuem ainda uma bobina que permite conexão ao telefone (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

As próteses auditivas são classificadas também de acordo com as características eletroacústicas em tipo A, B ou C, conforme descrição no quadro 11.

Quadro 12 - Características eletroacústicas das próteses auditivas

	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Programação	Não programáveis	Programáveis ou não	Programáveis

Modo de condução	Aérea ou óssea	Aérea ou óssea	Aérea
Controle de saída	Compressão de limitação	Compressão de limitação	Compressão de limitação
Compressão	Monocanal	Mono ou multicanal	Multicanal
Controles disponíveis	Ganho, corte de grave e/ou corte de agudo, controle para saída máxima	Ganho, corte de grave e/ou corte de agudo, controle para saída máxima, controle do limiar e/ou razão de compressão	Ganho, corte de grave e/ou corte de agudo, controle para saída máxima, controle do limiar e/ou controle das constantes de tempo da compressão
Controle de volume	Manual	Manual e/ou automático	Manual e/ou automático
Entradas alternativas	Bobina telefônica e/ou entrada de áudio	Bobina telefônica e/ou entrada de áudio	Bobina telefônica e/ou entrada de áudio
Memórias	Única	Única ou multimemória	Única ou multimemória
Microfone	Omnidirecional ou direcional	Omnidirecional ou direcional	Omnidirecional ou direcional
Controle de ruído			Algoritmo para redução de ruído
Expansão			Expansão
<i>Feedback</i>			Algoritmo para expansão de feedback

Fonte: Ministério da Saúde-SIA/SUS (2016)

Os sujeitos que apresentam dificuldades para se comunicar devido à deficiência auditiva são candidatos potenciais ao uso de próteses auditivas, seguindo as recomendações divididas em três classes fundamentais, ou seja, Classe 1, Classe 2 e Classe 3 (BRASIL, 2013).

Na Classe 1, há consenso quanto à indicação de próteses auditivas. Compreende adultos com deficiência auditiva bilateral permanente que apresentam, no melhor ouvido,

média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz, superior a 40 dBNA e crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz, superior a 30 dBNA (BRASIL, 2013).

Na Classe 2, há a necessidade de justificar a necessidade de próteses auditivas. Compreendem-se neste segmento as crianças com perdas auditivas cuja média dos limiares de 500, 1000 e 2000 Hz encontra-se entre 20 dBNA e 30 dBNA; sujeitos com perdas auditivas unilaterais; sujeitos com perda auditiva flutuante bilateral; adultos com deficiência auditiva profunda bilateral pré-lingual, não oralizados; adultos com distúrbios neuropsicomotores graves, sem adaptação anterior de prótese auditiva e sem uso de comunicação oral; sujeitos com perda auditiva limitada a frequências acima de 3000 Hz (BRASIL, 2013).

Os candidatos que apresentam perdas auditivas de grau leve ou aqueles com comprometimento apenas em frequências agudas, tais como os acometidos por perda auditiva induzida por ruído (PAIR)⁷, são considerados duvidosos quanto ao sucesso da protetização. Estes últimos apresentam dificuldade no reconhecimento de fala, principalmente em ambientes ruidosos (CAMPOS; RUSSO; ALMEIDA, 2003).

Com relação à Classe 3, há consenso quanto à contraindicação do uso de próteses auditivas. Intolerância à amplificação devido a desconforto acústico intenso, tendo sido esgotadas as possibilidades de ajustes da saída da prótese auditiva e perda auditiva profunda unilateral com audição normal no ouvido contralateral constituem em contraindicação do uso de próteses auditivas (BRASIL, 2013).

Estas classes estão relacionadas unicamente aos fatores audiológicos e de energia dos sons da fala, desconsiderando os fatores motivacionais, ou seja, aqueles referentes à repercussão da perda auditiva nas habilidades comunicativas do sujeito e na sua qualidade de vida (DEMPSEY, 1999).

⁷ Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) é a perda auditiva provocada pela exposição por tempo prolongado ao ruído. É geralmente bilateral, irreversível e progressiva com o tempo de exposição ao ruído (CID 10 – H 83.3).

6. PERCURSO METODOLÓGICO

Para a descrição do percurso metodológico serão abordados o delineamento da pesquisa, o público-alvo, o cenário, os aspectos éticos, os instrumentos e procedimentos de coleta de dados e o procedimento de análise de dados.

6.1. Delineamento da pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa visa compreender como os fenômenos ocorrem e como são as relações estabelecidas entre esses fenômenos. A abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias (TURATO, 2003).

6.2. Público-alvo

O público-alvo desta pesquisa consistiu em:

- a) Pessoas com deficiência auditiva que receberam próteses auditivas pelo SUS, indicadas para a entrevista pelo profissional responsável pela reabilitação auditiva da secretaria de saúde de um dos municípios da microrregião de Itajubá. Os critérios para seleção dos entrevistados foram: sujeitos maiores de 18 anos, com deficiência auditiva pós-lingual e usuário de próteses auditivas concedidas pelo SUS há mais de um ano.
- b) Profissional responsável pelo encaminhamento e acompanhamento da pessoa com deficiência auditiva ao ponto de Atenção Especializada ou pelo gestor de saúde do município. Sendo assim, o critério de elegibilidade estava relacionado à indicação do gestor de saúde de um profissional envolvido com o programa de reabilitação auditiva.

6.3. Cenário da pesquisa

Pesquisa realizada nos municípios que compõem a microrregião de Itajubá-MG. Esta microrregião pertence à mesorregião Sul e Sudoeste de Minas Gerais. Segundo o IBGE (2010), sua população é de 189.193 habitantes e está dividida em treze municípios: Brasópolis, Consolação, Cristina, Delfim Moreira, Dom Viçoso, Itajubá, Maria da Fé,

Marmelópolis, Paraisópolis, Piranguçu, Piranguinho, Virgínia e Wenceslau Braz, possuindo uma área total de aproximadamente 2.982 km².

6.4. Aspectos éticos da pesquisa

De acordo com as diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá, cujo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 61748816.5.0000.5559. O número do parecer da aprovação é 1.855.224.

Todos os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (uma da pesquisadora e outra do entrevistado ou da entrevistada) contendo os objetivos da pesquisa e a garantia da confidencialidade das informações.

Há ainda uma autorização emitida pela prefeitura do município em que as pessoas usuárias de próteses auditivas foram entrevistadas, autorizando tal procedimento.

6.5. Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Os instrumentos e procedimentos de coleta de dados compreenderam pesquisa bibliográfica, pesquisa em Sistema de Informações, pesquisa em documentos oficiais e entrevistas semiestruturadas.

6.5.1. Pesquisa bibliográfica

Foi realizado neste estudo um levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos. Foram consultados livros, artigos científicos, base de dados (Lilacs, Scielo e Google Acadêmico), páginas de *web sites* (Ministério da Saúde, Governo Federal, Instituto Sulmineiro de Otorrinolaringologia e Observatório do Viver sem Limite). As palavras-chave pesquisadas foram: “reabilitação auditiva”, “Plano Viver sem Limite”, “AASI”, “audição”, “deficiência auditiva”, “PNASA”, “prótese auditiva”, “perda auditiva”. Os anos pesquisados concentraram-se predominantemente a partir do ano de 2004, quando entrou em vigor no Brasil a primeira política para concessão de próteses auditivas.

6.5.2. Pesquisa em Sistema de Informações

Pesquisa realizada no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), referente à concessão de próteses auditivas e acompanhamento de seus usuários, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015, em cada cidade da microrregião de Itajubá-MG.

O SIA/SUS foi implantado nacionalmente no ano de 1994 e não exige dados dos usuários. Deste modo, é constituído por registros dos quantitativos mensais de procedimentos por níveis de complexidade ou especialidade, realizados em cada estabelecimento e informados por meio de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

O acesso ao SIA/SUS foi realizado por meio do sistema TABNET, na categoria “Assistência à Saúde”, posteriormente acessando “Produção Ambulatorial”, sendo, em seguida, selecionado “Por local de residência”, onde é possível visualizar dados referentes à cada município de interesse. O recorte temporal (janeiro de 2012 a dezembro de 2015) refere-se aos quatro primeiros anos de vigência do Plano Viver sem Limite.

Foi realizada também coleta de dados no endereço eletrônico do IBGE, acessando “informações completas”, em seguida “censo demográfico 2010”, “resultados da amostra - pessoas com deficiência”.

6.5.3. Pesquisa em Documentos Oficiais

Documentos oficiais divulgados nos endereços eletrônicos relacionados ao assunto e na base de dados da legislação, utilizando as palavras-chave: “reabilitação auditiva”, “Plano Viver sem Limite”, “AASI”, “audição”, “deficiência auditiva”, “PNASA”, “prótese auditiva”. Os endereços eletrônicos consultados foram: Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde, Observatório do Viver sem Limite, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Saúde Auditiva.

6.5.4. Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com pessoas com deficiência auditiva usuárias de próteses auditivas e com funcionários das secretarias de saúde dos municípios da microrregião de Itajubá, conforme descrição a seguir.

a) Entrevistas semiestruturadas com pessoas com deficiência auditiva da microrregião de Itajubá que receberam próteses auditivas pelo SUS, indicadas para a entrevista pelo profissional responsável pelo acompanhamento destas pessoas no município. O município elencado para a realização destas entrevistas foi o único dentre os pesquisados em que há iniciativa de acompanhamento destes pacientes por parte da prefeitura, o que facilita o contato. Nos demais municípios, a iniciativa parte da pessoa com deficiência auditiva. Após reunião com a gestora de saúde e emissão de documento de autorização, algumas pessoas usuárias de próteses auditivas foram convidadas por um funcionário da secretaria de saúde do município a participar da entrevista, de acordo com os critérios de elegibilidade. No dia agendado, a pesquisadora deslocou-se até a secretaria de saúde, onde o entrevistado era informado sobre os objetivos da pesquisa e, caso aceitasse participar, lia e assinava o TCLE e era submetido à entrevista semiestruturada gravada em *smartphone*, autorizada pelo participante e transcrita posteriormente. Quatro pessoas usuárias de próteses auditivas aceitaram participar da entrevista.

Foram abordadas as seguintes perguntas:

1. Quando você percebeu que estava com dificuldade para ouvir e quais as dificuldades enfrentadas no seu dia-a-dia, antes de receber as próteses auditivas?
2. Como foi o processo para receber as próteses auditivas pelo SUS? Houve obstáculos?
3. Como você se sente com as próteses auditivas?
4. Na sua opinião, o acompanhamento realizado é satisfatório? Por quê?

b) Entrevistas semiestruturadas com os profissionais responsáveis pelo encaminhamento e acompanhamento da pessoa com deficiência auditiva ao ponto de Atenção Especializada ou pelo gestor de saúde do município. Inicialmente, o gestor de saúde era contatado via telefone. Neste primeiro contato, a pesquisadora explicitava os objetivos da pesquisa e, caso este aceitasse participar, ficaria a seu encargo selecionar o funcionário envolvido com a reabilitação auditiva que julgasse mais preparado para a entrevista. No dia agendado, a pesquisadora deslocava-se até a secretaria de saúde do município, onde o entrevistado era informado sobre os objetivos da pesquisa e, caso aceitasse participar, lia e assinava o TCLE e era submetido à entrevista semiestruturada gravada em *smartphone*, autorizada pelo participante e transcrita posteriormente pela pesquisadora. Das 13 cidades da microrregião de Itajubá, dez aceitaram participar da pesquisa.

Utilizou-se o seguinte roteiro em formato semiestruturado:

1. A partir de sua experiência, quais são as principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência auditiva no processo de concessão das próteses auditivas?
2. Você acredita que a concessão de próteses auditivas pelo SUS favorece a inclusão das pessoas com deficiência auditiva? Por quê?
3. Na sua opinião, o que poderia ser aperfeiçoado no programa Viver sem Limite para facilitar o sucesso da adaptação da prótese auditiva?

6.6. Procedimento de Análise de Dados: Análise de Conteúdo (AC)

A AC é definida como um conjunto de técnicas ou um instrumento de análise de comunicações, buscando-se estabelecer uma correspondência entre as estruturas linguísticas e as estruturas sociológicas do enunciado (BARDIN, 1977).

Nas palavras de Bardin (1977, p. 42), a AC compreende:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A AC possui duas funções que podem ou não se dissociar quando colocadas em prática, possibilitando a coexistência de forma complementar. A primeira, que é a função heurística, diz respeito ao enriquecimento da tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta. A segunda, que é a função de administração da prova, refere-se ao fato de que as hipóteses servem de diretrizes, apelando para o método de análise de uma confirmação ou de uma infirmação (BARDIN, 1977).

De acordo com Bardin (1977), AC é um método que pode ser aplicado tanto de forma quantitativa como qualitativa e aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os sujeitos exteriorizam no discurso. Na análise quantitativa, verifica-se a frequência com que certas características do conteúdo surgem. Já na análise qualitativa, análise realizada nesta pesquisa, o que é tomado em consideração é a presença ou ausência de uma característica ou um conjunto de características na mensagem analisada.

A análise qualitativa permite ao pesquisador o entendimento das representações que o sujeito apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz dos significados à sua volta. Como instrumento metodológico interpretativo, oscila entre dois pólos denominados como “rigor da objetividade” e “fecundidade da subjetividade” (BARDIN, 1977).

São objetivos da AC, segundo Bardin (1977), a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura. O primeiro objetivo refere-se ao questionamento sobre a leitura e a interpretação do investigador, se estas seriam válidas e generalizáveis, também chamado de desejo de rigor; o segundo objetivo refere-se ao aumento da produtividade e da pertinência do assunto, perante uma leitura atenta, conduzindo a uma compreensão dos significados.

A AC encerra as fases de pré-análise, que consiste na organização do material; a exploração do material, quando o texto é analisado a partir dos temas encontrados anteriormente e o tratamento dos resultados, ou seja, a interpretação à luz do quadro (BARDIN, 1977).

Segundo Bardin (1977), a primeira fase, pré-análise, tem como objetivos a escolha do material a ser analisado, formulação das hipóteses e elaboração dos indicadores a fundamentar a interpretação. Esta fase ainda conta a regra da exaustividade (exploração de todos os elementos possíveis), a regra da representatividade (amostragem rigorosa e representativa do objeto a ser explorado), a regra da homogeneidade (o material deve obedecer a critérios de escolha) e a regra da pertinência (o material deve ser pertinente aos objetivos da análise). Já a segunda fase, exploração do material, consiste em administrar as técnicas sobre o *corpus* da pesquisa. A terceira fase, tratamento dos resultados, consiste na síntese, seleção e interpretação dos dados obtidos.

Antes de apresentarmos a análise dos dados, compreendemos ser necessário caracterizar o atendimento do ponto de atenção especializada da microrregião de Itajubá. O Instituto Sulmineiro de Otorrinolaringologia (ISMO) é o local onde os candidatos à reabilitação auditiva realizam a seleção e a adaptação das próteses.

7. O INSTITUTO SULMINEIRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA (ISMO) COMO PONTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO AUDITIVA

As pessoas residentes nos municípios que compõem a microrregião de Itajubá, usuárias de próteses auditivas concedidas pelo SUS, são atendidas exclusivamente no ISMO.

O ISMO situa-se no município de Pouso Alegre-MG, faz parte da rede complementar do SUS e se constitui em serviço privado de saúde. A iniciativa privada pode participar do SUS de forma complementar, mediante contrato de prestação de serviços de saúde firmado com o gestor estadual ou municipal do SUS. Integradas ao SUS, as entidades privadas devem ser submetidas à regulação⁸, fiscalização, controle e avaliação do gestor público correspondente, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão (BRASIL, 2007). No caso do ISMO, o contrato de prestação de serviços foi firmado com o gestor estadual.

A equipe do ISMO é composta por dois médicos otorrinolaringologistas, duas fonoaudiólogas, uma psicóloga e uma assistente social. Desta forma, constata-se que, no que se refere à composição mínima da equipe, o ISMO está em consonância com as normas presentes nos Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual, do Governo Federal. De acordo com este documento, o serviço de reabilitação auditiva deve ser composto obrigatoriamente por médico otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e psicólogo, sendo que o cargo de assistente social pode ser inserido à equipe de forma opcional (BRASIL, 2013).

Para compreender a dimensão da área e do recorte populacional que o ISMO abrange, organizaram-se tabelas com os municípios atendidos por este serviço, separados em microrregiões. Nestas tabelas de 1 a 7 pode-se visualizar, na primeira coluna, o nome do município atendido, seguido do número absoluto de habitantes e, posteriormente, o número de pessoas que referiram, com relação à acuidade auditiva, “alguma dificuldade”, “grande dificuldade” ou “não consegue de modo algum” no censo demográfico brasileiro de 2010. A opção “não consegue de modo algum” refere-se às pessoas que não conseguem ouvir, mesmo com o auxílio de próteses.

Tabela 1 - Microrregião de Itajubá

⁸ “A regulação compreende ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção e a distribuição de bens e serviços de saúde” (BRASIL, 2016b, p.31).

Município	População(hab)	DA(hab/%)
Brazópolis	14661	813 (5,54)
Consolação	1727	85 (4,92)
Cristina	10210	525 (5,14)
Delfim Moreira	7971	340 (4,26)
Dom Viçoso	2994	131 (5,71)
Itajubá	90658	4454 (4,91)
Maria da Fé	14216	737 (5,18)
Marmelópolis	2968	99 (3,33)
Paraisópolis	19379	990 (5,10)
Piranguçu	5217	250 (4,79)
Piranguinho	8016	389 (4,85)
Virgínia	8623	654 (7,58)
Wenceslau Braz	2553	85 (3,32)
Total	189193	9552 (5,04)

Fonte: IBGE (2010)

Tabela 2 - Microrregião de Pouso Alegre

Município	População(hab)	DA(hab/%)
Bom Repouso	10457	368 (3,51)
Borda da Mata	17118	85 (4,92)
Bueno Brandão	10210	438 (4,28)
Camanducaia	21080	1183 (5,61)
Cambuí	26488	1478 (5,57)
Congonhal	10468	554 (5,29)
Córrego do Bom Jesus	3730	181 (4,85)
Espírito Santo do Dourado	4429	236 (5,32)
Estiva	10845	509 (4,69)
Extrema	25599	1095 (4,27)
Gonçalves	4220	250 (5,92)
Ipuiúna	9521	610 (6,40)
Itapeva	8664	570 (6,57)
Munhoz	6257	299 (4,77)
Pouso Alegre	130615	6469 (4,95)
Sapucaí-Mirim	6241	294 (4,71)
Senador Amaral	5219	203 (3,88)
Senador José Bento	1868	81 (4,33)
Tocos do Moji	3950	233 (5,89)
Toledo	5764	268 (4,64)
Total	322743	15404 (4,77)

Fonte: IBGE (2010)

Tabela 3 - Microrregião de São Lourenço

Município	População(hab)	DA (hab/%)
Alagoa	2709	250 (9,22)
Baependi	18307	926 (5,05)
Carmo de Minas	13750	564 (4,10)
Caxambu	21705	1254 (5,76)
Conceição do Rio Verde	12949	843 (6,51)
Itamonte	14003	608 (4,34)
Itanhandu	14175	650 (4,58)
Jesuânia	4768	207 (4,34)
Lambari	19554	1058 (5,41)
Olímpio Noronha	2722	143 (5,25)
Passa Quatro	15582	633 (4,06)
Pouso Alto	6213	351 (5,64)
São Lourenço	41657	2480 (5,95)
São Sebastião do Rio Verde	2110	138 (6,54)
Soledade de Minas	5676	362 (6,37)
Total	195880	10467 (5,34)

Fonte: IBGE (2010)

Tabela 4 - Microrregião de Santa Rita do Sapucaí

Município	População(hab)	DA (hab/%)
Cachoeira de Minas	11034	520 (4,71)
Careaçu	6298	301 (4,77)
Conceição das Pedras	2749	182 (6,62)
Conceição dos Ouros	10388	397 (3,88)
Cordislândia	3435	220 (6,40)
Heliadora	6121	398 (6,50)
Natércia	4658	285 (6,11)
Pedralva	11467	637 (5,55)
Santa Rita do Sapucaí	37754	1686 (4,65)
São Gonçalo do Sapucaí	23906	1407 (5,88)
São João da Mata	2731	128 (4,68)
São José do Alegre	3996	216 (5,40)
São Sebastião da Bela Vista	4948	184 (3,71)
Silvianópolis	6027	293 (4,86)
Turvolândia	4658	220 (4,72)
Total	140170	7074 (5,04)

Fonte: IBGE (2010)

Tabela 5 - Microrregião de Poços de Caldas

Município	População(hab)	DA(hab/%)
Albertina	2913	132 (4,53)
Andradas	37270	1737 (4,66)
Caldas	13633	950 (6,96)
Ibitiúra de Minas	3382	120 (3,54)
Inconfidentes	6908	295 (4,27)
Jacutinga	22772	924 (4,05)
Monte Sião	21203	997 (4,70)
Poços de Caldas	152435	7039 (4,21)
Santa Rita de Caldas	9027	611 (6,76)
Total	269543	12805 (4,75)

Fonte: IBGE (2010)

Tabela 6 - Microrregião de Andrelândia

Município	População(hab)	DA(hab/%)
Aiuruoca	6126	406 (6,62)
Carvalhos	4556	316 (6,93)
Cruzília	14591	931 (6,38)
Minduri	3840	222 (5,78)
Seritinga	1789	96 (5,36)
Serranos	1995	139 (6,96)
Total	32897	2110 (6,41)

Fonte: IBGE (2010)

Tabela 7 - Microrregião de Varginha

Município	População(hab)	DA(hab/%)
Varginha	128081	5971 (4,66)
Elói Mendes	25220	1271 (5,03)
Monsenhor Paulo	8161	349 (4,27)
Total	161462	7591 (4,70)

Fonte: IBGE (2010)

De acordo com os dados das tabelas, a população total referente à área de atuação do ISMO encerra um contingente de 1.311.888 habitantes, dentre os quais 65.003 (4,95%) afirmaram ter, no censo demográfico de 2010, “alguma dificuldade”, “grande dificuldade” ou “não consegue de modo algum” quando perguntados a respeito da acuidade auditiva. Deste modo, o ISMO segue as indicações dos dispositivos legais no que diz respeito à população atendida. Nas normas técnicas para o planejamento das redes de atenção à saúde auditiva, estima-se um serviço credenciado para cada 1.500.000 habitantes.

Sobre o atendimento de pessoas com deficiência auditiva no ISMO verificou-se a seleção e verificação do benefício da prótese auditiva, as próteses auditivas concedidas, a reposição de próteses auditivas e o acompanhamento de pacientes.

De janeiro de 2012 a dezembro de 2015, foram realizados 765 procedimentos para seleção e verificação do benefício das próteses auditivas em sujeitos residentes em municípios da microrregião de Itajubá.

Tabela 8 - Seleção e Verificação do Benefício da Prótese Auditiva (2012-2015)

Município	Qtd.aprovada
Brazópolis	59
Consolação	14
Cristina	28
Delfim Moreira	23
Dom Viçoso	16
Itajubá	416
Maria da Fé	38
Marmelópolis	10
Paraisópolis	91
Piranguçu	15
Piranguinho	24
Virgínia	20
Wenceslau Braz	11
Total	765

Fonte: Ministério da Saúde-SIA/SUS (2016)

Com relação à microrregião de Itajubá, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015, foram concedidas 1113 próteses auditivas, totalizando o valor de R\$ 779.400,00.

De acordo com Dumke et al. (2014), as próteses auditivas concedidas por estes serviços e seus respectivos custos são classificadas em Tipo A (R\$ 525,00), Tipo B (R\$ 700,00) e Tipo C (R\$ 1100,00) e não houve reajuste até o ano de 2017. Para fins comparativos, o valor do salário mínimo vigente no ano de 2012, ano em que o Plano Viver sem Limite entrou em vigor, era de R\$ 622,00 (BRASIL, 2011d) e no ano de 2017 o valor é de R\$ 937,00 (BRASIL, 2015b). A respeito da classificação das próteses auditivas, esta encontra-se detalhada no capítulo 5, quadro 11.

Recomenda-se que o percentual de prescrição e fornecimento pelos Serviços de Reabilitação Auditiva das diferentes classes de tecnologia de próteses auditivas seja de 50% para o Tipo A, 35% para o Tipo B e 15% para o Tipo C (BRASIL, 2013).

Tabela 9 - Concessão de Próteses Auditivas (2012-2015)

Município	Tipo A	Tipo B	Tipo C	Total
Brazópolis	38	26	13	77
Consolação	10	3	8	21
Cristina	26	20	5	51
Delfim Moreira	13	13	4	30
Dom Viçoso	8	18	3	29
Itajubá	181	311	100	592
Maria da Fé	18	35	1	54
Marmelópolis	4	4	0	8
Paraisópolis	65	63	27	155
Piranguçu	4	10	2	16
Piranguinho	11	18	3	32
Virgínia	14	12	7	33
Wenceslau Braz	4	10	1	15
Total	396	543	174	1113
Valor (R\$)	207.900,00	380.100,00	191.400,00	779.400,00

Fonte: Ministério da Saúde-SIA/SUS (2016)

Na microrregião de Itajubá, de janeiro de 2012 a dezembro de 2015 foram repostas 262 próteses auditivas, em um percentual de 23,53% do total de próteses concedidas neste mesmo período (1113), implicando em R\$ 198.875,00 de expensas para este fim. A este respeito, salienta-se que a pessoa com deficiência auditiva que tem a prótese auditiva reposta não retorna à fila de espera, isto é, tem prioridade no atendimento.

A reposição da prótese auditiva deve ocorrer na situação de perda auditiva progressiva comprovada, em que não há possibilidade de regulagem da prótese auditiva anteriormente adaptada; perda, furto ou roubo comprovado por meio de apresentação de Boletim de Ocorrência; falha técnica do funcionamento dos componentes internos e/ou externos da prótese, sem condições de reparo (BRASIL, 2013).

Tabela 10 – Reposição de Próteses Auditivas (2012-2015)

Município	Tipo A	Tipo B	Tipo C	Total
Brazópolis	8	22	7	37
Consolação	2	2	0	4
Cristina	0	0	1	1
Delfim Moreira	2	6	5	13
Dom Viçoso	0	2	0	2
Itajubá	43	51	43	137
Maria da Fé	4	12	0	16
Marmelópolis	0	11	0	11
Paraisópolis	2	4	4	10

Piranguçu	2	7	0	9
Piranguinho	2	6	2	10
Virgínia	0	0	6	6
Wenceslau Braz	2	4	0	6
Total	67	127	68	262
Valor (R\$)	35.175,00	88.900,00	74.800,00	198.875,00

Fonte: Ministério da Saúde-SIA/SUS (2016)

De janeiro de 2012 a dezembro de 2015 foram realizadas 624 consultas de acompanhamento, em uma média de 0,81 por paciente, somando-se os quatro anos pesquisados. A recomendação é de pelo menos uma consulta por ano. Assim sendo, deveriam ter sido realizadas, ao menos, 2295 consultas de acompanhamento para que estes pacientes usuários de próteses auditivas fossem atendidos ao menos uma vez por ano, conforme orientação dos dispositivos legais.

Tabela 11 - Acompanhamento de paciente para adaptação de próteses auditivas (2012-2015)

Município	Qtd.aprovada
Brazópolis	74
Consolação	14
Cristina	13
Delfim Moreira	22
Dom Viçoso	15
Itajubá	329
Maria da Fé	23
Marmelópolis	12
Paraisópolis	55
Piranguçu	12
Piranguinho	21
Virgínia	14
Wenceslau Braz	20
Total	624

Fonte: Ministério da Saúde-SIA/SUS (2016)

8. A VOZ DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A fim de apreender de forma mais eficaz o processo de reabilitação, ouviu-se os relatos de quatro pessoas com deficiência auditiva que receberam próteses auditivas pelo SUS.

Utilizando-se da técnica de AC, a análise das entrevistas das pessoas com deficiência auditiva foi dividida em um quadro com temas e “núcleos de sentido”: dificuldades apresentadas antes da reabilitação auditiva, como ficou sabendo da reabilitação auditiva pelo SUS, tempo de espera para os procedimentos, apoio da família, benefícios da reabilitação auditiva e dificuldades apresentadas.

Optou-se por apresentar as falas transversalmente apenas no quadro 16. Sequencialmente, as experiências são narradas na íntegra, para não fragmentá-las.

Quadro 13 - A voz da pessoa com deficiência auditiva

Dificuldades apresentadas antes da reabilitação auditiva	<p>“Está fazendo uns cinco anos que eu comecei a sentir muita surdez, não entendia o que os outros falavam. Foi piorando. Eu não escutava nada. Os outros falavam comigo e eu não dava resposta.”</p> <p>“No início a gente vai deixando, mas depois eu vi que o negócio era feio mesmo e que eu precisava de aparelho!”.</p> <p>“Ia na escola e não escutava nada. Dava desespero. Ficava folheando, fingindo. Tinha um professor que só falava, não escrevia e me dava desespero.”</p>
Como ficou sabendo da reabilitação auditiva pelo SUS?	<p>“Fui no doutor que dá remédio pra eu acalmar, ele falou: ‘Vai lá no posto, a senhora conversa lá, pra senhora pegar o aparelho.’”</p> <p>“Minha irmã, que mora em São Paulo, começou a usar aparelho pelo SUS e ficou muito satisfeita. Decidi fazer o mesmo.”</p>
Tempo de espera para os procedimentos	<p>“Não demorou, chamaram logo!”</p> <p>“Demorou uns dois meses para eu ser chamada, depois de levar os documentos.”</p>

	<p>“Mandaram o aparelho para o conserto. Ficaram 7 meses com o aparelho.”</p> <p>“A minha esposa vem toda semana pra saber do aparelho novo, mas aqui eles falam que demora até três anos.”</p>
Apoio da família	<p>“As meninas (as filhas) vêm cedinho e põe. Eu vou tomar banho, eu tiro, guardo. Depois que eu tomo banho, eles vêm e põe para mim”.</p> <p>“Na hora de fazer a higienização é meio complicado pra mim, ele é acoplado num plástico fininho, minha neta até me ajuda um pouquinho. Eles falam pra lavar com água morna o molde todos os dias, isso eu nem faço, porque minha neta não está comigo todos os dias”.</p>
Benefícios da reabilitação auditiva	<p>“Eu não estava escutando nada, e agora eu escuto”</p> <p>“Acho que é uma solução para quem tem perda de audição sim! Eu me comunico bem!”</p>
Dificuldades apresentadas	<p>“Estou com esse aparelho aqui que não adianta de mais nada, não estou ouvindo mais com ele, meus colegas falam comigo na obra e eu não escuto mais. Eles riem de mim até. Mas eu não ligo pra isso. O que me atrapalha mesmo é não entender a conversa. Por isso vou comprar um aparelho pra mim, senão vou acabar perdendo meu emprego.”</p> <p>“Mandaram o aparelho para o conserto. Ficaram sete meses com o aparelho. Peguei o aparelho, fiquei um mês com ele e o aparelho deu defeito de novo. Me disseram que eu não estava sabendo usar. Poxa, fazem seis anos que eu uso aparelho, como que eu não estou sabendo usar? Aí falei que não queria mais o aparelho. Agora eu optei pra comprar um.”</p>

8.1. “ Eu não estava escutando nada, e agora eu escuto”

Uma senhora moradora de zona rural, usuária de próteses auditivas há um ano, assim se descreve: “Tenho 80 anos. Olha minha filha, eu criei 14 filhos, tá tudo casado. Tem só três solteiros. Criar 14 filhos naquela serra lá, não é brincadeira mesmo! Não sei como meu corpinho tá aguentando. Graças a Deus!”

Sobre as dificuldades encontradas no dia-a-dia antes do procedimento de reabilitação auditiva, relata: “Está fazendo uns cinco anos que eu comecei a sentir muita surdez, não entendia o que os outros falavam. Foi piorando. Eu não escutava nada. Os outros falavam comigo e eu não dava resposta.”

Na presença destas dificuldades, conversou com o psiquiatra que a acompanha: “Pensei em ir consultar. Fui no doutor que dá remédio pra eu acalmar, ele falou: ‘Vai lá no posto, a senhora conversa lá, pra senhora pegar o aparelho’”.

Com relação aos procedimentos para concessão das próteses auditivas, a entrevistada diz: “Minha filha foi lá, conversou, e eu peguei o aparelho pelo SUS. Aí eu fui em Pouso Alegre e colocaram. Não demorou, chamaram logo! Agora depois de um ano, me chamaram aqui. Foi eles que me chamaram! Meu aparelho não deu problema nenhum”.

Ela afirma que está se sentindo muito bem após a adaptação das próteses auditivas e, no seu relato, observa-se a importância do suporte da família neste processo: “As meninas vêm cedinho e põe. Eu vou tomar banho, eu tiro, guardo. Depois que eu tomo banho, eles vêm e põe para mim. Eu não estava escutando nada, e agora eu escuto”.

A filha, que a estava acompanhando, afirma: “Foi uma beleza, porque a mãe não estava escutando mais nada! No início ela não queria aceitar, mas a gente insistiu!”.

8.2. “Eu vi que o negócio era feio mesmo e que eu precisava de aparelho”

Uma senhora com 94 anos relata que há cinco anos faz uso de próteses auditivas. Começou a observar que tinha dificuldade para ouvir, principalmente para conversar e para assistir televisão: “No início a gente vai deixando, mas depois eu vi que o negócio era feio mesmo e que eu precisava de aparelho!”.

Ela relata que tem uma irmã que passou pelo processo de adaptação de próteses auditivas na cidade de São Paulo, pelo SUS, e estava muito satisfeita. Então decidiu dar entrada no mesmo processo: “Demorou uns dois meses para eu ser chamada, depois de levar os documentos”.

A entrevistada aponta ainda que ficou muito satisfeita com o atendimento no ISMO, tendo passado por médico otorrinolaringologista e psicólogo, além de realizar novo exame de audiometria. Após esta primeira visita ao ISMO, retornou após um tempo (não sabe precisar quanto) para buscar as próteses auditivas: “A fono reuniu todo mundo numa sala, eram várias pessoas recebendo o aparelho, deu todas as instruções e recomendações, exigiu até que a pessoa não fosse sozinha, que levasse um acompanhante pra dar uma ajuda”.

Nestes cinco anos, refere que não retornou ao ISMO, apesar de ter sido convocada uma vez. Porém, neste momento, observa que suas próteses auditivas não estão funcionando em seu máximo potencial: “Pra ver televisão eu não uso o aparelho, ele não me ajuda para discriminar as palavras, o som fica meio irritante. Eu consigo ouvir bem sem o aparelho, mas quem tiver perto não suporta, porque eu tenho que por um som bem alto”. Por isso, ela relata que realizou nova audiometria particular, que evidenciou piora na audição, sendo necessário neste momento realizar um ajuste nas próteses auditivas: “Eu acho também que no meu caso piorou, a última audiometria estava bem ruim, a tendência é zerar a audição”.

A entrevistada também descreve dificuldade para manusear as próteses auditivas, contando com a ajuda da neta: “Na hora de fazer a higienização é meio complicado pra mim, ele é acoplado num plástico fininho, minha neta até me ajuda um pouquinho. Eles falam pra lavar com água morna o molde todos os dias, isso eu nem faço, porque minha neta não está comigo todos os dias”.

Ela afirma que, apesar das dificuldades, as próteses auditivas a ajudam muito no seu dia-a-dia: “Acho que é uma solução para quem tem perda de audição, sim! Eu me comunico bem!”.

8.3. “O que eu queria era um aparelho que me fizesse ouvir e entender as pessoas”

Uma senhora com 56 anos, usuária de próteses auditivas há seis anos. Refere que percebeu a dificuldade para ouvir ainda na escola: “Ia na escola e não escutava nada. Aí dava desespero. Ficava folheando, fingindo, tinha um professor que só falava, não escrevia e me dava desespero”.

De acordo com ela, fez tratamentos e cirurgias nos dois ouvidos. Porém, como não houve sucesso, o médico indicou a protetização. Foi encaminhada ao ISMO e fez uso de próteses auditivas de tecnologia analógica por seis anos, com sucesso. Com a troca da tecnologia analógica para digital, apontou muita dificuldade: “Me disseram que o digital era melhor. Só que eu não tive mais sossego. Você escuta qualquer barulhinho. O que eu queria

era um aparelho que me fizesse ouvir e entender as pessoas. Esse aparelho digital fazia barulho e eu não entendia nada”.

Ela afirma que permaneceu 15 dias com novas próteses auditivas e, depois deste período, elas pararam de funcionar. As próteses ficaram por sete meses no ISMO para conserto. Porém, com mais um mês de uso, pararam de funcionar novamente. De acordo com a usuária: “Me disseram que eu não estava sabendo usar. Poxa, fazem seis anos que eu uso aparelho, como que eu não estou sabendo usar? Ficou aquele negócio, vai e volta, vai e volta. Aí falei que não queria mais o aparelho”.

Segundo ela, as próteses auditivas do SUS permanecem em seu poder: “O aparelho do SUS está comigo e não está funcionando. Eu agradeço a eles da gente ter o prazer de usar o aparelho, mas não funciona”.

Diante deste fato, optou por adquirir próteses auditivas no mercado: “Eu não posso ficar sem aparelho. Juntei uns trocados e vou comprar. Eu tenho um comércio, eu dependo do aparelho pra ouvir as pessoas. Não quero falar que eu sou surda, morro de vergonha”.

8.4. “Como a minha audição piorou muito, eu preciso de um aparelho mais forte”

Um senhor com 64 anos é eletricitista, usuário de próteses auditivas há cinco anos. De acordo com ele, apresenta perda auditiva progressiva, agravada pela exposição ao ruído no trabalho, uma vez que é trabalhador da construção civil.

Anualmente ia até o ISMO para ajustar as próteses auditivas. Porém, com a progressão da perda auditiva, necessita de próteses mais potentes: “Agora me falaram que como a minha audição piorou muito, eu preciso de um aparelho mais forte, que o meu não adianta mais”.

O tempo de espera é de mais de dois anos: “Pediram outro aparelho pra mim, só que isso faz dois anos. A minha esposa vem toda semana pra saber do aparelho novo, mas aqui eles falam que demora até três anos”.

Frente a esta questão, ele enfrenta problemas no trabalho, uma vez que não está conseguindo ouvir: “Estou com esse aparelho aqui que não adianta de mais nada, não estou ouvindo mais com ele, meus colegas falam comigo na obra e eu não escuto mais. Eles riem de mim até. Mas eu não ligo pra isso. O que me atrapalha mesmo é não entender a conversa”.

Temendo perder o emprego, decidiu adquirir próteses auditivas no mercado: “Por isso vou comprar um aparelho pra mim, senão vou acabar perdendo meu emprego.”

9. A VOZ DOS PROFISSIONAIS DAS SECRETARIAS DE SAÚDE

Para compreender o funcionamento e a articulação da rede de atendimento, foram realizadas entrevistas com trabalhadores dos serviços de saúde da microrregião de Itajubá.

A fim de preservar o sigilo de suas identidades, os entrevistados foram identificados pela letra “S” referente a “sujeito”, seguida de um algarismo, conforme a ordem da entrevista (S1 a S10).

Com relação às funções, dois deles são gestores de saúde, três são fonoaudiólogos, um é assistente social e quatro são auxiliares administrativos. Todos têm em comum o fato de participarem de forma direta do processo de concessão de próteses auditivas pelo SUS, embora em funções diferentes, o que contribuiu para a diversidade de visões e de respostas obtidas.

Utilizando-se da técnica de AC, a análise das entrevistas com os profissionais das Secretarias de Saúde foi temática, consistindo na descoberta de “núcleos de sentido”. O resultado da análise foi dividido, para efeitos didáticos, em três eixos norteadores apresentados a seguir.

Eixo 1: Os pontos positivos da reabilitação auditiva.

Eixo 2: As dificuldades encontradas no processo de concessão das próteses auditivas.

Eixo 3: O que pode ser aperfeiçoado nos serviços de reabilitação auditiva.

Além da característica de temática da AC, compreende-se que esta é também frequencial. A AC utiliza como unidade de registro qualquer objeto citado pelo entrevistado que pode ser consoante com os eixos temáticos (BARDIN, 1977). Ademais, a análise realizada é transversal, visto que as entrevistas com os profissionais das Secretarias de Saúde foram recortadas ao redor de cada tema.

Apesar de que o objetivo desta pesquisa seja discutir aspectos nodais do processo de concessão de próteses auditivas, optou-se por manter o eixo 1, que tratou a respeito dos pontos positivos da reabilitação. Na análise das entrevistas, observaram-se frequentes referências aos benefícios da protetização, o que não pode ser desconsiderado, a fim de compreender a dimensão do impacto dos aspectos nodais desta política na qualidade de vida da pessoa com deficiência auditiva.

Sendo assim, em cada eixo temático foi apresentado um quadro com exemplos de unidades de registro consoantes com cada tema abordado. Em seguida, foi realizada a análise transversal em forma de texto, contendo as demais unidades de registro do tema.

Quadro 14 – Eixo 1- Benefícios da reabilitação auditiva

Maior efetividade na comunicação	“Eu tenho uns casos de pacientes mais novos que adaptaram o aparelho agora, são pessoas que você vê que tinham que estar usando muito tempo antes. Chegavam aqui a gente tinha muita dificuldade de comunicar com eles. Hoje não, hoje estou com um até, você precisa ver que belezinha. Ele chega e todo mundo fala, quando ele ia na secretaria, a dificuldade, as pessoas não entendiam ele. Hoje, com o aparelho, ele está se expressando certo e escutando a gente com facilidade.” (S1)
Aumento da possibilidade de inserção e permanência no mercado de trabalho	“Justamente por usar o aparelho, as pessoas têm mais chance de conseguir um emprego.” (S8)
Melhora da qualidade de vida	“Um familiar sempre vem e diz: ‘você não acredita que diferença que deu. A televisão era lá em cima, a gente falava gritando em casa, os vizinhos reclamavam e agora está uma beleza’. É a autoestima.” (S2)

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Com relação aos benefícios da reabilitação auditiva, o participante S1 referiu que pacientes, que antes apresentavam dificuldade na comunicação, comunicam-se de forma mais efetiva com uso de próteses auditivas.

Eu tenho uns casos de pacientes mais novos que adaptaram o aparelho agora, são pessoas que você vê que tinham que estar usando muito tempo antes. Chegavam aqui a gente tinha muita dificuldade de comunicar com eles. Hoje não, hoje estou com um até, você precisa ver que belezinha. Ele chega e todo mundo fala, quando ele ia na secretaria, a dificuldade, as pessoas não entendiam ele. Hoje, com o aparelho, ele está se expressando certo e escutando a gente com facilidade (S1).

Em pesquisa realizada por Fialho et al. (2009) com idosos usuários de próteses auditivas concedidas pelo SUS, observaram-se benefícios na comunicação em todos os entrevistados. Estes relataram melhoria da comunicação em diversas situações, tais como em reuniões, consultas médicas e na igreja.

O participante S1 apresentou a questão dos aspectos ocupacionais: “Tem muito idoso que é ativo, quer trabalhar, não consegue ficar sem (as próteses). Depois que ele começa a usar, ele não consegue mais ficar sem o aparelho”. Neste trecho da entrevista, S1 trouxe à tona a relação entre deficiência auditiva e mercado de trabalho. Ora, se o idoso, na fala do

participante S1, é ativo e quer trabalhar e, por isso, não consegue ficar sem as próteses auditivas, pode-se inferir que, sem a reabilitação auditiva, o acesso e o desempenho no mercado de trabalho ficam dificultados.

Para o participante S8: “justamente por usar o aparelho, as pessoas têm mais chance de conseguir um emprego”. Esta questão está em consonância com os trabalhos de Lessa et al., de 2010; Veiga, Merlo e Mengue, de 2005; Marques, Kozlowski e Marques, de 2004, nos quais afirmou-se que a deficiência auditiva pode restringir ou impedir o sujeito de desempenhar de forma plena seu papel na sociedade, comprometendo a inclusão no ambiente de trabalho e causando declínio na qualidade de vida, uma vez que está estreitamente relacionada ao desenvolvimento da comunicação humana.

Tratando-se ainda sobre a questão relativa à deficiência e aos aspectos ocupacionais, a pesquisa de Garcia e Maia (2014), que teve por objetivo caracterizar a participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho brasileiro, revelou o fato de que ainda hoje há sequelas na inserção destas pessoas no mercado. Estas sequelas são decorrentes do histórico de invisibilidade, marginalização e exclusão social desta parcela populacional.

Garcia e Maia (2014, p. 414) igualmente afirmaram que “além de uma baixa participação no mercado de trabalho, as pessoas com deficiência estão super-representadas nos grupos sociais mais vulneráveis e submetidas às piores condições de renda e emprego”.

Sobre os ganhos na qualidade de vida, o participante S2 levantou as questões da melhora da autoestima e no dia-a-dia dos sujeitos e seus familiares: “um familiar sempre vem e diz ‘você não acredita que diferença que deu. A televisão era lá em cima, a gente falava gritando em casa, os vizinhos reclamavam e agora está uma beleza’. É autoestima”.

Para compreender os benefícios da reabilitação auditiva, deve-se compreender primeiramente o conceito de *handicap* auditivo. De acordo com Almeida (2003, p. 336):

Handicap auditivo é a desvantagem imposta pela deficiência ou pela incapacidade auditiva que limita o funcionamento psicossocial do indivíduo. Representa as manifestações sociais e emocionais resultantes da deficiência e da incapacidade auditiva, podendo afetar o deficiente auditivo, sua família e ou a sociedade.

Portanto, a partir do conceito de *handicap* auditivo, inferiu-se que os objetivos da protetização auditiva devem ir além de uma amplificação sonora adequada e garantia de audibilidade de sons pouco intensos, mas ter como meta expandir e restaurar o envolvimento social do sujeito, o que está intimamente ligado à qualidade de vida (ALMEIDA, 2003).

De acordo com Iervolino, Castiglioni e Almeida (2003), a satisfação com o uso deste recurso em TA está frequentemente relacionada com os denominados aspectos psicossociais

(aspectos estabelecidos nas relações sociais) do que com os aspectos psicoacústicos (aspectos envolvidos com desempenho da prótese auditiva).

O eixo 2, que se refere às dificuldades encontradas no processo de concessão de próteses auditivas, foi subdividido em dois núcleos de sentido: “a fragmentação da rede de atendimento” e “com relação aos procedimentos”.

Cada subeixo foi desmembrado em quadros com um exemplo de unidade de registro, seguindo-se de análise transversal em forma discursiva, com as demais falas relacionadas. O primeiro quadro refere-se à fragmentação da rede de atendimento.

Dentre as dificuldades encontradas no processo de concessão de próteses auditivas estão aquelas relacionadas à rede de atendimento. O despreparo e o acúmulo de funções dos trabalhadores dos Serviços de Saúde, a fragilidade da humanização do serviço e a urgente avaliação da Política Pública foram as principais dificuldades relatadas pelos entrevistados no que concerne à rede de atendimento. Cada uma destas dificuldades será discutida a seguir.

Quadro 15 – Eixo 2 - A fragmentação da rede de atendimento

O despreparo dos trabalhadores dos Serviços de Saúde	“Os pontos de atenção não estão totalmente organizados e não existe um fluxo formalmente definido. Então os pacientes se perdem um pouco nestes pontos de atenção. E também os funcionários não estão totalmente a par de como funciona o serviço em todos estes pontos de atenção. E nisso o paciente acaba perdendo tempo e sofrendo um pouco.” (S10)
A fragilidade da humanização do serviço	“Agora que eles estão exigindo o comprovante de residência no nome do paciente ou fazer a ligação do paciente com endereço, está me dando problema, porque eu fico com o documento incompleto. Por exemplo, o paciente deixou em dezembro até hoje não chamou, são quatro meses de espera. Fico dependendo deles me mandarem esta documentação.” (S2)
O acúmulo de funções dos trabalhadores das Secretarias de Saúde	“Eu não consigo ligar para o paciente e perguntar: ‘Você está usando (a prótese auditiva)? Você não está usando? E aí, como que foi?’ Então eu sei dos que vêm até mim.” (S2)

A urgente avaliação da Política Pública	“Existe a necessidade de melhorar, olhar para a estrutura, de capacitar, de atualizar.” (S3)
---	--

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

A despeito dos inúmeros avanços no desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, a hegemonia do modelo médico ainda compromete a abordagem da complexidade biopsicossocial da saúde. Esta abordagem envolve interações pessoais, ambientais e sociais, tais como a relação entre trabalhadores e usuários dos serviços (FIGUEIREDO, 2012).

Deste modo, os recursos em TA devem ser compreendidos para além do conceito de “equipamento”, “dispositivo” ou “ferramenta”. Estes recursos vão além, pois perpassam por estratégias, processos, metodologias e relações humanas. Ou seja, é importante compreender os processos de inclusão, as práticas e as questões políticas implementadas.

Neste sentido, o participante S4 entendeu que “a questão não é só ir lá (ao ISMO), ganhar o aparelho”. Consoante com a opinião deste, o participante S10 realizou uma análise crítica da rede de atenção, observando que a desarticulação, advinda do desconhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento da rede, influencia negativamente a vida da pessoa com deficiência auditiva.

Os pontos de atenção não estão totalmente organizados e não existe um fluxo formalmente definido. Então os pacientes se perdem um pouco nestes pontos de atenção. E também os funcionários não estão totalmente a par de como funciona o serviço em todos estes pontos. E nisso o paciente acaba perdendo tempo e sofrendo um pouco (S10).

Sobre esta questão, o participante S4 prosseguiu:

Eu não sei se somos nós, os funcionários e responsáveis pelas Secretarias de Saúde, que não estamos buscando muita informação para saber como está sendo este caminho, ou se entre eles (ponto de atenção especializada) essa regulamentação não está funcionando.

Destarte, observa-se a fragmentação do processo de trabalho, das relações entre os diferentes trabalhadores envolvidos e da rede assistencial. Esta fragmentação dificulta a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência, contribuindo para a desarticulação da rede, favorecendo os processos de verticalização e burocratização das ações (BRASIL, 2006a).

Sobre a fragmentação, o participante S7 acredita que “cada município deve assumir a sua responsabilidade e sua competência, definindo o fluxo em conjunto com os outros municípios” e completa que “com isso, o serviço vai fluir melhor”.

A fragmentação começa com a precariedade da interação das equipes e com o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde. Este despreparo pode ser resultado do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores dos Serviços de Saúde, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe. A formação destes trabalhadores encontra-se distante do debate e da formulação das políticas públicas (BRASIL, 2006a).

Isto pode ser justificado pelo fato de que os conceitos e as práticas da Saúde Pública brasileira demandam modelos de formação profissional com densidade científica, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social, reforçando a capacidade crítica dos trabalhadores dos Serviços de Saúde (ALMEIDA FILHO, 2013).

Estes modelos exigem o resgate do humanismo, no qual o sujeito que sofre é tratado para além de um biomecanismo a ser reparado. Infelizmente, os modelos brasileiros de formação para trabalhadores dos Serviços de Saúde mantêm-se ainda presos a um modelo de prática especializada, de viés privatizante, pouco comprometidos com o SUS, mostrando-se incapazes de atender às necessidades sociais dos usuários dos serviços (ALMEIDA FILHO, 2013).

A formação dos trabalhadores dos Serviços de Saúde não deve restringir-se ao arcabouço técnico-científico, pois o trabalho em saúde se dá essencialmente por meio da relação e no encontro entre sujeitos, sejam técnicos ou usuários. Há a necessidade de se realizar um trabalho multiprofissional e uma melhor formação humanística (ALMEIDA FILHO, 2013; FIGUEIREDO, 2012).

Assim, permanece o desafio de aprimorar e oferecer uma formação profissional continuada, ampliando o diálogo com a interdisciplinaridade, aprofundando-se as conexões da clínica, da saúde coletiva e da gestão. Esta formação deve buscar o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais para o entendimento das múltiplas dimensões constitutivas dos sujeitos e para uma aproximação genuína à complexa realidade das pessoas (FIGUEIREDO, 2012).

A humanização pode ser compreendida como a valorização dos sujeitos implicados nos Serviços de Saúde, sejam usuários, trabalhadores e gestores, incentivados em sua autonomia e protagonismo. Um serviço verdadeiramente humanizado não comporta uma estrutura verticalizada e centralizadora. Pelo contrário, a humanização propõe um SUS mais resolutivo, acolhedor e ágil (BRASIL, 2006a).

Um dos princípios da humanização do SUS é a transversalidade, que pressupõe uma transformação dos modos de comunicação e relação entre os sujeitos, desestabilizando os

territórios de poder. A indissociabilidade entre atenção e gestão, outro princípio da humanização, refere-se à inseparabilidade entre clínica e política. Por fim, o terceiro princípio da humanização está relacionado ao protagonismo e à autonomia do sujeito (BRASIL, 2006a). Apesar desses princípios, na prática parece que os procedimentos ainda estão arraigados às questões burocráticas, conforme ressalta o participante S9.

Agora que eles estão exigindo o comprovante de residência no nome do paciente ou fazer a ligação do paciente com endereço, está me dando problema, porque eu fico com o documento incompleto. Por exemplo, o paciente deixou em dezembro até hoje não chamou, são quatro meses de espera. Fico dependendo deles me mandarem esta documentação (S9).

O participante S8 também abordou a burocratização: “A dificuldade por parte do paciente é a demora para trazer a documentação, porque a gente tem muito paciente de zona rural”. Este processo burocrático, que parece permear o processo de concessão de próteses auditivas pelo SUS, constitui-se em um obstáculo organizacional à comunicação. Nesta lógica, seria importante que a rede estimulasse a produção de novos padrões de interrelação, ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e com os usuários (CAMPOS, 1999).

De acordo com Campos (1999), a estrutura é determinante não apenas de posturas, mas também de comportamentos. Esta estrutura de frágil humanização pode estimular o descompromisso por parte de funcionários e usuários, que passam a não se sentirem protagonistas do processo. O descompromisso age como fator desagregador da rede.

Na opinião do participante S4, houve melhora na questão da burocratização e do tempo de espera para os procedimentos a partir do momento em que o município contratou uma fonoaudióloga para acompanhar este processo. De acordo com o participante S4, com a presença desta profissional, o tempo de espera foi reduzido e o contato com o ISMO foi facilitado.

Correlacionando estes dados às tabelas obtidas por meio do SIA/SUS, observa-se que os municípios que designaram fonoaudiólogos para acompanhar os usuários de próteses auditivas, mesmo que não exclusivos para atendimento desta demanda, apresentaram menores percentuais de reposição das próteses. Infere-se que a presença deste profissional no município pode ser indicativa de fortalecimento de vínculo terapêutico e maior sucesso da protetização.

De acordo com Campos (1999), o vínculo terapêutico que deve existir entre profissionais e usuários dos serviços de saúde é de suma importância. Este vínculo, quando fortalecido, incentiva e valoriza a comunicação.

Outra dificuldade referida pelos entrevistados consistiu na carga horária reduzida para o atendimento de usuários de próteses auditivas. Não há, nas Secretarias de Saúde dos municípios investigados, funcionários que trabalham exclusivamente no acompanhamento das pessoas com deficiência. Pelo contrário, os funcionários entrevistados acumulam diversas funções nas Secretarias de Saúde, o que dificulta o acompanhamento efetivo dos usuários de próteses auditivas.

Eu não consigo ligar para o paciente e perguntar: ‘Você está usando (a prótese auditiva)? Você não está usando? E aí, como que foi?’ Então eu sei dos que vêm até mim. ‘Eu não to usando por causa disso’. Aí eu converso, marco um dia, mostro como que é, como é que tira, como que põe. É a maior dificuldade. ‘Ah, eu não to conseguindo por, não tá acertando, não tá ajeitando’. Puxa pelo caninho, tira o caninho, eu tenho que colocar outro. Mas tem muitos que eu sei, muitos que não usam. Depois de um tempo volta e fala: ‘ah, eu não consegui adaptar, ficou parado, agora eu não consigo por mais’ (S2).

Desta forma, o participante S2 justificou sua dificuldade em dar assistência aos usuários de próteses auditivas devido à carga horária reduzida para este fim. Todos os sujeitos entrevistados têm outras funções nas Secretarias de Saúde nos municípios onde trabalham e não se dedicam exclusivamente ao processo de concessão de próteses auditivas e acompanhamento dos usuários.

A função do participante S2 dentro da microrregião, por sua vez, não está clara. O participante S2 recebe a documentação dos pacientes de todas as cidades da microrregião de Itajubá-MG, encaminhando-os ao ISMO. Nos instrutivos de funcionamento da rede de atenção, não há menção de um funcionário para intermediar este processo.

Ademais, o participante S2 tem a permissão da prefeitura onde trabalha para dedicar-se a este programa por quatro horas semanais. Isto é, neste período o participante S2 tem que acompanhar os usuários de seu município e ainda fazer a articulação entre as demais cidades da microrregião de Itajubá-MG e o ISMO. Estas cidades, por sua vez, ficam dependentes do participante S2 para agendamento de atendimentos no ponto de atenção especializada.

Com relação ao acompanhamento dos usuários de próteses auditivas, o participante S3 declarou que “o contato com o paciente é quanto ele está com o problema e ele se dirige até o serviço de saúde. Depois eu não fico sabendo, eu não tenho a informação. A gente imagina que a maioria fica contente.”

Desse modo, o trabalho destes profissionais nos Serviços de Saúde consiste em um trabalho influenciado pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas e principalmente pelas descontinuidades (SARRETA, 2009).

A despeito dessas descontinuidades, os serviços de saúde e seus trabalhadores devem estar preparados para atender aos usuários em todas as suas necessidades. Concomitantemente, esses trabalhadores devem ter suas necessidades atendidas, exercitando os direitos garantidos na legislação (SARRETA, 2009).

Há outros aspectos que impactam diretamente no funcionamento da rede que devem ser avaliados e revistos. Apesar do PNASa ter sido substituído pelo Plano Viver sem Limite desde 2012, o processo de reabilitação auditiva ainda segue os instrutivos do ano de sua criação, ou seja, 2004. Desta forma, o processo mantém-se o mesmo desde a abertura de portas do sistema público de saúde para a concessão de recursos em TA.

Sobre isto, o participante S8 trouxe a reflexão de que “existe a necessidade de melhorar, olhar para a estrutura, de capacitar, de atualizar”. O participante S10, por sua vez, acredita que “sem uma reavaliação do processo todo, fica difícil caminhar. Vai ser falha em cima de falha. Algumas a gente enxerga, outras não”.

A Lei Brasileira de Inclusão, em seu Capítulo III, que versa sobre a temática da TA, obriga o poder público a desenvolver um plano de medidas relacionadas à TA, que deve ser renovado a cada quatro anos. Para tal, os procedimentos deste plano de medidas deverão ser avaliados a cada dois anos (BRASIL, 2015b).

Analisar uma política pública auxilia na percepção do seu grau de coerência ou dispersão ao longo do seu trânsito pelas vias institucionais. Partindo desta perspectiva, um programa gestado na esfera federal, para ser avaliado, necessita primeiramente da reconstituição de sua trajetória, a fim de que se perceba as transformações nos sentidos dados aos seus objetivos e à sua dinâmica. Esta dinâmica é fruto do contato entre as instituições e o sujeito, partindo das hierarquias institucionais até chegar à base (RODRIGUES, 2008).

Para a apreensão da trajetória institucional é fundamental a realização de pesquisas que tenham como público-alvo diferentes atores envolvidos na formulação e na implementação da política (RODRIGUES, 2008).

O quadro a seguir refere-se à dificuldade no processo de concessão de próteses auditivas com relação aos procedimentos

Quadro 16 – Eixo 2 - Dificuldade no processo de concessão de próteses auditivas com relação aos procedimentos

Tempo de espera para os procedimentos de adaptação das próteses auditivas e acompanhamento de seus usuários	“Eles ficam ansiosos quando manda o processo. Às vezes passam dois, três meses, já estão me procurando aqui, que não receberam nada, que não chama, porque demora.” (S5)
Demanda expressiva	“Às vezes gera muito paciente na espera. Quanto mais atendimento, a demanda da gente é maior também.” (S2)
Falta de uma política para manutenção das próteses auditivas, em caso de defeitos não cobertos pela garantia	“Dependendo do caso do paciente, a gente faz pedido de um novo aparelho em vez de consertar, porque o conserto é muito caro” (S6).
Dificuldade na adaptação das próteses auditivas	“Eu lembro de um senhorzinho até que, da roça, tadinho, da zona rural, ele era doido para duas próteses. Ele mesmo veio aqui. ‘Nossa, parece que eu to carregando duas cruzes!’. Não estava conseguindo.” (S1)

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Além das dificuldades encontradas no processo de concessão de próteses auditivas relacionadas à rede de atendimento, estão aquelas concernentes aos procedimentos. O tempo de espera para os procedimentos, sejam eles de adaptação ou de manutenção das próteses auditivas e acompanhamento de seus usuários, a demanda expressiva, a falta de uma política de manutenção para as próteses auditivas e a dificuldade na adaptação das mesmas, configuram-se como dificuldades relacionadas aos procedimentos.

Apesar de à primeira vista configurarem-se como temas distintos, na realidade o tempo de espera para os procedimentos e a dificuldade na adaptação das próteses auditivas devem ser compreendidos como temas associados e interdependentes. Ou seja, o fator “tempo de espera” não deve ser considerado de forma isolada, uma vez que impacta diretamente nos procedimentos de adaptação das próteses auditivas e acompanhamento de seus usuários.

Consistindo a deficiência auditiva em uma deficiência sensorial que pode acarretar sequelas no âmbito biopsicossocial, sejam elas emocionais, sociais e ocupacionais, uma vez que compromete a comunicação oral (RUSSO, 1999; FONSECA; IÓRIO, 2014), as consequências do tempo de espera para os procedimentos na vida da pessoa com esta

deficiência são expressivas. Isto pode ser percebido, nas entrevistas realizadas, quando os funcionários citam os questionamentos que sofrem por parte dos sujeitos sobre a demora no processo.

De acordo com o participante S1: “(o paciente) fica ansioso, fica me perguntando, ‘não fui ainda’, ‘não me chamaram ainda’”. A fala do participante S5 corroborou com esta informação: “Eles ficam ansiosos quando manda o processo. (...) Às vezes passam dois, três meses, já estão me procurando aqui, que não receberam nada, que não chama, porque demora”.

Com relação ao tempo de espera para os procedimentos, o participante S5 prosseguiu: “O que acho um ponto negativo, não pra mim, um ponto negativo para os pacientes é a demora”.

O tempo de espera entre o diagnóstico da deficiência auditiva e a primeira consulta no ISMO, segundo as informações colhidas nas entrevistas, é de cerca de quatro meses a um ano, conforme se pode observar nas falas dos entrevistados: “Chega a esperar até um ano. Espera sim, porque há muita procura” (S1); “Na faixa de seis meses a um ano. Quando faz o molde, demora mais um tempo” (S7); “Passa na primeira avaliação e depois desta primeira avaliação demora um pouquinho. Às vezes até mais de seis meses pra chegar o primeiro aparelho” (S6).

Refletindo sobre as entrevistas realizadas, constata-se que não basta promover o acesso ao recurso em TA, mas também incentivar e investir em ambientes de suporte e acompanhamento, com políticas que priorizem grupos vulneráveis e revertam desigualdades instaladas, a fim de alcançar a equidade, em um diálogo construtivo entre todos os sujeitos. A própria diretriz da estratégia nacional do MCTI relaciona inovação e inclusão social. Os recursos em TA não devem ser um fim em si mesmos, mas meios para se alcançar este objetivo (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado. Para isso, pode-se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais destacam-se o estabelecimento de redes de atenção à saúde (em seus componentes e pontos de atenção) a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado (BRASIL, 2013).

De acordo com os participantes S1 e S5, a demanda expressiva é a causa do tempo elevado de espera: “Infelizmente tem um tempinho de espera. Em caso de paciente mais

idoso, a espera é maior. Em caso de paciente especial e de criança que detecta que está precisando, não. Passa na frente, é rapidinho” (S1). O participante S5 completou que “tem que ter paciência, porque são muitos aparelhos”.

Ainda a respeito da demanda, o participante S1 falou: “Às vezes gera muito paciente na espera. Quanto mais atendimento, a demanda da gente é maior também. E é separado por micro, cada micro tem X vagas. Aí demora pra chegar, um ano é muita espera”.

Segundo informação colhida na entrevista com o participante S2, a microrregião de Itajubá-MG tem 16 vagas mensais para atendimento no ISMO. O participante S6 informou: “Parece que são vagas por município. Pra mim, disponibilizam algumas vagas e eu tenho várias pessoas e não consigo marcar tudo”.

Teixeira (2007), em sua tese de doutorado que avaliou a PNASAs no estado de Pernambuco, constatou o significativo aumento dos procedimentos de diagnóstico em detrimento dos procedimentos para a reabilitação auditiva, o que gera a demanda expressiva.

Analisando a produção ambulatorial no Brasil dos procedimentos de maior complexidade para diagnóstico e tratamento da deficiência auditiva no que se refere à indicação, à adaptação e ao acompanhamento do usuário de prótese auditiva, observa-se que, entre o ano de 2002 e 2005, o número de diagnósticos e acompanhamento da prótese aumentou em mais de 200%, e para a reabilitação em apenas 60% (TEIXEIRA, 2007, p. 16).

Vieira (2013), estudando o PNASAs no município de São Paulo e observando o ponto nodal referente à demanda, já afirmava que as políticas públicas não devem privilegiar somente o diagnóstico da deficiência auditiva sem o devido acompanhamento. Este comportamento pode repercutir negativamente na inclusão da pessoa com deficiência auditiva em todos os âmbitos.

O participante S2 introduziu outro fator que atrapalha o sucesso da reabilitação auditiva, que é a dificuldade na adaptação das próteses. Este fator está articulado com as demais dificuldades elencadas anteriormente, quais sejam, o tempo de espera para os procedimentos, a demanda excessiva que incha os serviços e dificulta um acompanhamento efetivo dos usuários, a desarticulação da rede de atendimento e a fragilidade na humanização.

Sobre a dificuldade na adaptação das próteses auditivas, o participante S1 reproduziu a fala de uma pessoa com deficiência auditiva: “Eu lembro de um senhorzinho até que, da roça, tadinho, da zona rural, ele era doido para duas próteses. Ele mesmo veio aqui. ‘Nossa, parece que eu to carregando duas cruzeis!’ . Não estava conseguindo.”

Em estudo de caso realizado no estado de Pernambuco, Teixeira (2007, p. 109), afirmou que “quanto ao período inicial de uso com a prótese (adaptação), as maiores dificuldades observadas foram: independência na colocação da prótese, principalmente dos idosos”. A independência na colocação das próteses auditivas é a primeira dificuldade na adaptação deste recurso.

Há um fator que permeia esta questão e deve ser considerado, qual seja, a importância do ponto de vista do sujeito. Conforme Fialho et al. (2009), não basta toda a tecnologia empregada no desempenho da prótese auditiva, porque a variável de maior interesse é o ponto de vista do sujeito. A satisfação com o uso é afetada pelo benefício percebido e é a medida do desfecho da reabilitação auditiva. Deste modo, se o sujeito precisa aguardar para os procedimentos de manutenção e acompanhamento, pode-se inferir que a reabilitação auditiva está comprometida em seu objetivo primeiro, que é a inclusão social.

Perante as dificuldades apresentadas com relação à adaptação e permanência das próteses auditivas, o participante S1 busca apoio nas equipes de agentes do Programa Saúde da Família (PSF).

Já aconteceu do paciente simplesmente guardar o aparelho e não aparecer mais. Já aconteceu sim. A gente pede para o PSF ver o que está acontecendo, mas ele não consegue usar. Eu oriento, tudo, mas deixo ao critério dele (...) um idoso, fala de muito barulho na cabeça, um zumbido, então ele fala que piora, fica tonto, que não consegue usar (S1).

Embora o apoio dos agentes do PSF possibilite, em tese, uma melhor compreensão e atuação junto à pessoa com deficiência auditiva em seu processo de adaptação das próteses, este procedimento parece não ter ainda impactado nos números fornecidos pelo SIA/SUS com relação ao acompanhamento de pacientes e à reposição de próteses auditivas neste município.

Segundo Figueiredo (2012), o conjunto de referenciais teórico-práticos que permeiam o PSF pode ajudar no manejo dos processos subjetivos e sociais, de modo a retomar o foco na vida do sujeito e nas suas múltiplas condições de existência. Porém, estes referenciais continuam insuficientemente incorporados nas práticas profissionais.

O participante S1 prosseguiu: “Às vezes por causa dele não adaptar com o aparelho, não consegue adaptar, aí ele quer ir mais vezes, mais vezes (no ISMO, em Pouso Alegre)”. Porém, como a demanda é expressiva, o participante S1 afirma que “há uma esperazinha de dois meses pra essa manutenção. Mas eles nunca deixam de dar manutenção”.

Sobre a manutenção das próteses auditivas, o participante S6 informou que as próteses auditivas concedidas pelos SUS têm garantia de um ano. Após este período, o usuário deverá encarregar-se com as despesas de reparo e/ou manutenção. Sendo assim “dependendo do caso do paciente, a gente faz pedido de um novo aparelho em vez de consertar, porque o conserto é muito caro” (S6).

Esta informação pode ser uma justificativa para o fato de que, no recorte temporal estudado, o número de próteses auditivas repostas foi deveras elevado. Um percentual, de 23,53% do total de próteses concedidas, foi repostas, implicando em R\$ 198.875,00 de gastos para este fim. Pode-se inferir que parte deste percentual está relacionado a próteses que apresentaram defeito ou mau funcionamento após o período de garantia e que seria passível de conserto e não de reposição.

Ressalta-se que enquanto próteses auditivas são repostas ainda em condição de serem reparadas, outras pessoas que não utilizam próteses estão aguardando vagas nos serviços de saúde auditiva. No caso de reposição da prótese, não há necessidade do usuário retornar para a fila de espera (DUMKE et al., 2014).

Em pesquisa realizada por Dumke et al. (2014), um percentual de 34,9% dos consertos foi orçado em menos de R\$ 500,00. Portanto, pode-se afirmar que existe uma falha na política de manutenção destas próteses, ou seja, o governo gasta mais recursos repondo a prótese auditiva danificada do que se a reparasse.

De acordo com os instrutivos para a reabilitação auditiva do Plano Viver sem Limite, a reposição da prótese auditiva deve ocorrer nas situações de perda auditiva progressiva comprovada, em que não há possibilidade de regulagem da prótese auditiva anteriormente adaptada; perda, furto ou roubo comprovado por meio de apresentação de Boletim de Ocorrência; falha técnica do funcionamento dos componentes internos e/ou externos da prótese, sem condições de reparo (BRASIL, 2013).

Acredita-se que, com um número maior de consultas de acompanhamento, o usuário possa sanar suas dúvidas quanto à manutenção e cuidados com as próteses auditivas, o que aumenta a vida útil deste dispositivo. Deve-se ressaltar que problemas técnicos geram o abandono das próteses auditivas (DUMKE et al., 2014).

Segundo Dumke et al. (2014), com a destinação de verba para manutenção das próteses, seria gerado menor ônus ao governo e acarretaria em maior vida útil das próteses auditivas concedidas. Com esta redução de dispêndios, é possível disponibilizar um número maior de dispositivos, beneficiando mais pessoas que necessitam voltar a ouvir.

Quadro 17 – Eixo 3 - O que pode ser aperfeiçoado no processo de reabilitação auditiva

Credenciamento de novos pontos de atenção especializada	“Eu acho que tinha que ter mais de um local de referência. O ISMO, pra todo mundo, é muito difícil de se marcar retorno.” (S2)
Melhor acompanhamento dos usuários de próteses auditivas	“O que eu quero dizer é que precisa de um melhor acompanhamento, monitoramento, do processo que envolve o usuário. Não daquele processo do trabalho em si, do serviço em si.” (S3)

Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Um dos pontos nodais desta política pública, evidenciado tanto no levantamento dos dados estatísticos do IBGE e do SIA/SUS quanto nas entrevistas com os funcionários das Secretarias de Saúde dos municípios, encontra-se no grande volume de atendimento centralizado no ponto de atenção especializada.

Um único ponto de atenção especializada não é capaz de acompanhar o processo de reabilitação auditiva eficazmente, devido à expressiva demanda e ao modo de funcionamento e articulação da rede. Desta forma, as entrevistas realizadas apontam para a necessidade de credenciamento de outros pontos de atenção especializada. Segundo o participante S1:

O Instituto de Otorrino é um só para atender muitas cidades. Ah, eu acho que assim, talvez um Instituto é pouco né? Só isso. Eu acho que se tivesse mais um na região, pra diminuir um pouco. Se abrisse um, por exemplo, em Itajubá, a espera ia diminuir. Isso seria viável, com certeza.

O participante S2 afirmou que:

A nossa microrregião tem 16 vagas por mês. Eu acho que tinha que ter mais de um local de referência. O ISMO, pra todo mundo, é muito difícil de se marcar retorno. Se o aparelho estraga hoje, a pessoa vem e fala: “estragou, não estou conseguindo usar”. Eu consigo marcar no ISMO, até marcar dá uns 2 ou 3 meses que não está usando. Aí vai para o ISMO, se for algo ligado a regulagem, é arrumado e a pessoa vem com o aparelho normal. Se não for, vai pra São Paulo, pra manutenção. Mais um tempo pra ficar em São Paulo, pra voltar pro ISMO, eles ligarem pro paciente. A pessoa fica um tempo sem usar o aparelho. Estou com uma lista de espera de aparelho que estragou. A gente vai ligando, a gente tenta encaixar. Molde por exemplo. Quebrou o molde do paciente, aí eu consigo marcar, a pessoa faz o molde, vai pra São Paulo, volta pro ISMO, do ISMO pra eu ligar pro paciente, fica 5 meses, 6 meses sem o aparelho. Então eu acho que tinha que ter um outro local ou mais profissional lá dentro. Eles alegam que as vagas que eles têm, tem que dividir entre os municípios. Então tinha que ter outro local.

Consoante com estes dados, no diagnóstico da situação da rede assistencial de média e alta complexidade do SUS, constatou-se insuficiência dos serviços de saúde existentes. Há unidades que realizam o procedimento, mas verifica-se sua incapacidade de atendimento à demanda (BRASIL, 2007).

Uma rede de atenção à saúde com apenas um serviço de alta complexidade, a fim de atender uma demanda emergente de pessoas com deficiência auditiva, não é plausível para atingir plenamente seus objetivos. A responsabilidade, com relação à regulação, no que se trata das referências intermunicipais (que abrangem parte dos procedimentos de média e praticamente toda a alta complexidade), é do gestor estadual, inclusive quanto ao desenho das redes (BRASIL, 2007).

Frente a este fato, os Estados podem solicitar credenciamento para mais de uma unidade prestadora de serviço e distribuí-los a critério do gestor, desde que até 50% deles sejam serviços de atenção à saúde auditiva na alta complexidade, bem como solicitar novos credenciamentos na média complexidade e distribuir o quantitativo entre estes (BRASIL, 2006b).

Estes dados corroboram com o estudo de Vieira (2013), sobre o caso do município de São Paulo na transição entre a PNASa e o Plano Viver sem Limite, que afirma que a universalidade e a integralidade não estão garantidas neste processo de reabilitação auditiva pelo SUS. Os problemas nos processos organizativos de regionalização e hierarquização da atenção à saúde ainda são presentes e centrais.

Refletindo sobre esta questão, Campos, Souza e Mendes (2015) mostram que não basta um financiamento adequado, mas é fundamental a construção da lógica de cuidados à saúde da pessoa com deficiência, porque dá consistência à rede. O cuidado deve ser pensado em rede, os serviços devem ser organizados em linhas de cuidado, em função das necessidades da população e dos arranjos territoriais.

A integralidade, um dos princípios norteadores do SUS, deve ser sustentada pelas ações conjuntas entre os componentes da atenção, gerando sinergia e transversalidade entre os pontos de atenção da rede. Tal articulação deve se orientar, inclusive, pelos contextos de vida e saúde e das necessidades concretas das pessoas com deficiência (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

O foco de cuidado deve sair do ponto de atenção especializada que faz a concessão das próteses, para centrar-se no usuário (TEIXEIRA, 2007). Neste sentido, o participante S3 afirma: “O que eu quero dizer é que precisa de um melhor acompanhamento, monitoramento, do processo que envolve o usuário. Não daquele processo do trabalho em si, do serviço em

si”. A fala do participante S3 corroborou com a reflexão de Galvão (1999, p. 395): “Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários”.

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI), em seu artigo 17, estabeleceu que:

Os serviços do SUS deverão promover ações articuladas para garantir à pessoa com deficiência e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social (BRASIL, 2015a, p. 16).

O participante S1 apoia-se nos agentes comunitários de saúde para o acompanhamento: “A gente pede para o PSF (Programa Saúde da Família) ver o que está acontecendo” (S1). Já o participante S4 observou que, com a presença de um profissional de Fonoaudiologia, o atendimento foi otimizado: “Com a fonoaudióloga foi mais rápido, acelerou mais” (S4).

Por meio destes relatos foi possível verificar que atualmente essa política pública está centrada no acesso ao recurso em TA, mas não no acompanhamento das pessoas com vistas à permanência da utilização do recurso. Os caminhos apontados convergem para a necessidade de uma melhor assistência do processo que envolve o usuário, favorecendo uma rede consistente de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste presente estudo, evidenciou-se a importância da política pública para a concessão de recursos em TA pelo SUS, uma vez que estes recursos favorecem a inclusão social e o empoderamento da pessoa com deficiência. A prótese auditiva é o principal recurso em TA destinado à pessoa com deficiência auditiva para sua reabilitação, promovendo a melhoria da comunicação, da qualidade de vida e da inserção educacional e ocupacional de seu usuário.

No Brasil, o auxílio para próteses e órteses remete ao período do INAMPS. Com a criação da PNASA em 2004 e sua posterior incorporação ao Plano Viver sem Limite no ano de 2011, o acesso à prótese auditiva foi estendido, o que já consistiu em um avanço na possibilidade de inclusão social da pessoa com deficiência auditiva. O processo de reabilitação auditiva pelo SUS pode ser considerado como abertura de portas do sistema, principalmente pelo fato de que visa atendimento a uma demanda negligenciada e marginalizada, que é o caso das pessoas com deficiência.

Nas vozes das pessoas com deficiência auditiva, observou-se o impacto positivo da reabilitação na comunicação, que se apresentava dificultada sem o uso das próteses. Ressaltou-se que o apoio da família é um fator determinante no sucesso do processo de reabilitação auditiva. Destacou-se também a importância da reabilitação auditiva na inserção e permanência ocupacional das pessoas com deficiência.

Apesar das conquistas, esta política pública apresenta aspectos nodais, que busquei enumerar e compreender a partir da seguinte pergunta: Quais são as principais dificuldades encontradas no processo de reabilitação auditiva, especialmente no funcionamento e articulação da rede de atendimento, que desencadeiam subutilização ou abandono das próteses auditivas?

Com relação à rede de atendimento, constatou-se que parte dos funcionários das secretarias de saúde dos municípios estudados desconhece seu funcionamento e, conseqüentemente, há desarticulação da mesma. Deste modo, é urgente a necessidade de formação continuada destes funcionários, especialmente no que diz respeito à articulação do serviço de concessão de recursos em TA e acompanhamento de seus usuários.

Nas cidades investigadas, observou-se ainda que os funcionários acumulam outras funções nas secretarias de saúde, o que os torna sobrecarregados. Nas cidades onde existe um profissional de Fonoaudiologia na rede pública, notou-se otimização do atendimento à pessoa

com deficiência auditiva. Da mesma forma, este atendimento é mais eficaz na cidade onde se busca apoio na equipe de agentes do PSF.

Ademais, constatou-se a necessidade de reavaliação aprofundada dos serviços e processos, a fim de realizar as modificações e orientações devidas, uma vez que a rede de atendimento possui a mesma regulamentação desde o ano de 2004.

Há ainda problemas considerados estruturais. Um atendimento em rede não comporta uma estrutura verticalizada, burocratizada e centralizadora. Esta estrutura vigente não favorece uma proximidade com os usuários de próteses auditivas. Pelo contrário, distancia-se deles, deixando-os fora das decisões e exigindo procedimentos burocráticos que contribuem para a lentidão destes processos.

Com relação aos procedimentos, o tempo de espera é expressivo para a adaptação das próteses auditivas e acompanhamento de seus usuários. Este tempo de espera influencia em todas as fases da reabilitação auditiva, portanto torna-se fator impactante na inclusão social da pessoa com deficiência. Uma das causas apontadas pelos participantes para esta questão foi a demanda expressiva gerada pelo aumento nos processos diagnósticos. Por outro lado, infere-se que, se o processo funcionasse em rede, o tempo de espera poderia ser reduzido devido à melhor organização do fluxo de atendimento.

Além disso, há um aspecto contraditório na classificação vigente das deficiências auditivas, que prioriza a energia dos sons da fala em detrimento de sua inteligibilidade. Sendo assim, desconsidera as frequências mais agudas, não refletindo o real prejuízo no desempenho comunicativo gerado por tais perdas.

Categorizar uma pessoa com deficiência auditiva tão somente pela interpretação de um audiograma pode levar a condutas com implicações diversas na vida pessoal e profissional do sujeito avaliado. Desta forma, é imprescindível refletir sobre a possibilidade da utilização de instrumentos diagnósticos que avaliem a inteligibilidade de fala e os prejuízos nas atividades de vida diária deste sujeito. Ora, o impacto da deficiência auditiva deve ser considerado na interação complexa das variáveis médicas, audiológicas, psicossociais, educacionais e ocupacionais.

Outra questão preocupante é com relação à manutenção das próteses auditivas. Atualmente, há uma fragilidade na política de manutenção, pois após um ano de uso, o sujeito deve arcar com as despesas para o conserto das próteses. Com isso, surge um fenômeno de abandono das próteses, mesmo com possibilidade de conserto. O paciente solicita nova prótese, o que gera um incremento na fila de espera, além de desperdício de dinheiro público.

Por meio dos relatos das pessoas com deficiência auditiva, observou-se que a questão da manutenção das próteses auditivas é ainda mais profunda. Os avanços nesta política parecem estar centrados no acesso ao recurso em TA, mas não no acompanhamento das pessoas. Os usuários não são devidamente acompanhados, fator que impulsiona o abandono das próteses.

Frente a estas dificuldades, foram apontados alguns caminhos para que a rede de cuidados funcione de forma mais efetiva. Todos os caminhos apontados convergem para a necessidade de credenciamento de novos pontos de atenção especializada, para um melhor acompanhamento do processo que envolve o usuário. Cria-se, assim, uma rede consistente de cuidados, capaz de considerar as necessidades das pessoas com deficiência auditiva usuárias de próteses, principalmente no seu objetivo maior, que é a inclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAO-ACO (American Academy of Otolaryngology and American Council of Otolaryngology). **Guide for evaluation of hearing handicap**. JAMA, 1979.

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.3, v.18, p. 1677-1682, out 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63027450016/>> Acesso em 30 set.2017.

ALMEIDA, K. Avaliação dos Resultados de Intervenção. In: ALMEIDA, K.; IÓRIO, M.C.M. **Próteses Auditivas: Fundamentos Teóricos e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Lovise, 2003. p. 22-53.

ALMEIDA, K.; IORIO, M. C.; DISHTCHEKENIAN, A. In: ALMEIDA, K.; IÓRIO, M.C.M. **Próteses Auditivas: Fundamentos Teóricos e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Lovise, 2003. p. 1-16.

ASHA. American Speech and Hearing Association, Committee on Audiometric Evaluation. **Guidelines for audiometric symbols**. ASHA, 1974.

BARROS, P. F. S.; QUEIROGA, B. A. M. As dificuldades encontradas no processo de adaptação de aparelho de amplificação sonora individual em indivíduos idosos. **Rev CEFAC**, São Paulo, v 8, n. 3, Jul-Set 2011, p. 375-385.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1977.

BATOCCHIO, A. et al. Tecnologia Assistiva–Criação de modelo para implantação de centros integrados de solução em saúde. **Parcerias Estratégicas**, Brasília, v. 19, n. 39, p.77-97, jul-dez 2014.

BERSCH, R. **Introdução à Tecnologia Assistiva**. Porto Alegre: CEDI, 2008.

BEVILACQUA, M. C. et al. Adaptação do aparelho de amplificação sonora no SUS comparado com um modelo de adaptação compacto. **Braz. j. otorhinolaryngol**. São Paulo, v. 79, n. 3, p. 276-284, Jun. 2013.

BEVILACQUA, M. C. et al. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. **Rev. soc. bras. fonoaudiol**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 252-259, Set 2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0342011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BIBEAU, G. O Humano entre a medida e a desmedida: o que são “evidências”? **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v.18, n.10, p. 2808-2812, Out.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria n 3.335 de 11 de junho de 1984**. Brasília, DF, 1984. Disponível em:

<<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3413879/pg-30-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-13-06-1984>> Acesso em: 03 set. 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.

_____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989**. Brasília, DF, 1989.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS- Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990.

_____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8.160, de 08 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de pessoas portadoras de deficiência auditiva. Brasília, DF, 1991a.

_____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1991b.

_____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Secretaria da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 52p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 315, de 10 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 31, 13 fev. 2006b. 42p.

_____. Secretaria dos Direitos Humanos. Comitê de Ajudas Técnicas. **Ata da III Reunião do Comitê de Ajudas Técnicas – CAT**. Brasília, DF, 2007.

_____. SDHPR - Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência - SNPD. **Tecnologia Assistiva**. Brasília, DF, 2009a.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. 4ª ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2009b. 100p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2012 – 2015: Balanço das Atividades Estruturantes 2011**. Brasília, DF, 2011a

_____. Ministério da Saúde. **Decreto n 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência- Plano Viver sem Limite. Brasília, DF, 2011b

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília, DF, 2011c

_____. Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011**. Regulamenta a Lei no 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, 2011d

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2012a

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). **Cartilha do Censo 2010**. Brasília : SDH-PR/SNPD, 2012b. 32p.

_____. **Saúde sem Limite**. Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual. Brasília, DF, 2013.

_____. **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. SDH/PR, Brasília, DF, 2014. 180p.

_____. Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015.

_____. Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015**. Dispõe sobre a política de valorização do salário-mínimo e dos benefícios pagos pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS) para o período de 2016 a 2019. Brasília, DF, 2015b

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei da Câmara nº 23, de 2016**. Considera pessoa com deficiência aquela com perda auditiva unilateral. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/125796>> Acesso em 18 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Regulação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf> Acesso em 28 set. 2017.

CAMPOS, A. H. C.; RUSSO, I. C. P.; ALMEIDA, K. Indicação, Seleção e Adaptação de Próteses Auditivas: Princípios Gerais. In: ALMEIDA, K., IORIO, M. C. M. **Próteses auditivas: fundamentos teóricos & aplicações clínicas**. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2003. p. 35-54.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface**, Botucatu: v. 19, n. 52, p. 207-210, mar 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100207&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 set. 2015.

CRUZ, D. M. C. **Papéis ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo.** Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 230 p. 2012.

CRUZ, M. S. et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1123-1131, Mai 2009. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/28761/S0102-311X2009000500019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 20 mai. 2016.

CRUZ, M. S. et al. Uso de aparelho de amplificação sonora individual por idosos: estudo SABE - saúde, bem-estar e envelhecimento. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 133-142, jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000200012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 abr. 2015.

DAVIS, H.; SILVERMANN, S. R. **Hearing and deafness.** 3 ed. Nova York: Holt, Rinehart and Winston, 1970.

DELL'ANTONIA, S. F.; IKINO, C. M. Y.; CARREIRÃO FILHO, W. Grau de satisfação em usuários de próteses auditivas em um serviço de alta complexidade. **Braz. j. otorhinolaryngol.** São Paulo, v. 79, n. 5, p. 555-563, out 2013.

DEMPSEY, J. J. Seleção e Adaptação das Próteses Auditivas. In: KATZ, J. **Tratado de Audiologia Clínica.** Brasil: Manole, 1999. p. 716-727.

DUMKE, C. et al. Investigação das falhas técnicas verificadas em próteses auditivas de usuários de um programa público de saúde auditiva. **Rev. CEFAC**, São Paulo: v. 16, n. 4, p. 1117-1124, Ago 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000401117&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 set. 2015.

EUSTAT, 1999. **Empowering Users Through Assistive Technology.** Disponível em: <<http://www.siva.it/research/eustat.portuguese.html>>. Acesso em 04 ago. 2015.

FIALHO, I. M. et al. Percepção de idosos sobre o uso de AASI concedido pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 338-344 abr-jun 2009.

FIGUEIREDO, M. D. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 341 p. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313771>> Acesso em 30 set. de 2017.

FONSECA, F. C.; IORIO, M. C. M. Próteses auditivas dispensadas pelo SUS e qualidade de vida. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 768-778, mai-jun 2014

FRAZZA, M. M. et al. Audiometria Tonal e Vocal. In: MUNHOZ, S. L. et al; **Audiologia Clínica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000, p. 49-71.

GALVÃO FILHO, T. A. A construção do conceito de Tecnologia Assistiva: alguns novos e interrogantes desafios. **FACED/UFBA**. Salvador, v. 2, n. 1, p. 25-42, Jan-Jun 2013. Disponível em: <www.galvaofilho.net/TA_desafios.pdf> Acesso em: 17 set. 2015.

GALVÃO FILHO, T. A.; MIRANDA, T. G. Tecnologia Assistiva e salas de recursos: análise crítica de um modelo. In: GALVÃO FILHO, T. A. (Org.); MIRANDA, T. G. (Org.). **O professor e a educação inclusiva: formação, práticas e lugares**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia - EDUFBA, 2012. p. 247-266.

GARCIA, J. C. D.; GALVÃO FILHO, T. A. **Pesquisa Nacional de Tecnologia Assistiva**. São Paulo: Instituto de Tecnologia Social - ITS BRASIL e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação - MCTI/SECIS, 2012, 68 p. Disponível em: <<http://www.itsbrasil.org.br/sites/itsbrasil.w20.com.br/files/Digite%20o%20texto/miolopesqnacional-grafica.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2015.

GARCIA, V. G.; MAIA, A. G. Características da participação das pessoas com deficiência auditiva e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro. **R. Bras. Est. Pop**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 395-418, Jul-Dez 2014. Disponível em: <<http://rebep.org.br/index.php/revista/article/view/679/657>> Acesso em: 17 mai. 2016.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, mai-ago 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03>> Acesso em 18 jun. 2017.

GUANAES, C.; MATTOS, A. T. R. Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1005-1017, dez 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400017&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 05 mai. 2015.

HNATH-CHISOLM, T. Implantes Cocleares e Próteses Vivrotáteis. In: KATZ, J. **Tratado de Audiologia Clínica**. Brasil: Manole, 1999. p. 737-748.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2000. Características Gerais da População. **Resultados da Amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. Características Gerais da População. **Resultados da Amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. **Cidades**. IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

IERVOLINO, S. M. S.; CASTIGLIONI, M.; ALMEIDA, K. A Orientação e o Aconselhamento no Processo de Reabilitação Auditiva. In: ALMEIDA, K. IÓRIO, M. C. M. **Próteses Auditivas: Fundamentos Teóricos e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Lovise, 2003. 494 p.

ISO 9999 (1998).

JAMIESON, J. R. O Impacto da Deficiência Auditiva. In: KATZ, J. **Tratado de Audiologia Clínica**. Brasil: Manole, 1999. p. 590-609.

LESSA, A. H. et al. Satisfação de usuários de próteses auditivas, com perda auditiva de graus severo e profundo. **Arquivos Int. Otorrinolaringol. (Impr.)**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 338-345, Set 2010.

LIMA, M. T; NEVES, E. F; DAGNINO, R. Popularização da ciência no Brasil: entrada na agenda política, de que forma? In: DAGNINO, R. (org). **Estudos sociais da ciência e tecnologia e política de ciência e tecnologia**: abordagens alternativas para a América Latina. Campina Grande: EDUEPB, 2010. p. 235-252.

LLOYD, L. L.; KAPLAN, H. **Audiometric interpretation**: a manual of basic audiometry. University Park Press: Baltimore; 1978. 94p.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, Inovação Tecnológica e Saúde: uma reflexão necessária. **Texto and contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, abr-jun 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>> Acesso em 12 de set. 2015.

LUCCHESI, G. Proliferação Legislativa no setor Saúde: conquista ou impasse? **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.** Brasília, v. 2, n. 1, p. 1-21, Jan-Jul 2013. Disponível em:
<<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/27/75>> Acesso em: 10 ago. 2015.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-42, out-dez 2007.

MANZINI, E. J. Tecnologia Assistiva para educação: recursos pedagógicos adaptados. In: **Ensaio pedagógico**: construindo escolas inclusivas. Brasília: SEESP/MEC, 2005. p. 82-85.

MARQUES, A. C.; KOZLOWSKI, L; MARQUES, J. M. Reabilitação auditiva no idoso. **Rev Bras Otorrinolaringol**. São Paulo, v. 70, n. 6, p. 806-811, nov/dez 2004.

MELLO, A. G.; NUERNBERG, A. H.; BLOCK, P. Não é o corpo que descapacita, mas sim a sociedade: a interdisciplinaridade e o surgimento de estudos sobre a deficiência no Brasil e no mundo. In: SCHIMANSKI, E.; CAVALCANTE, F.G. **Pesquisa e extensão**: Experiências e Perspectivas Interdisciplinares. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2014.

MOREIRA, I. C. A inclusão social e a popularização da Ciência e da Tecnologia no Brasil. **Inclusão Social**, IBCIT, v. 01, n. 02, p. 323-330, abr-jun 2006. Disponível em:
<<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/29/50>> Acesso em: 04 out. 2015.

NEDER, R. T. A produção do conhecimento na Universidade e os estudos sociais da Ciência e Tecnologia: contribuições para o ensino e a pesquisa. In: NEDER, R.T.(org). **CTS ciência, tecnologia e sociedade**: e a produção de conhecimento na Universidade. Brasília: UnB/Capes- Escola de Altos Estudos, Cadernos Primeira Versão, 2013, p. 07-32.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, Dez 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2015.

OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2011. 334 p. Disponível em:

<http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf> Acesso em: 20 set. 2015.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID- 10)**. Versão 8, vol. 1. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>> Acesso em 23 jun. 2017.

RADABAUGH, M. P. NIDRR's Long Range Plan - Technology for Access and Function Research Section Two: NIDDR. Research Agenda Chapter 5: **Technology for access and function**, 1993. Disponível em: <http://www.ncddr.org/rpp/techaf/lrp_ov.html> acesso em: 05 abr. 2015.

RAYNAUT, C. Interdisciplinaridade: mundo contemporâneo, complexidade e desafios à produção e à aplicação de conhecimentos. In: PHILIPPI JR, A.; SILVA NETO, A.J. **Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia & Informação**. Barueri: Manole, 2011. p. 68-105.

ROBINETTE, M. S. Analisando os Resultados Audiométricos. In: KATZ, J. **Tratado de Audiologia Clínica**. Brasil: Manole, 1999. p. 179-192.

RODRIGUES, P. R.; ALVES, L. R. G. Tecnologia Assistiva- Uma revisão do tema. **Holos**, Natal, v. 6, n. 29, p. 170-180, mai-jun 2013.

RODRIGUES, L. C. Proposta para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas-AVAL**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 103=110, jan-jun 2008, Disponível em:

<<http://www.avalrevista.ufc.br/index.php/revistaaval/article/view/3>> Acesso em 30 set. 2017.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6^a ed. Medsi: Rio de Janeiro, 2003. 728p.

RUSSO, I. C. P. et al. Encaminhamentos sobre a classificação do grau de perda auditiva em nossa realidade. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 287-288, jun 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342009000200023&script=sci_arttext> Acesso em 18 jun. 2017.

RUSSO, I. C. P. Distúrbios da audição: a presbiacusia. In: RUSSO, I. C. P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p.51-82.

RUSSO, I. C. P.; SANTOS, T. M. M. **A prática de audiologia clínica**. São Paulo, Cortez, 1993. 253p.

SARRETA, 2009. **Educação permanente em saúde para trabalhadores do SUS**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Faculdade de História, Direito e Serviço Social), Franca, 232 p. 2009.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SERAFIM, M. P. Convergência entre a Política de Inclusão Social e Política de Ciência e Tecnologia: enfoque tecnológico para a inclusão social. In: DAGNINO, R. (org). **Estudos sociais da ciência e tecnologia e política de ciência e tecnologia**: abordagens alternativas para a América Latina. Campinas Grande: EDUEPB, 2010, p. 189-212.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, Fev 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100008&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 05 abr. 2015.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p.20-45, jul-dez. 2006.

SOUZA, J. M. de; CARNEIRO, R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. **Saúde soc**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 69-84, dez 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 21 ago. 2015.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Medsi: Rio de Janeiro, 2003. 728p.

TEIXEIRA, C. F. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva**: Estudo de caso em Pernambuco. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 159 p. 2007: Recife, 2007.

THOMAS, H. E. Tecnologia, desarrollo, democracia: sistemas tecnológicos sociales y ciudadanía socio-técnica. In: NEDER, R.T. (org.). **CTS ciência, tecnologia e sociedade**: e a produção de conhecimento na Universidade. Brasília: UnB/Capes- Escola de Altos Estudos, Cadernos Primeira Versão, 2013. p. 85-113.

TRIGUEIRO, M. G. S. O debate sobre a autonomia/não-autonomia da tecnologia na sociedade. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 11, n. 22, p. 158-197, Jul-Dez 2009. Disponível em: ser.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/9645/5515 Acesso em: 14 set. 2015.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

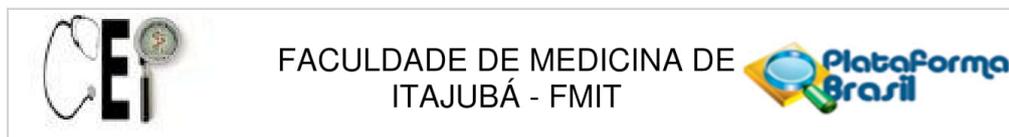
VASCONCELOS, L. G. E; MORAES, M. F. B. B.; BRAGA, S. R. S. Protetização Auditiva: Reflexões sobre sua Adequação. **Braz. j. otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 121-127, Jul-Set 1998.

VEIGA, L. R.; MERLO, A. R. C.; MENGUE, S. S. Satisfação com a prótese auditiva na vida diária em usuários do Sistema de Saúde do Exército. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 1, p. 67-73, fev. 2005.

VIANNA, N. B.; CAVALCANTI, M. L. T; ACIOLI, M. D. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2179-2188, jan-jul 2014. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02179.pdf>> Acesso em 10 ago. 2015.

VIEIRA, G. I. **Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: o caso do município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)** Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 184 p. 2013.

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Plano Viver sem Limite e reabilitação auditiva: um estudo na microrregião de Itajubá

Pesquisador: LIDIA DANIELA DA COSTA GONCALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61748816.5.0000.5559

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.855.224

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem qualitativa a ser realizada por meio da análise do programa governamental Plano Viver sem Limite a fim de se conhecer o prognóstico do processo de reabilitação auditiva, bem como concessão de próteses auditivas e o acompanhamento de seus usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Discutir aspectos nodais da atual política pública para a reabilitação auditiva nas práticas da microrregião de Itajubá e a percepção de atores com elas envolvidos, com vistas a fomentar uma análise crítica deste processo.

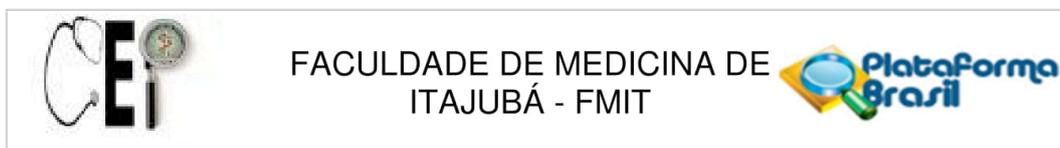
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tanto os riscos quanto os benefícios foram relatados de forma satisfatória no projeto. Atendem à resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta é relevante.

Endereço: Av. Rennó Júnior, 368
Bairro: São Vicente **CEP:** 37.502-138
UF: MG **Município:** ITAJUBA
Telefone: (35)3629-8700 **Fax:** (35)3629-8702 **E-mail:** paulojoc@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 1.855.224

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente preenchidos e encaminhados.

Encontram-se adequados.

Recomendações:

Recomendo a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782562.pdf	25/11/2016 17:24:27		Aceito
Outros	questionario.docx	25/11/2016 17:23:48	LIDIA DANIELA DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto2.doc	25/11/2016 17:07:17	LIDIA DANIELA DA COSTA GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.docx	07/10/2016 17:36:00	LIDIA DANIELA DA COSTA GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	07/10/2016 17:32:46	LIDIA DANIELA DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ITAJUBA, 07 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Paulo José Oliveira Cortez
(Coordenador)

Endereço: Av. Rennó Júnior, 368
Bairro: São Vicente CEP: 37.502-138
UF: MG Município: ITAJUBA
Telefone: (35)3629-8700 Fax: (35)3629-8702 E-mail: paulojoc@yahoo.com.br

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Plano Viver sem Limite e reabilitação auditiva: Um estudo na microrregião de Itajubá”, conduzida pela pesquisadora Lidia Daniela da Costa Gonçalves, aluna do Programa de Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade (DTecS), da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), sob orientação da Prof^ª. Dra. Denise Pereira de Alcantara Ferraz. Este estudo tem por objetivo analisar alguns aspectos do Plano Viver sem Limite no que concerne ao processo de reabilitação auditiva, através da concessão de próteses auditivas, na microrregião de Itajubá. Você foi selecionado(a) por ser o profissional responsável, em sua cidade, pelo encaminhamento da pessoa com deficiência auditiva ao ponto de Atenção Especializada, onde ocorre a seleção e adaptação das próteses auditivas e o acompanhamento de seus usuários. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada nem implicará em gastos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em entrevista semiestruturada conduzida pela pesquisadora responsável, realizada na sede da Secretaria de Saúde do Município, com registro em áudio. Este registro será posteriormente transcrito pela pesquisadora e alguns fragmentos serão utilizados no texto da dissertação, mantendo-se o sigilo a respeito da cidade e da identidade do entrevistado. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados individualmente, visando assegurar o sigilo de sua participação. A pesquisadora responsável compromete-se a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável.

Contatos da pesquisadora responsável: Lidia Daniela da Costa Gonçalves, tel: (35)997309502, email: lidia.08@bol.com.br. Endereço: Rua Deputado Euclides Cintra, 92. Itajubá-MG.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Plano Viver sem Limite e reabilitação auditiva: Um estudo na microrregião de Itajubá”, conduzida pela pesquisadora Lidia Daniela da Costa Gonçalves, aluna do Programa de Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade (DTecS), da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), sob orientação da Prof^a. Dra. Denise Pereira de Alcantara Ferraz. Este estudo tem por objetivo analisar alguns aspectos do Plano Viver sem Limite no que concerne ao processo de reabilitação auditiva, através da concessão de próteses auditivas, na microrregião de Itajubá. Você foi selecionado(a) por ser usuário de próteses auditivas pelo SUS. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada nem implicará em gastos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em entrevista semiestruturada conduzida pela pesquisadora responsável, realizada na sede da Secretaria de Saúde do Município, com registro em áudio. Este registro será posteriormente transcrito pela pesquisadora e alguns fragmentos serão utilizados no texto da dissertação, mantendo-se o sigilo a respeito da cidade e da identidade do entrevistado. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados individualmente, visando assegurar o sigilo de sua participação. A pesquisadora responsável compromete-se a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável.

Contatos da pesquisadora responsável: Lidia Daniela da Costa Gonçalves, tel: (35)997309502, email: lidia.08@bol.com.br. Endereço: Rua Deputado Euclides Cintra, 92. Itajubá-MG.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____