



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GABRIELA STANG

POPULAÇÃO SURDA: DIREITOS SOCIAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE

FLORIANÓPOLIS

2016

GABRIELA STANG

POPULAÇÃO SURDA: DIREITOS SOCIAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Regina Krüger.

FLORIANÓPOLIS

2016

Dedico este trabalho a todos, em especial a meus pais, que de alguma forma me auxiliaram a chegar aqui.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Edivar e Roselia, pelo carinho, amor, compreensão e paciência.

A minha tia Sonia, pelas orientações, pela atenção, carinho e paciência.

Aos meus avós Elpídio e Lorena, que são meus maiores exemplos de superação. Agradeço pelo carinho, incentivo, amor e atenção.

Ao meu namorado Max, pelo amor, carinho, apoio, incentivo e paciência, principalmente nas fases finais da graduação.

As minhas amigas Roseane, a Carla e Daielen, pelo carinho, apoio e companheirismo entre nós.

A minha orientadora Tânia pela dedicação, paciência e apoio.

A minha supervisora de campo e Assistente Social Patrícia pelos ensinamentos, pelo incentivo na escolha do tema, pela paciência, dedicação, amizade e carinho.

A residente e Assistente Social Laís, por compartilhar suas experiências e pelos ensinamentos, companheirismo, amizade e carinho.

As Assistentes Sociais do HU/UFSC Francielle, Cida, Déia, Tayana e Michely, por contribuírem de alguma forma na minha formação acadêmica.

A todos que colaboraram e contribuíram para a realização deste trabalho, obrigada.

“Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas continue em frente de qualquer jeito”. (Martin Luther King)

RESUMO

STANG, Gabriela. **População surda: direitos sociais e serviços de saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo evidenciar os serviços de saúde auditiva nos Planos Estaduais de Saúde de 2012 a 2015 contemplando a região Sul do Brasil. Desta forma, buscou-se conhecer as diversas caracterizações e conceitos sobre surdez, com o intuito de apresentar uma nova cultura, chamada de cultura surda, onde a principal forma de comunicação é estabelecida por meio de sinais. Além disso, foram levantadas as principais políticas e legislações sociais voltadas às pessoas com deficiência, fazendo um recorte para os serviços de saúde ofertados às pessoas com deficiência auditiva. E por fim o reconhecimento das referências e serviços destinados à população surda nos Planos Estaduais de Saúde.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência, Surdez, Saúde Auditiva e Planos de Saúde.

ABSTRACT

This Completion Work of course aims to highlight the hearing health services in the State Health Plans 2012-2015 contemplating the southern region of Brazil, Thus, it sought to know the different characterizations and concepts of deafness, in order to introduce a new culture, called the deaf culture where the main form of communication is established by signs. In addition, it raised the main policies and targeted social legislation people with disabilities, making a cut for health services offered people with hearing disabilities. Finally, the recognition of references and services for the deaf population in the State Health Plans.

Key words: Disability, Deafness, Hearing Health and Health Plans.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Aparelho Convencional ou de Caixa.....	22
FIGURA 2 - Aparelho Retro-auricular.....	22
FIGURA 3 - Aparelho Intra-aurais.....	22

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – População brasileira com perda auditiva em 2010.....	30
GRÁFICO 2 – População brasileira com perda auditiva por regiões em 2010.....	31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Limites de tolerância para ruído contínuo ou intermitente.....	47
TABELA 2 – Pessoas com deficiência por faixa etária.....	49
TABELA 3 – Os Estados com as respectivas populações e o Índice de Desenvolvimento Humano de 2010.....	57
TABELA 4 – População com deficiência auditiva por sexo nos respectivos Estados em 2010.....	59
TABELA 5 - Serviços de reabilitação auditiva de média e alta complexidade apresentados nos Planos de Saúde dos estados de 2012-2015.....	63
TABELA 6 – Estimativa populacional por área de deficiência e oferta anual de vagas para reabilitação no estado do Rio Grande do Sul no ano de 2012.....	64
TABELA 7 - Serviços de triagem Auditiva Neonatal nos Estados da Região Sul nos Planos Estaduais de Saúde de 2012- 2015.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
AC - Análise de Conteúdo
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CER- Centros Especializados de Reabilitação
CEREST - Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade
CIB - Comissão Intergestor Bipartite
CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CORDE - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IPI - Imposto de Renda sobre Produtos Industrializados
LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAAO – Prótese Ancorada ao Osso
PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído
PES - Plano Estadual de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SNPD - Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos da Pessoa com Deficiência
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TAN - Triagem Auditiva Neonatal
UREST – Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador
VISAT – Plano de Ação da Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. SURDEZ: CARACTERIZAÇÕES E DIREITOS SOCIAIS	17
1.2 A Política da Pessoa com Deficiência	32
1.2.1 Constituição Federal de 1988	33
1.2.2 Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência.....	35
1.2.3 Assistência Social – Benefício de Prestação Continuada.....	38
1.2.4 Lei 10.048 de 8 de novembro de 2000 – Atendimento Prioritário.....	39
1.2.5 Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000 – Promoção da Acessibilidade as Pessoas com Deficiência.....	39
1.2.6 Língua Brasileira de Sinais	40
1.2.7 Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas.....	41
1.2.8 Estatuto da Pessoa com Deficiência.....	41
1.2.9 Outras leis que contribuem no processo inclusivo da pessoa com deficiência	42
1.2.10 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.....	44
2. SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE AUDITIVA	46
2.1 Triagem Auditiva Neonatal – TAN	51
2.2 Reabilitação Auditiva.....	51
2.3 Implante Coclear e Prótese Ancorada ao Osso	52
3. A POLÍTICA DE SAÚDE AUDITIVA NOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE	54
3.1 Caracterização do Plano de Saúde	54
3.2 Planos Estaduais de Saúde de 2012-2015	57
3.3 Saúde Auditiva nos Planos Estaduais de Saúde.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso atende a um requisito do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, cujo tema escolhido foi *População surda: direitos sociais e serviços de saúde*. Este estudo teve origem durante as inquietações vivenciadas nos estágios curriculares obrigatórios I e II em Serviço Social, nos semestres de 2015.1 e 2015.2, como estagiária no setor ambulatorial de Implante Coclear do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, um dos estabelecimentos de saúde que compõem a Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência Auditiva, nos níveis de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS.

A formação em Serviço Social abre, cotidianamente, um leque de escolhas pelas circunstâncias com as quais se deparam as intervenções profissionais, que vão desde a execução de políticas públicas até a formulação e planejamento dessas ações, nas diversas políticas intersetoriais, como saúde, assistência social, habitação, educação etc. Na política de saúde a inserção do assistente social vem de longa data, sendo este um profissional reconhecido na área da saúde, pelas habilidades e capacidades de intervir com os aspectos subjetivos dos indivíduos, superando a lógica fisiológica da saúde. As ações deste profissional, em alguns momentos, se valem de *porta-voz* para garantir vez e voz à população atendida nos serviços.

Neste trabalho busca-se apresentar uma reflexão sobre as concepções da deficiência e os padrões culturais tidos como normais ou corretos, construídos a partir da produção e reprodução das relações sociais, que podem ou não ser modificadas ao longo do tempo. A deficiência e a sua vinculação a incapacidade têm maior peso quando relacionada ao trabalho, pois o capitalismo estabelece condições para poder existir, como a rapidez no processo de produção, as longas jornadas de trabalho, e quando o trabalhador não atende a tais requisitos, acaba sendo excluído do processo de trabalho, passando a depender de outros para sobreviver.

Por muito tempo, as pessoas com deficiência não tinham visibilidade nas programações e agendas das políticas públicas, eram deixadas aos cuidados da família, da filantropia, ou quando inseridas no processo de produção, eram submetidas a tarefas degradantes e com baixas remunerações. Cenário que tem se modificado a partir da Constituição Federal de 1988, pois esta significou um divisor de águas no que diz respeito ao

reconhecimento dos direitos sociais, incluindo as conquistas também às pessoas com deficiência.

O Brasil vivenciou diversos movimentos políticos, dentre eles destaca-se o movimento das pessoas com deficiência, a busca pelo reconhecimento social, pela participação social e inclusão social, que culminou no levantamento da bandeira *Nada sobre Nós sem Nós*, na busca por direitos e pela igualdade social. Sendo assim, a Constituição Federal de 1988, incluiu em seu arcabouço jurídico a garantia dos direitos de acessibilidade, igualdade, integração social, saúde, dentre outros direitos sociais que serão elencados no presente estudo.

As principais conquistas ocorridas a partir da Carta Magna vêm contribuindo no processo de inclusão social das pessoas com deficiência, porém exigem um processo contínuo de participação e de diálogo entre sociedade e governo. No que se refere ao recorte das políticas públicas de saúde para pessoas com deficiência auditiva, destaca-se a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, por meio da Portaria n.º 2.073/2004, do Ministério da Saúde, que busca estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, estabelecendo uma linha de cuidados integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva, com intuito de reduzir o dano da deficiência auditiva na população.

O presente estudo tem como objetivo sistematizar os principais direitos sociais das pessoas com deficiência e conhecer, particularmente os direitos e os serviços de saúde auditiva previstos nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde de 2012 a 2015, dos três Estados da região Sul.

O tipo de estudo realizado foi descritivo, adotando-se como método a análise documental, qualitativa e revisão bibliográfica para caracterizar os conceitos sobre surdez e apontar as principais legislações que asseguram direitos sociais as pessoas com deficiência.

Segundo May (2004), um documento representa o reflexo da realidade, e têm o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e em longo prazo; constitui-se de leituras particulares dos eventos sociais. O risco do método é levar a incompreensões,

as ambiguidades e tensões ao redor da pesquisa documental estão mudando conforme mais pesquisadores utilizam documentos, devido à crescente disponibilidade de dados nas sociedades modernas (MAY, 2004, p. 208).

Documentos não podem ser lidos sem referência ao contexto político e social; eles não são artefatos neutros que registram a realidade social com independência. Em primeira instância, o pesquisador pode começar com uma análise dos procedimentos de senso comum que formulam o documento, não implicitamente finalizando por esse caminho.

Segundo Scott, (apud. May 2004), a pesquisa documental propõe quatro critérios para avaliar a qualidade das evidências disponíveis das fontes documentais: autenticidade, credibilidade, representatividade e significado.

Os dados coletados foram trabalhados a partir da técnica de Análise de Conteúdo - AC, que apresenta três etapas básicas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. A primeira compreende a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses, dos objetivos e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação. A segunda etapa corresponde à estruturação e transformação das informações brutas em dados, que serão comparadas entre si e interpretadas na terceira e última fase. A partir desses dados o pesquisador apresenta interferências, para responder aos questionamentos propostos e/ou inferir novas descobertas (BARDIN, 1995).

A complementação da pesquisa qualitativa favorece o aprofundamento da análise e interpretação das equações, que nem sempre estão visíveis ou palpáveis.

A escolha dos Planos Estaduais de Saúde ocorreu de forma aleatória. Sendo que o estado de Santa Catarina é o local de residência e de estudos da preponente e os estados do Paraná e Rio Grande do Sul mantêm proximidade com o mesmo. Desta forma, buscou-se conhecer os Planos Estaduais de Saúde da região Sul do Brasil. Destaca-se a necessidade e interesse de estudar os Planos Estaduais de outras regiões, contudo, devido à extensão dos documentos para análise, em média 250 páginas e o tempo breve para a construção do Trabalho de Conclusão de Curso se impossibilitou a ampliação do campo de estudo.

O Plano de Saúde é instrumento básico e obrigatório no planejamento do SUS em cada esfera, segundo a Portaria 3.332/GM/2006. Esta pesquisa contemplou os Planos Estaduais de Saúde de 2012 a 2015, dos três Estados da região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná). As variáveis identificadas nos Planos Estaduais de Saúde ocorreram a partir de um estudo panorâmico, buscando a temática de saúde auditiva nos itens de Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador, Pessoa com Deficiência, Serviços de Reabilitação, infraestrutura, análise situacional, objetivos e metas que buscaram identificar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Auditiva.

Este estudo está estruturado em três capítulos, além das considerações finais. No **primeiro capítulo** apresenta os conceitos e caracterizações sobre os desafios enfrentados pelas pessoas com deficiência, especialmente as pessoas acometidas da surdez, com o intuito de apresentar uma nova cultura, chamada de cultura surda, onde a principal forma de comunicação é estabelecida por meio de sinais. E ainda, evidencia uma breve trajetória da formulação das políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência, citando as

principais normativas que asseguram direitos sociais para esta população, fazendo um recorte para os serviços de saúde ofertados às pessoas com deficiência auditiva.

No **segundo capítulo** são apresentados os serviços de saúde auditiva, ofertados pelo Sistema Único de Saúde.

No **terceiro e último capítulo** buscou-se identificar os serviços previstos nos Planos Estaduais de Saúde que inclui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Auditiva.

E por fim são apresentadas as considerações finais, seguidas das referências utilizadas para a elaboração deste trabalho.

1. SURDEZ: CARACTERIZAÇÕES E DIREITOS SOCIAIS

A sociedade ao longo das relações sociais estabelece padrões e modelos construídos historicamente de como os sujeitos devem se relacionar socialmente, sendo que, em determinados momentos utiliza-se de mecanismos de repressão e coerção aos chamados sujeitos desviantes, que não aceitam ou infringem as regras impostas pela sociedade, que não se encaixam nos modelos ditos corretos, ou ainda, que apresentem algum tipo de deficiência que os diferencie dos considerados padrões normais físicos, culturais, comportamentais, entre outros, estabelecidos pela mesma. Estas normas sociais segundo Tomasini (1998, p. 111) “são produtos da ação dos seres humanos em situações construídas historicamente. Muitas existem antes de o indivíduo nascer ao passo que outras permanecerão após sua morte”.

O processo de construção das normas sociais no Brasil esteve marcado por forte exclusão das pessoas com deficiência, pois, seus comportamentos, os valores, os aspectos físicos, biológicos e culturais foram alvo de preconceito, de discriminação e julgamento, haja vista, que não contemplavam as normas sociais tidas como corretas.

O ser normal-normativo não apreende e internaliza os aspectos sociais de forma igual e total. Em algumas situações pode permanecer ignorante. Entretanto, ele não pode deixar de adquirir conhecimento sobre os comportamentos e as atitudes relevantes para o desempenho dos seus diversos papéis e identificar-se, até certo ponto, com os valores inerentes à sociedade e a seus segmentos, sempre que seu comportamento se articular com o dos outros. Nos contatos face a face, esperasse segundo a ordem social estabelecida, que haja uma certa simetria entre o que o indivíduo é e o que se espera dele, inclusive para que ele possa se manter como membro “aceitável” no grupo (TOMASINI, 1998, p. 113-114).

A construção sobre as concepções da deficiência e os padrões culturais tidos como normais ou corretos, estiveram e sempre estarão atrelados aos valores sociais, morais e éticos de cada sociedade em determinado período histórico, pois o mesmo é construído a partir da produção e reprodução das relações sociais, que podem ou não ser modificadas ao longo do tempo.

Um dos processos mais importantes para a caracterização e construção das normas e valores sociais é o incremento do sistema capitalista no início do século XX. Este sistema trouxe mudanças no modelo econômico do Brasil, que passou de um perfil agroexportador para o modelo urbano industrial.

Este sistema capitalista introduz a lógica das indústrias, de maneira que, modifica os modos de produção, proporcionando diretamente a transformação das relações sociais, de trabalho, das relações culturais e políticas da sociedade. Com a entrada do capitalismo o trabalho assalariado passou a ser a peça principal para o processo produtivo. Desta forma, o trabalhador vende sua força de trabalho ao capitalista, sendo este, dono dos meios de produção, de forma a receber um valor determinado em troca de seu trabalho, chamado de salário. O valor da força de trabalho a ser pago ao operário será medido pelo tempo de trabalho necessário a sua produção da mercadoria.

Segundo Carvalho e Orso (2006, p. 161):

Apesar da determinação do valor da força de trabalho ser o mesmo das demais mercadorias, ela possui um elemento fundamental que a distingue radicalmente de todas as demais: trata-se da sua capacidade de, ao longo do processo produtivo, gerar um valor maior do que ela mesmo vale. Esta quantidade de riqueza adicional que excede ao valor da força de trabalho é a mais-valia.

As condições que o capitalismo apresenta, como por exemplo, a relação de trabalho assalariado, de produção de mercadorias e da extração de mais-valia, onde a finalização desse processo é a acumulação de riquezas, são elementos indispensáveis para sua sobrevivência na sociedade. Porém, esses fatores provocam contradições sociais, onde a lógica perversa se assenta no fato de que, para que poucos ganhem, muitos precisam perder, estes últimos chamados de trabalhadores ou operários.

A lógica do sistema capitalista se traduz na obtenção de lucros, usando como mecanismo principal, a exploração da força de trabalho. Quando existe um número excedente de sujeitos em busca de trabalho, ocorre a desvalorização da mão de obra, fazendo com que os indivíduos se sujeitem a condições de trabalho insalubres e precárias na tentativa de prover a própria subsistência. Esta condição se agrava quando se volta à atenção para as pessoas com deficiência, seja esta última física, mental, sensorial, motora ou visual, pois lhe denota um sentido de diminuição, de modo que, o sujeito que não consegue desenvolver todas as atividades com agilidade e precisão é percebido como incapaz para o trabalho.

Pastore (2000, p. 07) evidencia que:

[...] O Brasil possui uma das maiores populações de portadores de deficiência do mundo (16 milhões de pessoas) e uma das menores taxas de participação no mercado de trabalho. Segundo estimativas disponíveis, 9 milhões estão em idade de trabalhar, destes, os que trabalham no mercado formal somam cerca de 2%, enquanto nos países mais avançados essa proporção fica entre 30% e 45%.

No Brasil a população com deficiência é submetida à última opção ao sistema capitalista. Como analisam os estudos de Pastore (2000) evidencia-se a existência de 9 milhões de pessoas com deficiência e com idade para o trabalho, mas apenas 2% está inserida no mercado formal de trabalho. Essa constatação reforça a concepção de que o sistema capitalista procura sujeitos capazes de trabalhar com agilidade e rapidez, o que acarreta no processo de exclusão do mercado de trabalho dos segmentos que não correspondem a esse padrão, pois na lógica do sistema capitalista são vistos como incapazes.

A deficiência e a sua vinculação a incapacidade, segundo Amiralian et al (2000, s/p) “pode surgir como consequência direta da deficiência ou como resposta do indivíduo – sobretudo psicológica – as deficiências físicas, sensoriais ou outras. A incapacidade representa a objetivação de uma deficiência”. A vinculação direta da incapacidade à deficiência tem maior peso quando relacionada ao trabalho.

O capitalismo estabelece condições para poder existir, como por exemplo, salários baixos, longas jornadas de trabalho, rapidez no processo de produção, exploração de mão de obra dos trabalhadores. Tais condições produzem desigualdades sociais, miséria, pobreza e outras formas de definição para elucidar as condições de vida sub-humanas as quais a classe trabalhadora é submetida. Essas condições tendem a serem mais agravadas quando se volta às pessoas com deficiência, pois, além de não serem reconhecidas como cidadãs perante a sociedade, eram na maioria das vezes excluídas do processo de trabalho, sendo dependentes de outros para sobreviver, o que lhes denota ser apenas um peso para a sociedade e para o capitalismo, pois para este, o sujeito deve ser capaz de exercer todas as funções que lhe são destinadas.

As pessoas com deficiência eram deixadas aos cuidados da família, da filantropia e ajuda ou quando inseridas no processo de produção, eram submetidas a tarefas em condições degradantes e com baixas remunerações. Conforme aponta Carvalho e Orso (2006, p. 159):

Como resultado da exclusão do processo produtivo, estas pessoas são consideradas improdutivas, inúteis, incapazes, um fardo pesado ou uma cruz a ser carregada pela família e pela sociedade. Esta concepção desconsidera a possibilidade das mesmas em se constituírem enquanto sujeitos e, desta forma, transformando-nas em objetos de caridade e da filantropia. Nesta forma de tratamento, as pessoas com deficiência quase sempre são concebidas como doentes ou como seres eternamente infantis.

As pessoas com capacidade laborativa representam para a sociedade um caráter valorativo, em que na contemporaneidade pode-se perceber a presença dos fortes traços no que concerne à valorização do trabalho remunerado, como prorroga a máxima de que “o

trabalho dignifica o homem” concepção ideológica e moralista muito usada nas relações sociais cotidianas, onde a não inserção no mercado de produção acarretaria falso juízo moral de “vadio”, “ocioso” dentre outras descrições pejorativas.

Entre as deficiências a percepção sobre surdez não fora diferente, a sociedade via os sujeitos surdos como portadores de algum tipo de retardo ou de rebeldia. As discussões acerca do surdo-mudo colocam a condição pela qual esses sujeitos se encontravam como “bizarra” entre as demais deficiências. A surdez era tida como um atraso mental, e, segundo esta concepção, os surdos se tornavam agressivos e, ou, introspectivos tendo sua imagem sempre vinculada aos indivíduos imbecis, sombrios ou violentos. Os sujeitos surdos foram sendo estereotipados pela sociedade de forma preconceituosa, colocando-os numa posição inferior as demais pessoas e inclusive em relação às outras deficiências. “Tradicionalmente, a pessoa com surdez é concebida como um ser inferior, não raro considerada anormal, dependente de outras pessoas e incapaz de se prover” (NÓBREGA et al, 2012, s/p).

As ações voltadas às pessoas com deficiência foram poucas e não apresentavam o caráter de inclusão social ou mesmo como meios de prover a igualdade social e de direitos, haja vista que, no século XIX havia apenas duas instituições que atendiam esses segmentos no Brasil, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, que se direcionavam a dimensão educacional e ações de caráter assistencialista, tendo sua sede no estado do Rio de Janeiro (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 14).

Para as pessoas com deficiência auditiva, os países como Milão e Itália no final do século XIX levantaram discussões acerca da melhor forma para educação das pessoas com surdez. Colocava-se neste contexto a discussão em torno das categorias da Língua de Sinais¹, do oralismo ou de forma mista, onde se acabou adotando o processo de alfabetização à Língua de Sinais.

No Brasil, e em outros países a Língua de Sinais foi proibida sob o argumento de que afetaria o desenvolvimento das habilidades orais dos surdos, deste modo, não sendo adotada pelo Imperial Instituto dos Surdos-Mudos. Diante da proibição da Língua de Sinais, despertaram-se sentimentos de negação a chamada cultura surda, e a imposição de práticas ouvintistas que se estabelecem numa somatória de ações e estratégias para a imposição de valores, dos modos de se relacionar dos ouvintes aos surdos, ocorrendo tanto na forma física,

¹ A primeira instituição especializada para a educação de surdos, chamados à época surdo-mudo foi fundada em 1770 em Paris, pelo Abade Charles Michel de L’Eppé. A educação do surdo tinha a preocupação de capacitar o aluno na aquisição de um código linguístico a fim de que eles pudessem estar imerso no contexto social. A primeira escola utilizou a língua de sinais, uma combinação dos sinais com a gramática francesa, com o objetivo de ensinar a ler, escrever e transmitir a cultura, oferecendo de tal forma o acesso à educação (SILVIA et al, 2009, p. 179).

com o uso das próteses auditivas, quanto na forma subjetiva, onde ocorre a disciplinarização das pessoas com surdez às normas, regras e costumes dos sujeitos ouvintes. Segundo Lanna Júnior (2010, p. 31):

Os alunos surdos eram proibidos de usar a Língua de Sinais; assim, para impedir-lhes o uso, foram adotadas medidas extremas tais como: forçar os alunos a manter os braços cruzados, amarrar as mãos, comparar quem usava a língua de sinais com macacos. Os códigos não foram eliminados, mas conduzidos ao mundo marginal.

Desta forma, evidencia-se que os modos de repressão e coerção se deram para legitimar a não adesão à Língua de Sinais, o que proporcionou o não reconhecimento da identidade cultural destes sujeitos, sendo que, estes compreendem o seu arredor a partir dos olhos e não pela audição, o que lhes denota uma marca de identidade, onde os indivíduos reconhecem-se pelo fato de pertencerem a uma mesma cultura, aquela que interpreta o mundo a partir da visão (LANNA JÚNIOR, 2010).

A tentativa da inserção do sujeito surdo no mundo ouvinte despertou o interesse da medicina e da tecnologia na tentativa de reverter as anomalias. A surdez, uma das chamadas deficiências sensoriais, pode acometer os indivíduos em qualquer fase do processo do desenvolvimento humano. Diante do chamado diferente, onde há a ausência de determinados fatores biológicos como a audição, fez com que a ciência estudasse e buscasse mecanismos de correção e recuperação dos indivíduos.

Para a ciência e a medicina os sujeitos surdos eram vistos como pacientes e classificados pelo grau de perda auditiva, manifestando apenas uma visão orgânico-biológica sobre estes. A cura para as limitações causadas pela deficiência trazia o caráter de que os sujeitos fossem capazes de desenvolver as atividades exigidas pela sociedade e pelo modo de produção industrial que trazia em sua gênese a extração da força de trabalho do operário. Neste ínterim, de acordo com Lanna Júnior (2010, p. 14):

O Positivismo e a afirmação do saber médico do final do século XIX possibilitaram o surgimento de um modelo no qual as pessoas com deficiência passaram a ser compreendidas por terem problemas orgânicos que precisavam ser curadas. No modelo médico, as pessoas com deficiência são “pacientes” – eram tratadas como clientela cuja problemática individual estava subentendida segundo a categoria de deficiência à qual pertenciam. Fazia-se todo o esforço terapêutico para que melhorassem suas condições de modo a cumprir as exigências da sociedade.

A ciência juntamente com a tecnologia na tentativa de reverter as imperfeições humanas, como a surdez, ou mesmo de minimizar os seus defeitos, criaram aparelhos que

pudessem mudar ou melhorar essa condição do indivíduo. Desta forma, surgiram as primeiras próteses auditivas no Brasil em 1940, chamadas de próteses auditivas portáteis de caixa ou convencionais, como mostra a figura abaixo:

FIGURA 1- Aparelho Convencional ou de Caixa.



Fonte: PEREIRA; FERES, 2005, s/p.

Posteriormente, surgiram as próteses auditivas retro-auriculares e as intra-aurais (Figuras 2 e 3). Segundo Pereira e Feres (2005, s/p):

[...] Basicamente, a diferença entre eles está no posicionamento em relação à orelha e na distância até a membrana timpânica, com consequentes diferenças quanto ao nível de amplificação sonora. Também diferem bastante do ponto de vista estético, sendo as intra-aurais as próteses mais discretas, e por isso preferidas por alguns pacientes. Além das diferenças de formato, as próteses auditivas também se diferenciam em relação à tecnologia aplicada, podendo ser analógicas, programáveis ou digitais.

FIGURA 2- Aparelho Retro-auricular



Fonte: PEREIRA; FERES, 2005, s/p.

FIGURA 3- Aparelho Intra-aurais



Fonte: PEREIRA; FERES, 2005, s/p.

A ciência compreende a surdez enquanto uma deficiência física, podendo ser considerada como uma deformidade ou ausência dos padrões biológicos do ser humano,

sendo que, a invenção dos aparelhos auditivos surge na forma de reabilitação dos sujeitos, para que possam desenvolver as atividades e possibilitar a participação na sociedade. O Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei Nº. 13.146, de 06 de julho de 2015, que passou a vigorar em janeiro deste ano, em seu art. 2ª estabelece que:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm 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, 2015, s/p).

A audição é um dos sentidos sensoriais, ou mesmo, os chamados órgãos receptores do corpo humano, apresentando-se como um dos componentes mais importantes para o processo de evolução do indivíduo, proporcionando e estimulando o desenvolvimento da fala e interação com o meio ao qual está inserido, sendo que, a perda bilateral, parcial ou total da mesma interfere diretamente no processo de aprendizagem, em aspectos psicológicos e nas relações sociais e com a natureza pelo indivíduo.

A perda auditiva é considerada como qualquer diminuição da capacidade de ouvir e pode manifestar-se no indivíduo de forma súbita ou em qualquer estágio do desenvolvimento humano. Segundo o Decreto nº 5.296/2004 (BRASIL, 2004a, s/p) se estabelece em seu artigo 4º inciso II que deficiência auditiva é caracteriza como “perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ E 3.000HZ”.

Contrapondo-se a ciência e aos mecanismos de cura e a designação de surdez como deficiência, ocorreram movimentos sociais com o objetivo de defender a existência de uma cultura surda, com identidade social própria, que se utiliza dos gestos, sinais e expressões faciais para se comunicar. Tal movimento social compreende o sujeito surdo como alguém que possui formas diferentes do indivíduo ouvinte de viver, falar e se expressar.

O surdo conecta-se ao mundo pelo saber visual, sendo este o modo como interage com o universo e com a natureza, o qual se faz a partir do sentido da visão, o que lhe denota uma das características da sua identidade como surdo. Segundo a autora Hall (2004 apud PERLIN; STROBEL, 2014, p. 25):

[...] As identidades surdas são construídas dentro das representações possíveis da cultura surda, elas moldam-se de acordo com maior ou menor receptividade cultural assumida pelo sujeito. E dentro dessa receptividade cultural, também surge aquela luta política ou consciência opcional pelo qual o indivíduo representa a si mesmo, se defende da homogeneização, dos

aspectos que o tornam corpo menos habitável, da sensação de invalidez, de inclusão entre os deficientes, de menos-valia social.

A partir das relações sociais presentes na sociedade se definem padrões culturais, modelos de comportamentos, de comunicação, dentre outros, subentendidos como corretos, devendo, portanto serem seguidos por todos os demais indivíduos. Destarte, os sujeitos que não se encaixassem nestes modelos construídos, como por exemplo, o de capacidade laborativa, onde existe a valorização do corpo, devendo este ser perfeito, eram estereotipados como sujeitos anormais, desviantes e rebeldes.

A sociedade é determinada por uma identidade, e a que se firmou hegemonicamente foi a identidade ouvinte, onde as relações sociais se estabelecem e se moldam por meio da fala, da escuta e da visão. A condição de surdez, em um ambiente determinado pela cultura falante acarretava muitas vezes no isolamento desses sujeitos, pois a impossibilidade de ouvir, comunicar e de enxergar são funções propícias para afastamento ao convívio social.

A fomentação de uma cultura surda proporciona o reconhecimento dos sujeitos que apresentam os mesmos arranjos culturais, onde cada indivíduo consegue se identificar como cidadão, pessoa de direito, e que sua deficiência não é uma limitação ou anomalia, mas sim, se caracteriza como um modo diferente de interação com a natureza, com a sociedade e consigo mesmo. O reconhecimento da identidade surda proporciona um pensamento crítico acerca dos estereótipos construídos historicamente na sociedade.

A cultura é um processo pelo qual definimos determinados comportamentos, hábitos, valores e regras na qual os sujeitos se relacionam socialmente. A cultura se estabelece no convívio social através do aprendizado, podendo alterar ou expandir as formas de determinar este processo. Segundo Silva (2004, p. 133-134):

A cultura é um campo de produção de significados no qual os diferentes grupos sociais, situados em posições diferenciais de poder, lutam pela imposição de seus significados à sociedade mais ampla [...] A cultura é um jogo de poder.

Desta forma, identificam-se dois processos culturais: a cultura surda e a cultura ouvinte. A cultura ouvinte é definida pelo modo como os sujeitos se relacionam entre si, estabelecendo à comunicação por meio da fala, interpretando o que está posto ao seu redor pela linguagem e escuta, diferentemente da cultura surda, que segundo Strobel (2008 apud PERLIN; STROBEL, 2014, p. 25):

é o jeito de o sujeito surdo entender o mundo e de modificá-lo a fim de torná-lo acessível e habitável, ajustando-o com as suas percepções visuais, que contribuem para a definição das identidades surdas e das “almas” das comunidades surdas. Isto significa que abrange a língua, as ideias, as crenças, os costumes e os hábitos do povo surdo.

O sentido de pertencimento ao grupo ou cultura surda está vinculado à relação com os sujeitos que dividem as mesmas crenças, os mesmos comportamentos e as mesmas formas de comunicação, mas evidencia-se a existência da cultura ouvinte que é predominante na sociedade, o que permite constatar que a relação entre ambas é inevitável.

Sobre os aspectos grupais e partilha de artefatos culturais que permite a sua identificação como sujeitos surdos, Nóbrega et al (2012, p. 674) irá dizer que:

Neste aspecto, a experiência física da perda de audição torna-se secundária na representação da surdez. Assim, a surdez não é conceituada nesse grupo pela ausência do sentido da audição ou como deficiência. Ancora-se em componentes culturais e linguísticos, ou seja, a pessoa é considerada surda porque compartilha experiências comuns no universo da comunidade surda – percepção e comunicação visual (língua de sinais) – e não porque tem perda de audição.

Os sujeitos surdos modificam-se e adaptam-se ao meio no qual vivem, evidenciando também as dificuldades de se desenvolverem na dita “cultura falante”, onde por vezes, são compreendidos apenas como indivíduos participantes, pois não “desenvolvem” uma interação “convencional” com a “comunidade falante”, e na maioria das vezes acabam por ser excluídos do convívio social.

Conforme assinala Eagleton (2003, p. 19):

A cultura é a estrutura daquilo que é chamado de “hegemonia”, que molda os sujeitos humanos às necessidades de um tipo de sociedade politicamente organizada, remodelando-os com base nos atuantes dóceis, moderados, de elevados princípios, pacíficos, conciliadores. Isso evidencia que esta sociedade gerou o desejo da necessidade de sermos perfeitos para pertencermos a ela, senão estaríamos excluídos.

A cultura surda é adotada pelos sujeitos surdos e é interiorizada em sua subjetividade, estes indivíduos compartilham os mesmos valores, as mesmas regras e comportamentos. Porém, evidencia-se a existência de grupos com características extremistas que fazem críticas a ciência, ao considerar a surdez como deficiência, e negam os procedimentos que venham lhe causar a cura, correção ou reabilitação. A cultura surda de caráter extremista estabelece que os sujeitos rejeitem qualquer procedimento de saúde de reabilitação como os aparelhos de amplificação sonora ou métodos cirúrgicos como os implantes cocleares e próteses ancoradas

ao osso, pois acreditam que a surdez não se caracteriza como uma deficiência, e sim, como um determinado tipo de cultura nas quais os indivíduos se relacionam.

Todas as formas de compreensão da deficiência, tanto pela ciência, como pela cultura surda, não propunham aos sujeitos o caráter de cidadãos perante a sociedade, aspecto que sofreu mudanças somente a partir da Constituição Federal de 1988, sendo que a implementação desta só foi possível através dos esforços empregados pelas lutas reivindicatórias, a exemplo dos movimentos sociais.

Segundo Barroco (2004, p. 15):

As identidades que unem determinados grupos sociais, diferenciando-os de outros não deveriam resultar em relações de exclusão, desigualdade, discriminações e preconceitos. Quando isso ocorre é porque suas diferenças não são aceitas socialmente e neste caso estamos entrando no campo das questões da ordem ética e política, espaço da luta pelo reconhecimento do direito à diferença, uma das dimensões dos direitos humanos.

No início da década de 1960 ocorreram diversos movimentos políticos, e dentre eles, o movimento das pessoas com deficiência, o qual tinha como lema “Nada sobre Nós sem Nós”. Este movimento lutava pelo reconhecimento social e pelo fim da tutela da família e das instituições, em busca de sua plena autonomia. A emergência destes movimentos contou com determinados aspectos conjunturais do país, como por exemplo, a Ditadura Militar que tinha fortes características de repressão e opressão sobre a população, a influência de movimentos sociais internacionais e também de outras categorias que deram força à luta pela garantia de seus direitos, para o reconhecimento da cidadania e igualdade perante os demais grupos populacionais, pois ao longo da trajetória história de lutas das pessoas com deficiência estes não eram reconhecidos como cidadãos até a Constituição Federal de 1988. Para Correia (2001, apud AZEVEDO, 2010, p. 48) “a sociedade civil serve-se dos movimentos sociais para conquistar direitos negados ou não disponibilizados pelo Estado”.

A luta pelo reconhecimento dos direitos e pela participação social dos segmentos populacionais discriminados e excluídos pela sociedade marcou o surgimento de atores sociais em disputa por políticas, dando um novo significado à democracia.

Segundo Behring e Boschetti (2007, p. 190):

Debater e lutar pela ampliação dos direitos e das políticas sociais é fundamental porque engendra a disputa pelo fundo público, envolve necessidades básicas de milhões de pessoas com impacto real nas suas condições de vida e trabalho e implica um processo de discussão coletiva, socialização da política e organização dos sujeitos políticos.

Os movimentos sociais produzem ações que modificam os comportamentos e regras estabelecidas em uma sociedade, sendo assim, muito além de sua dimensão política há uma dimensão simbólica que poderá tencionar para as transformações sociais, de modo que trazem à tona os problemas e demandas da sociedade ou de um grupo, como os surdos, configurando-se em um processo de participação contínua, de modo a pressionar a sociedade política para adoção dos interesses do coletivo, a fim de, promover mudança na organização social. Seguindo essa argumentação a autora Maria da Glória Gohn (1997, p. 258), afirma que:

A origem de um movimento social advém de uma demanda/carência não atendida, podendo ser esta (de ordem econômica, política, social e cultural) ou projetos de uma utopia. As carências podem ser bens materiais ou simbólicos. A luta contra as desigualdades no tratamento das pessoas em relação a cor, raça, nacionalidade, religião, idade, sexo etc. situa-se no plano do simbólico.

Estes movimentos políticos e sociais propunham a não discriminação e o reconhecimento da imagem do surdo, não como diferentes, o que estaria diretamente atrelada à desigualdade, mas na forma de reconhecer o outro como cidadão, isento de discriminação de sua raça, cor, etnia, deficiência, dentre outros.

Pois bem, esses movimentos trouxeram à tona conquistas que possibilitaram dar visibilidade deste grupo ao corpo social, como o reconhecimento de direitos incluídos na promulgação da Constituição Federal de 1988 que estabelece alguns dispositivos como, por exemplo, a garantia do reconhecimento da igualdade entre os sujeitos perante a lei. A inclusão social deste segmento populacional diz respeito ao exercício do direito e a garantia aos mínimos sociais como à saúde, à educação, à moradia, à alimentação, dentre outros e que compete ao Estado a sua integração e proteção social via programas, projetos e Políticas Públicas.

Como aponta Sasaki (2004, p. 09):

Avaliando os desafios enfrentados pelo movimento na década de 90, revela que a luta se restringiu na tentativa de implementação de projetos e planos de equiparação de oportunidades, para consolidar o ideal de inclusão social com a participação plena das pessoas com deficiência em todos os aspectos da vida comunitária; cumprimento de legislação conquistada por este segmento; implantação das reivindicações formuladas na década de 80; implantação de programas de emprego apoiado nas empresas e nas entidades de reabilitação, juntamente com o treinamento de pessoas para tais programas.

O movimento das pessoas com deficiência lutava pelo reconhecimento de cidadania, onde recusavam qualquer sentimento de pena ou mesmo de ajuda, recusavam a forma tutelada

do Estado, da família e da sociedade e objetivavam igualdade perante as atividades da vida humana como forma de prover a sua autonomia.

Os movimentos sociais que ocorreram no século XX, trouxeram importantes conquistas na esfera da inclusão social, ocasionando a incorporação do conceito de cidadania de forma ampliada, contemplando os segmentos sociais antes excluídos e trazendo a campo outras dimensões na forma de garantir o pleno exercício do direito. Para as pessoas surdas, esses movimentos consolidaram o reconhecimento da surdez no campo político e de que a mesma é parte de um processo linguístico e cultural, como já explanado neste trabalho em parágrafos anteriores. Mas ainda assim, a materialização institucional de políticas públicas voltadas aos surdos não garante total concretude, como aponta Bittencourt et al (2011, p. 770):

A despeito destes avanços legais, sabe-se que os direitos sociais são difíceis de se materializar em compromissos entre o Estado e a sociedade, e não garantem sua imediata implementação. Assim, a cidadania enfrenta tensões paradoxais, necessitando mecanismos da sociedade para fazer valer tais direitos e romper com certos preconceitos ligados a este grupo populacional.

Desta forma, um dos principais mecanismos que reafirmam a necessidade de políticas públicas para as pessoas com deficiência, se assenta na possibilidade de elucidar o quanto esta população é significativa no Brasil, como forma de pressionar o Estado na implantação e efetivação de programas e projetos voltados a este segmento.

O Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE do ano de 2000² revelou “existirem 24,6 milhões de pessoas portadoras de pelo menos uma das deficiências investigadas, o que corresponde a 14,5% da população brasileira, que era de 169,8 milhões em 2000” (IBGE, 2000, s/p). O levantamento dos dados levará em conta, a Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF e Deficiência e Saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS. A deficiência pode acometer o ser humano em qualquer estágio de sua vida, por isso a garantia de condições de acessibilidade não é um direito apenas das pessoas com deficiência, mas, também, das pessoas com mobilidade reduzida, entre as quais, os idosos e as gestantes, que cotidianamente enfrentam barreiras arquitetônicas no acesso aos serviços e barreiras atitudinais pela discriminação, segregação e exclusão social.

Dessa maneira, o reconhecimento desta população e o levantamento de informações e pesquisas contribuem para a inclusão social e o incremento de políticas públicas, que

² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTIA (IBGE). **Censo demográfico de 2000.** Pessoas com Deficiência. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>>. Acesso em Fev, 2016.

garantam a viabilização de espaços, artefatos e produtos que visem atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável (BRASIL, 2004a).

Segundo o IBGE, no ano de 2010 a população brasileira estimada era cerca de 190.755.799, destas aproximadamente 45,6 milhões de pessoas declararam possuir algum tipo de deficiência. Entre os diversos tipos de deficiências a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010a, p. 18-19) explicita as principais causas, sendo elas:

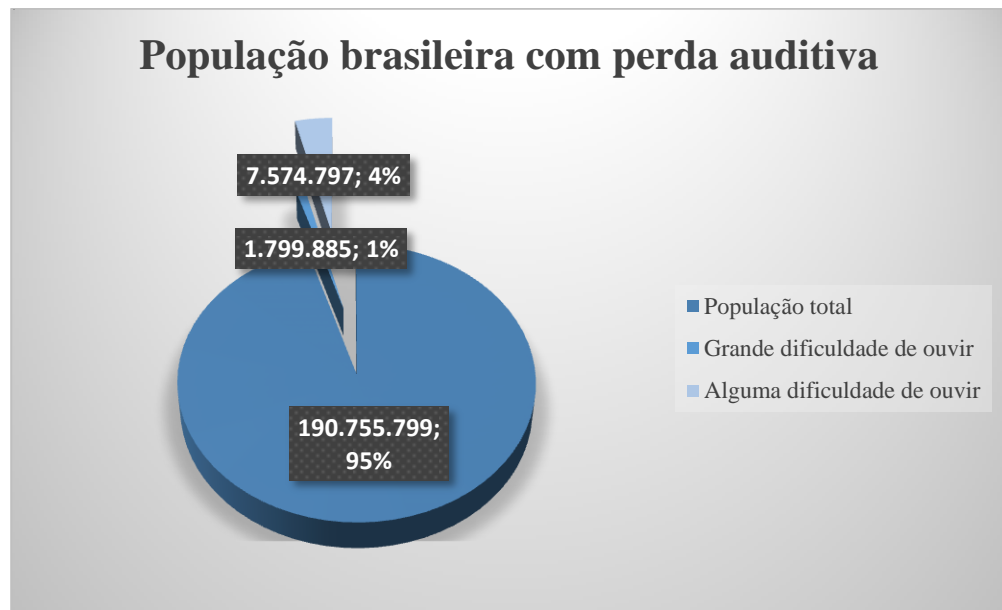
As hereditárias ou congênitas, que aparecem por questões genéticas (no feto) [...]. As decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto [...]. A desnutrição, que acomete famílias de baixa renda, especialmente crianças a partir do primeiro ano de idade [...]. As que são consequência de doenças transmissíveis, como a rubéola, o sarampo, a paralisia infantil, as doenças sexualmente transmissíveis (como a sífilis na gestante) [...]. As doenças e eventos crônicos, como a hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, o acidente vascular-cerebral (AVC), a doença de Alzheimer, o câncer e a osteoporose [...]. As perturbações psiquiátricas, que podem levar a pessoa a viver situações de risco pessoal [...]. Os traumas e as lesões, muitas vezes associados ao abuso de álcool e às drogas, principalmente nos centros urbanos, onde são crescentes os índices de violência e de acidentes de trânsito [...].

Diante dos fatores apresentados que podem causar determinados tipos de deficiências, é imprescindível que a sociedade, o Estado, as entidades não governamentais e ou de caráter privado atuem de forma a prevenir e evitar tais condições, para que se possa garantir de forma integral a vida destes sujeitos.

A Secretaria Nacional da Pessoa com Deficiência que atua na articulação e coordenação de políticas públicas voltadas a este segmento divulgou os resultados preliminares do censo de 2010 sobre a população com deficiência auditiva no Brasil e os graus de dificuldade de audição. Cabe ressaltar, no entanto, que o site da Secretaria Nacional da Pessoa com Deficiência³ ainda não apresenta os dados finais da amostra do número de pessoas com deficiência no Brasil realizada pelo IBGE, encontrando-se assim desatualizado.

Os resultados preliminares do Censo de 2010 indicam que 347.481 pessoas não conseguem ouvir de modo algum, 1.799.885 pessoas apresentam grande dificuldade de escuta e 7.574.797 manifestam alguma dificuldade de audição, como mostra o gráfico à abaixo:

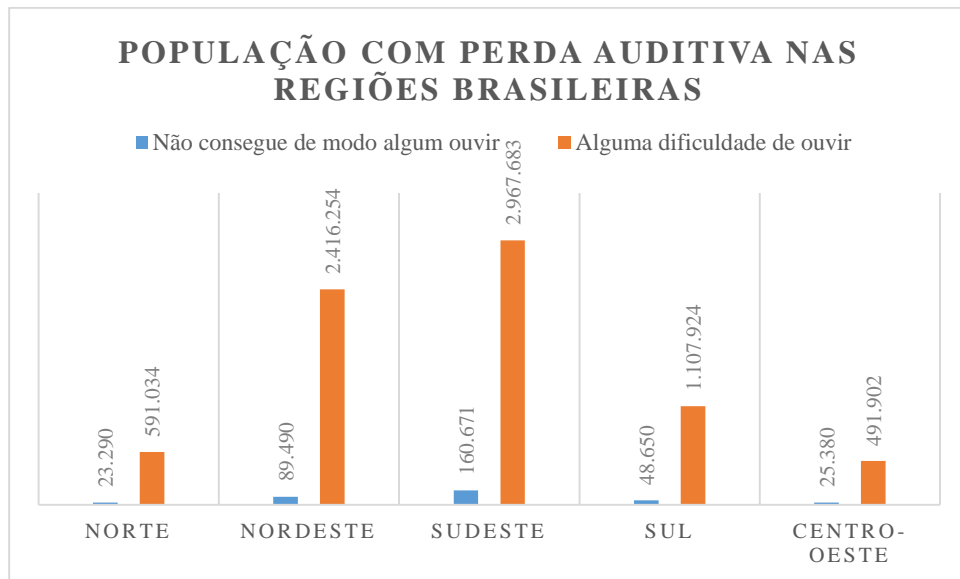
³ BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Resultados Preliminares da Amostra - Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/indicadores/censo-2010>>. Acesso em Nov, 2015.

GRÁFICO 1 – População brasileira com perda auditiva em 2010

Fonte: BRASIL, 2010b, s/p. (Elaboração Própria).

O gráfico demonstra um número relevante de pessoas com alguma perda auditiva em todo o território brasileiro, evidenciando-se desta forma uma preocupação no que diz respeito à saúde e inclusão social destes segmentos, que apenas foram ganhar visibilidade com a Constituição Federal de 1988, onde o Estado reconhece as pessoas com deficiência, especificamente o surdo mediante a instituição de legislações e portarias que irão assegurar os direitos a esses grupos e os serviços e projetos que serão ofertados na forma de equiparar as desigualdades sociais.

Cabe destacar a significância do número de pessoas com deficiência auditiva nas regiões brasileiras do Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte, Nordeste como mostra o gráfico abaixo:

GRÁFICO 2 – População brasileira com perda auditiva por regiões em 2010

Fonte: BRASIL, 2010b, s/p. (Elaboração Própria).

Sem desconhecer esta conjuntura e indicadores a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em seu documento “Avanços das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência: Uma análise a partir das Conferências Nacionais⁴” (BRASIL, 2012a, p. 15) aponta que:

O Brasil tem, nos últimos anos, avançado na promoção dos direitos das pessoas com deficiência por meio de políticas públicas que buscam valorizar a pessoa como cidadã, respeitando suas características e especificidades. A ordenação de ações políticas e econômicas deve garantir a universalização de políticas sociais e o respeito às deficiências ou de qualquer outra natureza.

Mesmo com os avanços das políticas públicas e sociais para as pessoas com deficiência auditiva, estudiosos da cultura surda analisam criticamente o desenvolvimento das mesmas. A saúde, por exemplo, uma política que traz como princípios à igualdade, à universalidade e a integralidade dos serviços e ações na forma de promoção, proteção e recuperação a todos os brasileiros, de forma contraditória, ainda reproduz uma preocupação e serviços voltados somente para os aspectos fisiológicos da surdez, pouco se considerando sobre os aspectos subjetivos dos indivíduos negando a identidade de cultura surda ao qual estão inseridos.

⁴ O documento fará menção às três Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa com Deficiência, realizadas nos respectivos anos de 2006, 2008 e 2012.

Segundo Nóbrega et al (2012, p. 676):

O foco na doença, neste caso classificada como deficiência auditiva, legitima o uso do poder disciplinar para impor regras aos corpos dos indivíduos, em detrimento do processo vivenciado e dos sentidos conferidos ao sujeito surdo que utiliza as diversas tecnologias. Particularmente, a supervalorização, pelos especialistas e pela mídia, de tecnologias cada vez mais sofisticadas para obter uma saúde idealizada, subtrai a dimensão humana e a experiência subjetiva presentes nos significados produzidos sobre a enfermidade.

Caminhando a passos lentos e com diversas barreiras e resistências, no ano de 1988 houve a primeira conquista na luta pela inserção das pessoas com deficiência na agenda constitucional. A promulgação da Constituição Federal de 1988 introduz as questões relacionadas a este segmento populacional, estabelecendo diversos direitos e o reconhecimento dos mesmos como cidadãos.

A partir da Carta Magna outras normativas foram promulgadas pautadas no Conceito de “Desenho Universal” ou “Desenho para Todos”⁵, com observância da legislação (Federal, Estadual e Municipal), que determinam o que deve ser acessível (Leis Federais nº 10.048/00; 10.098/00; 10.257/01; 10.741/03; Decreto nº 5.296/04) e das normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, como a NBR 9050:2004, que mostra tecnicamente a aplicabilidade das normas.

Os avanços contidos na legislação contribuem para o processo de inclusão social, na forma de garantir os mínimos sociais para o desenvolvimento humano.

No próximo item será apresentada uma breve trajetória sobre os direitos assegurados a partir da Constituição de 1988, trazendo com mais precisão a Política da Pessoa com Deficiência, com recorte as pessoas com deficiência auditiva, possibilitando observar os aspectos mais importantes voltados a estes segmentos.

1.2 A Política da Pessoa com Deficiência

Nos últimos tempos, o Estado brasileiro tem procurado melhorias na promoção dos direitos das pessoas com deficiência por meio de políticas públicas, de modo a garantir a autonomia dos sujeitos, respeitando suas características e especificidades. Este avanço parte

⁵ BRASIL. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Instituto Nacional para Reabilitação. **Desenho Universal**, 2014a. Disponível em: <<http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>>. Acesso em: Fev, 2016.

das necessidades decorrentes das barreiras físicas, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade.

Desta forma, as questões que envolvem a deficiência auditiva vão ganhando ênfase na agenda do Estado e de modo processual vão sendo incrementadas pelas políticas públicas, programas e projetos para atender esse segmento populacional.

Apesar da precariedade na efetivação das políticas públicas voltadas para a pessoa com deficiência, as diretrizes e normativas estabelecidas garantem que os espaços públicos e de uso coletivo devem proporcionar meios acessíveis para qualquer pessoa, considerando que em algum momento da vida, meios e condições acessíveis serão exigidos, como a título de exemplos: um idoso com mobilidade reduzida para atravessar a rua; uma gestante que necessita subir para o ônibus, uma pessoa de baixa estatura que precisa alcançar um telefone público ou retirar um copo para beber, uma pessoa surda-muda que carece de comunicação através da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, um cadeirante que não consegue subir uma escada por não ter rampa, ou por alguém ter estacionado o carro no passeio, estas são algumas entre tantas outras barreiras físicas, organizacionais e atitudinais que aprisionam as pessoas (BRASIL, 2013a).

Desta forma cabe evidenciar as principais conquistas no processo de inclusão social das pessoas com deficiência, fruto da participação popular e do diálogo estabelecido entre sociedade e governo.

O movimento de inclusão das pessoas com deficiência, com o lema “nada sobre nós sem nós” revela que as políticas públicas devem ser pensadas a partir das suas necessidades. Assim, este capítulo busca descrever sobre os avanços conquistados a partir da Constituição Federal de 1988, que significou um divisor de águas no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos sociais. E ainda busca-se, caracterizar as principais políticas sociais inclusivas voltadas às pessoas com deficiência.

1.2.1 Constituição Federal de 1988

Encontram-se na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) diversos dispositivos que tratam da garantia de direitos das pessoas com deficiência, assegurando acessibilidade, igualdade e integração social. No texto constitucional é possível encontrar o assunto tratado em vários artigos, porém aqui destacamos os mais corriqueiros, tais como: **(a) Artigo 7º**, inciso XXXI, “proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência”; **(b) Artigo 23**, inciso II, prevê que é

competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”; **(c) Artigo 24**, inciso XIV, define que é competência da União, dos Estados e do Distrito Federal legislar sobre “proteção e integração social das pessoas com deficiência”; **(d) Artigo 37**, inciso VIII, reserva percentual de cargos e empregos públicos para pessoas com deficiência, “a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão”.

No que diz respeito à saúde, o texto constitucional define no **(e) Artigo 196** como direito universal, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Chama atenção que a “reabilitação” das pessoas com deficiência parece no **(f) Artigo 203**, inciso IV, quando discorre da assistência social, “habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”. Ainda neste artigo, inciso V, foi assegurado “a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei”.

Em relação à Educação, o **(g) Artigo 208**, garantiu atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, “atendimento educacional especializado as pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”. Já em seu **(h) Artigo 227**, inciso II, prevê atendimento especializado as pessoas com deficiência e,

criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação (BRASIL, 1988, s/p).

Ainda nesse artigo, remete-se a regulamentação posterior à elaboração de normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo,

§2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência (IDEM).

Entretanto, a efetivação desses direitos busca maior valorização da autonomia e independência da pessoa com deficiência, e depende de maior presença do Estado na sua

efetivação por meio de políticas públicas, logrando estratégias que propiciem condições garantidoras da integração e participação desses sujeitos. A Constituição Federal como Lei maior, é a referência, “a espinha dorsal” para as demais normas/leis que regulam o país, nenhuma lei deve ser contrária a ela, todas as demais vêm de encontro a sua regulamentação.

1.2.2 Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência

Em 1989, foi editada a Lei nº 7.853 (BRASIL, 1989), que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência, sua integração social, sobre a responsabilidade da Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE. Entretanto, a lei que criou a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência somente foi regulamentada dez anos depois, em 1999, por meio do Decreto 3.298, que detalhou os meios para assegurar o pleno exercício, sejam eles sociais ou individuais das pessoas com deficiência e sua efetiva integração social.

A CORDE ficou encarregada de elaborar os planos, programas e projetos, voltados para implantação da Política Nacional para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência.

Para a garantia da implementação da Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - CONADE, órgão superior de deliberação coletiva, que apresenta como principal objetivo a implantação e avaliação desta política, como também, sua interlocução com as políticas setoriais abrangendo as áreas da educação, saúde, política urbana, dentre outras.

Destaca-se a importância dos conselhos como canais democráticos de discussões e deliberações, assegurados na Constituição como espaço público e um dos mecanismos para concretizar os canais de participação popular. Entretanto, segundo Moura e Berclaz (2007, p. 5) há uma crise de legitimidade nos conselhos, pois,

como não ouvem a voz das ruas, muitos desses colegiados limitam-se a produzir atas e mais atas de discussões estéreis, sem intervenção no mundo real, tornando-se verdadeiros “Conselhos de Papel”. Impera o desconhecimento da sociedade brasileira sobre a função constitucional dos Conselhos.

Questiona-se como estes espaços estão sendo desempenhados e se aqueles que ocupam as representações tem clareza das relações estabelecidas neste campo de negociações e decisões.

Segundo o artigo 2º da Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, o mesmo estabelece que:

Art. 2º Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, 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, 1999, s/p).

Sendo assim, a lei fixa responsabilidades para o Estado, que mediante ações governamentais, tem como objetivo o dever de garantir o absoluto exercício das pessoas com deficiência.

A política adotou como conceito de deficiência, traduzido no Artigo 3º, do Decreto nº 3.298/1999, como:

I - Deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - Deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 1999, s/p).

A incapacidade é em relação ao desenvolvimento de determinadas atividades, gerada por uma perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica do corpo humano, e a deficiência aquela que não permite recuperação apesar dos tratamentos⁶.

De uma forma mais específica, o Artigo 4º da Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, definido no Decreto nº 3.298/1999, determina que pessoa com deficiência é aquela que apresenta uma deficiência física, auditiva, visual, mental ou deficiência múltipla. Sendo assim, têm-se as seguintes caracterizações:

⁶ “deficiência “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica”; *incapacidade* como toda restrição ou falta – devida a uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e *desvantagem* como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, do sexo e dos fatores sociais e culturais)” (BRASIL, 2008, pag. 08).

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções [...] II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz; [...] III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; [...] IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; [...] V - deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 1999, s/p).

Assim, esta política apresenta como principal objetivo o desenvolvimento de programas de modo intersetorial, tendo como perspectiva a garantia de todas as necessidades especiais e a efetividade dos programas de prevenção, inclusão social e atendimentos especializados às pessoas com deficiência de modo a garantir o acesso para todos os serviços oferecidos à comunidade.

A norma ainda prevê a garantia de acesso da pessoa com deficiência no mercado de trabalho,

Art. 36. A empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de dois a cinco por cento de seus cargos com beneficiários da Previdência Social reabilitados ou com pessoa portadora de deficiência habilitada.

Art. 37. Fica assegurado à pessoa portadora de deficiência o direito de se inscrever em concurso público, em igualdade de condições com os demais candidatos, para provimento de cargo cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência de que é portador (BRASIL, 1999, s/p).

Tendo em vista, o acesso aos programas e serviços na sociedade, a Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência busca que os órgãos e entidades públicas e privadas executem de forma integrada ações na área da saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, esporte e lazer. Essas ações dar-se-ão de modo a garantir o exercício da cidadania, a inclusão social e ainda contribuir para a prevenção de outras deficiências.

1.2.3 Assistência Social – Benefício de Prestação Continuada

Outro marco importante na trajetória dos direitos das pessoas com deficiência foi a Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993), que dispõe sobre a organização da política de assistência social. Nela se determina a garantia de um salário mínimo de benefício mensal a pessoa com deficiência e ao idoso que não possuem meios para prover a sua própria subsistência ou tê-la provida por sua família. Assim no artigo 3º, do decreto nº 6.214 (BRASIL, 2007, s/p), define-se:

Família incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou do idoso: aquela cuja renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes seja inferior a um quarto do salário mínimo.

Este benefício caracterizado como Benefício de Prestação Continuada - BPC, inicialmente regulamentado pelo Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995, porém, revogado, vigorando o Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, considera em seu Art. 3º a pessoa com deficiência,

Aquela 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 igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2007, s/p).

Ou seja, pessoa com deficiência é aquela que não consegue desempenhar as atividades da vida diária e do trabalho por consequência de alguma anomalia ou lesões irreversíveis que as tornam incapazes. Assim definindo-se, como incapacidade o,

Fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social (BRASIL, 2007, s/p).

No ano de 2011, com a alteração desta norma através da Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011, e do Decreto nº 7.617, de 31 de agosto de 2011, se torna possível o acúmulo do benefício BPC, desde que a remuneração seja advinda do contrato de aprendizagem pela pessoa com deficiência no limite máximo de dois anos. Desse modo de acordo com o Art. 5º do Decreto nº 7.617 (BRASIL, 2011a, s/p):

O beneficiário não pode acumular o Benefício de Prestação Continuada com qualquer outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, ressalvados o de assistência médica e a

pensão especial de natureza indenizatória, bem como a remuneração advinda de contrato de aprendizagem no caso da pessoa com deficiência.

Parágrafo único. A acumulação do benefício com a remuneração advinda do contrato de aprendizagem pela pessoa com deficiência está limitada ao prazo máximo de dois anos.

Percebe-se que a lei necessitou alterar esse âmbito para assegurar o bem-estar da pessoa com deficiência, ao se reconhecer o desafio da inclusão dos mesmos no mercado de trabalho, em uma sociedade de normas e valores sociais pautados no sistema de exploração capitalista.

Outro avanço para as pessoas com deficiência e beneficiárias ou com perfil do BPC, se deu a partir da criação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, as quais passaram a contar com um espaço de acompanhamento por meio do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, evitando o isolamento ou segregação por muito tempo perpetuada nos fundos das moradias.

Também passou a ser obrigatória a inserção dessas famílias no Cadastro Único, com informações atualizadas no máximo a cada dois anos, permitindo saber quem são, onde moram, o perfil educacional de cada um dos membros da família, o perfil de trabalho e renda, as principais despesas, as características da construção dos domicílios e se há acesso aos serviços básicos necessários, proporcionando assistência mais próxima as famílias.

1.2.4 Lei 10.048 de 8 de novembro de 2000 – Atendimento Prioritário

A Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000a), tratou dos atendimentos prioritários as pessoas com deficiência, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo, de modo que, todas as instituições de serviço público assegurem o atendimento imediato.

A presente lei confere visibilidade às pessoas com deficiência, pois estabelece o atendimento prioritário devendo ser respeitado por toda a sociedade, o que de certo modo, corrobora com a reflexão acerca dos desafios enfrentados por estes segmentos e garante o atendimento de forma acessível.

1.2.5 Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000 – Promoção da Acessibilidade as Pessoas com Deficiência

A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000b) estabelece normas e critérios para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida, de modo a eliminar as barreiras e obstáculos existentes, como por exemplo, nos espaços públicos, nos meios de transporte e de comunicação, dentre outros.

No ano de 2004 houve a regulamentação da Lei nº 10.098 e da Lei 10.048, por meio do Decreto de acessibilidade 5.296 de 2004, onde em seu artigo 8º nos incisos I e II dispõem sobre acessibilidade e as barreiras:

- I - Acessibilidade: condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;
- II - Barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação [...] (BRASIL, 2004a, s/p).

Acessibilidade não é um direito apenas das pessoas com deficiência, mas, também, das pessoas com mobilidade reduzida. Parece óbvio, mas na prática, exercer o direito de acessibilidade é algo desafiador, quando se observa e se vivencia as dificuldades do próprio cotidiano. Sendo assim, tornar o mundo acessível é fazer com que todos possam ir e vir, com segurança e autonomia. É o direito de usar os espaços e serviços que a cidade oferece, independente da capacidade de cada um (ROVARIS, 2014).

Percebe-se que muitos dos obstáculos enfrentados pelas pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida poderiam ser evitados se houvessem mais investimentos em termos de infraestrutura e inclusive se houvesse mais respeito à acessibilidade, ao se retribuir atitudes que elevem o reconhecimento dessa prática.

1.2.6 Língua Brasileira de Sinais

A Lei 10.436 de 24 de abril de 2002 institui a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, onde no artigo 1º, parágrafo único afirma que:

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

A Língua Brasileira de Sinais é regulamentada pelo Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005a), onde determina no artigo 17º que o poder público estabelecerá alternativas para o acesso aos sistemas de comunicação, eliminando as barreiras de modo a garantir o direito de acesso à informação, à educação, à comunicação, ao trabalho, ao transporte, ao esporte, à cultura e ao lazer as pessoas com deficiência. Em seu artigo 18º irá estabelecer que o “poder público implementará a formação de profissionais intérpretes de escrita em braile, linguagem de sinais e de guias-intérpretes”, de modo, “a facilitar qualquer tipo de comunicação direta à pessoa com deficiência sensorial e com dificuldades de comunicação” (BRASIL, 2005a, s/p).

1.2.7 Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da organização das Nações Unidas

A promulgação do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009a), aprovou a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas - ONU, uma conquista importante para os movimentos sociais das pessoas com deficiência. A partir da promulgação e da aprovação deste decreto, o Brasil passou a incorporar os princípios estabelecidos pela Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, onde, por exemplo, umas das principais mudanças fora à adesão pela terminologia de “pessoa com deficiência” ao invés de “pessoa portadora de deficiência”, de forma a estabelecer que antes de portar uma deficiência o mesmo é uma pessoa, um cidadão acima de tudo.

O documento valoriza a atuação conjunta entre governo e sociedade civil e seu esforço democrático, proibindo qualquer discriminação com base na deficiência, e com proteção legal para coibir as que porventura ocorrerem.

1.2.8 Estatuto da Pessoa com Deficiência

A mais recente Lei aprovada foi o Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que passou a vigorar em janeiro de 2016, traduzindo uma verdadeira conquista de direitos na trajetória da inclusão das pessoas com deficiência no arcabouço jurídico, tendo como base a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

O Estatuto busca reforçar o direito da pessoa com deficiência de exercer sua capacidade legal em igualdade às demais pessoas. No Artigo 6º, assegura que a deficiência não afeta a capacidade civil da pessoa, inclusive para,

I – casar-se e constituir união estável; II – exercer direitos sexuais e reprodutivos; III – exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre a reprodução e planejamento familiar; IV – conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; V- exercer o direito a família e a convivência familiar e comunitária; e VI - exercer o direito à guarda, à tutela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2015, s/p).

A proposta do Estatuto foi garantir o princípio de dignidade da pessoa com deficiência e evitar que esta seja rotulada como incapaz para atos da vida. Ainda que haja necessidade de medidas assistenciais específicas⁷, como a curatela, o artigo 85º do Estatuto, restringe para os atos de natureza patrimonial e negocial, garantindo que a pessoa com deficiência participe das tomadas de decisões sobre sua vida.

1.2.9 Outras leis que contribuem no processo inclusivo da pessoa com deficiência

Acredita-se que a dívida do Estado brasileiro com 45 milhões de pessoas, ou seja, 24% da população total (BRASIL, 2010b) que apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência são de longos anos, e simplesmente, promulgações de leis não são suficientes na reparação desse dano, se não ocorrer mudanças de hábitos.

A distância entre a previsão legal e a efetivação dos serviços são questões que preocupam tanto as pessoas com deficiência como aquelas interessadas na causa. Há esperança que com o passar do tempo, certos costumes e prerrogativas da sociedade vão se esvanecendo, e as leis serão mais um meio de contribuição no processo inclusivo da pessoa com deficiência, frente às consequências de punições ou vergonha de cobranças, que na sociedade atual ainda permanecem com uma sensação de impunidade.

⁷ “Existem medidas assistenciais específicas, assegurada em lei que podem ser adotadas quando a pessoa não consegue exprimir sua vontade, são elas, (a) tomada de decisão apoiada e, extraordinariamente, (b) curatela. A primeira é um processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos duas pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre os atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessárias para que possa exercer sua capacidade. A curatela será uma medida excepcional, e não prevê incapacidade absoluta, como existia antes” (BRASIL, 2015, s/p).

Neste contexto, o desrespeito às leis vigentes provoca um senso de impunidade na sociedade, pois são poucas as circulações de notícias de alguém ter sido condenado por desrespeito a vaga no estacionamento da pessoa com deficiência.

Na oportunidade destacam-se mais algumas leis em vigência voltadas para o processo inclusivo da pessoa com deficiência, que abarcam os meios de transportes, acesso ao mercado de trabalho e melhorias nas condições de vida. Entre elas estão:

- a) Decreto n. 5.296/2004, estabelece que todos os locais públicos e privados de uso coletivo como shoppings e parques devem ter no mínimo 2% de suas vagas de estacionamento reservadas para pessoas com deficiência (BRASIL, 2004a).
- b) Lei 11.126, de 27 de junho de 2005, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de poder adentrar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia. Apesar desse recurso contribuir para as pessoas com deficiência, ainda precisa de mecanismos na efetivação, aumentando o acesso das pessoas que precisam do serviço e esclarecendo para população os meios de manter o serviço seguro (BRASIL, 2005b).
- c) Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994 (BRASIL, 1994), dispõem sobre a instituição do passe livre interestadual às pessoas com deficiência, sendo a mesma regulamentada pelo Decreto nº 3.691/2000, este determina que as empresas permissionárias e autorizadas de transportes interestadual de passageiros devem reservar em cada veículo dois assentos destinados às pessoas com deficiência (BRASIL, 2000c).
- d) Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, fixou isenção do Imposto de Renda sobre Produtos Industrializados - IPI na aquisição de automóveis para utilização de transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas com deficiência física. E ainda, no que concerne a concessão do benefício dispendo das condições de pessoa com deficiência no artigo 1º (BRASIL, 1995)⁸.
- e) Lei 12.190, de 13 de janeiro de 2010, que estabelece indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida, que consistirá no pagamento de valor único igual a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), multiplicado pelo número dos pontos indicadores da natureza e do grau da dependência resultante da deformidade física (BRASIL, 2010c).

⁸ “§1º Para a concessão do benefício previsto no art. 1º é considerada também pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções” (BRASIL, 1995, s/p).

A implantação e implementação dos direitos assegurados às pessoas com deficiência ainda se encontram distantes de sua ampla efetivação, pois dependem da articulação das diversas políticas governamentais, além das contribuições e da participação da sociedade civil. Os esforços para esta concretização seguem a passos lentos. Após 23 (vinte três) anos de Constituinte, identifica-se que o Estado buscou alternativas, com menor chance de fragmentação na efetivação dos direitos das pessoas com deficiência.

A inovação dessas estratégias foi a elaboração de propostas que requerem uma atuação intersetorial entre as diversas políticas públicas (educação, inclusão social, atenção à saúde, acessibilidade, trabalho etc.), sintetizadas no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Viver sem Limite, por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, que ressaltou o compromisso do país com as prerrogativas, já ratificada em 2009, na *Convenção da Organização das Nações Unidas* sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Estas legislações puderam legitimar alguns direitos para as pessoas com deficiência, embora este processo de concretização e efetivação seja lento, pois a lei por si só não se faz suficiente, uma vez que as pessoas com deficiência enfrentam as barreiras arquitetônicas, organizacionais e atitudinais, inviabilizando o seu direito de ir e vir.

1.2.10 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

A saúde como direito social e fundamental, regulamentada pela Lei 8.080/90, atribui o “dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, s/p).

Para dar concretude aos direitos das pessoas com deficiência no que concerne a área da saúde, demandou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que foi instituída por meio da Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1.060 de 5 de junho de 2002, que determina em seu artigo 1º parágrafo único:

A aprovação de que trata este Artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa portadora de deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade (BRASIL, 2002b, p.1).

E ainda, no artigo 2º da portaria supracitada, determina-se que:

[...] Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a

readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2002b, p.1).

A aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência determina um leque de possibilidades nas intervenções dos serviços de saúde, desde a prevenção dos agravos à proteção da saúde, incluindo a reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social, bem como, prevenindo agravos que determinam o aparecimento de deficiências.

No próximo item se adentrará na discussão que compõem o segundo capítulo deste trabalho que tem como objetivo ilustrar os serviços de saúde auditiva no Sistema Único de Saúde.

2. SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE AUDITIVA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2009b, p. 17) aponta que as causas mais frequentes de deficiência auditiva que acometem crianças são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais, e ainda afirma que em:

[...] Cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve e moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência em torno de 33%. Os resultados do Censo de 2000, realizado pelo IBGE, indicam que 3,3% da população declarou ter algum problema auditivo, sendo que pelo menos 1% dessas declarações foram de pessoas que disseram sentir grande dificuldade ou relataram ser incapazes de ouvir.

Para além das causas supracitadas de perda auditiva, evidenciam-se outros fatores que poderão intervir nas questões de saúde do indivíduo. Segundo A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o processo de desenvolvimento dos estados e municípios, bem como o Brasil, traz na sua estrutura a expansão da urbanização e da industrialização que:

[...] Sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios de correlações entre o aumento de incapacidades e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana (BRASIL, 2009b, p. 14).

Neste sentido, o processo de desenvolvimentos das cidades sem as devidas precauções com relação ao cuidado com a vida e neste caso com a saúde auditiva, os sons muito altos emitidos, por exemplo, pelo trânsito podem afetar os ouvidos e acarretar em graus de dificuldade para a captação dos sons ou até mesmo a perda total de audição.

Outra importante questão que se expressa no processo de industrialização e urbanização das cidades é a questão do trabalho. As empresas, principalmente as que necessitam de grandes maquinários para produzirem determinados produtos, emitem diariamente poluição sonora. Segundo os autores Oliveira e Arenas (2012, p. 257) “considera-se poluição sonora a emissão de ruídos indesejáveis de forma continuada e em desrespeito aos níveis legais”, sendo que, “dentro de um determinado período de tempo, ameaçam a saúde humana e o bem-estar da coletividade” (IDEM).

Desta forma, o indivíduo exposto a ruídos ou a barulhos em um período longo, pode ter prejuízos na audição e também pode desenvolver outras problemáticas de ordem

fisiológicas e psicológicas, devendo assim, evitar a exposição longa e diária aos ruídos. Segundo Oliveira e Arenas (2012, p. 259):

A perda de audição induzida pelo ruído é causada, normalmente, pela exposição prolongada a níveis elevados de ruído. O seu primeiro sintoma costuma ser a incapacidade de ouvir sons agudos. Se o problema de excesso de ruído não for solucionado, a audição continuará a deteriorar-se, com perda de capacidade para ouvir sons graves. Os danos da perda de audição induzida pelo ruído são permanentes.

A tabela abaixo representa os níveis de ruídos por decibéis que os ouvidos humanos podem aguentar, determinados pela Portaria do Ministério de Trabalho nº 3.214/1978, norma regulamentadora nº 15 (NR-15).

TABELA 1 - Limites de Tolerância para ruído Contínuo ou intermitente

Nível de ruído (dB)	Máxima exposição diária permissível	Nível de ruído (dB)	Máxima exposição diária permissível
85	8 horas	100	1 hora
86	7 horas	102	45 minutos
87	6 horas	104	35 minutos
88	5 horas	105	30 minutos
89	4 horas e 30 min.	106	25 minutos
90	4 horas	108	20 minutos
91	3 horas e 30 min.	110	15 minutos
92	3 horas	112	10 minutos
93	2 horas e 30 min.	114	8 minutos
94	2 horas	115	7 minutos
95	1 hora e 45 minutos	-	-
98	1 hora e 30 minutos	-	-

Fonte: BRASIL, 2006a, p. 11 (Elaboração própria).

Zumbido, tontura, intolerância há sons intensos são alguns dos sintomas da exposição do indivíduo a ruídos de grande proporção, que podem acarretar na perda da audição.

Outro fator gerador de perda auditiva diz respeito aos maus hábitos auditivos, como por exemplo, o uso de fones de ouvido, o uso de ferramentas ou máquinas ruidosas sem a devida proteção, escutar música com equipamentos que transmitem o som alto, dentre outros fatores que passam despercebidos pela sociedade e que afetam diretamente a saúde, seja a curto ou longo prazo.

Segundo Lacerda et al (2011, p. 327):

O hábito de escutar música (utilizando fones de ouvido, com equipamento de som ou no carro) são os mais comuns entre os jovens, o que vem sendo encontrado na literatura como um comportamento cada vez mais comum entre os adolescentes, e podem ser um risco para a audição. Encontrou-se, ainda, grande porcentagem de jovens que tocam instrumentos musicais com frequência, o que pode aumentar o risco de problemas auditivos, uma vez que existem inúmeros trabalhos descrevendo os riscos auditivos nos músicos.

Outro fator extremamente importante que vem ocorrendo no Brasil nas últimas décadas é o aumento da expectativa de vida da população. Segundo os dados do IBGE⁹ a vida do indivíduo no ano de 2012 chegou a 74,6 anos, acarretando no aumento do número da população idosa, trazendo consigo o número maior de incidências de algumas doenças e incapacidades, dentre elas a deficiência auditiva.

De acordo com Caroline Meneses et al (2010, p. 385):

Apesar de o fato da expectativa de vida ter aumentado isto não significa que as condições de vida para o idoso também tenham melhorado. Das alterações sensoriais sofridas por estes indivíduos, a diminuição da acuidade auditiva representa uma das principais causas de isolamento social para o idoso, sendo que a perda auditiva configura-se como a alteração que produz maior impacto na comunicação e na sua vida psicossocial podendo levar também a depressão e a privação das atividades de vida diária [...] A perda auditiva é a terceira condição crônica mais prevalente entre os idosos, ficando atrás apenas da artrite e da hipertensão arterial, com uma ligeira tendência para os homens apresentarem maior prevalência do que as mulheres.

Sendo assim, se evidencia que há um número cada vez maior de pessoas idosas com deficiência auditiva no Brasil. Segundo a Cartilha do Censo de 2010 de pessoas com deficiência elaborada pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos da Pessoa com Deficiência- SNPD (BRASIL, 2012b, p. 8) demonstra em números que a incidência de pessoas acima de 65 anos com deficiência auditiva é bem maior do que em crianças, adolescentes e adultos, como mostra a tabela abaixo:

⁹ BRASIL. **Expectativa de vida dos brasileiros sobe para 74,9 anos, de acordo com IBGE.** 2014d. Disponível em:< <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/12/expectativa-de-vida-dos-brasileiros-sobe-para-74-9-anos-de-acordo-com-ibge>> Acesso em: Fev, 2016.

TABELA 2 - Pessoas com deficiência por faixa etária

	Deficiência Auditiva	Deficiência Visual	Deficiência Motora	Deficiência Mental
0 a 14 anos	1,3 %	5,3 %	1,0 %	0,9 %
15 a 64 anos	4,2 %	20,1 %	5,7 %	1,4 %
Acima de 65 anos	25,6 %	49,8 %	38,3 %	2,9 %

Fonte: BRASIL, 2012b, p. 8. (Elaboração própria).

Em 2004 fora instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva fixada pela Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004b), orientando os processos de cuidados as pessoas com deficiência auditiva ou surdez. A implementação desta política dar-se-á pela articulação entre o Ministério da Saúde, representante da união, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.

Estes órgãos se organizaram de modo a desenvolver estratégias para promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de danos, de modo a organizar uma linha de cuidados integrais as pessoas com deficiência auditiva perpassando todos os níveis de atenção à saúde de modo a garantir o acesso universal, integral e igualitário à população.

O artigo 3º da portaria nº 2.073/2004 deve garantir o atendimento as pessoas com deficiência auditiva de forma integral nos três níveis de atenção à saúde sendo estes: Atenção Básica a Saúde Auditiva, Atenção à Saúde Auditiva de Média Complexidade e Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade (BRASIL, 2004b).

Na Atenção Básica à Saúde Auditiva as ações serão voltadas a promoção e prevenção e identificação precoce de problemas auditivos, bem como ações de caráter informativo, educativo, podendo ser realizadas individualmente ou coletivamente.

Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade segundo o artigo 3º inciso II da mesma portaria estabelecem que as ações realizadas são:

[...] Triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do paciente portador de deficiência auditiva, incluindo o diagnóstico e a protetização de crianças até três anos de idade, pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e perdas auditivas unilaterais, ações, para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade (BRASIL, 2004b, s/p).

E por fim, o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade previsto no artigo 3º inciso III da Portaria nº 2.073/2004 “realiza atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência” da pessoa com deficiência auditiva (BRASIL, 2004b, s/p). E ainda, a Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004 que dispõe sobre a organização das Secretarias de Estado de Saúde para adoção das redes de atenção à saúde auditiva, estabelece que o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade é aquele que:

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

Dentre as ações e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS às pessoas com deficiência auditiva se destaca o processo de reabilitação, sendo ofertados Aparelhos de Amplificação Sonora, Implantes Cocleares, Próteses Ancoradas ao Osso e ainda o serviço de Triagem Auditiva Neonatal. Esses serviços foram criados com o intuito de melhorar a qualidade de vida e autonomia das pessoas. Segundo os dados do Ministério da Saúde entre os anos de 2012 e 2014 foram financiados 624.715 aparelhos auditivos, 75 maternidades equipadas para a realização de triagem auditiva neonatal, e até 2019 pretende equipar 737 maternidades, de maneira a garantir atendimento universal e igualitário a todos os cidadãos (ROCHA, 2015).

A garantia do atendimento integral às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde, deve apresentar uma rede de reabilitação, de modo a atender todas as necessidades em saúde. Esta rede de reabilitação é composta por um Centro Especializado em Reabilitação, oficinas ortopédicas local e itinerante, Centros-dia, serviços de Atenção Odontológica para Pessoas com Deficiência, Serviços de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e Atenção Hospitalar.

Deste modo, cabe evidenciar alguns serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde às pessoas com deficiência auditiva.

2.1 Triagem Auditiva Neonatal – TAN

Segundo a Portaria nº 1.328 de 3 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012c, s/p) estabelece a importância da Triagem Auditiva Neonatal ou o famoso teste da orelhinha para “identificar os neonatos e lactantes que necessitem de avaliação para diagnósticos de deficiência auditiva”, desta forma, a detecção precoce e intervenção “são determinantes para a aquisição da linguagem oral das crianças” (IDEM). No Brasil as causas que se destacam no que concerne à perda auditiva são as infecciosas como rubéola congênita e meningite neonatal.

As ações voltadas ao diagnóstico de deficiência auditiva dar-se-ão de modo a garantir à atenção integral aos indivíduos, estabelecendo uma rede de atendimento constituída pela triagem, monitoramento e acompanhamento da audição e do desenvolvimento da linguagem, o diagnóstico e pôr fim a reabilitação.

Segundo o Ministério da Saúde juntamente com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC no relatório nº 99 informa que:

Segundo dados de diferentes estudos epidemiológicos, a prevalência da deficiência auditiva varia de 1 a 6 neonatos para cada 1.000 nascidos vivos, e de 1 a 4 para cada 100 recém-nascidos provenientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Se considerarmos o número de nascidos vivos – NV, no ano de 2011(2.913.160) e aplicarmos a prevalência de 3:1.000 (média da prevalência de 1-6 :1000 NV), temos aproximadamente 8.739 nascidos vivos com perda auditiva. Esta prevalência é considerada elevada se comparada a outras doenças passíveis de triagem na infância, como: fenilcetonúria 1:10.000; anemia falciforme 2:10.000 (BRASIL, 2014c, p. 3).

2.2 Reabilitação Auditiva

O Sistema Único de Saúde – SUS estabelece o fornecimento de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual – AASI as pessoas com perda auditiva. A avaliação, diagnóstico, tratamento e reabilitação dar-se-ão em instituições credenciadas no Ministério da Saúde e que dispuserem das condições adequadas para tais procedimentos.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, Portaria 2.073 de 28 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004b), estabelece em seu artigo 3º parágrafo segundo, que os planos Municipais de Saúde e os Planos Diretores de Regionalização dos Estados e Distrito Federal deverão conter o plano de prevenção, tratamento e reabilitação auditiva.

2.3 Implante Coclear e Prótese Ancorada ao Osso

A Portaria 2.776, de 18 de dezembro de 2014 amplia os procedimentos e incorpora novas diretrizes para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde. O artigo 6º que dispõem da atenção especializada a este segmento populacional será realizada “pelos estabelecimentos de saúde que ofereçam apoio diagnóstico e terapêutico especializado”, e ainda, “condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento ambulatorial e hospitalar na mesma estrutura física” (BRASIL, 2014b, s/p).

Os estabelecimentos habilitados para a realização dos procedimentos referentes a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva, devem contar com uma equipe mínima de dois médicos otorrinolaringologistas, quatro fonoaudiólogos, psicólogo, assistente social, anestesiológico e enfermeiros.

O procedimento de Implante Coclear está previsto na Portaria nº 2.776/2014, e “consiste na implantação cirúrgica unilateral de feixe de eletrodos posicionado dentro da cóclea”, apresentando como principal objetivo “substituir parcialmente as funções da orelha interna, transformando os sinais sonoros em sinais elétricos” (BRASIL, 2014b, s/p). De acordo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC no relatório nº 99 estabelece que o implante coclear:

Trata-se de uma prótese eletrônica introduzida na orelha interna, por meio de um procedimento cirúrgico. É composta por duas unidades: a externa, composta de um microfone, um processador de fala e uma antena transmissora; e a interna, que contém um receptor/estimulador e um fino cabo que interliga o processador a um conjunto de eletrodos. A função da unidade interna é de receber o sinal emitido pela unidade externa e transformá-lo em pulso elétrico, que será transmitido pelo conjunto de eletrodos para o interior da cóclea. A unidade externa tem a função de captar o som do ambiente, codificá-lo e enviá-lo para a unidade interna (BRASIL, 2014c, p.1).

O documento prevê ainda a Prótese Ancorada ao Osso - PAAO, que consiste em:

[...] uma prótese vibratória auditiva fixada por um pino de titânio ao osso mastoideo que capta o som do ambiente e a transforma em vibração que se propaga pelo osso da caixa craniana estimulando a cóclea diretamente. É um dos recursos tecnológicos para o tratamento das deficiências auditivas condutivas ou mistas e para perda auditiva unilateral. A PAAO é constituída por duas unidades - um parafuso de titânio que é implantado na cortical do osso mastoideo e uma unidade externa, um processador sonoro, encaixada no pino e facilmente removível para limpeza. Esta unidade externa capta a

energia sonora do ambiente e a transforma em energia mecânica que se traduz em vibração de condução óssea (BRASIL, 2014c, p.2).

Os procedimentos de Implante Coclear e Prótese Ancorada ao osso são ofertados pelo SUS caracterizados como serviços de alta complexidade, de forma gratuita aos cidadãos com perda auditiva que apresentem interesse ao tratamento, mas que serão avaliados conforme as referências e contra referências de indicação para ambos os procedimentos.

3. A POLÍTICA DE SAÚDE AUDITIVA NOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE

O objetivo desse capítulo é conhecer os Planos Estaduais de Saúde da região Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), pretendendo-se identificar os serviços e as referências na área da saúde auditiva.

O principal método adotado para o estudo descritivo sobre os Planos Estaduais de Saúde foi a análise documental e qualitativa. Sendo que, a identificação da temática de Saúde do Trabalhador, Pessoa com Deficiência, Serviços de Reabilitação, infraestrutura, análise situacional, objetivos e metas que buscaram identificar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Auditiva.

Sendo assim, este capítulo está dividido em três subitens. O **primeiro** alude sobre a caracterização dos Planos de Saúde, evidenciando seus principais objetivos e intencionalidades.

O **segundo subitem** caracterizará os Planos Plurianuais de Saúde a nível estadual do período de 2012 – 2015, da região Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), revelando o número de habitantes e o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH.

O **Terceiro e último subitem** evidenciará os serviços e as referências de saúde auditiva nos Planos Estaduais de Saúde, ilustrando como os respectivos estados abordam esta temática.

3.1 Caracterização do Plano de Saúde

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990, s/p), “dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde”, e ainda estabelece os modos de organização e funcionamento dos serviços ao SUS. De acordo com a mesma, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sobre as propostas orçamentais anuais, deverão se basear pelos respectivos Planos de Saúde. Dentre as competências comuns aos entes federados, está à elaboração dos Planos de Saúde, sendo que estes deverão ser atualizados periodicamente. Sendo assim, os Planos de Saúde, configuram-se como instrumentos de gestão, colocando em pauta as atividades e compromissos a serem desenvolvidos no SUS em cada esfera de governo, de modo a garantir a integralidade da atenção no âmbito da saúde.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e refere sobre “a organização do SUS, sobre o planejamento e assistência

da saúde e ainda da articulação interfederativa”, estabelece em seu artigo 18 que “o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios”, levando em conta “o estabelecimento de metas de saúde” (BRASIL, 2011b, s/p). Os Planos de Saúde no que concernem a sua elaboração, deverão ser levantados e analisados a partir das necessidades da população em cada esfera de governo.

A Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013b, s/p), “estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde”, tendo como instrumentos o Plano de Saúde, as Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Em seu artigo 3º afirma que:

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (BRASIL, 2013b, s/p).

Segundo a Portaria 2.135/2013 em seu artigo 3º parágrafo terceiro, os Planos de Saúde são compreendidos em dois momentos: (a) análise situacional; e (b) definição dos objetivos, diretrizes, indicadores e metas para o período. Na análise situacional são apontados alguns aspectos, dentre eles: “estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão” (BRASIL, 2013b, s/p).

O parágrafo primeiro do artigo 3º da Lei 2.135/2013 estabelece que “o Plano de Saúde se configura como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde” (BRASIL, 2013b, s/p).

Desta forma, os planos de saúde são extremamente importantes para a operacionalização do SUS, de modo que priorizam as necessidades da população, identificam as principais fragilidades dos serviços, dentre outras questões. A análise situacional proporciona o reconhecimento da escassez, falta ou insuficiência de algum serviço, onde se elencam as principais necessidades, de modo a elaborar diretrizes e metas, com o intuito de sanar, melhorar ou implantar as ações e serviços no âmbito do SUS.

Ainda de acordo com a Portaria 2.135/2013 em seu artigo 3º, nos parágrafos 4º e 5º, os Planos Estaduais de Saúde “deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse de recursos aos Municípios”, de modo a ser, “pactuada

pelos gestores estaduais e municipais na Comissão Intergestor Bipartite (CIB)” devendo ser aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. Os Planos “terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais” de modo a promover a equidade inter-regional (BRASIL, 2013b, s/p).

Anterior a Portaria 2.135/2013, referenciada acima, estava em vigor a Portaria 3.332/2006 (BRASIL, 2006b, s/p), que “aprova as orientações gerais relativas ao instrumento do Sistema de Planejamento do SUS”. Os Planos de Saúde a serem analisados no item 3.3 deste capítulo marcam o período de 2012 a 2015, sendo assim, foram construídos com base na Portaria 3.332/2006. De acordo com esta Portaria, o planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada; II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT); III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS; IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas; V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada (BRASIL, 2006b, s/p).

Vale ressaltar que os pressupostos básicos para o planejamento do SUS no parágrafo supracitado, também estão contemplados na atual Portaria 2.235/2013 (BRASIL, 2013b).

Os planos de saúde são entendidos como um meio estratégico do funcionamento do Sistema Único de Saúde, para que não haja duplicidade de ações ou serviços e volta-se para as necessidades em saúde da população. Por fim, apresentam-se ainda como materiais de apoio para a elaboração dos Planos de Saúde Estaduais, os Relatórios das Conferências de Saúde, sendo um privilegiado espaço de participação da sociedade civil, trabalhadores da saúde, entre outros, de forma a elucidar as principais necessidades em saúde, ao propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em todos os níveis de governo.

3.2 Planos Estaduais de Saúde de 2012-2015

O principal objetivo deste item é caracterizar os Planos Estaduais de Saúde da região Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), identificando o número de população e o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, para compreender o nível da qualidade de vida dos habitantes.

O estudo dos Planos Estaduais de Saúde ocorreu de forma panorâmica, buscando identificar a temática de saúde auditiva nos itens de Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador, Pessoa com Deficiência, Serviços de Reabilitação, infraestrutura, análise situacional, objetivos e metas. Sendo que, estes documentos estão disponíveis nos sites das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, de fácil acesso, e se encontram, neste trabalho, devidamente elucidados nas referências.

Primeiramente, cabe ilustrar o número de habitantes e o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, este por sua vez, afere sobre a qualidade de vida da população, analisando o desenvolvimento econômico, assim como políticas públicas, a exemplo da saúde, que interferem diretamente nas condições de vida das pessoas.

A tabela 3 revela o número de habitantes e o Índice de Desenvolvimento Humano dos respectivos estados, de modo a ser analisado.

TABELA 3 – Os Estados com as respectivas populações e o Índice de Desenvolvimento Humano de 2010

ESTADOS	REGIÃO	POPULAÇÃO	IDH
Paraná	Sul	10.444.526 hab.	0,749
Santa Catarina	Sul	6.248.436 hab.	0,774
Rio Grande do Sul	Sul	10.639.929 hab.	0,746

Fonte: BRASIL, 2013c, p.1; IBGE, Censo 2010, s/p.

O Estado do Paraná, região sul do Brasil, segundo os dados do IBGE (2010) possui aproximadamente uma população de 10,4 milhões de habitantes. No que concerne aos dados do IDH, os mesmos foram retirados a partir do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2013c), pois o Plano de Saúde do Estado não apresentava um índice total comportando as três dimensões de saúde, educação e renda, mas foram alocados de forma separada.

O Estado de Santa Catarina, região sul do Brasil, apresenta uma população de aproximadamente 6,2 milhões de habitantes, IBGE (2010). O Atlas de Desenvolvimento

Humano (BRASIL, 2013c) apresenta como IDH do Estado 0,774, numa posição acima da média nacional (0,727), sendo o terceiro maior dos Estados Federativos do Brasil no respectivo ano. Destacando-se os municípios de Florianópolis, Balneário Camboriú, Joaçaba e Joinville com os melhores Índices de Desenvolvimento Humano do Estado.

O Estado do Rio Grande do Sul, região sul do Brasil, tem 10,6 milhões de habitantes segundo os dados do IBGE (2010) e apresenta como IDH o valor de 0,746 (BRASIL, 2013c).

Para caracterizar o desenvolvimento humano dos estados, baseou-se nas faixas de desenvolvimento humano do ano de 2010, que podem variar de muito alto há muito baixo, disponível no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil¹⁰. Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentam o Índice de Desenvolvimento Humano na média de 0,746 a 0,779, sendo considerada alta, de modo que quanto mais próximo do índice 1 melhores serão as condições de vida da população.

Entre os três Estados da região Sul, Santa Catarina foi o Estado com o maior IDH, apresentando 0,774, sendo que, o “IDH sobre a renda é de 0,773, sobre a longevidade 0,860, sendo considerado um índice muito alto, e na área da educação 0,697” (BRASIL, 2010d, s/p).

Evidenciadas as características dos respectivos Estados, o próximo item identificará nos Planos Estaduais de Saúde a existência de ações voltadas para a Política de Saúde Auditiva, buscando elucidar os serviços nas formas de prevenção, proteção, recuperação da saúde e no que diz respeito às pessoas com deficiência auditiva no processo de reabilitação ao qual está inserido o diagnóstico, o uso de tecnologias, dentre outros procedimentos, de modo a melhorar a qualidade de vida e a promover a inclusão social.

3.3 Saúde Auditiva nos Planos Estaduais de Saúde

Verifica-se que o planejamento no SUS (PlanejaSUS) requer a atuação articulada entre as três esferas de gestão, mas cada esfera com elaboração de seu documento, que envolve nesse processo transparência e visibilidade assegurando a participação popular, por meio de audiências públicas, além das diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de saúde. Tornando-se um instrumento flexível e dinâmico para ser frequentemente consultado,

¹⁰ BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento humano no Brasil. **Faixas de desenvolvimento humano de 2010d**. Disponível em: <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em: 02 fev 2016.

ajustado, executado, com a finalidade da operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas e atender as necessidades em saúde da população.

O primeiro dado a ser buscado nos Planos Estaduais de Saúde foi a apresentação da população com deficiência auditiva, podendo ser considerados como indicadores para a implementação de ações, projetos ou programas voltados a saúde auditiva. Constatou-se que o Estado do Paraná não explicita nenhum dado referente a esta população. Já o Estado de Santa Catarina argumenta que “não existe um banco de dados efetivo sobre as diferentes deficiências, utilizando-se assim o parâmetro nacional” (SANTA CATARINA, 2011, p. 61).

O Estado do Rio Grande do Sul também utiliza os dados do IBGE quanto à população com perda auditiva. Apresentando cerca de 124.547 pessoas com deficiência auditiva. Ressalta-se que esses dados são importantes para analisar se os serviços ofertados são congruentes com a demanda da população.

A perda auditiva é uma das deficiências que tem aumento atualmente, a tabela abaixo irá evidenciar a população que apresenta alguma perda auditiva nos espaços urbanos no ano de 2010 em cada Estado analisado. A escolha pela área urbana se caracteriza, por exemplo, pela concentração de indústrias e maior tráfego de automóveis, acarretando no aumento da poluição sonora, podendo afetar a saúde auditiva da população.

TABELA 4 – População com deficiência auditiva por sexo nos respectivos Estados em 2010

Estados	População com deficiência em meio urbano		
	Masculina	Feminina	Total
Paraná	172.362	159.431	331.793
Santa Catarina	100.394	88.738	189.132
Rio Grande do Sul	197.822	198.148	395.970

Fonte: IBGE, Censo 2010, s/p . (Elaboração própria).

Segundo os dados do IBGE (2010), Santa Catarina apresenta 100.394 pessoas do sexo masculino e 88.738 do sexo feminino com alguma dificuldade de ouvir, representando 3,02% da população com alguma deficiência auditiva. Percebe-se que a população masculina apresentou maior disposição de perda auditiva, isso ocorre pelo fato dos homens estarem mais exposto a ruídos de grande proporção, quando comparado com as mulheres. “O ruído,

principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos” (BRASIL, 2008, p. 17).

A população masculina com dificuldades de ouvir no Estado do Paraná também foi maior, com 172.362 pessoas, sendo 159.431 pessoas do sexo feminino, representando no total 3,1% da população com alguma deficiência auditiva. Por fim, os dados apresentados pelo Estado do Rio Grande do Sul, chamam a atenção para o fato de que a população do sexo feminino foi maior, apresentando 198.148, quando comparado com a população do sexo masculino que foi de 197.882 pessoas com alguma dificuldade de ouvir. O Rio Grande do Sul também tem maior porcentagem de população com dificuldade de ouvir, representando 3,7%, o que seria importante se demais estudos investigassem a existência de alguma causa específica. Porém, foi o único Estado da região sul do Brasil a evidenciar no Plano Estadual de Saúde porcentagens das doenças relacionadas ao trabalho, destacando a Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR, com um percentual de 5,55% (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Nos Estados do Paraná e Santa Catarina, a prevalência de perda auditiva em meio urbano é masculina, e no Rio Grande do Sul a perda auditiva tem maiores números entre as mulheres. Deste modo, constatou-se a inobservância dos Planos Estaduais de Saúde quanto à perda auditiva relacionada ao sexo, sendo dados importantes para o levantamento das causas de perda auditiva relacionada, como por exemplo, o local de trabalho.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2009b, p. 37) evidencia-se que:

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como a análise de prevalência e tendência, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão ao provimento oportuno de informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Desta forma, observa-se que os estados do Paraná e Santa Catarina, ainda não apresentam dados em seus Planos de Saúde, quanto ao número de pessoas com deficiência auditiva nas suas respectivas populações. Os estados, sem estes dados, não podem avaliar uma possível duplicidade de serviços ou a insuficiência dos mesmos, podendo ocasionar, por exemplo, em filas de espera para tratamento de reabilitação e também no agravamento dos problemas de saúde de quem não é atendido.

Buscou-se identificar nos Planos Estaduais de Saúde, a Rede de Cuidado à saúde da pessoa com deficiência, com recorte para à saúde auditiva, segundo a Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012.

O estado do Paraná declara no Plano Estadual de Saúde que segue as diretrizes da Política Nacional da Pessoa com Deficiência estabelecendo,

Promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiências, atenção integral à saúde, melhoria dos mecanismos de informação, capacitação de recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços, tendo como desafio promover a acessibilidade no sentido mais amplo da palavra, por meio da implementação e criação de Políticas Públicas de Saúde, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da Pessoa com Deficiência (PARANÁ, 2013, p. 89).

Este Estado apresenta unidades especializadas de serviços de reabilitação, dentre eles, a auditiva. Mesmo apresentando estes serviços, evidencia-se que o mesmo ainda não apresenta uma rede de cuidado em saúde para as pessoas com deficiência, mas que, identifica a necessidade de implementar a Portaria nº 793/2012, sendo a mesma, identificada na 3ª diretriz do Planos Estaduais de Saúde, que estabelece a seguinte análise:

De acordo com o IBGE 2010, o Paraná tem 10.444.526 habitantes e, desses, estima-se que 1.462.233 possuam algum tipo de deficiência. Partindo da premissa de que há subregistro do número de pessoas com deficiência, bem como dos tipos de deficiências que as mesmas portam, faz-se necessário implementar ações que visem melhorar a qualidade das informações. E tem como desafio promover a garantia de acessibilidade e a implementação e criação de Políticas Públicas de Saúde, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência considerando, de forma qualificada, e em rede a atenção integral aos diferentes tipos de deficiência (motora, mental, visual e auditiva) promovendo autonomia, independência e melhoria das condições de vida desta população (PARANÁ, 2013, p. 177).

Neste sentido, constata-se que os serviços ofertados à população com deficiência, ainda são frágeis, comparados à estimativa populacional de pessoas com algum tipo de deficiência. Evidencia-se na 3ª diretriz do Plano Estadual de Saúde as ações a serem desenvolvidas, destacando a “prestação de serviços de saúde de qualidade e modo integral nos três níveis de atenção à saúde” e “implementação de ações de prevenção e identificação precoce de deficiências”, dentre outras (PARANÁ, 2013, p. 177).

O Plano Estadual de Saúde do estado de Santa Catarina (2011, p. 61), refere à existência de uma “atenção especializada que se dá em Serviços de Reabilitação com equipe multiprofissional” e ainda, realiza “fornecimento de recursos ópticos, órteses e próteses ortopédicas, aparelhos auditivos, implante coclear e os leitos de reabilitação”. Sendo assim,

este possui os serviços de assistência à população auditiva, contudo, não refere se o estado já implementou a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência. E ainda, se destaca dentre os demais estados da região Sul, por apresentar o serviço de Implante Coclear, o qual vem realizando quatro atendimentos ambulatoriais e duas cirurgias ao mês.

Constatou-se que um dos principais problemas levantados pelo Plano Estadual de Saúde é a existência de uma fila de espera na saúde auditiva em diferentes regiões de saúde de Santa Catarina, contudo o mesmo não caracterizou o número de pessoas em espera e para quais serviços. Também não evidenciou a existência de uma rede de cuidados em saúde auditiva, o que poderia ser uma alternativa para se atender a esta demanda reprimida.

Em sua 3ª diretriz, que dispõe sobre o “Aperfeiçoamento e Ampliação da Atenção a Segmentos Populacionais Específicos ou Vulneráveis”, estabelece como objetivo específico “Ampliar e aperfeiçoar o acesso aos serviços de saúde e de reabilitação física, auditiva, intelectual e visual, as órteses e próteses as pessoas com deficiência” (SANTA CATARINA, 2011, p. 203).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Rio Grande do Sul apresenta-se em processo de implementação, onde tem como principais diretrizes,

ampliação e qualificação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; recomposição do teto financeiro para as unidades já habilitadas, para fins de ampliação da oferta de consultas de reabilitação; realização da análise diagnóstica para fins de configuração do Plano Regional e Estadual; avaliação da habilitação, os projetos de reforma e/ou a construção de Centros Especializados em Reabilitação (CER's) para expansão da referida rede nas regiões que apresentam vazios assistenciais, a partir do Grupo Condutor Estadual legitimado para tal; estabelecimento de linhas de cuidado, por meio de fluxos de integração da rede de atenção básica, atenção especializada hospitalar e ambulatorial e da rede de urgência e emergência; qualificação da gestão das ações administrativas na reabilitação da pessoa ostomizada; qualificação da assistência, através da regulação de acesso para fins de obtenção de materiais descartáveis dispositivos previstos na tabela SUS para usuários com deficiências múltiplas e graves; monitoramento e avaliação contínuos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência envolvendo inclusive o Tratamento Fora de Domicílio Interestadual (TFD); qualificação das ações de gestão do TFD interestadual, identificando nas áreas de especialidades as reais necessidades de atendimentos fora do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 219).

A implementação destas diretrizes, possibilita o acesso aos serviços, de modo a fornecer um atendimento integral, podendo ampliar a linha de cuidados e proporcionando a diminuição das filas de espera. Sendo que, a Rede de Atenção à saúde da Pessoa com Deficiência, traz em sua gênese uma lógica contrária a fragmentação e centralização dos

serviços, onde se fundamenta no fortalecimento da atenção à saúde, das linhas de cuidados, seja ela de atenção básica, de média complexidade ou alta complexidade.

O Plano Estadual de Saúde destaca dificuldades quando a oferta de serviços de reabilitação no Rio Grande do Sul,

A SES enfrenta atualmente um crescente déficit na oferta das consultas de reabilitação em todas as áreas de deficiência no Estado. Outra dificuldade enfrentada é a inexistência de uma forma de acesso para os pacientes com deficiências múltiplas e graves, com redução de mobilidade e/ou impossibilitados de comparecer às unidades ambulatoriais para aquisição dos dispositivos previstos na tabela SUS, o que resulta numa crescente demanda judicial para aquisição dos mesmos (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 137).

A tabela abaixo irá evidenciar o número de serviços de reabilitação auditiva de média e alta complexidade ofertados pelos estados via Sistema Único de Saúde.

TABELA 5 – Serviços de reabilitação auditiva de média e alta complexidade apresentados nos Planos de Saúde dos estados de 2012-2015

Estados	Serviços de reabilitação auditiva		
	Média complexidade	Alta complexidade	Total
Paraná	11	09	20
Santa Catarina	03	03	06
Rio Grande do Sul	Não especifica	Não especifica	09

Fonte: PARANÁ, 2013; SANTA CATARINA, 2011, RIO GRANDE DO SUL, 2013.

Pode-se constatar que no Plano de Saúde do Estado do Paraná (2013, p. 152) os serviços de reabilitação auditiva estão sendo ofertados por 20 unidades, sendo que 11 são serviços de média complexidade e 09 são serviços de alta complexidade distribuídos em todo o território estadual.

O Plano de Saúde de Santa Catarina (2011) demonstra a existência de uma rede de saúde auditiva, onde possui 03 unidades de atenção à saúde de média complexidade e 03 de alta complexidade, totalizando 06 unidades em todo o território catarinense. Reforça ainda, que o Estado atualmente apresenta o serviço de Implante Coclear realizado pelo Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/Florianópolis, com capacidade de realizar quatro avaliações iniciais por semana e duas cirurgias ao mês.

O Plano de Saúde do Rio Grande do Sul (2013, p. 136) indica 09 serviços de reabilitação auditiva, mas não especifica se são serviços de atenção à saúde de média ou alta complexidade. No entanto, Plano de Saúde do Rio Grande do Sul ainda apresenta, segundo a tabela abaixo, o número de vagas anuais para reabilitação, dentre eles a reabilitação auditiva.

TABELA 6 – Estimativa populacional por área de deficiência e oferta anual de vagas para reabilitação no estado do Rio Grande do Sul no ano de 2012

Área de Deficiência	Estimativa Populacional RS (*)(**)	Vagas para Reabilitação no RS
Deficiência Auditiva	124.547	6.660
Deficiência Intelectual	39.255	36.000
Deficiência Física/Motora	342.053	6.608
Deficiência Visual	94.095	3.600

Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 137.¹¹

A tabela 6 apresenta um dado significativo quanto ao déficit de atendimento referente ao serviço de reabilitação auditiva. Sendo que, estima-se que a população com deficiência auditiva representa cerca de 124.547 pessoas, sendo ofertadas 6.660 vagas de reabilitação auditiva nas 09 unidades do Rio Grande do Sul, constatando-se a existência de demanda reprimida. Este evidencia como meta a ser alcançada no período de 2012 a 2015,

Habilitar 10 Centros Especializados de Reabilitação (CER). Aprovar 06 projetos de reforma e/ou construção de Centro Especializado de Reabilitação (CER). Instituir um incentivo financeiro para rede de reabilitação hospitalar à pessoa com deficiência. Recompôr o teto financeiro das 81 unidades já habilitadas. Implantar linhas de cuidado em reabilitação hospitalar em 100% das unidades hospitalares que compõem a rede de atenção terciária (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 219).

Apesar dos três Estados apresentarem unidades de reabilitação auditiva, constata-se a necessidade de um aprimoramento dos serviços ofertados a esta população, compondo uma rede de atenção integral, promovendo a autonomia e melhorias nas condições de vida.

O Serviço de Triagem Auditiva Neonatal ou o chamado Teste da Orelhinha nos Planos de saúde do estado do Paraná e Santa Catarina, não apresenta dados específicos referentes aos

¹¹ Os dados do IBGE são baseados em declarações autorreferenciadas da população pesquisada. Estes números são calculados com base nos percentuais do RS apresentados pelo IBGE. Nas áreas da deficiência auditiva e motora foram usados os critérios: não consegue de modo algum e grande dificuldade. Na área da deficiência visual: não consegue de modo algum (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 137).

serviços de Triagem Auditiva Neonatal. Contudo, o estado do Rio Grande do Sul em seu Plano Estadual de Saúde evidenciou a existência de 55 serviços de TAN.

TABELA 7 - Serviços de triagem Auditiva Neonatal nos Estados da Região Sul nos Planos Estaduais de Saúde de 2012- 2015

Estados	Triagem Auditiva Neonatal – TAN
Paraná	Sem dados
Santa Catarina	Sem dados
Rio Grande do Sul	55 serviços

Fonte: PARANÁ, 2013; SANTA CATARINA, 2011, RIO GRANDE DO SUL, 2013.

O Plano Estadual de Saúde do Paraná apresenta como metas a serem alcançadas, a realização do teste de triagem auditiva em 100% dos nascidos vivos, sendo que não existem indicadores que evidenciem a porcentagem de Triagem Auditiva neonatal em nascidos vivos (PARANÁ, 2013, p. 179).

O Plano Estadual Saúde do estado de Santa Catarina, não apresenta em seu conteúdo as unidades habilitadas para o serviço de Triagem Auditiva Neonatal. Contudo ao buscar por serviços de Triagem auditiva nas instituições públicas do estado, como por exemplo, o Hospital Universitário Polydoro Ernani Vieira, se evidencia a existência deste serviço.

O estado do Rio Grande do Sul refere que os serviços de Triagem Auditiva Neonatal atendem 62% dos nascidos vivos, o que é insuficiente para cobrir todo o estado, desta forma o Plano Estadual de Saúde - PES apresentou como metas a serem alcançadas no período de 2012 a 2015, a realização da cobertura de 95% dos nascidos vivos no SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p.138).

A deficiência auditiva também atinge a população idosa. O Brasil atualmente está passando por um processo de transformação, decorrente do aumento da expectativa de vida, e consequentemente da população idosa. Essas mudanças acabam por modificar as necessidades em saúde, e também a estrutura organizacional de atendimento, demandando maiores serviços voltados à população idosa, e o incremento de ações de prevenção contra as diversas degenerações fisiológicas, como a auditiva (SANTA CATARINA, 2011, p. 26-27).

Segundo Baraldi (2007, p. 64):

A perda auditiva associada ao envelhecimento refere-se à soma de perdas auditivas que resultam de muitas variedades de degeneração fisiológica incluindo prejuízos causados pela exposição ao ruído, a agentes tóxicos e prejuízos causados por desordens e tratamentos médicos. Afeta cerca de 60% de todas as pessoas com idade acima de 65 anos, e inclui uma mudança descendente gradual na sensibilidade auditiva para todas as frequências, acompanhada por um decréscimo na discriminação da fala, e um declínio complexo da função auditiva central que se manifesta através do aumento da dificuldade nas habilidades como fusão auditiva, atenção auditiva, julgamento auditivo, comportamentos variados e uma redução na velocidade de fechamento e síntese auditivos.

Apesar de o envelhecimento ser um processo natural inerente ao processo biológico dos seres humanos, também é cultural, e que precisa ser desconstruído quanto se pensa na associação da velhice ao acometimento de doenças, como a perda auditiva, o que ressalta a importância dos serviços de promoção e de proteção na saúde.

No Plano Estadual de Saúde do Paraná, por meio da atenção primária em saúde, identificaram-se ações afirmativas e educativas, de prevenção e identificação de deficiências, de modo a ofertar uma assistência integral à saúde,

[...] Atenção Primária à Saúde que, por meio das Unidades de Atenção Primária, Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, promovem ações informativas e educativas, ações de promoção à saúde, de prevenção e identificação precoce de problemas junto à população. [...] Considerando que aproximadamente 70% das ocorrências seriam evitáveis ou atenuáveis, com medidas apropriadas e oportunas, é fundamental a promoção de ações de prevenção e identificação precoce das deficiências, além da assistência integral à saúde da PcD e da promoção da sua qualidade de vida (PARANÁ, 2013, p. 90).

No Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina (2011, p. 51), constata-se que a população idosa no estado é de 633.510 idosos, representando 10,35% da população. Contudo, o mesmo não evidencia os projetos ou ações voltados à prevenção da perda auditiva. Considerando o aumento da população idosa, gera-se preocupação quanto às condições de saúde auditiva deste segmento populacional. E ainda, se detecta como principal problema do estado a “Inexistência de um plano operativo estadual de atenção à saúde do idoso para implementar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa” (SANTA CATARINA, 2011, p. 195).

Segundo os dados do IGBE do ano de 2010, a população idosa do Rio Grande do Sul é de 1.459.597, representando cerca 13,6% da população (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 118). Sendo que, uma das diretrizes apontadas pelo Plano Estadual de Saúde é a implantação

de uma linha de cuidados em saúde das pessoas idosas, de modo a garantir integralmente à atenção a saúde, e refere que,

[...] é fundamental manter na agenda a discussão das temáticas do envelhecimento ativo e da intergeracionalidade, da prevenção de quedas e de doenças crônicas, da notificação e prevenção da violência contra a pessoa idosa, das necessidades e demandas em saúde da pessoa idosa com deficiência, da prevenção de hepatites e doenças sexualmente transmissíveis entre os idosos (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 223).

A diretriz aponta que umas das necessidades na linha de cuidado em saúde do idoso é a prevenção e o atendimento as demandas das pessoas acima de 60 anos com algum tipo de deficiência. O Plano Estadual de Saúde ainda, instituí metas a serem alcançadas entre os anos de 2012 a 2015, sendo uma delas, “Implantar a Linha de Cuidados da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa em 50% dos municípios” (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 223).

Deste modo, a concretização desta meta poderá melhorar as ações de prevenção às deficiências, dentre elas, a auditiva, com o intuito de proporcionar atenção integral à saúde da população idosa acometida por perda auditiva.

A saúde do trabalhador é bastante relevante quando vinculada à deficiência auditiva, onde um dos principais problemas é a exposição a ruídos acima do que os ouvidos humanos podem suportar. Segundo a Portaria do Ministério do Trabalho nº 3.214/1978, norma regulamentadora nº 15 (NR-15), estabelece os limites de tolerância para ruído contínuo, sendo que, pessoas expostas a um nível de ruído de 85 decibéis, à máxima exposição diária é de oito horas, caso contrário, poderá causar danos a orelha interna (BRASIL, 2006a, p. 11).

Segundo o Ministério da Saúde no que concerne a Perda Induzida Por Ruído – PAIR:

Quando o ruído é intenso e a exposição a ele é continuada, em média 85dB(A) por oito horas por dia, ocorrem alterações estruturais na orelha interna, que determinam a ocorrência da Pair (CID 10 – H83.3). A Pair é o agravo mais freqüente à saúde dos trabalhadores, estando presente em diversos ramos de atividade, principalmente siderurgia, metalurgia, gráfica, têxteis, papel e papelão, vidraria, entre outros (BRASIL, 2006a, p. 10).

O Plano Estadual de Saúde do estado do Paraná no ano de 2011 instituiu a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, visto a necessidade do cuidado em saúde, tendo como objetivo à promoção, proteção e vigilância da saúde do trabalhador. Refere que “conta com um Centro Estadual, cinco Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Municipal” (PARANÁ, 2013, p. 119).

Este aponta como umas das diretrizes a “Implementação da Política de Vigilância e Promoção em Saúde” de modo a, “coordenar e regular as ações de forma articulada e

integrada intra e intersetorialmente e com a sociedade civil em âmbito estadual e regional”, apresentando como objetivo específico à promoção da saúde do trabalhador, com o intuito de reduzir as morbimortalidades, por meio de ações que reduzam os agravos na área de trabalho (PARANÁ, 2013, p. 203). A introdução deste objetivo decorre-se da constatação do aumento de doenças em local de trabalho, este dado é considerado como um indicador, para a implementação de diretrizes do Plano Estadual de Saúde.

A redução dos agravos à saúde em ambiente de trabalho, por meio de ações preventivas e orientações, pode intervir diretamente nas condições de saúde auditiva da população.

O Plano Estadual de Saúde do estado de Santa Catarina (2011, p. 54), sobre a saúde do trabalhador, refere que, “as estatísticas oficiais são precárias e não permitem avaliar com profundidade a magnitude do impacto das atividades econômicas na saúde dos trabalhadores”. Este se utiliza dos dados da Previdência Social para identificar o número de agravos e doenças acometidas em ambiente de trabalho ou em seu percurso.

Desta forma, o estado manifesta em seu Plano Estadual de Saúde, que o número de incapacidades sofridas em decorrência do trabalho é bastante significativo, colocando em pauta a necessidade de conhecer as principais causas, agravos e doenças, com o intuito de aplicar medidas e ações de prevenção. Supondo que, o estado crie um banco de dados para analisar as principais deficiências, agravos e doenças causadas pelo trabalho, assim poderá identificar a existência de pessoas com deficiência, dentre elas à auditiva, de modo a elaborar projetos, programas e ações com vista a sua prevenção.

Das diretrizes apontadas pelo Plano Estadual de Santa Catarina (2011, p. 195), ressalta-se a da “Estrutura e Ampliação da Saúde do Trabalhador”, objetivando o cumprimento do “Plano de Ação da Vigilância em Saúde (VISAT), com o apoio dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador”, pois um dos principais problemas apontados é a “insuficiência de estudos e pesquisas ligados à saúde do trabalhador”.

O Rio Grande do Sul foi o único Estado da região sul do Brasil a demonstrar no Plano Estadual de Saúde que, entre as doenças relacionadas ao trabalho, a Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR apresenta um percentual de 5,55%, sendo que, os espaços de trabalho que mais ganharam destaque foram os setores de metalurgia, agricultura, saúde e alimentação (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 93).

Apresenta como diretriz uma linha de cuidados à saúde do trabalhador, que tem por objetivo, garantir a atenção integral por meio de diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Deste modo, esta linha de cuidado procurará identificar as principais demandas dos trabalhadores, com o intuito de levantar as causas basais de acidentes, de deficiências, dentre elas a auditiva, podendo criar mecanismos de prevenção nos espaços de trabalho. Sendo assim, umas das metas a serem alcançadas no período de 2012 a 2015 é implementar a “Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador em 30 municípios sede de CEREST/UREST” (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 228).

O Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2013, p. 186) sobre o CEREST/UREST refere que,

A Resolução CIB/RS nº 88/2012 CIB/RS estabelece que as Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST) têm a finalidade de possibilitar o funcionamento de estruturas que, embora não possuam todas as condições necessárias à sua habilitação como Centros de Referência Regional (CEREST) na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, contribuirão para ampliar as ações de Saúde do Trabalhador. Os recursos a serem repassados para o custeio dessas Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST) e de Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) têm como objetivo o fortalecimento das ações de Saúde do Trabalhador e a organização regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, tendo em vista o funcionamento da Rede de Serviços de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual, sendo esses articulados respectivamente à Rede de Saúde de cada Município da sua área de abrangência.

Outra diretriz apontada refere “Ampliar e Qualificar a Vigilância em saúde, apresentando como meta a ser alcançada no período de 2012-2015, a ampliação de 11 para 30 Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST” (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 228).

A implantação da uma Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador poderá melhorar a qualidade de vida dos operários, de modo a evitar acidentes e o desenvolvimento de doenças e deficiências, como a auditiva, decorrentes do ambiente de trabalho.

Constatou-se que os Planos Estaduais de Saúde da região Sul do Brasil, não acenam sobre a Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, que dispõe acerca da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, sendo que, em seu artigo primeiro tem como objetivo “Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2004b, s/p). Esta política já está em vigor há mais de 11 anos, e os Planos Estaduais de Saúde de 2012 a 2015, não mencionam se os serviços de saúde auditiva vão ao encontro desta política.

O estudo dos Planos Estaduais de Saúde apresentados proporcionou o reconhecimento de diversas lacunas sobre a questão de saúde auditiva da população, desse modo tendo os serviços de saúde “dívidas” de longa data às pessoas com deficiência auditiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tema da saúde auditiva foi tarefa desafiadora pela complexidade que a temática requer, porém, possibilitou conhecer as concepções sobre surdez, identificando a existência de uma *cultura surda*, que se relaciona com o mundo de forma gestual e visual, entretanto, ainda vivem as margens da convivência social pelas carências de condições acessíveis para sua inclusão social. Mesmo com todos os esforços da cultura surda de se reconhecer como sujeitos que se identificam com os mesmos arranjos culturais.

Ao se conhecer a trajetória das pessoas com deficiência no Brasil identificou-se um processo marcado por forte exclusão social, devido à discriminação e negação dos comportamentos, valores, aspectos físicos, biológicos e culturais das pessoas com deficiência, haja vista, a existência de um padrão hegemônico de como os sujeitos deveriam se comportar diante da sociedade.

O trabalho evidenciou os movimentos políticos na década de 1960, dentre eles, das pessoas com deficiência, que lutavam pelo reconhecimento, como cidadãos e pela participação social, levantando a bandeira *Nada sobre Nós sem Nós*. Neste cenário ganha destaque a promulgação da Constituição Federal de 1988, significando um divisor de águas no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos sociais deste segmento populacional.

O presente trabalho sistematizou os principais direitos sociais das pessoas com deficiência e conheceu particularmente os direitos e os serviços de saúde auditiva previstos nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde de 2012 a 2015, dos três Estados da região Sul.

Evidenciaram-se diversos direitos sociais voltados para as pessoas com deficiência, que legalmente buscam garantir melhor qualidade de vida, de acessibilidade, de inclusão social e de promover a autonomia deste segmento social. Contudo, diante da história brasileira que pouco reconhece e valoriza a população com deficiência, se percebe uma distância entre o arcabouço legal e o seu real funcionamento.

Verificou-se ainda que nos Planos analisados algumas informações que caracterizassem a população não eram evidenciadas ou mesmo citadas, sendo que, os estados

não apresentam um banco de dados para o levantamento da população com deficiência, usando assim, os parâmetros nacionais. Contudo, essas informações possibilitam avaliar se os serviços ofertados de saúde auditiva atendem toda a população ou são insuficientes.

O levantamento dos principais problemas dos serviços de saúde auditiva não são abordados com precisão. Por exemplo, se apontou a existência de fila de espera na saúde auditiva, contudo, não se caracterizou o número de pessoas em espera e para quais serviços.

No quadro de metas nem todos apresentavam clareza e objetividade com as ações da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

Nos serviços de Triagem Auditiva Neonatal, apenas o estado do Rio Grande do Sul declarou o número de serviços ofertados à população, denotando ainda, a necessidade da ampliação da cobertura deste serviço.

Nos itens de saúde do trabalhador e saúde do idoso, não houve menção sobre ações direcionadas à saúde auditiva. Cabe destacar, que apenas o estado do Rio Grande do Sul, na temática saúde do trabalhador, trouxe dados quanto ao percentual de pessoas com perda auditiva induzida por ruído - PAIR.

Os estados não mencionam a Política Nacional de Saúde Auditiva, que está em vigor desde setembro de 2004, isto posto, se evidencia a necessidade de os estados direcionarem a atenção em saúde às pessoas com deficiência auditiva. Constatando-se que os estados se caracterizam com ações ainda iniciantes na questão da saúde auditiva.

É essencial enfatizar que em nenhum momento houve a pretensão de se esgotar as possíveis abordagens do tema. Espera-se que as discussões levantadas possam contribuir para a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

Ao finalizar as considerações destacam-se sugestões que podem aprimorar os serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Auditiva, competências das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), quando a regulação, controle e avaliações da atenção à saúde auditiva, com serviços de prevenção, tratamento e reabilitação nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade.

A fragilidade dos serviços identificados nos Planos de Saúde dos três Estados estudados, não deve ser diferente da realidade de outras federações, se consideradas as estatísticas que revelam as condições de vida, como o IDH, estes serviços podem ser ainda mais comprometidos e deficitários. Destaca-se a importância da consolidação de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Auditiva, de modo que se privilegiem os meios de prevenção, uma vez que as dificuldades decorrentes da deficiência auditiva interferem na integração social, atrasos no desenvolvimento da linguagem oral, na escolarização, e

consequentemente, na inserção no mercado de trabalho, deixando estas pessoas em situações mais vulneráveis.

No nível de atenção básica devem ser garantidas ações de (a) promoção e proteção da saúde auditiva com informativos e orientações individuais ou coletivas; (b) educação em saúde (informativas, educativas e orientação familiar); (c) prevenção dos problemas auditivos; (d) estudos de casos que demandam outros níveis de atenção (média ou alta complexidade); (e) reabilitação com objetivo de reduzir as incapacidades, preservando a autonomia dos sujeitos.

Nos níveis especializados garantir a realização de triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e diagnóstico de perda auditiva de crianças, jovens, adultos, trabalhadores e idosos nas suas especialidades e garantia da reabilitação.

Sugere-se que para almejar a efetivação das ações propostas na Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, é importante o conhecimento da população a ser atendida, a consolidação dos programas de Triagem Auditiva Neonatal, o estabelecimento de medidas de prevenção, com destaque para à saúde do idoso e do trabalhador, e por fim, a garantia do atendimento integral nos três níveis de complexidade do Sistema Único de saúde.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, Maria LT et al. Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Pública**. Vol.34 n.1 São Paulo Feb. 2000.

AZEVEDO, Daviane Aparecida de. Movimentos sociais, sociedade civil e transformação social no Brasil. **Saber acadêmico** - n ° 09 - Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.uniesp.edu.br/revista/revista9/pdf/artigos/18.pdf>>. Acesso em: Fev., 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, 1995.

BARALDI, Giovana dos Santos; ALMEIDA, Lais Castro de and BORGES, Alda Cristina de Carvalho. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [online]. 2007, vol.73, n.1, p. 64-70.

BARROCO, Maria Lucia. **Ética e sociedade**. Curso de capacitação ética para agentes multiplicadores. 2º ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2004.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007.

BITTENCOURT, Zélia Zilda Lourenço de Camargo et al. Surdez, redes sociais e proteção social. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Nov, 2015.

BRASIL. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2015.

_____. **Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7853.htm>. Acesso em: Dez, 2015.

_____. **Decreto Lei nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004a**. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.073, de 28 de setembro de 2004b**. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em:<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004c**. Disponível em:< bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Secretaria Nacional da Pessoa com Deficiência. **Resultados Preliminares do Censo de 2010b**. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/indicadores/censo-2010>>. Acesso em: Nov, 2015.

_____. **Lei Nº 12.190, de 13 de Janeiro de 2010c**. Concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida, altera a Lei no 7.070, de 20 de dezembro de 1982, e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12190.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento humano no Brasil. Faixas de desenvolvimento humano de 2010d**. Disponível em: <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em: 02 fev 2016.

_____. **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**, Decreto Nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU, de 8 de dezembro de 1993.

_____. **Decreto Nº 6.214, de 26 de Setembro de 2007**. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. **Decreto nº 7.617, de 31 de agosto de 2011a**. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011b**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras

providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. **Lei Nº 10.048, de 8 de Novembro de 2000a.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10048.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. **Lei Nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000b.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. **Decreto Nº 3.691, de 19 de Dezembro de 2000c.** Regulamenta a Lei no 8.899, de 29 de junho de 1994, que dispõe sobre o transporte de pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3691.htm>. Acesso em: Fev,2016.

_____. **Decreto Nº 5.626, de 22 de Dezembro de 2005a.** Regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. **Lei Nº 11.126, de 27 de junho de 2005b.** Dispõe sobre o direito do portador de deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Lei/L11126.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. **Decreto Nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009a.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Ed. do Ministério da Saúde, Brasília, 2009b.

_____. **Lei Nº 8.899, de 29 de Junho de 1994.** Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18899.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. **Lei Nº 8.989, de 24 de Fevereiro de 1995.** Dispõe sobre a Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8989.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. **Lei Nº 10.436, de 24 de Abril de 2002a.** Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm>. Acesso em: Jan, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.060, de 5 de Junho de 2002b**. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/port.../GM_P1.060_02port_def_reab.doc>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Instituto Nacional para Reabilitação. **Desenho Universal, 2014a**. Disponível em: <<http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>>. Acesso Fev, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014b**. Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2776_18_12_2014.html>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Relatório nº 99**. 2014c. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/03/Relatorio-AssistenciaSaudeAuditiva-CP.pdf>>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. **Expectativa de vida dos brasileiros sobe para 74,9 anos, de acordo com IBGE**. 2014d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/12/expectativa-de-vida-dos-brasileiros-sobe-para-74-9-anos-de-acordo-com-ibge>>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **O avanço das políticas públicas para as pessoas com deficiência: uma análise a partir das Conferências Nacionais**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-avancos-politicas-publicas-pcd.pdf>>. Acesso em: Nov. 2015.

_____. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012b. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.328, de 3 de dezembro de 2012c**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1328_03_12_2012.html>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perda auditiva induzida por ruído (Pair)**. Brasília: Editora do

Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_perda_auditiva.pdf>. Acesso em: Fev,
2016.

_____. **Portaria nº 3.332, de 28 de Dezembro de 2006b.** Disponível em:<
bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html>. Acesso em: Fev,
2006.

_____. **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.**
Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional
de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) SDH-PR/SNPD, 2013a.
Disponível em:<
[http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_i
magens-filefield-description%5D_0.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_i
magens-filefield-description%5D_0.pdf)>. Acesso em: Fev, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em:
Fev, 2016.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento
humano no Brasil. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal segundo as Unidades
da Federação do Brasil – 1991/2000/2010.** 2013c. Disponível em:
<www.ipardes.gov.br/pdf/indices/IDHM_unidades_federacao_brasil.pdf>. Acesso em: Jan,
2016.

CARVALHO, Alfredo Roberto; ORSO, Paulino José. As pessoas com deficiência e a lógica
da organização do trabalho na sociedade capitalista. In: **A pessoa com deficiência na
sociedade contemporânea: problematizando o debate.** Cascavel: Edunioeste, 2006.

EAGLETON, Terry. **A ideia de cultura.** São Paulo: Editora UNESP. 2003.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais.** Paradigmas clássicos e
contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTIA - IBGE. **Censo demográfico
de 2000.** Pessoas com Deficiência. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>>. Acesso em Fev,
2016.

_____. **População residente por grupos de idade.** Disponível em:
<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=29>>. Acesso em: Fev,
2016.

LACERDA, Adriana Bender Moreira de et al. Hábitos auditivos e comportamento de
adolescentes diante das atividades de lazer ruidosas. **Rev. CEFAC** [online]. 2011, vol.13, n.2,
pp. 322-329.

LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins (Comp.). **História do Movimento Político das
Pessoas com Deficiência no Brasil.** - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria
Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

MAY, Tim. Pesquisa social: questões, métodos e processos In: **Pesquisa documental: escavações e evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENESES, Caroline et al. Prevalência de perda auditiva e fatores associados na população idosa de Londrina, Paraná: estudo preliminar. **Rev. CEFAC** [online]. 2010, vol.12, n.3, pp. 384-392. Epub May 28, 2010.

MOURA, Millen Castro Medeiros de; BERCLAZ, Márcio Soares. Para onde caminha o Ministério Público? Um novo paradigma: Racionalizar, Regionalizar e Reestruturar para assumir a identidade constitucional. In: **XXVI Congresso Nacional do Ministério Público**. Salvador, 2007.

NÓBREGA, Juliana Donato, et al. Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300013&script=sci_arttext> Acesso em: Jan, 2016.

OLIVEIRA, Carlos Rogério Degrandi. ARENAS, Gilberto Walter Nogueira. Exposição ocupacional a poluição sonora em anesthesiologia. **Rev. Bras. Anesthesiol.** [online]. 2012, vol.62, n.2, pp. 257-261. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/v62n2a11.pdf>>. Acesso em: Jan 2016.

PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde Paraná – 2012-2015**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Conselho Estadual de Saúde. Curitiba, 2013. Disponível em:< <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PLANOESTADUALDESAUDE.pdf>>. Acesso em Fev, 2016.

PASTORE, José. **Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência**. LTR, São Paulo, 2000.

PEREIRA, Mariana Blecha, FERES, Maria Cristina Lancia Cury. **Próteses Auditivas**. Programa de Atenção à Saúde Auditiva. Departamento de oftalmologia, otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 2005. Disponível em: <http://auditivo.fmrp.usp.br/proteses_auditivas.php>. Acesso em: Fev, 2016.

PERLIN, Gladis, STROBEL Karin. História cultural dos surdos: desafio contemporâneo. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, Edição Especial n. 2/2014, p. 17-31. Editora UFPR.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Secretaria de Estado da Saúde. Porto Alegre, 2013, p. 250. Disponível em:< http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>. Acesso em: Fev, 2016.

ROVARIS, Sonia Cristina. **Todos juntos por um Brasil mais acessível?** Portal do envelhecimento, 2014. Disponível em:< <http://www.portaldoenvelhecimento.com/acessibilidades/item/3339-todos-juntos-por-um-brasil-mais-acess%C3%ADvel?>> Acesso em: Jan, 2016.

ROCHA, Gabriela. **SUS fornece reabilitação e próteses para pessoas com deficiência auditiva**. 2015. Disponível em:< <http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/50328->

sus-fornece-reabilitacao-e-proteses-para-pessoas-com-deficiencia-auditiva.html>. Acesso em: Fev, 2016.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, 2011. Disponível em:<
http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano_estadual_de_saude/PES_2006_Versao_Final.pdf>. Acesso em: Fev, 2016.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Vida Independente na era da sociedade inclusiva**. São Paulo: RNR, 2004.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SILVA, SC et al. As contribuições da psicologia na educação de surdos: o caso do Centro de Educação Esoocial do Estado da Bahia. In: DÍAZ, F., et al., orgs. **Educação inclusiva, deficiência e contexto social**: questões contemporâneas. Salvador: EDUFBA, 2009, pp. 171-190. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/rp6gk/pdf/diaz-9788523209285-17.pdf>>. Acesso em Fev, 2016.

TOMASINI, Maria Elisabete Archer. Expatriação Social e a Segregação Institucional da Diferença: Reflexões; in: BIANCHETTI, Ludídio & FREIRE, Ida Mara. **Um Olhar Sobre a Diferença**. Campinas-SP: Papyrus, 1988.